

W numerze m.in.:

10 kroków wizyty telemedycznej – zalecenia opracowane przez NIL (8)

Z prof. Wojciechem Nowakiem kończącym misję kierowania UJ rozmawia S. Ciepły (11)

Prof. Krzysztof Składowski o przyszłości krakowskiego oddziału Narodowego Instytutu Onkologii rozmawia z J. Hodor (16)

O sytuacji stażystów w czasie pandemii informuje K. Domin (21)

Pół roku pracy krakowskiej Izby Lekarskiej sprawozdaje J. Hodor (25)

Polekowe zaburzenia węchu i COVID-19 – zależności wyjaśniają dr hab. J. Woroń i prof. R. Korbut (28)

Doniesienia z sal operacyjnych w naszym regionie (33)

Prof. Igor Gościński skończył 90 lat – prezentujemy sylwetkę Jubilata (36)

Jakie związki z medycyną miała Ewa Demarczyk – wspomina R. Jarosz (40)

Na dwie nowe wystawy w Krakowie zaprasza M. Huzarska-Szumiec (41)

Doktor Grzegorz Dyduch – patomorfolog i członek zespołu Świetliki w rozmowie z M. Huzarską-Szumiec (47)

Pożegnania: prof. Wiesława Tracz, prof. Stanisław Cichoń, lek. Jan Hołówka



10 przykazań dotyczących teleporad

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Rzecz nie jest bagatelna. Nawet abstrahując od rozległych aspektów pandemii COVID-19, wkraczamy w kolejną dekadę XXI wieku wyposażeni w nowy, niezmiernie efektywny instrument diagnozy i terapii zwany telemedycyną.

Zanim napiszę kilka zdań komentarza, rekomenduję Koleżankom i Kolegom, zwłaszcza POZ i AOS, klarownie przygotowane przez Naczelną Radę Lekarską „10 kroków” w kwestii zasad udzielania porad lekarskich drogą telemedyczną. NRL opracowała i przyjęła „Wytyczne” w dwóch wersjach. Krótkiej, niczym 10 przykazań, i niezwykle czytelnej także dla lekarzy starszego pokolenia, którzy za komputerami nie przepadają (drukujemy je na str. 8), oraz w wersji dłuższej, ale bardzo interesującej, bo pośrednio wprowadzającej do wiążącej się z poradą telemedyczną odpowiedzialności prawnej. Znajdziemy tu wszystko, poczynając od weryfikacji tożsamości pacjenta, poprzez aspekty etyczne tego rodzaju leczenia, zasady dokumentowania teleporady, możliwości odmowy jej udzielenia, gwarancji poufności i zasad jej udzielania w warunkach kłopotliwych dla pacjenta albo lekarza, zachowań wobec niestandardowych reakcji pacjenta, itp. Musicie to Państwo przeczytać, choćby dla ustalenia godzin udzielania teleporad w przychodni, by nie sparaliżować kontaktów bezpośrednich.

Myszę, że telemedycyna jeszcze w tym roku wkroczy do programów nauczania na kierunkach medycznych i pielęgniarstwa. Wyjścia nie ma, zważywszy dodatkowo na braki kadrowe. Myszę też, że nieodległe jest wykorzystanie w telemedycynie programów takich jak Skype czy Zoom, które – jak sądzę – ogromnie ułatwią kontakt lekarza z pacjentem. Gdzieś po drodze jest tu też do rozwiązania kwestia kosztów telemedycyny, rosnących w miarę jej krzepnięcia, choćby związanych z dokumentacją medyczną pacjenta, od której przecież nie ma odstępstw.

Pisząc w ostatnich dniach sierpnia te słowa, trudno mi pominąć zmianę na stanowisku ministra zdrowia. Nie będę się odnosił do przeszłości, wizerunkowo minister Łukasz Szumowski w miarę czasu tracił, a nie zyskiwał. Podobnie zresztą jak coraz gorzej przedstawia się obraz naszej walki z pandemią. Cóż, zdrowie przegrywa z gospodarką, która przegra z powodu braku zdrowia. Osobiście mam Panu Ministrowi za złe ubezwłasnowolnienie konsultantów krajowych i ekspertów Polskiego Towarzystwa Epidemiologicznego, których pozbawiono prawa do publicznych wystąpień. Myszę, że minister Szumowski był klasycznym przykładem lekarza, który w kostiumie polityka po prostu się pogubił. Nie pierwszy, nie ostatni.

Natomiast obecne rozwiązanie już praktykowaliśmy, powołując na stanowisko ministra zdrowia w 1999 roku b. prezydent Gdyni, z wykształceniem politechnicznym, Franciszkę Cegielską. Przedwcześnie zmarła, ale zdążyła w 2000 roku wystąpić z Narodowym Programem Zdrowia. Przed doktorem nauk ekonomicznych, nowym ministrem zdrowia Adamem Niedzielskim stoi trudne zadanie. Ma właściwe kwalifikacje, ale czy to cokolwiek gwarantuje?

Pozostawiam Koleżanki i Kolegów u progu roku akademickiego z egzemplarzem wznowionej drukowanej edycji „Galicyskiej Gazety Lekarskiej”. Odpowiedzi na dręczące nas wszystkich pytanie: Czy sobie poradzimy? – nie zaryzykuję.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
Robert Stępień

Nasza okładka



Szpital im. Żeromskiego w Krakowie
Fot. Anna Górka

XXXIX Okręgowy Zjazd Lekarzy

■ W dniach 26–27 czerwca odbył się wyjątkowy, XXXIX Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie. Drogą elektroniczną Delegaci przegłosowali niezbędne do sprawnego funkcjonowania Izby uchwały (m.in. preliminarz budżetowy) oraz udzielili absolutorium Okręgowej Radzie Lekarskiej.

Zdrowie w rękach ekonomisty

■ Adam Niedzielski, z wykształcenia ekonomista, ostatnio kierujący Narodowym Funduszem Zdrowia a wcześniej dyrektor generalny w Ministerstwie Finansów, został nowym ministrem zdrowia. Nastąpiło to po dość nagłej rezygnacji z dalszego pełnienia funkcji najpierw wiceministra zdrowia Janusza Cieszyńskiego, a następnego dnia – ministra Łukasza Szumowskiego.

Prof. Szumowski oświadczył, iż z ministerialną teką zamierzał się rozstać już w lutym, jednak zatrzymała go pandemia. Chce wrócić do leczenia pacjentów i realizować się jako lekarz. Jako minister raczej nie spełnił pokładanych w nim nadziei.

Choroby nie czekają

■ 3 sierpnia powołano zespół ekspertów pod przewodnictwem prof. Bolesława Samolińskiego, którego zadaniem jest wypracowanie rekomendacji i rozwiązań w nowej, nieprzewidywalnej rzeczywistości z COVID-19 w tle. W skład zespołu wchodzi profesorowie L. Czupryniak, J. Jassem, Z. Gaciong, T. Jackowska, J. Szaflik, G. Opolski, a CM UJ reprezentuje w tym gronie dr hab. Jarosław Woron, kierownik Zakładu Farmakologii Klinicznej (stały współpracownik naszej gazety).

Pomysłodawcy inicjatywy pod hasłem „Choroby nie czekają na koniec pandemii” uważają, iż dziś „lepiej” być zakażonym COVID-19 niż być niezakażonym z innymi problemami zdrowotnymi. Zespół będzie współpracował z organi-

zacjami pacjentskimi, by jak najszybciej przywrócić poczucie bezpieczeństwa chorym, którzy z powodu pandemii zostali zapomniani przez system.

O nieodwlekaniu wizyt, komunikowanie się z poradniami i lekarzami apeluje do pacjentów wielu wybitnych specjalistów. Wezwał do tego publicznie m.in. prof. Maciej Małecki, diabetolog, kierownik Oddziału Chorób Metabolicznych i Diabetologii SU w Krakowie, dziekan Wydz. Lekarskiego CM UJ.

Wokół teleporad

■ Z końcem sierpnia weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia „w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej”. Rekomendujemy jednak w tym miejscu bardzo szczegółowe wytyczne dotyczące udzielania świadczeń telemedycznych dla lekarzy każdej specjalności medycznej, które opracowała i uchwaliła Naczelna Rada Lekarska. Zwraca na nie uwagę prezes ORL Robert Stępień w swoim komentarzu wstępnym. Wytyczne uwzględniają wszystkie aspekty prawne i etyczne takiego świadczenia. Skrót z obszernego dokumentu – „10 kroków wizyty telemedycznej” – publikujemy na stronie 8. Natomiast na stronach internetowych NIL znaleźć można pełne opracowanie i omówienie całości problematyki teleporad medycznych.

Głos medyków bez echa

■ 8 sierpnia 2020 r. w Warszawie odbyła się manifestacja zorganizowana przez Porozumienie Zawodów Medycznych m.in. przeciwko nowelizacji art. 37a Kodeksu karnego, wprowadzonej na mocy ustawy z 4 czerwca 2020 r. – tzw. tarczy antykryzysowej 4.0. W dokumencie tym przyjęto zapis przewidujący kary więzienia dla lekarzy za nieumyślny błąd w terapii. Protest wspierała Naczelna Rada Lekarska, domagająca się usunięcia bulwersujących przepisów. Niestety, manifestacja przebiegła bez większego rozgłosu. I bez reakcji ze strony rządzących.

Nowy rok akademicki

■ Już wkrótce rozpocznie się nowy rok akademicki. Polskie uczelnie generalnie zamierzają nauczać w systemie hybrydowym. Zgodnie z decyzją władz UJ CM, uwzględniającą rekomendacje, kształcenie w roku akademickim 2020/2021 planowane jest w trybie stacjonarnym z elementami trybu zdalnego. W jaki sposób organizowane będą zajęcia, ostatecznie zadecydują dziekani poszczególnych wydziałów.

Podobnie ma wyglądać nauczanie w Krakowskiej Akademii im. A. Frycza-Modrzewskiego. Większość wykładów będzie odbywała się zdalnie. Zajęcia praktyczne na kierunkach: lekarskim, pielęgniarstwie, fizjoterapii, ratownictwie medycznym, będą realizowane stacjonarnie, na kampusie lub w placówkach klinicznych.

Oczywiście, te decyzje mogą ulec zmianie, w zależności od rozwoju sytuacji epidemiologicznej w kraju.

UJ w rankingach

■ W lipcu opublikowano wyniki 21. Rankingu Szkół Wyższych Perspektywy 2020. Uniwersytet Jagielloński zajął pierwsze miejsce. Ponadto na 10 rankingowanych kierunków medycznych 9 prowadzonych przez UJ Collegium Medicum znalazło się na pierwszych miejscach: analityka medyczna, dietetyka, farmacja, lekarski, lekarsko-dentystyczny, kosmetologia, pielęgniarstwo, położnictwo, zdrowie publiczne.

15 sierpnia opublikowany został ranking najlepszych szkół wyższych na świecie – Academic Ranking of World Universities (ARWU), znany jako Lista Szanghajska. W gronie tysiąca najlepszych uczelni znalazło się osiem polskich. Uniwersytet Jagielloński został sklasyfikowany w przedziale między 401. a 500. miejscem (dokładna pozycja uczelni w rankingu znana jest tylko w przypadku 100 najlepszych uczelni świata, pozostałe wymieniane są już tylko w przybliżeniu).

Problemy z osoczem

■ Spółka Biomed-Lublin poinformowała w sierpniu o rozpoczęciu wytwarzania immunoglobuliny anty SARS-CoV-2 z osocza ozdrowieńców. Proces produkcji pierwszej partii zajmie około 1,5 miesiąca, potem seria leku ma zostać przekazana do Instytutu Hematologii i Transfuzjologii oraz Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie – celem wykonania niezbędnych badań.

Tymczasem amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) wstrzymała w sierpniu zezwolenie na użycie w sytuacjach awaryjnych osocza ozdrowieńców w leczeniu chorych na COVID-19. Argument: badania nie dostarczają wystarczających dowodów skuteczności terapii. Decyzja może zostać w przyszłości zmieniona, lecz na razie stawia pod znakiem zapytania dalsze prace nad rozwojem tej metody terapii i nad dopuszczeniem na amerykański rynek leków opracowanych na bazie osocza.

Polska strefowa

■ Na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z 7 sierpnia 2020 r. Polska „covidowa” została podzielona według powiatów na strefy czerwone (ponad 12 nowych przypadków koronawirusa na 10 tys. osób), żółte (między 6 a 12) i zielone (mniej niż 6). Status powiatu „czerwonego” czy „żółtego” oznacza ograniczenia większe niż w pozostałej części kraju. W sierpniu Małopolska znalazła się w czołówce regionów o najwyższej liczbie przypadków. W jednoimiennym Szpitalu Uniwersyteckim wyczerpywały się możliwości przyjęcia kolejnych chorych na COVID-19, 28 sierpnia Wojewoda wskazał więc jako rezerwowego Szpital im. Żeromskiego w Krakowie.

Kiedy czytacie Państwo ten wykaz, sytuacja na pewno wygląda inaczej.

Kronika personalna

■ Profesor Piotr Richter, kierownik I Katedry Chirurgii Ogólnej UJ CM, Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej SU w Krakowie otrzymał tytuł Ambasadora Kongresów Polskich. To wyróżnienie dla osób,

które aktywnie promują Polskę jako miejsce organizacji spotkań i konferencji poprzez aktywną działalność w międzynarodowych stowarzyszeniach.

■ Profesor Krzysztof Składowski, dyrektor Narodowego Instytutu Onkologii w Gliwicach i zastępca dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej od 25 maja pełni obowiązki dyrektora krakowskiego Oddziału NIO. Zastąpił na tym stanowisku odwołanego dr. Konrada Dziobka. Rozmowa z prof. Składowskim na stronie 16.

Marek Rudnicki odszedł ze stanowiska

■ W glorii podziękowań, z tytułem członka honorowego, odszedł po pierwszej kadencji, jak zapowiedział, ze stanowiska prezesa Związku Lekarzy Polskich w Chicago dr hab. Marek Rudnicki, ogromnie zasłużony na polu działań integracyjnych środowiska lekarzy polonijnych. Nowym prezesem 19 lipca 2020 r. wybrano dr. Piotra Brukasza.

Urodzony w 1948 r. w Łańcucie Marek Rudnicki studia i tytuły naukowe oraz specjalizacje (chirurg) zdobył w Polsce. Zaangażowany m.in. w działalność „Solidarności”, w 1997 r. przeniósł się do USA. Pracownik naukowy departamentu zdrowia w Cincinnati, Uniwersytetu Columbia, a następnie Uniwersytetu Illinois.

Zapamiętany w Krakowie szczególnie jako współorganizator z naszą Izbą w 2013 r. VIII Światowego Kongresu Polonii Medycznej, z udziałem blisko tysiąca specjalistów polskiego pochodzenia z całego świata. Na specjalnej sesji Delegatów na Kongres, odbytej wtedy w krakowskim magistracie, powstał list protestacyjny lekarzy polonijnych, popierający stanowisko samorządu w kwestii uchybień resortu zdrowia w Polsce.

Zmarł profesor Franciszek Ziejka, były rektor UJ



Fot. Wojciech Matusik

■ W lipcu odszedł niepospolitej miary humanista profesor Franciszek Ziejka. Nie bez przesady napisano w oficjalnym nekrologu uczelni, „wprowadził Uniwersytet Jagielloński w XXI wiek”. Jego dziełem było bowiem bezprecedensowe w dziejach uczelni doprowadzenie do uchwały Sejmu Rzeczypospolitej (w 2001 r.) „o budowie Kampusu 600-lecia Odnowienia Uniwersytetu Jagiellońskiego”, chyba najbardziej znaczącej powojennej inwestycji polskiej nauki.

Profesor Ziejka przewodniczył m.in. Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich, Społecznemu Komitetowi Odnowy Zabytków Krakowa, przez dwie kadencje był rektorem UJ, wcześniej prorektorem. Przez kilka lat wykładał literaturę polską we Francji i Portugalii (założyciel katedry polonistyki w Lizbonie). Członek PAN, PAU, autor znaczących publikacji o okresie Młodej Polski, scenarzysta sztuk teatralnych i słuchowisk radiowych. Biograf nieznanych losów polskich pisarzy i malarzy, m.in. Mickiewicza, Słowackiego, Sienkiewicza, Grottgera. Odznaczony Krzyżem Komandorskim Polonia Restituta, kawaler Legii Honorowej, wysokich odznaczeń Brazylii, Portugalii, Japonii, Niemiec, Austrii.

Niezwykłej życzliwości człowiek, kapitalny gawędziarz. Nie był lekarzem, ale w historii medycyny też się zapisał – wieloletnim śledztwem w sprawie miejsca pochówku czaszki Jana Kochanowskiego.

Profesor Franciszek Ziejka zmarł w wieku niespełna 80 lat, po długiej chorobie. Został pochowany na Cmentarzu Salwatorskim w Krakowie. (SC)



Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie w roku 2019

Sprawozdanie to obejmuje okres 2019 roku. Dziś świat wygląda inaczej, inne są w tym momencie priorytety działania naszej Izby, inne możliwości. Trwa pandemia COVID-19. O niej jednak i o zadaniach z nią związanych będziemy mówić w następnym rocznym sprawozdaniu, teraz przedstawię tylko raport za rok miniony.

Na dzień 31 grudnia 2019 roku Okręgowy Rejestr Lekarzy OIL w Krakowie obejmował 17 461 osób posiadających uprawnienia do wykonywania zawodu, to jest o 307 osób więcej niż na koniec roku 2018, w tym 13 566 lekarzy i 3 861 lekarzy dentystów oraz 34 osoby z podwójnymi uprawnieniami lekarsko-dentystycznymi. W tych liczbach mieści się 2737 lekarzy i lekarzy dentystów w Delegaturze Nowosądeckiej, 1529 lekarzy i lekarzy dentystów zrzeszonych w Delegaturze Krośnieńskiej i 1075 w Delegaturze Przemyskiej. Jak podkreśla sekretarz ORL, przewodniczący Komisji Organizacyjnej doktor Mariusz Janikowski, od lat utrzymujemy pozycję trzeciej co do wielkości izby lekarskiej w Polsce.

Według danych Komisji ds. Praktyk Lekarskich w 2019 r. zarejestrowaliśmy 1454 nowe miejsca udzielania świadczeń w ramach prywatnej praktyki, w tym 1155 praktyk lekarskich i 299 dentystycznych. Wykreślono natomiast z rejestru praktyk 193 lekarzy.

Głównym źródłem finansowania działalności samorządu są składki członkowskie wpłacane przez lekarzy, w wysokości określonej przez Naczelną Radę Lekarską. W 2019 roku OIL w Krakowie uzyskała dodatni wynik finansowy. Uchwalony preliminarz realizowany był zgodnie z jego założeniami i nie wnoszono uwag merytorycznych do ponoszonych kosztów – zapewnia skarbnik ORL doktor Jerzy Friediger.

Okręgowa Rada Lekarska odbyła w 2019 roku 5 posiedzeń, ale Prezydium ORL obradowało aż 23 razy. Skład Rady zmniejszył się w trakcie tego roku o dwie osoby – z powodu śmierci jednego członka Rady (kol. Grzegorz Wawrzeń) oraz rezygnacji kolejnego (kol. Robert Szczepara). Skład Rady i Prezydium nie został uzupełniony, obowiązki przejęli inni koledzy.

W programach wszystkich spotkań Rady i Prezydium powtarzał się jeden punkt – sprawozdanie z przebiegu remontu siedziby OIL. Remont kamienicy przy ul. Krupniczej 11a został zakończony, zrealizowaliśmy największe przedsięwzięcie w historii odrodzonej Izby Lekarskiej w Krakowie. Dokonaliśmy tego w rekordowo krótkim czasie, za własne, lekarskie pieniądze, bez sięgania po środki zewnętrzne. Z zewnątrz pozyskaliśmy jedynie bezzwrotną dotację z Urzędu Miasta na remont zabytkowej elewacji. Koszt przebudowy zamknął się w przewidywanej kwocie, choć po drodze było wiele nieprzewidzianych wydatków i zdarzeń, które zmuszały do weryfikacji kosztorysu. Trwa jeszcze wyposażanie pomieszczeń.

Powrót na Krupniczą umożliwił zintensyfikowanie prac organów Izby. **Okręgowy Sąd Lekarski, kierowany przez profesora Waldemara Hładkiego, zarejestrował 74 wnioski o ukaranie lekarzy i 37 zażaleń na postanowienia Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Z roku na rok obserwowany jest wzrost liczby skarg, a najczęstsze przewinienie to brak należytej staranności w postępowaniu lekarskim, czego, niestety, nie można usprawiedliwiać przepracowaniem, nadmierną biurokracją czy roszczeniową postawą pacjenta. Ponadto, jak podkreśla doktor Anna Kot – Okręgowa Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, wiele spraw nie trafiałoby do biura OROZ, nie dochodziłoby do sądowych sporów, gdybyśmy doceniali znaczenie rozmowy z pacjentem. Tymczasem w minionym roku Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej zarejestrował 249 zawiadomień i prowadził 284 postępowania. Dokonano około 400 przesłuchań, zasięgnięto 150 opinii biegłych.**

Żadna z prowadzonych spraw nie została w minionym roku skierowana do mediacji, która pozostaje niedocenioną formą rozwiązywania sporów. Naszym mediatorem jest doktor Jolanta Orłowska-Heitzman.

Nie do przecenienia jest pomoc Rzecznika Praw Lekarzy – funkcję tę w obecnej kadencji pełni doktor Katarzyna Turek-Fornelska, która podkreśla, iż narasta problem

internetowego hejtu skierowanego przeciw lekarzom. Niestety, nierzadko prawidłowych relacji lekarze nie potrafią zachować nawet między sobą, co potwierdza m.in. sprawozdanie Komisji Etyki kierowanej przez doktora Stefana Bednarza.

Przy okazji warto się pochwalić, iż organizowane przez naszą Izbę dzięki zaangażowaniu doktor Anny Maćiąg-Brattemo, przy współpracy z UJ, szkolenia z zakresu opiniodawstwa medycznego, w tym opiniodawstwa sądowego, cieszą się coraz większym zainteresowaniem.

Kształcenie ustawiczne, pomoc w podnoszeniu kwalifikacji to jedno z najważniejszych zadań samorządu lekarskiego i Komisji Kształcenia pod kierunkiem wiceprezesa ORL doktora Lecha Kucharskiego. Dzięki odzyskaniu własnej siedziby możemy znacznie poszerzyć ofertę edukacyjną. Komisja organizuje m.in. kursy obowiązkowe do specjalizacji, kursy doskonalenia zawodowego. W minionym roku największym zainteresowaniem zarówno w Krakowie, jak i Delegaturach przypomnę – kierowanych przez Krzysztofa Wróblewskiego – Nowy Sącz, Janusza Kulona – Krosno i Marka Zasadnego – Przemyśl, cieszyły się kursy dotyczące wystawiania e-recept.

Kolejnym z priorytetów Izby jest pomoc finansowa dla lekarzy. Kierowana przez doktor Barbarę Wiejowską **Komisja Socjalno-Bytowa w 2019 roku m.in. przyznała zapomogi losowe dla 118 lekarzy, zapomogi z tytułu śmierci lekarza, dopłaty szkolne i studenckie dla naszych dzieci, a także zasiłki z tytułu zostania rodzicem. Izba ma także fundusz nagród dla lekarzy, którzy ukończyli 90 lat.**

Komisja ds. Lekarzy Seniorów pod kierunkiem doktora Kazimierza Kłodzińskiego dofinansowywała seniorom wycieczki, pobyty w sanatoriach, bilety na wydarzenia artystyczne, organizuje spotkania i wykłady. W Krakowie i każdej Delegaturze działają Kluby Lekarza Seniora. Budżet Komisji jest niebagatelny – to 100 tys. złotych.

Z kolei Komisja ds. Młodych Lekarzy organizowała konferencje i spotkania, podczas których młodzi lekarze mogą otrzymać spory zastrzyk wiedzy i praktycznych informacji ułatwiających start w zawodzie lekarza. Tylko w dwóch edycjach szkolenia pt. „Pierwsze kroki w zawodzie lekarza – wybrane aspekty praktyczne”, zorganizowanych przez Komisję w ub. roku w Poroninie, wzięło udział ponad dwustu młodych lekarzy i lekarzy dentystów.

O interesy lekarzy dentystów dba Komisja Stomatologiczna pod kierunkiem wiceprezesa ORL doktora Dariusza Kościelniaka. Niestety, nierozwiązane – na szczeblu państwowym – pozostają problemy dotyczące m.in. kształcenia lekarzy dentystów, trwa ciągła walka o zwiększenie wydatków NFZ na leczenie stomatologiczne. Komisja tradycyjnie zorganizowała ogólnopolską konferencję naukową w Rytrze. M.in. wręczana jest tam nagroda imienia Andrzeja Janusza Fortuny, którą w ub. roku otrzymała w uznaniu zasług dla środowiska dentystycznego prof.

Jolanta Pytko-Polończyk, prodziekan Wydziału Lekarskiego CM UJ i członek ORL w Krakowie.

Utrzymujemy współpracę z przedstawicielami zawodów zaufania publicznego w regionie, w ramach powołanego Forum Samorządów tych zawodów. Kontynuujemy też współpracę międzynarodową z izbami lekarsko-dentystycznymi Czech i Słowacji oraz lekarzami zza naszej wschodniej granicy – Grodna, Tarnopola. Komisją ds. współpracy zagranicznej kieruje doktor Jerzy Friediger.

Dzięki zaangażowaniu przewodniczących merytorycznych zespołów, wiceprezesa ORL Lecha Kucharskiego, kolegów Jerzego Radziszowskiego i Radosława Czosnowskiego, Izba nawiązała także bliższe kontakty z kierownictwem szpitali, poradni specjalistycznych, poradni POZ działających na naszym terenie, starając się na bieżąco reagować na najistotniejsze problemy.

Natomiast z inicjatywy Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów doktora Wojciecha Oleksego powstaje w Krakowie Grupa Balinta oferująca m.in. pomoc w walce z wypaleniem zawodowym oraz w budowie właściwych relacji lekarza z pacjentami i otoczeniem. W lutym 2020 roku Okręgowa Rada Lekarska powołała także odrębnego pełnomocnika ds. uzależnień lekarzy.

Komisja Sportu, Turystyki i Rekreacji pod kierunkiem wiceprezesa ORL doktora Jacka Tętnowskiego w tym roku wróciła do organizacji tradycyjnego Balu Lekarza w Hotelu Pod Różą w centrum Krakowa. W 2019 roku rozszerzyliśmy również formułę naszego Pikniku Rodzinnego – na piknik wielu samorządów zawodów zaufania publicznego, zrzeszonych we wspomnianym wcześniej Forum.

OIL w Krakowie wspiera również cenne inicjatywy społeczne podejmowane przez lekarzy naszej Izby. M.in. dofinansowaliśmy specjalne szkolenia dla lekarzy wolontariuszy Stowarzyszenia „Lekarze Nadziei”, kierowanego przez doktora Mariana Kopciucha, staramy się także pomagać Stowarzyszeniu rzeczowo, doceniając znaczenie tej działalności, m.in. na rzecz krakowskich bezdomnych. To tylko jeden z wielu przykładów wspierania działalności charytatywnej naszych członków.

Systematycznie o działaniach Izby informują „Galicyska Gazeta Lekarska”, wydawana sześć razy w roku, w średnim nakładzie ok. 16 tys. egzemplarzy, oraz „Galicyska Gazeta Lekarska Lekarza Dentysty” – publikowana dwa razy w roku, w nakładzie ok. 3800 egzemplarzy. Pod koniec 2019 roku ukazał się także długo oczekiwany album z dziejów samorządu i Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, obejmujący okres 25-lecia – od odrodzenia samorządu lekarskiego w Polsce po rok 2015. Rozwijamy działalność artystyczną – od roku mamy własny chór lekarski. Niestety, pandemia zatrzymała nas w pół kroku, ale wrócimy do normalności.

Robert Stępień
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie



Wirus – świrus?

Setki, tysiące turystów polskich, niemieckich, czeskich i innych nacji towarzyszą mi na plaży nad Bałtykiem. Przyjeżdżam tu co rok, jednak takiego tłumu jeszcze nie spotkałem. Z drugiej strony – gdzie mieliby przyjechać? Wszędzie na świecie wirus, podróż niepewna, nie wiadomo gdzie nagle wprowadzą obowiązek kwarantanny, czy wpuszczą do kraju... A tu, nad Bałtykiem „cisza i spokój”. Trochę drogo, ale przynajmniej można zapomnieć o maseczkach, bo o wirusie nikt tu już nie pamięta. A jeśli nawet, to przecież to jest nasz wirus. Wakacje się kończą, wrócimy „wyluzowani” i jeśli zdrowi, pewni, że z tym wirusem to jakaś „ściema”, wymysł firm farmaceutycznych. I pewnie z takim przekonaniem wejdziemy w okres infekcji grypowych. Wielu i tak myśli, że koronawirus to taka grypa, nic poważnego...

To teraz na poważnie: według najnowszych statystyk w minionym sezonie z powodu grypy i jej powikłań zmarło w Polsce 65 osób. Jednocześnie w stosunku do poprzedniego sezonu spadła liczba zachorowań na grypę do 3 873 136, hospitalizowano 17 317 osób. Spoglądam na dzisiejsze – z 17 sierpnia 2020 r. – dane o zakażeniach COVID-19. Liczba zakażonych: 57 279 (w tym dzisiaj 595), zgonów: 1885.

Miejmy świadomość, że przed nami trudne miesiące, kiedy będziemy musieli oddzielać chorych z infekcjami grypowymi od tych covidowych. To poważne wyzwanie logistyczne i finansowe, ale na szczęście jest szczepionka przeciw grypie i będzie ona dostępna już we wrześniu. Warto propagować szczepienia profilaktyczne, warto samemu się zaszczepić, tym bardziej że większość podmiotów leczniczych finansuje swoim pracownikom szczepionki przeciw grypie. Pamiętajmy – nie stać nas na tego wirusa.

COVID-19 obnażył stan polskiego systemu opieki zdrowotnej. Pokazał braki, pokazał też chaos w poczynaniach ekipy rządzącej. O zakupie respiratorów nie będę się rozpisywał, bo każdy zna kwoty milionów dolarów bezpowrotnie utraconych przez MZ. Jednak władza ustawodawcza fakt ten zamierza puścić w niepamięć

odpowiednimi zapisami ustawy „covidowej”. W ramach tejże „tarczy” otrzymaliśmy także zapis art. 37a kodeksu karnego, w którym za nieumyślny błąd medyczny należy ukarać lekarza karą bezwzględnego więzienia.

To, że brawa się już dawno skończyły, a w związku z naszą pracą rozpoczęły się szykany zaniepokojonych sąsiadów, oskarżających nas o roznoszenie zarazy, wszyscy już zauważyliśmy. Ze strony władz państwa jakoś też brak szacunku dla zawodu lekarza. Kolejny już raz system opieki zdrowotnej „jakoś” funkcjonuje dzięki osobistemu zaangażowaniu i poświęceniu lekarzy, pielęgniarek, ratowników. Toteż bez większego rozgłosu czy reakcji rządzących 8 sierpnia odbył się w Warszawie protest przedstawicieli zawodów medycznych, domagających się m.in. usunięcia zapisów art 37a kk oraz – chyba już zwyczajowo – większych nakładów na opiekę zdrowotną. Manifestacja przebiegła spokojnie, z zachowaniem zaleceń epidemiologicznych.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Także 8 sierpnia 2020 r. weszła w życie ustawa z 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1291). Zwracam uwagę, że zawarto w niej szereg zmian dotyczących systemu kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów. Jednak z dniem podpisania wchodzi w życie zaledwie kilka przepisów, pozostałe zmiany będą oczekiwały na wydanie odpowiednich rozporządzeń. Niektóre rozwiązania będą wchodzić w życie 1 grudnia 2020 r., inne 1 stycznia 2021 r., a część dopiero 1 stycznia 2022 r.

Natomiast z dniem 8 sierpnia 2020 r. wszedł w życie przepis, w myśl którego dyrektor CEM na co najmniej 4 miesiące przed LEK i LDEK ma zamieszczać na stronie internetowej CEM wykaz źródeł bibliograficznych w języku polskim, wskazanych przez ekspertów w zakresie zagadnień objętych LEK i LDEK, na podstawie których jest weryfikowana poprawność pytań testowych LEK i LDEK, ze wskazaniem określonych rozdziałów oraz wytycznych

właściwych towarzystw naukowych, z których są przygotowywane pytania testowe.

Do 15 października 2020 r. dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych uruchomi bazę pytań LEK i LDEK, a **z dniem 1 stycznia 2021 r.** wejdą w życie przepisy określające, że testy na każdy nowy termin LEK i LDEK będą składać się z 30% nowych pytań i 70% pytań wybranych z bazy pytań LEK i LDEK, prowadzonej przez dyrektora CEM i udostępnianej na stronie internetowej CEM przed każdym terminem egzaminów lekarskich. Nowe pytania i testy będą opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich osobom innym niż uczestniczące w ich opracowaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu i przechowywaniu lub przeprowadzaniu LEK i LDEK lub sprawującym nadzór nad ich przeprowadzeniem. Pytania testowe wraz z poprawnymi odpowiedziami po ich wykorzystaniu będą publikowane w terminie 7 dni od dnia egzaminu na stronie internetowej CEM oraz gromadzone w bazie pytań LEK i LDEK.

Od 1 grudnia 2020 r. do LEK będzie mógł przystąpić lekarz albo osoba, która ukończyła 10 semestrów z sześcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim, prowadzonym przez uczelnię mającą siedzibę w Rzeczypospolitej Polskiej, a do LDEK będzie mógł przystąpić lekarz dentysta albo osoba, która ukończyła 8 semestrów z pięcioletnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarsko-dentystycznym prowadzonym przez polską uczelnię.

Nowe zasady kwalifikacji, kierowania i program stażu podyplomowego będą obowiązywały lekarzy rozpoczynających staż **od 1 marca 2022 r.** Wszystkie czynności dotyczące stażu odbywać się będą podobnie jak obecnie przy specjalizacji – drogą SMK. Zmieni się również program stażu z częstkami podstawowymi i możliwością wyboru kilku staży częściowych przez lekarza stażystę. Staż lekarza będzie składał się z części stałych: z zakresu chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, pediatrii, medycyny rodzinnej, medycyny ratunkowej, intensywnej terapii oraz nie więcej niż trzech wybranych dziedzin medycyny w nie więcej niż trzech podmiotach leczniczych uprawnionych do prowadzenia stażu, stanowiących część jego personalizowania.

Lekarz dentysta będzie odbywał staż podyplomowy w zakresie: chirurgii stomatologicznej, stomatologii dziecięcej, ortodoncji, periodontologii i chorób błony śluzowej, protetyki stomatologicznej oraz stomatologii zachowawczej z endodoncją. Lekarz i lekarz dentysta będą zobowiązani do odbycia obowiązkowych szkoleń z zakresu bezpieczeństwa pacjenta – profilaktyki zakażeń HIV, AIDS, HCV, profilaktyki onkologicznej, szkoleń z leczenia bólu.

Ponadto w programie stażu znajdą się szkolenia z zakresu komunikacji z pacjentem i zespołem terapeutycznym, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, zdrowia publicznego, w tym profilaktyki i szczepień ochronnych, orzecznictwa lekarskiego, prawa medycznego i bioetyki.

Przepisy zmieniające zasady kwalifikacji i zasady odbywania szkolenia specjalizacyjnego ujęte w Ustawie będą również stosowane po raz pierwszy **od 1 marca 2022 r.** Do szkoleń specjalizacyjnych rozpoczynających się przed tym dniem wprowadzono jednak kilka zapisów Ustawy, które obowiązują już od 8 sierpnia br., jak np. możliwości jednokrotnego złożenia – bez podawania przyczyny – ponownego wniosku o odbywanie rezydentury w innej dziedzinie medycyny przez lekarza, który już został zakwalifikowany i rozpoczął szkolenie specjalizacyjne.

Inne drobne korekty obowiązujące od 8 sierpnia dotyczą zmiany miejsca prowadzenia rejestru lekarzy unitów, pragnących wykonywać zawód w Polsce okazjonalnie. Rejestr ten przechodzi z okręgowych izb do Naczelnej Izby Lekarskiej.

Nie sposób w kilku słowach opisać wszystkie zapisy. Zachęcam do przestudiowania znowelizowanej Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, gdyż każdy znajdzie w niej regulacje bezpośrednio go dotyczące.

Mariusz Janikowski

Monitorujemy COVID-19

Koleżanki i Koledzy!

W związku z licznymi problemami w pracy lekarzy i lekarzy dentystów w trakcie pandemii, uruchamiamy specjalny formularz umożliwiający zgłaszanie uwag z tym związanych.

Link do formularza

<https://oilkrakow.pl/problemy-codziennej-pracy-w-zwiazku-z-covid-19/>

Zachęcamy do przysyłania uwag na temat codziennych problemów również w kontaktach z instytucjami odpowiedzialnymi, takimi jak np. Sanepid.

Apelujemy do wszystkich lekarzy, u których stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2, o zgłaszanie tego faktu do biura Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie. Prosimy także o uwagi na temat problemów z testowaniem w kierunku koronawirusa.

Z pozdrowieniami

Robert Stępień

Wytyczne dla udzielania świadczeń telemedycznych



24 lipca Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podjęło uchwałę w sprawie przyjęcia wytycznych dla udzielania świadczeń telemedycznych. Zalecenia te zostały opracowane przez Zespół ds. telemedycyny NRL, we współpracy z członkami Telemedycznej Grupy Roboczej. Wytyczne te składają się z trzech dokumentów:

- Wytyczne dla udzielania świadczeń telemedycznych,
- Wytyczne świadczenia telemedycznego uwzględniające aspekty etyczne,
- 10 kroków wizyty telemedycznej.

NRL zaapelowała do Ministra Zdrowia o wprowadzenie tych wytycznych jako obowiązujących w systemie opieki zdrowotnej.

Poniżej prezentujemy tylko „10 kroków...” – czyli wytyczne „w pigułce”. Zachęcamy jednak wszystkich lekarzy do zapoznania się z kompletem dokumentów, które ujmują problem wizyty telemedycznej całościowo, z uwzględnieniem wszystkich aspektów prawnych i etycznych, a poszczególne zalecenia są opatrzone obszernym komentarzem. Pełną informację można znaleźć pod adresem: nil.org.pl/aktualnosci

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie apeluje do wszystkich lekarzy o zapoznanie się z dokumentem i stosowanie tych zaleceń podczas udzielania każdego świadczenia telemedycznego!

10 kroków wizyty telemedycznej

1. Przygotuj i zweryfikuj sprzęt i oprogramowanie

Do udzielania porad telemedycznych wystarczy zwykły telefon lub komputer. Można też wykorzystać połączenia audio-wideo. Sprzęt używany do komunikacji nie musi być wyrobem medycznym. W przypadku rozwiązań cyfrowych pamiętaj o ochronie antywirusowej. Zawsze przed rozpoczęciem świadczeń telemedycznych dokonaj weryfikacji działania sprzętu i oprogramowania.

2. Zadbaj o poufność rozmowy

Rozmawiaj z pacjentem tylko w warunkach, które gwarantują, że osoba postronna nie usłyszy konwersacji. Nie masz wpływu na to, gdzie jest pacjent, ale powinienś zasygnalizować mu, że rozmowa dotyczyć będzie stanu jego zdrowia, więc powinien zadbac o jej dyskrecję.

3. Dokonaj weryfikacji tożsamości pacjenta oraz ustal miejsce jego pobytu i numer telefonu, z którego dzwoni

Poproś o podanie numeru PESEL i zweryfikuj jego poprawność z dokumentacją medyczną. Jeśli pacjent jest pierwszorazowy, poproś go o podanie kompletu danych potrzebnych do założenia dokumentacji medycznej. Jeżeli korzystasz z opcji wideo, poproś pacjenta o pokazanie dokumentu tożsamości do kamery. Jeżeli pacjent przy osobistej wizycie zostawił swój telefon do kontaktu, zaleć mu, aby kontaktował się z tobą z tego numeru.

Ustal również miejsce, w którym pacjent aktualnie przebywa, aby w razie sytuacji zagrożenia życia możliwe było sprawne wezwanie pogotowia ratunkowego. Jeżeli nie znasz numeru telefonu pacjenta, poproś go o numer

– dzięki temu nie utracisz z nim kontaktu w razie problemów technicznych z rozwiązaniem IT. Będziesz mógł do niego zadzwonić i kontynuować rozmowę.

Jeżeli udzielasz świadczenia finansowanego ze środków publicznych, dodatkowo pamiętaj o obowiązku potwierdzenia prawa do świadczeń. W zależności od sytuacji, poproś pacjenta o przedstawienie dokumentu potwierdzającego to prawo. Pamiętaj, że możesz otrzymać od NFZ dokument potwierdzający prawo do świadczeń konkretnego pacjenta na podstawie numeru PESEL.

4. Poinformuj pacjenta o charakterze świadczenia

Przed udzieleniem teleporady upewnij się, czy pacjent cię słyszy. Przedstaw mu informacje o tym, w jakim zakresie jesteś w stanie mu pomóc, oraz o tym, jakie są ograniczenia związane z poradą. Poinstruj go, że ma prawo udać się po osobistą poradę.

5. Postępuj profesjonalnie i odpowiedzialnie

Porada telemedyczna stanowi udzielenie świadczenia zdrowotnego, za które ponosisz odpowiedzialność. Przeprowadź z pacjentem pełny konieczny wywiad lekarski, sprawdź dostępną dokumentację, w tym wyniki badań diagnostycznych i poprzednie zalecenia, a następnie przekaż wyczerpującą informację medyczną. Nie lekceważ porady ze względu na jej formę. Twojemu rozmówcy przysługują wszystkie prawa pacjenta.

Zasady odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i karnej za świadczenia telemedyczne są takie same jak w przypadku innych świadczeń.

6. Przygotuj się na niestandardowe sytuacje

Przygotuj procedury (lub zapoznaj się z istniejącymi) na wypadek niestandardowych sytuacji, takich jak agresywny pacjent czy pacjent wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej. Jeśli wystąpią takie okoliczności, nie rozłączaj się pochopnie, wezwij niezbędną pomoc i staraj się minimalizować ryzyko dla pacjenta.

7. Wystaw potrzebne pacjentowi dokumenty

W ramach teleporady możesz wystawić receptę, zaświadczenie o niezdolności do pracy, skierowanie, zlecenie na wyroby medyczne. Jeśli możesz, dokumenty wystaw w postaci elektronicznej i wyślij pacjentowi. Udziel pacjentowi informacji, że ma dostęp do poszczególnych dokumentów za pośrednictwem internetowego konta pacjenta (ikp). W ramach IKP pacjent uzyska informacje

o wystawionych receptach, skierowaniach i zaświadczeniach lekarskich (tzw. zwolnieniach chorobowych). W przypadku e-recepty po jej wystawieniu przedyskutuj z pacjentem kod wymagany do realizacji recepty w aptece (nie każdy pacjent ma założone IKP).

8. Upewnij się, czy pacjent cię zrozumiał

Po zakończeniu porady, zanim się rozłączysz, zapytaj go, czy na pewno wszystko poprawnie usłyszał i wszystko jest dla niego zrozumiałe.

9. Prowadź dokumentację medyczną

Poradę telemedyczną udokumentuj w ten sam sposób jak standardową poradę; dodatkowo odnotuj w dokumentacji medycznej, że było to świadczenie udzielone telefonicznie/cyfrowo. Przepisy nie wymagają, aby nagrywać lub archiwizować taką poradę. Masz prawo to zrobić, ale na potrzeby prowadzenia dokumentacji medycznej wystarczającą jest notatka z teleporady.

10. Nie lekceważ problemów technicznych

W ramach teleporady przetwarzane są wrażliwe dane o stanie zdrowia pacjentów. Jeśli system nie działa poprawnie lub podejrzewasz, że padł ofiarą złośliwego oprogramowania, uzyskaj profesjonalne wsparcie IT. Jeżeli widzisz, że dane pacjentów są zagrożone, poinformuj niezwłocznie inspektora ochrony danych. Jeżeli w trakcie teleporady wystąpią problemy techniczne z połączeniem i będą się powtarzać, skontaktuj się z działem technicznym swojego dostawcy oprogramowania telemedycznego.

www.ggl.com.pl

Minęło pół roku od ostatniego wydania „Galicyskiej Gazety Lekarskiej”, jednak fakt, że o działaniach Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie nie informowaliśmy na łamach, nie oznacza, że tego w ogóle zaniechaliśmy. W maju uruchomiliśmy bowiem stronę internetową „GGL”, na której zamieszczamy istotne i ciekawe informacje, artykuły publicystyczne, wywiady, recenzje itd., których na ogół nie znajdzie się na innym portalu. Strona jest uzupełnieniem papierowego wydania „Galicyskiej Gazety Lekarskiej”. Polecamy ten adres: www.ggl.com.pl

Redakcja



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Czasy właściwie takie, że nie wypada pisać o czymś innym niż COVID-19. To i ja od tego zacznę, choć temat spowszedniał i zaczyna być nieco nudny. Natomiast COVID obnażył wszystkie niedostatki systemu ochrony zdrowia w Polsce, o których my już dokładnie wiemy od dawna, a zarządzający ochroną zdrowia nie chcą przyjąć do wiadomości. Wszystko, co mamy, wszystkie siły i środki zostały skierowane na walkę z tą chorobą. Nagle zniknęły inne schorzenia i problemy – liczy się tylko COVID.

Ciekawe, jak długo jeszcze. Tymczasem prócz dobrego słowa, pochwały premiera i sporadycznych okłasków nie znaleziono sposobu gratyfikacji lekarzy będących faktycznie na pierwszej linii walki z wirusem. Zresztą nie tylko lekarzy, bo pozostałych pracowników też. Nie rozumiem tego, ale systematyczne lekceważenie tych, którzy z narażeniem własnego zdrowia (tym razem dosłownie) walczą o zdrowie innych jest w Polsce powszechne. A jeszcze do tego kierownictwo NFZ pilnuje, jakby tu uszczknąć choćby cokolwiek z należnych za COVID pieniędzy. Ale w tym NFZ jest niedościgłym mistrzem.

COVID obnażył jeszcze coś innego – mianowicie lęk przed odpowiedzialnością. Strach przed decyzją, przed wydaniem jasnych i zrozumiałych zaleceń, tak ze strony GIS, jak i ministerstwa. Obnażył przerażającą bezzadność organów państwa, niekonsekwencje, błędne decyzje i wiele, wiele innych.

Ochodzi minister Szumowski. Prawdę powiedziawszy, nie żałuję. Mimo zapowiedzi naprawy ochrony zdrowia nie stało się nic. Nie zreformowano systemu kształcenia specjalizacyjnego, nie dokonano istotnych zmian w systemie mimo podpisanych porozumień. Nie rozwiązano ani jednego problemu. Mimo szumnych zapowiedzi nie zmniejszono obciążeń administracyjnych, które są w chwili obecnej największym problemem ochrony zdrowia, generującym koszty, na które nie ma pieniędzy, i absorbującym pracowników, których również brakuje.

Niepokoi lekceważenie dla merytorycznej wiedzy. Minister rozwiązał Radę Naukową – czyżby bał się jej opinii? Nie wiem, ilu w sumie lekarzy zatrudnionych jest w kierownictwie Ministerstwa Zdrowia. Wiem o dwóch, ale może nie wiem wszystkiego. Nie wiem, ilu lekarzy zatrudnionych jest w Centrali NFZ, podobno kilku, w oddziale małopolskim, z tego co wiem, ani jeden, włącznie z zastępcą do spraw medycznych. Ale może tak ma być?

Potwierdzeniem tego jest fakt, że odchodząc z funkcji Pan Minister podziękował wszystkim, z wyjątkiem tych, którzy chcieli nieść merytoryczne wsparcie dla pracy ministerstwa. To widać nie jest potrzebne. Zobaczmy, co będzie dalej. Na następcę czekają trudne czasy i trudne decyzje. System, który się chwieje od lat i trwa cudem, wymaga pilnej naprawy. Szpitale, pozbawione kadry i pieniędzy, wymagają docenienia i dofinansowania, bo tam pracuje najbardziej doświadczona, najlepiej wykształcona, najciężej pracująca, lecząca najtrudniejsze przypadki i najciężej chorych, ale za to najgorzej wynagradzana kadra medyczna, specjalistka wymaga uregulowania i ucywilizowania.

Życzę nowemu ministrowi sukcesu. Mam nadzieję, że w jego pracy pojawi się miejsce na decyzje merytoryczne, a nie tylko finansowe i polityczne.

Czego Wam i sobie życzę (zresztą już od wielu lat).

PS: Już po napisaniu tego tekstu pojawiła się informacja, że nowym ministrem zdrowia został p. Adam Niedzielski, dotychczasowy prezes NFZ. Z moich obserwacji wynika, że jest to pragmatyk, a nie uczonek. To może dobrze wróżyć. Zobaczmy.

Jerzy Friediger

Profesor Wojciech Nowak kończy misję kierowania Uniwersytetem Jagiellońskim

Powody do satysfakcji

Panie Profesorze, 1 września 2012 roku objął Pan stanowisko Rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego, jako drugi lekarz w dziejach powojennych (po prof. Franciszku Walterze 1946-1948). W wywiadzie, którego mi Pan wówczas udzielił, oświadczył Pan – co było i jest wbrew panującym modom – że planuje Pan być kontynuatorem. A więc nic się od Pana nie zaczyna ani nikt z poprzedników nie będzie oceniany niepochlebnie...

– Panie redaktorze, profesorowi Walterowi przypadł w udziale bardzo ciężki okres odbudowy zrujnowanej po wojnie uczelni, spisał się znakomicie, a lekarzy w dziejach Uniwersytetu Jagiellońskiego w funkcji rektora był cały poczet...

...tak, kadencje trwały rok.

– Rzecz w tym, że w wyniku splotu dziejów Wydział Lekarski został w 1950 roku sztucznie oderwany od Uniwersytetu i powrócił dopiero po 44 latach, dzięki staraniom kadry profesorskiej, m.in. rektorów prof. Andrzeja Pelczara i prof. Andrzeja Szczeklika. Ale ja nawiązywałem w tamtej rozmowie do poczynąń moich bezpośrednich poprzedników, prof. Franciszka Ziejki i prof. Karola Musioła, którzy na mocy uchwały Sejmu RP z 2001 roku wszczęli budowę tzw. III Kampusu Uniwersyteckiego. To największa inwestycja w Krakowie od momentu budowy Nowej Huty. Wielu ludzi nie zdaje sobie sprawy, że w Polsce powstała taka nasza „dolina krzemowa”. To wielkie wydarzenie. Nie ukrywam, że uważam się za kontynuatora ich pracy, która już przynosi owoce. Widać, jak procentuje koncentracja w jednym miejscu naukowców, którzy mają tam swoje laboratoria; jak obok samorzutnie powstają obiekty znaczących międzynarodowych firm, które chcą to usytuowanie wykorzystywać; jak studenci garną się do studiowania tutaj na różnych kierunkach.

Czy kampus jest już skończony?

– Kampus nigdy nie będzie skończony, bo ma nie tylko wymiar materialny. Natomiast w sensie fizycznym jest



Fot. Jerzy Sawicz

w zasadzie skończony. Przewidywane jest jeszcze stworzenie bazy sportowej i domu studenckiego. W ostatniej fazie inwestycji ogromnym przedsięwzięciem były przeprowadzki. Bo łatwo sobie wyobrazić przenoszenie jakiegoś biura czy humanistycznego wydziału pod inny adres, bo to są książki, regały itp. A my tutaj przenosiliśmy wysokiej klasy urządzenia laboratoryjne. Taki np. Wydział Chemii, który był już za moich czasów przenoszony, to naprawdę gigant i ogromne przedsięwzięcie logistyczne. Same digestoria warte były ponad 40 mln zł. Nie mówię już o kosztach ubezpieczenia takiej przeprowadzki. Ale, oczywiście, nie wszyscy byli zadowoleni.

Czyli mamy właściwie wielki finał budowy kampusu, bez uroczystej gali. Panie Rektorze, drugim wielkim przedsięwzięciem, które się dokonało za Pańskiej kadencji, jest Szpital Uniwersytecki w Prokocimiu. Pamiętam, jak pokpiwano z lokalizacji, bo na działce przyznanej szpitalowi wyrósł już las, samosiejka, objęty ochroną i żądano coś 20 mln zł kary za ewentualne wycięcie. Pan, jako prorektor ds. CM, toczył boje...

– Fakt, ja się z tym borykałem. Była zresztą duża grupa osób, które uważały, że nowy szpital w Prokocimiu będzie dla nich osobiście wielkim nieszczęściem. Przyzwyczaili się do dotychczasowej lokalizacji. Tymczasem te XIX-wieczne budynki na Kopernika nie mogły spełniać tych kryteriów,



Fot. Jerzy Sawicz

Uroczyste otwarcie Centrum Biotechnologii UJ w Kampusie 600-lecia odnowienia UJ. Pośrodku m.in. rektorzy UJ – prof. Wojciech Nowak (aktualny rektor), przecina wstęgę, obok w środku prof. Franciszek Ziejka (były rektor).

które spełniać powinny. Dopiero dzisiaj nawet prominentne osoby z tamtego grona mówią, że trwanie przy Kopernika to był bezsens.

Zadowolony jest Pan z nowego szpitala?

– Bardzo zadowolony, ale nie chodzi o moje zadowolenie. Jeździłem po świecie, widziałem wiele szpitali klinicznych i wiedziałem, jak to ma wyglądać. Byłem atakowany, różnymi drogami zniechęcany do budowy nawet przez osoby, które teraz tam pracują i sobie to chwala. Nigdy jednak nie usłyszałem słowa „przepraszam”. Zresztą, jakby to nasze miasto wyglądało w marcu czy kwietniu tego roku, podczas ataku koronawirusa, gdyby tego tak nowoczesnego i bezpiecznego szpitala nie było? Czy pan myśli, że w budynkach przy Kopernika można byłoby hospitalizować chorych na COVID-19? I co niemniej ważne, czy można było zagwarantować bezpieczeństwo załogi, która tam miałaby pracować? W Szpitalu przy Jakubowskiego dzięki nowoczesnej infrastrukturze, mimo blisko 2 tys. przypadków zarażenia koronawirusem objętych opieką w naszym mieście i województwie, pojawiły się jedynie incydentalne przypadki zakażenia wśród personelu. I to jest gigantyczny sukces tego szpitala! A co by się działo w starych budynkach, bez bezpiecznej klimatyzacji, w tych piwnicach udających przychodnię? Lepiej nie mówić.

Czy udało się spłacić koszty budowy szpitala?

– Ta sprawa zawsze była stawiana jasno, koszt był wysoki. Nigdy nie wierzyłem, że przyjdzie do nas Święty Mikołaj i da nam 1,4 mld zł w prezencie. Od rządu otrzymaliśmy ostatecznie 900 mln zł. Resztę trzeba było zdobyć. I tak się stało. Ba, dzisiaj słyszę marzenia, by w Prokocimiu powstał jeszcze budynek researchowy. Takie centrum naukowo-badawcze, kampus medyczny. Też chciałbym. Ale trzeba zdobyć na to środki. Owszem, mamy tam już niemało jako środowisko medyczne: wielki szpital dziecięcy, farmację, akademiki, bibliotekę medyczną. Teraz do obiektów już istniejących doszedł nowy szpital uniwersytecki. To już niemal cała dzielnica.

Pytałem o koszty, bo sądziłem, że będą pokryte po części ze sprzedaży obiektów, których Uniwersytet ma sporo w Krakowie, np. Witkowice.

– Nie prowadzimy takiej polityki wychodzenia z centrum miasta. Natomiast Witkowice rzeczywiście są solą w oku. Jesteśmy instytucją państwową, dlatego obowiązują nas operaty szacunkowe, a więc za ile wolno nam coś sprzedać. Witkowic bym się chętnie pozbył, ale ceny proponowane przez potencjalnych inwestorów znacznie odbiegają od wycen z operatu. Gdybym je sprzedał, powiedzmy o milion taniej, co przy wycenie rządu 25–30 mln nie jest dużo, to chyba miałbym od razu

wszystkie służby na głowie. Natomiast remontowanie tych baraków w celach medycznych jest bez sensu, osobiście zrobiłbym tam piękny park.

Skoro jesteśmy przy Szpitalu, trudno nie zapytać o losy „Kopernika”, a także dawnego CUMRiK-u?

– Jak pan wie miasto podjęło słuszną decyzję o zakupie tego terenu i chwala za to prezydentowi Majchrowskiemu. Co tam ostatecznie powstanie, to kwestia decyzji nowych właścicieli i nawet nie wypada, żebym ja się do tego mieszał. Natomiast CUMRiK został wykorzystany przez Collegium Medicum na cele kliniczne. Nic się tutaj nie marnuje, wręcz odwrotnie.

Panie Rektorze, Kampus i Szpital Uniwersytecki to nie-jedynie ślady materialne po Pańskiej kadencji...

– Stawia mnie pan w trudnej sytuacji, bo przedsięwzięć było wiele, a nie chcę kogokolwiek pominąć. Oczywiście, poza wszelką oceną znajduje się SOLARIS, czyli Narodowe Centrum Cyklotronowe, sąsiadujące z kampusem, jedyne w Polsce, wprowadzające nasz kraj w XXI wiek. Wyjątkowym w skali kraju jest też udane połączenie biznesu prywatnego z Uniwersytetem, czyli Jagiellońskie Centrum Innowacji. Na koniec proszę wspomnieć o moim ukochanym dziecku, czyli Ogrodzie Botanicznym.

Nareszcie szklarnia Victoria wygląda tak, jak powinna wyglądać, i palma nie wychodzi przez okno.

Dzisiejszy Uniwersytet to ogromny organizm. Około 40 tys. studentów, 8 tys. pracowników, w tym ponad 4 tys. nauczycieli akademickich. Czy ta struktura jest sterowalna? Zwłaszcza z gigantem u boku, w postaci Collegium Medicum?

– Niech pan weźmie za przykład Cambridge, Oxford, Stanford, Harvard i porówna dane. Tam jest na każdym uniwersytecie kilkanaście takich kolegiów, np. nauk społecznych, fizyki i nauk ścisłych, biologii i nauk pokrewnych. Każde jest samodzielne finansowo, kadrowo, ma własny senat, szereg fakultetów itp. Nasze podwórko nie jest jedynym możliwym w świecie. Ale rzeczywiście, w polskich warunkach jesteśmy bardzo dużą instytucją. Nie mamy systemu porównywalnego z Cambridge, ale tworzymy, wzorem najlepszych, silne kolegia. I niech mają pełną autonomię, jak na wymienionych uniwersytetach.

Na przeszkodzie stoją m.in. kwestie budżetowe u nas, CM otrzymuje pieniądze z innego resortu niż UJ...

– Nie ma już dwóch źródeł finansowania. Ustawa to zniósła. O subwencji decyduje Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. A jak my się wewnętrznie dzielimy, to

Kampus 600-lecia Odnowienia UJ to jedna z najbardziej znaczących inwestycji w Polsce



Fot. Łukasz Orkisz



już jest nowa kwestia. Oczywiście, można z tego zrobić polskie piekło, ale też pewną wartość.

Czy ustawa zachowała też pełną autonomię Uniwersytetu?

– Stuprocentowej autonomii nie ma żadna uczelnia na świecie, bo to jest gigantyczny twór, wymagający dopływu pieniędzy i ten, kto ich dostarcza, zawsze będzie miał jakieś oczekiwania. Dałem przykład Cambridge, bo imponowało mi tam, że na ich budżet w 35-45 procentach składają się dochody własne, osiągane przez potencjał intelektualno-badawczy uczelni. Dotacje rządowe wcale nie są najważniejsze. Bo im więcej wolności finansowej, tym więcej autonomii.

Panie Rektorze, czy satysfakcjonuje Pana 336. miejsce Uniwersytetu Jagiellońskiego w światowym rankingu uczelni 2020?

– Zdecydowanie tak. Jeśli w rankingu szanghajskim bierze udział ponad 10 tys. uniwersytetów, a my znajdujemy się w czwartej setce, to na pewno jest to powód do satysfakcji. Dziennikarze zazwyczaj pomijają kryteria decydujące o punktach. Przykro mi, ale muszę zapytać, jakie my mamy osiągnięcia w nauce? Ilu mieliśmy noblistów po Marii Skłodowskiej-Curie? Oczywiście chciałbym, żebyśmy byli w pierwszej 20. Ale nauka to nie jest bieg na 100 metrów. Dzisiaj nie osiąga się takich sukcesów w nauce jak kiedyś, gdy ktoś w piwnicznym laboratorium coś odkrywał. Teraz to są procesy zespołowe, wszystko wymaga specjalistycznej aparatury i strasznie dużo kosztuje. Po 8 latach bycia rektorem wiem dokładnie, jaki jest poziom wydatków na naukę. Politycy mówią, że jeśli wydamy 1,4 proc. PKB, to będzie dobrze. Tyle, że wydajemy poniżej 1 proc. Chętnie posługuję się przykładem Korei Południowej, kraju o porównywalnej powierzchni i populacji, będącym dzisiaj światową potęgą. Bez bogactw naturalnych, po dramatycznej wojnie, ale przy akceptacji

społecznej postawiono nie na „socjal”, a na naukę i technologie. I można przy okazji spojrzeć na miejsca koreańskich uniwersytetów (6. w pierwszej setce – dop. red.) Natomiast u nas wiele się mówi: „stawiamy na rozwój”, tyle że na mówieniu się kończy.

Podczas minionych dwóch kadencji był Pan też gospodarzem wielu wizyt. Która utkwiała Panu szczególnie w pamięci?

– Wspomnę przede wszystkim niedawną wizytę prezydenta Francji Emmanuela Macrona i jego wykład dla młodzieży w auli Collegium Novum. Jego podejście do roli Polski, do roli Europy to naprawdę niezwykła sprawa. Niekiedy ostrość jego wypowiedzi mogła drażnić, ale teza, że nie można traktować Unii Europejskiej głównie jak banku europejskiego, jest przekonująca. W takim ujęciu Unia nie miałaby sensu. Młodzi ludzie słuchali go z zafascynowaniem. Nagle ktoś o Unii mówił z nowej perspektywy, innej niż kreślona u nas.

Wspomniał Pan o młodzieży. Jaka jest z Pańskiego punktu widzenia – prawicowa czy lewicowa?

– Często z nimi rozmawiam i wiem, że nie są ani prawicowi, ani lewicowi. I dlatego politycy do nich nie trafiają. Permanentne kłótnie i spory są im poniekąd obojętne. Ich interesują dwie kwestie: skala i możliwości informatyzacji oraz ekologia, której nie odpuszczają politykom.

A zagraniczną młodzież jak Pan ocenia? Mamy jej sporo na Uniwersytecie...

– Rzeczywiście, mamy dużo studentów z całego świata, tzn. mieliśmy. Cała mądrość moich następców będzie polegała na tym, żeby to utrzymać, bo świat się zmienił po COVID-19. Liczba osób przyjeżdżających w przyszłym roku na pewno spadnie, np. z Chin nie przyjedzie nikt. A to była znacząca liczba. Do nas przyjeżdżało bardzo dużo studentów i wyjeżdżało też wielu naszych. Erasmus, Erasmus plus naprawdę pięknie funkcjonowały. Mnie szczególnie zafascynowała idea wspólnego uniwersytetu europejskiego, nakreślona przez prezydenta Emmanuela Macrona. Rzecz jest genialna, moim zdaniem, i byliśmy blisko jej wdrożenia. Niestety, COVID-19 cały ten zamysł opóźnił. Niech pan sobie wyobrazi, ja studiuję medycynę, pan polonistykę, a po dwóch latach jedziemy na Sorbonę, żeby w ciągu semestru sobie coś tam pouzupełniać. I otrzymujemy taki sam dyplom w języku polskim, francuskim albo angielskim – bo to jest uniwersytet europejski. To samo dotyczy pobytu wykładowców. Ogłaszamy też konkurs na kwestora Sorbony, w którym każdy może startować. Rzecz została już z inicjatywy prezydenta Macrona przygotowana do realizacji, przystąpiło do niej osiem wiodących europejskich uniwersytetów (w tym UJ), Unia Europejska przeznaczyła na to pieniądze. To byłby taki alians UNA EUROPA – czyli wspólne działanie naukowe, dydaktyczne i administracyjne. To jest przyszłość.

Tymczasem terazniejszość stawia Uniwersytet przed trudnymi wyborami. Co rusz jakaś sprawa rodzi napięcie i Jego Magnificencji wypada zająć stanowisko...

– Oczywiście w społeczności liczącej razem kilkadziesiąt tysięcy osób są różni ludzie, o różnych politycznych sympatiach. Dzisiaj, gdy Polska jest podzielona na pół i próby porozumienia kończą się niczym, w uniwersyteckiej społeczności analogicznie rodzą się dramatyczne napięcia. Rektor, który też ma swoje polityczne zapatrywania, musi je schować do kieszeni, a publicznie powinien przedstawić stanowisko uczelni. Dlatego za olbrzymi sukces całej społeczności Uniwersytetu Jagiellońskiego uważam to, że potrafiliśmy wypracować wspólne stanowisko we wszystkich najtrudniejszych sprawach. Także w tej ostatniej, dotyczącej mowy nienawiści do mniejszości, którą to mowę Kolegium rektorsko-dziekańskie UJ uznało za nie do przyjęcia. Nie może być cienia dyskryminacji wobec ludzi, którzy myślą inaczej niż grupa rządząca. Dlatego zajęliśmy jednoznaczne stanowisko, ale spokojne, wyważone, bo przecież nie chodzi o to, by kogoś obrażać. Podobnie wypowiedzieliśmy się w kwestii ochrony Konstytucji. To były doniosłe społeczne zachowania Uniwersytetu. Osobiście, z racji pełnienia funkcji przewodniczącego Konferencji Rektorów Uniwersytetów Polskich, uważałem, że jako środowisko ludzi nauki powinniśmy częściej zajmować wspólne stanowisko szkół wyższych w najważniejszych dla Polski sprawach. Bez przesadnej skromności uważam, że moja personalna aktywność była na tym forum niemała.

Kończąc już naszą rozmowę, mam jeszcze pytanie natury poniekąd medycznej. Otóż wśród największych uczelni medycznych kraju Collegium Medicum ma najniższy limit naboru, bo...?

– Limit miejsc na kierunki medyczne wyznacza Ministerstwo Zdrowia, to ono ponosi koszty, a dziekan może wystąpić o ich korektę. Rzecz w tym, że dawniej szpital posiadający wielu studentów był z tego dumny. Mówiono, jesteśmy dobrzy, dlatego mamy tylu studentów. Teraz pojawiła się stara prawda „ilość czy jakość?”. My zawsze walczyliśmy o jakość. I skutecznie, czego świadectwem pierwsze miejsce w rankingach „Rzeczpospolitej” czy „Perspektyw”. Studia medyczne to jest kierunek specyficzny. Wszystko musi mieć wymiar fizycznie materialny. Żadne wspaniałe centra badań na fantomach nie zastąpią badania pacjenta. W dodatku pojawiła się moda na nauczanie zdalne, którą COVID-19 umocnił. Niedawno się pokłóciłem, gdy w jednej ze szkół wyższych dyskutowano, jak ograniczyć przy licencjacji zajęcia praktyczne dla położnych i pielęgniarek. Tego nie wolno zrobić. Stomatolog musi umieć uprawiać zawód przy pacjencie, pielęgniarka i położna też, nie mówię już o chirurgii. Każdy człowiek jest inny. Inaczej się bada 20-latkę z anginą, który jest sprawny fizycznie i intelektualnie, a inaczej 90-latkę z demencją i wadą serca. To są nieporównywalne organizmy. Jeżeli nie nauczymy słuchacza medycyny,

mówiąc prozaicznie, badania fizykalnego, to jako lekarz, źle rozpoznając chorobę, będzie on szkodzić pacjentom, a koszty leczenia będą dużo wyższe. Pamiętam, jak pierwszy raz na studiach badałem pacjenta. Jakie to było przeżycie, jaki stres, ile emocji. A nade mną stał profesor i patrzył, jak wypukałem granice serca. Gdyby błędnie, to wyleciałbym z egzaminu od razu, bez dyskusji. To był warunek dalszych studiów.

Tak więc kształciliśmy tyłu, ilu mogliśmy w warunkach posiadanej bazy. Teraz, po oddaniu nowego szpitala uniwersyteckiego, zapewne się to zmieni.

Kształcenie online bezspornie prowadzi do dehumanizacji wielu zawodów. Panie Rektorze, proszę jeszcze powiedzieć, co Pan planuje w przyszłości? Wachlarz możliwości jest spory – dyplomacja, powrót do medycyny, pisanie pamiętników? Wiem, najpierw długi urlop...

– Oczywiście, muszę formalnie dokończyć kadencję, a to oznacza wykonanie szeregu zobowiązań, niezależnych od funkcji, a wynikających z mojej wcześniejszej aktywności. Natomiast decyzję co dalej podejmę, jak mówią sportowcy, na tzw. świeżości. Muszę sobie miesiąc, dwa odpocząć. To nie znaczy, że jestem zmęczony. Potrzebuję po prostu trochę czasu na relaks, na przemyślenie wielu spraw. Nie ukrywam, że sprawia mi satysfakcję napływ takich czy innych propozycji. Ba, nawet radość. Ale żeby podjąć decyzję, muszę odpocząć intelektualnie i fizycznie. I wtedy odpowiem.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał: Stefan Cieply

Prof. dr n. med. Wojciech Nowak, specjalista chirurg, rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego w latach 2012-2020. Ur. w 1949 r. w Krakowie; w latach 1968-1974 odbył studia lekarskie na AM w Krakowie, następnie asystent w I Katedrze Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologii, od 2003 r.z-ca ordynatora. W 1977 r. uzyskał I st. specjalizacji z chirurgii ogólnej, w 1988 – II stopień; w 1982 – doktorat, 1997 – habilitację, od 2003 r. profesor. W latach 2004–2008 kierownik Katedry Anatomii UJ CM, od 2009 r. kierownik III Katedry Chirurgii Ogólnej. W latach 2003–2008 dziekan Wydziału Lekarskiego; 2008-2012 prorektor UJ ds. CM; 2012–2020 – rektor UJ.

Specjalista z zakresu chirurgii endokrynologicznej i leczenia nowotworów jamy brzusznej; konsultant wojewódzki ds. transplantologii klinicznej, a także chirurgii ogólnej; autor 133 publikacji naukowych, 283 prezentacji zjazdowych; członek towarzystw naukowych, m.in. European Union Network of Excellence for Gastric Cancer; w latach 2010–2011 – przewodniczący European Society of Surgery.

**Integracja z Gliwicami szansą przetrwania
Instytutu Onkologii w Krakowie?**

Recepta dla upadającego szpitala

**Rozmowa z
prof. dr. hab. Krzysztofem Składowskim,
pełniącym obowiązki
dyrektora krakowskiego oddziału
Narodowego Instytutu Onkologii,
dyrektorem oddziału NIO w Gliwicach**

Podjął się Pan Profesor bardzo trudnego zadania – ratowania pogrążonego w kryzysie Narodowego Instytutu Onkologii w Krakowie. Kiedyś ten ośrodek był jednym z najlepszych w kraju, był doskonałą placówką leczniczą oraz naukową. Teraz chyli się ku upadkowi. Z krakowskim Instytutem rozstało się wielu wybitnych specjalistów, chorzy przestali szukać tu ratunku, a Pana poprzednik został odwołany w atmosferze skandalu.

– To prawda. Jeszcze 20 lat temu i wcześniej, kiedy zaczynałem pracę, krakowski oddział Instytutu Onkologii był bardzo ważnym ośrodkiem naukowym na onkologicznej mapie Polski. Promieniował nie tylko na cały kraj, ale i na zagranicę. Musimy jednak pamiętać, że na przestrzeni dwóch ostatnich dekad nastąpił ogromny postęp i zaszło dużo zmian w onkologii na całym świecie. Z dyscypliny medycznej utożsamianej z umieraniem i brakiem nadziei onkologia stała się dziedziną, która ma ogromne możliwości i sukcesy w leczeniu nowotworów złośliwych. Ale ma też i duże wymagania – jest specjalnością nowocześnie, zaawansowaną technologicznie, czyli drogą, ponieważ wykorzystuje wysokospecjalistyczną aparaturę diagnostyczną, a w przypadku radioterapii również aparaturę leczniczą. Ogromny postęp obserwujemy w chirurgii onkologicznej, a rozwój farmakoterapii przeciwnowotworowej jest wręcz gigantyczny. Niestety, w krakowskim oddziale Instytutu Onkologii czas się zatrzymał dawno temu. Ośrodek nie był w stanie dotrzymać kroku temu postępowi ani nawet podążać za tymi zmianami. Z wielu powodów. Jednymi z najistotniejszych są: kompletny brak możliwości rozbudowy i ogromne ograniczenia rozwoju istniejącej infrastruktury.



Fot. Tomasz Narodowski / NIO Gliwice, archiwum szpitala

To tak zwane obiektywne przesłanki upadku, lecz przy Garncarskiej kryzys miał też inne oblicze. Prasa donosiła o odejściu około 150 pracowników, w tym kilkudziesięciu lekarzy. Pana poprzednik, dr Konrad Dziobek, utrzymywał, że stan zatrudnienia się nie zmienił. Czy może Pan Profesor przedstawić bilans otwarcia?

– Nie liczyliśmy dokładnie, bo przy stosowanych tu różnych formach zatrudnienia to nie jest prosta matematyka. Z pewnością odeszło z Garncarskiej kilkunastu profesorów i samodzielnych pracowników nauki oraz kilkudziesięciu lekarzy. Rezygnowali z pracy lub byli zwalniani również pracownicy pomocniczy, kadra pozamedyczna. Już po kilku dniach spędzonych tutaj wiedziałem, że nie ma przerostu zatrudnienia. Mój poprzednik argumentował, że stan kadry nie został istotnie uszczuplony i właściwie miał rację. Tyle tylko, że w zamian za doświadczonego, legitymującego się wieloletnią praktyką lekarza specjalistę czy przeszkolonego pracownika zatrudnił nowicjuszy, ludzi pozyskiwanych naprędce i niepotrafiących się tu odnaleźć. Młody lekarz powinien się uczyć od starszego, tutaj nie miał już od kogo. Kolejny przykład

– w ramach tak zwanych oszczędności zlikwidowano dział informatyki, zatrudniając na zasadzie outsourcingu firmę zewnętrzną. O ile takie rozwiązanie można akceptować w małych, prywatnych jednostkach leczniczych, o tyle jest nie do przyjęcia w oddziale poważnego instytutu naukowo-badawczego. Brak własnych informatyków w każdej chwili groził całkowitym paraliżem szpitala.

A zadłużenie krakowskiego oddziału Narodowego Instytutu Onkologii? Podobno w ostatnim roku malało.

– Minimalnie. Obecnie wynosi około 100 mln zł, co przy kontrakcie na usługi medyczne wielkości ok. 150 mln zł sprawia, że bez pomocy zewnętrznej tego długu nie da się dalej dźwigać, choć, na razie, paradoksalnie, zadłużenie nie przyrasta. Podjęliśmy działania zmierzające do zawarcia ugód z wierzycielami. Wielu z nich po naszych negocjacjach rezygnuje z odsetek wynikających z przeterminowania długu. Z powodu pandemii mamy też nieco mniejsze wydatki – wykonujemy mniej procedur. Jednocześnie staramy się pozyskać więcej środków. Dzięki dobrym relacjom z Narodowym Funduszem Zdrowia otrzymaliśmy ostatnio kontrakt na onkohematologię, na którą ten szpital nie miał dotąd umowy. Zabiegamy o kontrakt na intensywną terapię. Racjonalizujemy zakupy. Stopniowo zwiększamy dopływ pieniędzy, ale najważniejsze jest zwiększenie realizacji kontraktu z NFZ.

Jakie właściwie zadanie postawiono przed Panem Profesorem – zatrzymanie resztki personelu i ratowanie tego, co tu zostało? Zmniejszenie zadłużenia? Czy może cicha likwidacja oddziału Narodowego Instytutu Onkologii w Krakowie?

– Pierwszym moim zadaniem było postawienie diagnozy, ocena sytuacji. I to już zrobiliśmy – przy udziale moich ekspertów z oddziału gliwickiego powstało następujące rozpoznanie: oddział krakowski nie ma szans istnieć samodzielnie. Rozumiany jako samodzielna jednostka, z całą strukturą niezbędną do funkcjonowania szpitala i badań naukowych nie zbilansuje się nigdy, a nawet nie zmniejszy istotnie zadłużenia. Kolejnym, obecnym zadaniem jest wskazanie możliwych rozwiązań. Doszliśmy do wniosku, że krakowski oddział powinien zostać powiązany z większym podmiotem, który nie tylko stale się rozwija, jest nowoczesny oraz potrafi sprostać wszystkim wymaganiom i oczekiwaniom pacjentów, ale także wykorzysta zasoby Krakowa i po integracji oraz restrukturyzacji da krakowskiemu ośrodkowi impuls do rozwoju, pociągnie go za sobą do przodu. Ponieważ kieruję oddziałem Narodowego Instytutu Onkologii w Gliwicach, łatwo się domyślić, że naturalnym wyjściem byłaby integracja obu tych jednostek. I w związku z tym pracujemy już nad takim scenariuszem.

Zapewne wstępne założenia są gotowe. Na czym ma polegać ten związek, czy zmiany wpłyną na sytuację pacjentów?

– Pacjentom chcemy zapewnić taki sam jak dotąd, a nawet większy zakres świadczeń, gwarantujący kompleksowość leczenia. Nie będziemy niczego likwidować ze sfery usług medycznych, wprost przeciwnie. Na pewno należy zainwestować w te dziedziny onkologii, które w Krakowie mają szanse rozwoju i pozyskiwania pacjentów. Są to przede wszystkim: chirurgia onkologiczna, urologia i ginekologia onkologiczna, radioterapia, onkologia kliniczna, onkohematologia i oczywiście badania kliniczne, zarówno te o charakterze niekomercyjnym, jak i komercyjne. Moim zdaniem, Kraków powinien się do-



Położenie Instytutu Onkologii w Krakowie uniemożliwia jego rozbudowę.

skonać przede wszystkim w tych kierunkach, w których już dawno miał osiągnięcia, czyli na przykład w leczeniu raka piersi, nowotworów układu moczowego, przewodu pokarmowego, zabiegach endoskopowych. Jako specjalista w tej dziedzinie, wysoko cenię poziom radioterapii przy Garncarskiej. Nie tylko wyposażenie jest dobre, ale też kadra – warto zauważyć, że w krakowskim oddziale NIO jest najwięcej w skali kraju rezydentów szkolących się w radioterapii. Kraków ma też refundowany przez NFZ dostęp do protonoterapii, z której korzystają pacjenci z całej Polski. W ciągu dwóch miesięcy udało mi się podwoić liczbę chorych leczonych protonami. Mamy tu niewykorzystane możliwości – w ubiegłym roku w całej Polsce z leczenia protonami skorzystało ok. 120 osób, nie licząc zabiegów wykonywanych u osób z chorobami narządu wzroku, których kieruje do Bronowic szpital okulistyczny. Potrzeby i możliwości w tym zakresie są jednak o wiele większe.

Czego tu na pewno nie będzie?

– Nie możemy stworzyć przy Garncarskiej nowych oddziałów, po prostu nie ma gdzie. A bez nich nie po-



Fot. Maja Markowska-Tomar, NIO Gliwice

U chorych, którzy kwalifikują się do leczenia promieniami, w krakowskim oddziale NIO stosowane są najnowocześniejsze techniki radioterapii, np. radioterapia z bramkowaniem oddechowym, stereotaktyczna, dynamiczna terapia łukowa VMAT, technika intensywnej modulacji natężenia wiązki promieniowania IMRT czy napromienianie kobiet chorych na raka piersi na wstrzymanym głębokim wdechu – DIBH.

zyskamy specjalistów. Pomysły dotyczące torakochirurgii, neurochirurgii czy chirurgii głowy i szyi w tych warunkach lokalowych nie mają żadnych szans realizacji. Jednak akurat w tych dziedzinach uzupełnieniem są lub wkrótce będą właśnie Gliwice. Formuły integracji jeszcze nie przedstawię, lecz już uruchamiamy na przykład niewykorzystywane dotąd w Krakowie, a sprawdzone w Gliwicach teleporadnictwo – nie jako zamiennik bezpośredniego kontaktu z lekarzem, lecz jako wsparcie w opiece nad pacjentem. Na pewno będziemy mieć wspólny program naukowy i politykę rozwojową. Natomiast część niemedyczna powinna zostać zredukowana do absolutnego minimum, koniecznego jedynie do sprawnego funkcjonowania szpitala przy Garncarskiej.

Mimo wszystko każdy dziś szuka oszczędności. Gdzie Pan Profesor dostrzegł rzeczywiste marnotrawstwo, niegospodarność?

– Trudno o tym mówić w tak ostrych kategoriach. Tutaj od dawna brakuje ciągłej restrukturyzacji i wewnętrznej kooperacji. Na przykład laboratorium, jak na swoje potrzeby, zajmuje stanowczo zbyt dużą powierzchnię i wykonuje za mało badań, biorąc pod uwagę jego

bardzo dobre i kosztowne wyposażenie (podobnie jak pracownia PET-CT). Chcąc utrzymać status quo, musiałbym więc wydawać pieniądze na odnawianie aparatury mało wykorzystywanej. Jeśli pozostawimy na Garncarskiej tę część badań, które muszą być wykonywane na miejscu i szybko, a resztę przeniesiemy do Gliwic, zyskamy pieniądze i przestrzeń dla pacjentów. Bo na przykład oddziały zabiegowe mają stanowczo za mało łóżek. Jednocześnie przyrost łóżek nie może być zbyt duży, ponieważ blok zabiegowy ma ograniczoną przepustowość i nie bardzo można to zmienić. „Chemioterapia” również ma swoje ograniczenia w postaci ciasnoty w klinice, oddziale dziennym i w pracowni przygotowania leków cytostatycznych. Gdybyśmy tę pracownię rozbudowali, pojawi się zaraz problem zbyt małej powierzchni magazynowej szpitala. I tak, gdziekolwiek popatrzeć, wszystko ma jakieś ograniczenia powiązane z kolejnymi. Dzięki scentralizowaniu zarządzania i administrowania zaoszczędzimy np. na zakupach leków i odczynników, zamówieniach publicznych, serwisie aparatury, zakupie licencji. To właśnie tak widzę tu zjawiska, które może podpadają pod pojęcia marnotrawstwa lub niegospodarności, ale które są też przecież obecne w wielu innych jednostkach medycznych.

W sierpniu na stronie krakowskiego oddziału pojawiło się ogłoszenie o konkursie na stanowiska kierowników wszystkich klinik, dwóch zakładów, jednego oddziału i bloku operacyjnego. Prawie cała kadra do wymiany. Bez względu na warunki lokalowe, wyposażenie, kontrakty, medycyna to ludzie. Z kim Pan Profesor chce przeprowadzać zmiany? O ile oczywiście program naprawczy zostanie przyjęty...

– Najważniejsze i najpilniejsze wyzwanie dotyczyło właśnie pracowników. Chodziło o przełamanie apatii, przywrócenie spokoju, wyciszenie lęków i obaw o przyszłość. I to chyba się udało. Tylko w takich warunkach można koncentrować się na pracy, którą staramy się organizować według nowych standardów, wypracowanych i od dawna sprawdzonych w Gliwicach. Co do kadry medycznej – wielu lekarzy, którzy odeszli z Garncarskiej, chce tu wrócić. Myślę, że specjaliście z doświadczeniem w pracy w instytucie naukowym trudno odnaleźć się na „emigracji” w „zwykłym” szpitalu. Niektórym zaproponowałem już współpracę i lekarze ci wkrótce znów się tu pojawiają, z czego bardzo się cieszę, bo pacjenci zawsze podążają za dobrymi lekarzami. Pamiętajmy jednak, że współczesna medycyna to nie tylko lekarz ze słuchawkami i pielęgniarka, lecz cały sztab ludzi, którzy ich wspierają, organizują pracę. W dużym zakresie tę obsługę można zapewnić zdalnie z Gliwic.

Czy długi Krakowa też obciążą Gliwice? Wierzyćcie, le mogą zablokować restrukturyzację.

– Jestem głęboko przekonany, że jeśli przedstawimy dobry, przemyślany plan restrukturyzacji krakowskiego oddziału NIO, to Ministerstwo Zdrowia zrozumie potrzebę finansowego wsparcia tego przedsięwzięcia i znajdą się pieniądze na oddłużenie czy choćby sprawną obsługę długu. Pomysł ten został wypracowany wspólnie z moim przełożonym, dyrektorem NIO-PIB w Warszawie, profesorem Janem Walewskim i ma jego nieustające poparcie. A co do wierzytelności? Większość z nich prowadzi od lat interesy z całym Instytutem i dobrze na tym wychodzi, a my doceniamy tę współpracę.

Pozostaje jeszcze jeden poważny problem – akceptacja projektu powiązania krakowskiego i gliwickiego oddziału Narodowego Instytutu Onkologii nie tylko w Warszawie, lecz także w Krakowie. Bez przychylnej atmosfery i wsparcia szerokiego otoczenia trudno o sukces.

– Cóż... Gdyby Kraków chciał mieć całkowicie samodzielny oddział Instytutu, na miarę współczesności i swoich aspiracji, jako bardzo ważny ośrodek naukowy, musiałby wybudować drugi szpital wielkości zbliżonej do Prokocimia. Skoro nie ma na to pieniędzy i pomysłu, chyba nie ma wyboru. Dla mnie jednak najważniejsze jest dziś przekonanie zarówno całej załogi, jak i szeroko

pojętego środowiska krakowskiego do słuszności obranego kierunku. Mam nadzieję, że zostaną zrozumiani. Nie robiąc nic, nieuchronnie dojdzie się do likwidacji Garncarskiej. Pracuję w Instytucie Onkologii 35 lat, wiem, co trzeba zmienić. Ale jeśli ktoś uważa, że wie lepiej – zapraszam. Na razie część krakowian leczy się po dawnemu w Gliwicach, zamiast u siebie na Garncarskiej. Chcemy to zmienić, zamierzamy wkrótce przedstawić nasze plany władzom, politykom miasta i województwa, z nadzieją na akceptację i wsparcie z ich strony.

*Rozmawiała
Jolanta Grzelak-Hodor*

Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Składowski,

specjalista radioterapii onkologicznej, jest dyrektorem Narodowego Instytutu Onkologii w Gliwicach i zastępcą dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie. Od 25 maja pełni też obowiązki dyrektora krakowskiego Oddziału NIO – Państwowego Instytutu Badawczego w Krakowie. Jest konsultantem krajowym w dziedzinie radioterapii onkologicznej, jednym z najczęściej cytowanych na świecie polskich radio-onkologów, autorem ok. 350 publikacji często cytowanych w światowym piśmiennictwie. Kierował lub nadzorował ponad 50 badań klinicznych, z których wiele miało zasięg międzynarodowy. Aktywnie działa w wielu towarzystwach naukowych oraz komitetach naukowych międzynarodowych i krajowych konferencji przez nie organizowanych. Jego głównym zainteresowaniem są nowotwory głowy i szyi. Z Instytutem Onkologii związany jest od 35 lat.

Bieg „5 na dobry początek”

Z powodu pandemii większość imprez sportowych została odwołana lub zmieniła swoją formułę, tak jak tradycyjny już, bo organizowany po raz szósty przez Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego bieg „5 na dobry początek” o puchar Dziekana Wydziału Farmaceutycznego. W tym roku odbędzie się on wirtualnie, choć 5 km każdy z uczestników będzie musiał pokonać realnie, tyle że w dowolnie wybranym przez siebie miejscu i czasie (ważne, by zmieścić się między 2 a 4 października br.). Nie zabraknie też prawdziwej rywalizacji i walki o laur najszybszego biegacza. Dzięki urządzeniom mobilnym rejestrującym czas biegu, wyniki zostaną przesłane do organizatorów. Rejestracja w zawodach możliwa do końca września.

Dochód z tegorocznej imprezy zostanie przekazany na sprzęt medyczny dla Oddziału Ortopedii Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie – instrumentarium potrzebne do przeprowadzenia tzw. osteotomii okołopanewkowej metodą Ganzę, wykonywanej w nielicznych ośrodkach ortopedii dziecięcej w Europie.

Ile Europa wydaje na walkę z rakiem

W ciągu 20 lat liczba zachorowań wzrosła o 50 proc. Koszty leczenia – znacznie bardziej

Na leczenie nowotworów wydajemy w Europie coraz więcej pieniędzy. Nie zawsze jednak wzrost nakładów przekłada się na korzyści w postaci poprawy wyników terapii. Nadal też, mimo upływu wielu lat, wyraźnie widoczne są różnice w finansowaniu działań medycznych i w efektach leczenia pomiędzy europejskimi krajami. Szwedzcy naukowcy podjęli się analizy wydatków na diagnostykę i leczenie nowotworów (ze szczególnym uwzględnieniem raka płuca) oraz efektywności terapii w krajach europejskich, biorąc pod lupę dane z lat 1995-2018.

Należy zacząć od złych wiadomości. Zachorowalność na raka w ciągu ostatnich ponad 20 lat wzrosła w całej Europie o 50 proc. Druga wiadomość jest lepsza i wskazuje, że mimo tak dużego wzrostu krzywej zapaadalności śmiertelność wzrosła tylko o 20 proc. – Główną determinantą trendów w zakresie zachorowalności i śmiertelności jest starzenie się populacji, choć można też zauważyć niekorzystny wpływ zmiany stylu życia – uważa prof. Nils Wilking z Instytutu Karolinska w Sztokholmie, współautor badania.

W Europie, podobnie jak w roku 1995, nadal widoczne są duże różnice w 5-letniej przeżywalności pomiędzy poszczególnymi krajami, a głównie różnice pomiędzy krajami Europy Zachodniej a Środkowo-Wschodniej. W przypadku raka płuca Szwajcaria, Austria czy Islandia notują ponad 20-procentową 5-letnią przeżywalność, natomiast Czechy, Słowacja czy Rumunia – około 10-procentową. Najgorsza sytuacja jest w Bułgarii, gdzie zanotowano wynik poniżej 10 proc. Polska ze swoją około 15-procentową przeżywalnością mieści się w grupie krajów o średnich wynikach. I choć w ciągu minionych 23 lat wskaźniki te uległy poprawie i nieco się wyrównały, to jednak obie krzywe: dawna i współczesna, wciąż wyglądają podobnie – różnice w obrębie Europy nadal istnieją.

– Zwiększenie przeżywalności przekłada się na zmniejszenie liczby utraconych lat pracy zawodowej. Wskazuje to na poprawę w wykrywalności, diagnostyce i leczeniu praktycznie w całej Europie. Z pewnością duże znaczenie, szczególnie jeżeli mówimy o raku płuca, ma też prewen-

cja. Restrykcje dotyczące palenia w miejscach publicznych czy zwiększenie opodatkowania wyrobów tytoniowych zrobiły tu swoje – zauważa Nils Wilking. – W niektórych krajach widać znaczącą poprawę, czyli zmniejszenie utraty lat pracy, np. w Czechach, Hiszpanii, na Węgrzech czy w Danii. To zjawisko jest zauważalne również w Polsce, która plasuje się wśród państw o średnich osiągnięciach w tym zakresie.

Całkowite koszty opieki medycznej nad chorymi na raka płuca, łącznie z diagnostyką, w Europie w latach 1995-2018 wzrosły ze 129 do 173 mld euro. I tu widać spore różnice w poziomach wzrostu kosztów w poszczególnych krajach. W państwach o bogatszym budżecie jest to wzrost na poziomie od 15, 20 do maksymalnie 60 proc. W krajach, które w latach 90. ub. wieku dysponowały mniejszymi środkami, ten wzrost sięga nawet 200 proc. Takie dane świadczą, że – choć bardzo powoli – kraje dążą do wyrównania poziomów leczenia.

Spadły natomiast wszędzie koszty „niebezpośrednie” leczenia raka płuca. Są to koszty związane z np. utratą zdolności do pracy. Taki trend wynika zarówno ze zmniejszonej śmiertelności, jak i z poprawy jakości i warunków leczenia. W krajach „bogatszych” spadek ten sięga 15-20 proc. W krajach z mniejszym budżetem wyjściowym oscyluje on w granicach 10 proc.

Wszystkie kraje europejskie na leczenie raka wydają od 4 do 7 proc. swoich budżetów przeznaczonych na zdrowie. 195 euro – to średnia kwota wydawana per capita w całej Europie, przeliczona z uwzględnieniem siły nabywczej pieniądza. Najmniej wydaje Rumunia – 70 euro, najwięcej Szwajcaria – 352. Polska – niecałe 100 euro. Mniej od nas przeznaczają na ten cel m.in.: Rumunia, Bułgaria, Hiszpania, Chorwacja czy Węgry.

Znacząco natomiast wzrosły wydatki na leki stosowane w terapii nowotworów. W roku 2008 Europa wydawała na ten cel niecałe 13 mld euro, a dziesięć lat później już 32 mld. – Wydaje się, że dzieje się tak, ponieważ wzrasta liczba chorych, a także pojawia się dość dużo nowych preparatów, które początkowo mają bardzo wysokie

ceny – tłumaczy prof. Wilking. – Poza tym chorzy żyją dłużej, więc są dłużej leczeni, dostają więcej cykli, a wiele leków stosuje się w nowych wskazaniach, dotychczas niebranych pod uwagę. Wyraźnie częściej korzysta się też z terapii kombinowanych.

Polska, niestety, znalazła się w grupie krajów wydających na leki onkologiczne najmniej w Europie. Średnia europejska to 60 euro per capita, a polska – 15 euro. Pocięsz nas może to, że w ciągu ostatnich 10 lat nastąpiła znacząca poprawa, bo w roku 2008 wydawaliśmy jedynie 5 euro, podczas gdy średnia europejska wynosiła 30. Badanie wskazuje też, że nasz kraj wydaje stosunkowo mało środków na nowoczesne metody, takie jak immunoterapia i terapia celowana.

– Okazuje się jednak, że choć odpowiednie nakłady na leczenie to podstawowy warunek zwiększenia przeżywalności, to nie zawsze duże wydatki przekładają się w sposób prosty i bezpośredni na przeżywalność. Tak dzieje się np. w Szwajcarii – komentuje Nils Wilking. – Wszystkie kraje europejskie muszą więc zdecydowanie inwestować więcej środków w leczenie nowotworów, aby uzyskać

wzrost przeżywalności, ale niektóre państwa powinny przyrzeć się efektywności swoich wydatków. W przypadku raka płuca korelacja między zwiększeniem wydatków a wzrostem przeżywalności jest bardzo prosta, ale już w przypadku innych nowotworów, szczególnie raka piersi, widać, że po osiągnięciu pewnej granicy wydatków krzywa przeżywalności się wypłaszcza, zamiast nadal rosnąć, co oznacza, że wzrost nakładów nie przynosi poprawy wyników leczenia.

Zdaniem szwedzkich badaczy, konieczne jest wprowadzenie cancer planu dla całej Europy. Powinien on proponować nowatorskie podejście do ustalania cen i wyceny świadczeń, podejście elastyczne, oparte na wynikach, co pomoże zachęcić do wprowadzania innowacyjnych leków i nowoczesnych, spersonalizowanych metod terapii.

Nils Wilking przedstawił „*Compare report on cancer in Europe 2019. Disease burden, cost and access to medicines*” podczas zorganizowanego online w lipcu V Międzynarodowego Forum Medycyny Spersonalizowanej.

Joanna Sieradzka

Staże podyplomowe w warunkach pandemii

Nauka

Młodzi na drugiej linii frontu

Sytuacja epidemiologiczna w kraju pokrzyżowała wiele planów lekarzy stażystów, ale nie odebrała im szansy na zdobywanie zawodowego doświadczenia. Pomogły w tym nowe zapisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz wyrozumiałość i sprawność organizacyjna koordynatorów staży. Wszyscy mieli świadomość, że bez wsparcia młodej kadry mierzenie z drugą falą pandemii będzie wyjątkowo trudne.

Absolwenci Wydziału Lekarskiego UJ CM odbierający w dziekanacie karty absolutoryjne nie kryli rozżalenia. W tym roku nie było uroczystej gali wieńczącej studia, a po niej radosnego podrzucania biretów. Tylko nieliczni spotkali się z władzami uczelni 6 lipca w Auli Nowodworskiego, gdzie wręczone zostały Nagrody Rektora UJ CM oraz Nagrody Dziekana WL UJ CM dla studentów ostatniego roku Wydziału Lekarskiego (*na zdjęciu*). Namiastką uroczystego pożegnania z uczelnią i okazją, by podziękować sobie za 6-letnią współpracę, była konferencja prowadzona online, a zorganizowana 22 czerwca br. przez członków Samorządu Studentów Wydziału Lekarskiego – Klaudiusza Bolta i Roberta Kupisa. Wzięło w niej udział

ok. 250 osób, w tym absolwenci kierunku lekarskiego i stomatologicznego, lekarze stażyści, a także władze uczelni: prorektor ds. CM prof. Tomasz Grodzicki, dziekan WL prof. Maciej Małecki oraz pełnomocnik prorektora CM ds. kształcenia prof. Krystyna Sztefko. Okręgową Radę Lekarską w Krakowie na spotkaniu reprezentował doktor Mariusz Janikowski.

Konferencja miała jednak wymiar jak najbardziej praktyczny. Dotyczyła przede wszystkim przebiegu staży podyplomowych w różnych placówkach, zasad kwalifikacji do poszczególnych jednostek czy wynagrodzeń. Stażyści dzielili się też z młodszymi kolegami swoimi doświadczeniami z ostatnich miesięcy, kiedy to priorytetem stała się walka z COVID-19 i minimalizowanie zagrożenia związanego z rozprzestrzenianiem się koronawirusa. Wybuch pandemii sprawił, że część lekarzy stażystów, tuż po wprowadzeniu tzw. lockdownu, została na pewien czas „odesłana do domów” lub przeniesiona na inny, bardziej „bezpieczny” oddział. Wynikało to również z utrudnień w dostępie do środków ochrony osobistej, które w pierwszej kolejności trafiały do lekarzy i pielęgniarek,



Fot. Jerzy Sawicz

Uroczystość wręczenia nagród dla absolwentów Wydziału Lekarskiego UJ CM.

a dopiero później do stażystów. Czy początkowe trudności wpłynęły na przebieg staży? Jak przyznaje Klaudiusz Bolt, stażyści biorący udział we wspomnianej konferencji nie skarżyli się, że ich staże zostały przerwane lub że jakiś lekarz został bez miejsca pracy. – Liczyli jednak, że troszkę więcej się nauczą. A ze względu na te utrudnienia nie do wszystkich miejsc mieli dostęp, więc pracowali niekoniecznie na tych oddziałach, na które chcieli trafić. Bo wiadomo, że każdy wybiera to miejsce, z którym wiąże późniejszą specjalizację – tłumaczy Klaudiusz Bolt, który swój staż rozpocznie w październiku. Jeszcze nie wie gdzie, bo również rekrutacja na staże w związku z sytuacją epidemiologiczną została przesunięta, a jej wyniki będą znane najprawdopodobniej na początku września, a nie jak dawniej – pod koniec lipca.

Obawy środowiska lekarskiego o to, że staże podyplomowe po wybuchu pandemii trudniej będzie zaliczyć, bo pojawią się problemy z wypracowaniem odpowiedniej liczby godzin i dyżurów, w konsekwencji czego młodzi lekarze w późniejszym terminie rozpoczną specjalizację, pojawiły się tuż po ogłoszeniu w Polsce stanu epidemii. Już 20 marca br. Prezydium NRL podjęło stanowisko, w którym przyznało, że „w nadzwyczajnej sytuacji koordynatorzy stażu powinni zaliczać staże częściowe osobom, których harmonogram stażu podyplomowego uległ zmianie z powodu rozszerzania się epidemii COVID-19, a okręgowe rady lekarskie powinny potwierdzać ich zaliczenie”. 31 marca br. wprowadzone zostały nowe zapisy Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie regulacji dotyczących stażu podyplomowego. Zgodnie z art. 15 tej ustawy staż może zostać przedłużony, z „zachowaniem dotychczasowych zasad finansowania”, gdy

z powodu epidemii na oddziale, w którym pracuje lekarz stażysta, zostaną wprowadzone zmiany organizacyjne, zostaną odwołane szkolenia lub staż częściowy, a także w sytuacji, gdy stażysta zostanie czasowo przeniesiony na inny oddział lub do innej jednostki. Natomiast gdy jednostka, z którą lekarz stażysta ma podpisaną umowę o pracę, zawiesi działalność lub zmieni profil (np. szpital jednoimienny), staż może ulec zawieszeniu, ale stażysta otrzyma w tym czasie dotychczasowe wynagrodzenie. Ustawa mówi też, że pracodawca może „skierować stażystę do realizacji innych zadań niż wynikające z umowy o pracę związanej z realizacją stażu podyplomowego”, a wojewoda skierować go do pracy przy zwalczaniu epidemii, np. przy pobieraniu materiału do testów.

Tyle wynika z zapisów ustawy, a jak sytuacja wyglądała w praktyce? Do Komisji ds. Młodych Lekarzy ORL kierowanej przez doktora Damiana Kowalskiego nie dotarły sygnały, aby „wiosenne” staże zostały przedłużone albo żeby ktoś ze stażystów został skierowany do pracy przy zwalczaniu epidemii. – Myślę, że szpitale chciały trochę ochronić stażystów. Czasami nawet proszono ich, żeby nie przychodzili, by ograniczyć ryzyko transmisji. Kierownicy stażu czy oddziału byli wyrozumiali i starali się iść stażystom na rękę, więc nie było problemów z terminowym złożeniem dokumentów w naszej izbie – wyjaśnia doktor Kowalski i dodaje, że zdarzało się, iż stażystów wysyłano tam, gdzie było mniejsze ryzyko zakażenia, np. by wspierać funkcjonowanie POZ.

Doktor Kowalski nie ukrywa jednak, że pojawiały się problemy w takich placówkach – jak np. Szpital im. Dietla w Krakowie czy MSWiA – gdzie część programu stażowego realizowana jest poza szpitalem macierzystym,

we współpracujących jednostkach, które czasami nawet w ostatniej chwili podejmowały decyzję o nieprzyjmowaniu stażystów. W takiej sytuacji musieli oni bardzo szybko zmieniać plan stażu i szukać miejsca w innej placówce.

Takich problemów nie było w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, przemianowanym na szpital jednoimienny. Jak informuje rzecznik Szpitala Maria Włodkowska, pomimo sytuacji epidemiologicznej staże nie zostały wstrzymane, a lekarze realizowali je zgodnie z programem specjalizacji. Ci z nich, którzy kończyli staż na wiosnę br., uzyskali w SU zaliczenie w terminie. Młodzi lekarze mieli też możliwość odbywania wszystkich części stażu na poszczególnych oddziałach klinicznych znajdujących się w strukturze Szpitala (po stronie „czystej” oddziałów), bez bezpośredniego kontaktu z pacjentami zakażonymi. Natomiast realizujący staż z dziedziny chorób wewnętrznych byli przekierowywani do oddziałów klinicznych znajdujących się poza siedzibą szpitala jednoimiennego, tj. przy ul. Kopernika.

W Szpitalu wprowadzono też dodatkowe procedury mające na celu ograniczenie ryzyka zakażenia lekarzy stażystów, takie jak: praca rotacyjna, wymiana zespołów,

praca zmianowa (podział na grupy popołudniową oraz popołudniową), przeprowadzanie testów na COVID-19, szkolenia w zakresie unikania zagrożenia zakażeń, unikanie bezpośredniego kontaktu z chorymi zakażonymi, szkolenia z zakładania strojów barierowych, przeprowadzanie kursów i szkoleń online. Lekarze odbywający staż podyplomowy w SU pomagali również w pracy administracyjnej w Centralnej Poradni, gdzie telefonicznie kontaktowali się z pacjentami.

19 września br. część stażystów zapewne podejździe do Lekarskiego Egzaminu Końcowego (w krakowskiej Izbie w październiku 2019 r. na staż podyplomowy zostało skierowanych 385 absolwentów kierunku lekarskiego, a w marcu br. 35; nie wszyscy zdecydowali się na zdawanie LEK tuż po studiach). Czy po otrzymaniu wyniku z egzaminu nadal nie będą zgłaszać zastrzeżeń do przebiegu staży w małopolskich i podkarpackich placówkach? Czas pokaże.

Katarzyna Domin

O sytuacji stażystów stomatologii napiszemy w kolejnym wydaniu „GGL”

W drodze po szczepionkę i lek na COVID-19

Badania

Etyka kontra czas

Na wynalezienie i dopuszczenie do obrotu szczepionki potrzeba zwykle od 15 do 20 lat, stosując standardowe procedury i metody badawcze. W przypadku koronawirusa zakłada się, że pojawi się ona w ciągu około 12-18 miesięcy. Pod podobną presją czasu, i nie tylko czasu, toczą się prace nad lekiem na COVID-19. Tempo procesu badawczego może budzić obawy, jednak lekarze i bioetycy nie mają wątpliwości, że cena podążania tradycyjnymi ścieżkami może się okazać zbyt wysoka. – Potrzebujemy przyspieszenia badań klinicznych, w szczególności nad szczepionką, ale też nad lekami, które mogą potencjalnie uratować nam życie albo ochronić przed poważnymi powikłaniami. Natomiast te „skrót” – czy to badawcze, czy metodologiczne – muszą być bardzo dokładnie przemyślane. Bo ze skrótami bywa tak, że czasami zaprowadzą nas gdzieś szybciej, ale może się też zdarzyć, że zwiódą nas na manowce – twierdzi prof. Marcin Waligóra z Zakładu Filozofii i Bioetyki Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM,

którego projekt pn. „Etyka badań klinicznych w czasie pandemii COVID-19” w maju otrzymał finansowanie przez Narodowe Centrum Nauki.

Konkurs, ogłoszony pod koniec marca br. przez NCN, miał na celu wyłonienie projektów, które przyczynią się do zrozumienia mechanizmu działania SARS-CoV-2, a także udoskonalenia testów diagnostycznych, poszukiwania nowych leków i łagodzenia społecznych skutków pandemii. Spośród 262 zgłoszonych wniosków finansowanie otrzymało 19.

Celem projektu prof. Waligóry realizowanego wspólnie z badaczami z McGill University z Kanady jest m.in. dostarczenie danych, które w przyszłości mogą się okazać przydatne przy podejmowaniu decyzji dotyczących organizacji, metodologii i etyki badań klinicznych prowadzonych w czasie pandemii. W tym celu kierowany przez niego zespół poddaje analizie badania kliniczne dotyczące COVID-19 zarejestrowane w bazie clinicaltrials.gov



arch. prywatne

Rosyjska szczepionka przeciw SARS-CoV-2

Sputnik V, tak Rosjanie nazwali swoją szczepionkę przeciw wirusowi SARS-CoV-2. Prezydent Rosji ogłosił, że to pierwsza zarejestrowana szczepionka tego typu na świecie. Informacja ta została przyjęta z dużym zdziwieniem przez środowisko międzynarodowe, bowiem nawet przy zastosowaniu różnych technik przyspieszenia badań niemożliwe wydaje się zakończenie prac w tak krótkim czasie. Dane z rosyjskich prób klinicznych nie są publicznie dostępne, ale nieoficjalnie pojawiają się informacje, że badania zostały przeprowadzone na zaledwie 39 uczestnikach. Wszystko wskazuje na to, że Rosjanie zupełnie pominęli trzecią fazę badań klinicznych. W dyskusjach międzynarodowych nikt nawet nie rozważał takiej opcji przyspieszenia rozwoju szczepionki. Oceniam to jako świadome narażanie rosyjskich pacjentów na ryzyko przyjęcia produktu z niepoznanymi do końca zdarzeniami niepożądanymi i bez realnej oceny efektywności.

prof. Marcin Waligóra

(w maju było ich ponad 800) pod kątem pojawiających się w nich trendów metodologiczno-organizacyjnych. – Mamy nadzieję, że po zaobserwowaniu pewnych tendencji będziemy mogli powiedzieć – być może jeszcze w czasie tej pandemii – „takie rozwiązania dają największe szanse na powodzenie” albo „nie idźmy tą drogą”, bo te decyzje okazały się błędne – wyjaśnia prof. Waligóra.

Pierwsze przykłady „skrótów prowadzących na manowce” w badaniach nad lekiem na COVID-19 zostały wychwycone stosunkowo wcześnie. Na łamach „Science” Alex London i Jonathan Kimmelman ze wspomnianego McGill University opisali na początku maja tendencję polegającą na tym, że gdy jakieś badania laboratoryjne albo badania z bardzo małą grupą ludzi wydają się obiecujące, to wtedy wiele ośrodków badawczych zaczyna się zajmować tylko nimi. Biorąc pod uwagę, że statystycznie rzadko bywa tak, aby leki testowane wstępnie na niewielkiej liczbie pacjentów były ostatecznie rejestrowane jako skuteczne preparaty, o wiele bardziej zasadne wydaje się stosowanie standardowych procedur albo prowadzenie tzw. badań platformowych, podczas których badanych jest kilka substancji naraz (przykładem jest „megabada- nie” kierowane przez WHO).

Drugi przykład błędów badawczych wskazany przez prof. Waligórę związany jest z problemem globalizacji: – Okazuje się, że w różnych miejscach na świecie badacze robią dokładnie to samo, ponieważ brakuje struktur, które by próbowały to skoordynować. W praktyce wiele ośrodków, w szczególności w Stanach Zjednoczonych, podejmuje działania i rekrutację pacjentów do kilku badań testujących tę samą hipotezę. Przykładem jest hydroksychinolina, której w maju poświęcona była jedna trzecia (ok. 86) wszystkich badań poszukujących leku na COVID-19. Jak już wiemy, substancja ta okazała się nieskuteczna. Potężne pieniądze, strata czasu i energii, tzw. *research waste*.

Jakie elementy procesu badawczego można zatem przyspieszyć, aby szczepionka pojawiła się w ciągu najbliż-

szych dwóch lat? – Powiem o czymś, co do czego nie ma zgody i co wzbudziło międzynarodową debatę i podział wśród bioetyków. Chodzi o zarażanie celowe w kontrolowany sposób zdrowych ochotników, na których będzie się tę szczepionkę badać. Część badaczy argumentuje, że nie powinno się tego robić, bo jest to wbrew medycynie i etosowi, a niektórzy mówią, że w obecnej sytuacji jest to rozwiązanie jedyne możliwe – podaje przykład prof. Marcin Waligóra i wyjaśnia, że jednym z punktów odniesienia przy ocenie ryzyka badań klinicznych jest poziom tzw. ryzyka dnia codziennego: – Nigdy bym nie poparł działań, które wiążą się z nadmiernym ryzykiem dla osób biorących udział w badaniach. Ale jeżeli wolontariusz będzie pochodził z grupy, w której prawdopodobieństwo zarażenia w dniu codziennym jest bardzo wysokie, tak jak dzieje się to np. w Stanach Zjednoczonych, to wtedy byłbym skłonny uznać, że ma to sens, oczywiście przy uwzględnieniu wielu czynników.

Zdaniem cytowanego bioetyka, akceptacja społeczna dla tego rodzaju badań w czasach pandemii jest duża, co jest zrozumiałe, patrząc na rosnące każdego dnia liczby ofiar COVID-19. Nie dziwi więc, że wielu wolontariuszy chce brać udział w testach, także dlatego by w sposób altruistyczny przyczynić się do rozwoju nauki. Poczucie, że wartość społeczna takiego leku czy szczepionki byłaby olbrzymia, wydaje się powszechne.

Katarzyna Domin

Cała rozmowa z prof. Marcinem Waligórą na temat badań klinicznych dostępna jest na stronie ggl.com.pl w dziale Rozmowy GGL

Krakowska Izba w czasie pandemii

W marcu Biuro Okręgowej Izby Lekarskiej przy ul. Krupniczej w Krakowie zamknęło swoje drzwi. Jednak nie dla lekarzy i ich bliskich, lecz dla wirusa SARS-CoV-2. Wszystkie organy Izby stale pracują. Na stronie internetowej OIL zamieszczono wykaz telefonów, pod którymi dyżurują pracownicy Biura, spis adresów mailowych i wszelkich danych kontaktowych potrzebnych do sprawnego załatwienia każdej lekarskiej sprawy. Od poniedziałku do piątku w każdym dziale pracownicy pełnią dyżur, w podanych godzinach urzędowania zawsze ktoś drzwi otworzy, przyjmie czy wyda dokument. Izba pracuje normalnie, choć to inna normalność niż do tej pory.

Stale pracują Okręgowa Rada i jej Prezydium, Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Sąd Lekarski, Rzecznik Praw Lekarza, Zespół Radców Prawnych i pozostałe struktury Izby. W okresie od 11 marca do końca sierpnia br. odbyło się 9 posiedzeń Prezydium ORL – początkowo w formie elektronicznych głosowań, od maja – w formie spotkań online. W maju odbyło się zdalne głosowanie Okręgowej Rady Lekarskiej, która przyjęła uchwałę o organizacji (w formie elektronicznej) Zjazdu Lekarzy OIL w Krakowie oraz projekty zjazdowych uchwał. W czerwcu XXXIX Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie w głosowaniu elektronicznym podjął uchwały niezbędne do sprawnego funkcjonowania Izby.

Poniżej przedstawiamy krótki przegląd najważniejszych zadań realizowanych w czasie pandemii przez OIL w Krakowie.

Marzec 2020 – organizacja zdalnej, elektronicznej pracy Biura i jej organów, stworzenie sieci bezpośrednich kontaktów z pracownikami Biura odpowiedzialnymi za poszczególne zadania Izby, organizacja posiedzeń Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w formie elektronicznej i online.

– 11 marca odbyło się ostatnie bezpośrednie posiedzenie Prezydium ORL w siedzibie Izby przy ul. Krupniczej. Omawiano najpilniejsze problemy związane z wybuchem epidemii COVID-19 w Polsce, całkowity brak informacji ze

strony władz, chaos organizacyjny i prawny, jaki zapanał w kraju, dramatyczny brak środków ochrony osobistej i inne kwestie związane z sytuacją epidemiologiczną.

– Organizacja pomocy prawnej, materialnej, organizacyjnej, ale także psychologicznej dla lekarzy w czasie pandemii. Uruchomienie specjalnych numerów telefonów dla lekarzy potrzebujących – wszystkie informacje, nr telefonów itd. zamieszczono natychmiast na stronie internetowej Izby.

– Działania Izby na rzecz większego wsparcia dla lekarzy ze strony władz państwowych i samorządowych, apele o natychmiastowe zaopatrzenie w środki ochrony osobistej. Pierwszy apel w tej sprawie do władz wojewódzkich wystosowano już 3 marca.

Kwiecień – odbiór darów dla lekarzy przekazanych przez Kulczyk Foundation – dziesiątki paczek z maseczkami, goglami, rękawiczkami – środkami ochrony osobistej. Przyjmowanie zamówień od placówek opieki zdrowotnej i indywidualnych gabinetów. Zakup dodatkowych środków ochrony przez OIL w Krakowie, sfinansowany z budżetu Izby. Pośredniczenie przez Izbę w kontaktach darczyńców z placówkami opieki zdrowotnej.

– Dalsza organizacja „elektronicznej” pracy Izby, przygotowania do uruchomienia e-learningu.

Maj – do OIL w Krakowie wpłynęło ok. 11 tysięcy wniosków o przekazanie środków ochrony osobistej. Proporcjonalny rozdział i organizacja odbioru darów w Krakowie i Delegaturach (indywidualnego, w wyznaczonym terminie, przy spełnieniu wszystkich rygorów sanitarnych).

– Zakup przez Izbę specjalnego materiału i zlecenie uszycia kombinezonów ochronnych, które w kolejnych miesiącach trafiły do rąk lekarzy.

– 13 maja – pierwsze od marca posiedzenie Prezydium ORL „na żywo, w czasie rzeczywistym”, czyli pierwsza wideokonferencja.

– Przygotowania do organizacji w formie elektronicznej Okręgowego Zjazdu Lekarzy OIL w Krakowie.

26 – 27 maja – elektroniczne głosowanie Okręgowej Rady Lekarskiej – przyjęcie uchwały o organizacji Zjazdu oraz projektów dokumentów zjazdowych – sprawozdań z działalności organów OIL, sprawozdania finansowego oraz projektu preliminarza Izby na rok 2020.

– Uruchomienie przez redakcję „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” (druk gazety wstrzymano w związku z pandemią) własnej strony internetowej, stanowiącej uzupełnienie wydania papierowego.

Czerwiec – 26-27 czerwca – XXXIX Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie – dwudniowe elektroniczne głosowania w sprawie przyjęcia przesłanych drogą elektroniczną sprawozdań, w tym sprawozdań finansowych. Przyjęto wszystkie dokumenty, udzielono absolutorium Okręgowej Radzie Lekarskiej oraz uchwalono preliminarz budżetowy na rok 2020. Z 270 uprawnionych w głosowaniu udział wzięło 192 Delegatów, w tym 79 lekarzy dentystów.

Pierwotnie Zjazd miał się odbyć 28 marca. Choć resort finansów przedłużył ustawowe terminy zatwierdzenia bilansów i preliminarzy przez wszystkie zobowiązane do tego podmioty, termin, kiedy możliwa będzie bezpieczna organizacja zjazdu z bezpośrednim udziałem delegatów, trudno określić. Dlatego Okręgowa Rada Lekarska mailowo podjęła uchwałę o przeprowadzeniu Zjazdu w czerwcu, wyłącznie drogą elektroniczną.

Lipiec – sierpień

– Mimo wakacji, Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej stale pracuje. Podczas każdego posiedzenia przyjmowane są np. uchwały w sprawie wpisów do rejestru lekarzy, wydawane są pozwolenia na wykonywanie zawodu, rozpatrywane wnioski o przyjęcie programów podmiotów prowadzących kształcenie w ramach doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, aktualizowane są wykazy praktyk lekarskich itd., czyli podejmowane są wszystkie istotne dla lekarzy decyzje.

– Izba w czasie pandemii nie zaniechała także kształcenia, organizuje np. szkolenia w formie online.

– Stale podejmowane są apele i stanowiska związane z działaniami władz wobec sytuacji epidemiologicznej w kraju.

Szczegółowe informacje na ten temat, w tym poszczególne dokumenty, można znaleźć na stronie internetowej OIL w Krakowie.

opr. JGH

Apel Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie z 19 sierpnia 2020 r.

Drodzy Koleżanki i Koledzy

Szanowni Lekarze Seniorzy

Członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie

Przyszedł czas próby – zmagamy się z nieznaną dotąd epidemią. Każdego dnia troszczymy się o zdrowie i życie naszych pacjentów, jednak musimy przede wszystkim zadbać o siebie. Nie wiemy, jak rozwinie się pandemia COVID-19, nie potrafimy określić jej scenariusza, ale doskonale znamy zagrożenie wirusem grypy sezonowej, który łąka dzień u nas znów się pojawi.

Apelujemy więc do wszystkich lekarzy o odpowiedzialność i powszechne poddanie się szczepieniom przeciwko grypie. Tylko w ten sposób możemy ograniczyć skalę problemów, jakie może nam przynieść podwójna epidemia.

Apel ten szczególnie kierujemy do naszych Lekarzy Seniorów. Jesteście naszymi nauczycielami, jesteście naszym wsparciem, nawet kiedy nie wykonujecie już zawodu. Chrońcie więc swoje życie – dla siebie i dla nas. Oczywiście, w jesieni życia nie każdy może poddać się szczepieniu przeciw grypie, lecz sami wszyscy najlepiej wiemy, że lista przeciwwskazań nie jest długa, a poważny wiek jest wręcz wskazaniem do niego. Ten sam wiek jest też czynnikiem ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19.

Minister zdrowia obiecał, iż lekarze otrzymają szczepionki bezpłatnie. Nie czekając na spełnienie tej deklaracji, wszyscy Lekarze Seniorzy powinni zapytać w swoich gminach o akcje darmowych szczepień przeciwko grypie – bardzo wiele samorządów lokalnych organizuje je dla seniorów, określając jedynie graniczny wiek.

Dajmy wszyscy dobry przykład – zaszczepmy się, zachęćmy do tego naszych krewnych i przyjaciół, sąsiadów i znajomych, nieśmy w polskie społeczeństwo kaganek oświaty zdrowotnej. Jak nie my, to kto...? Z życzeniami zdrowia...

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

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



W kolejce do...!

Kolegium redakcyjne „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej” podjęło ryzykowną decyzję powierzenia mi przygotowania felietonu, redagowanego z pozycji obiektu doświadczanego praktyką lekarską w szpitalach, poradniach, gabinetach lekarskich, w świetle nowoczesnej e-medycyny oraz praktyk jej usług. Rzecz działa się jeszcze przed wybuchem pandemii, która zmieniła obraz fundamentalnie.

A chciałem napisać, co krótko przytaczam – narażając się Państwu Doktorostwu – że o służebnej roli lekarza raczej się już dzisiaj nie myśli, choć Ministerstwo Edukacji nie wycofało jeszcze „Ludzi bezdomnych” z listy obowiązkowych lektur szkolnych. Niemniej myślałem, że postać Doktora Judyma budzi dzisiaj wśród absolwentów uniwersytetów medycznych raczej politowanie niż poszanowanie.

Tak więc w warunkach pamiętnych jeszcze sprzed trzech miesięcy chciałem napisać o największej zmurze trapiącej polskich pacjentów, których kolejki pod gabinetami są makabreską organizacyjną. Kogo i kiedy poproszą, nie wie nikt. Możesz przyjść pierwszy, a zostaniesz poproszony ostatni. Możesz stać przy drzwiach, mieć bilet na pociąg do Szczecina albo wezwanie do Sądu – o czym uprzedzałeś z pokorą w rejestracji – nic z tego nie wynika. Mijają godziny, żadna logika nie obowiązuje. Kolejka wrze, ale nie wybucha, bo obiekt naszych emocji, o ile już przyszedł, kryje się za masywnymi drzwiami. A tych strzegą panie w białych fartuchach, które dawniej zwano siostrami, a teraz są magistrami i wszelkie siostrzane uczucia im nie dolegają.

O tym wszystkim, jako żywa ilustracja „chorób współistniejących”, chciałem napisać, ale krajobraz utrwalony latami właśnie uległ zmianie. Pod każdym względem, bez reguł. Jedne szpitale uginają się pod ciężarem pacjentów, drugie świecą pustkami. Całe oddziały zawiesiły działalność wskutek rygorów sanitarnych pandemii, co dotyczy szczególnie boleśnie pacjentów doświadczonych chorobą nowotworową, zawałem czy urazem. Także część przychodni praktycznie zawiesiła działalność, oczywiście „dla zdrowia” personelu, proponując poradnictwo telefoniczne głuchym telefonem. Zaś gabinety prywatne robią, co chcą i kiedy chcą. W to za ile, nie wnिकam.

Oczywiście, pojawiła się też wcale pokaźna, nawet dominująca grupa lekarzy, pielęgniarek, ratowników, którzy próbują ten chaos powstrzymać. Ludzi godnych swego imienia, chlubnie wypełniających swoje powołanie. I to bez żadnych dodatkowych gratyfikacji, a nawet – jak w wypadku ratowników – na pograniczu płacy minimalnej. Należą się im słowa najwyższego szacunku. Nie rozumiem zresztą, czemu jednemu przyznaje się symboliczne dodatki, a drugim, obciążonym zastępstwem, nic się nie przyznaje. Mam tu na myśli tzw. szpitale jednoimienne. Ale to detal, mucha na lepie.

I tak felieton, w zamysśle poświęcony codziennej relacji z lekarzem postrzeganym okiem pacjenta, wymknął mi się z założonych ram. Jak zresztą wymknęła się, nie tylko mnie, cała otaczająca nas rzeczywistość, rodząc pytanie, czy wrócimy do „normalności”, jak obiecuje premier.

Wrócimy, ale to będzie inna normalność. Natomiast kwestia relacji między pacjentem a lekarzem pozostanie wciąż aktualna. I żadna telemedycyna niczego tu nie zastąpi. Ta relacja od stuleci pozostaje istotą zawodu. I albo się pacjenta szanuje, albo... przykro to napisać, wybrało się niewłaściwy zawód. I na ten aspekt okiem pacjenta chciałem nieśmiało zwrócić uwagę.

Stefan Cieplý

Śladem naszych publikacji

W poprzednim numerze „GGL” informowaliśmy o wyróżnieniu przez TLK Medalem im. Aleksandra Kremera – doktor Janiny Glazur z Bochni. W ślad za tym otrzymaliśmy od Pani Doktor sprostowanie: „Nie wyrzekam się Bochni, gdyż tam spędziłam młodość, zdałam maturę i przez wiele lat uczestniczyłam w życiu mieszkańców tego królewskiego, górniczego miasta, z którymi do tej pory utrzymuję kontakty. Pozwalam sobie jednak sprostować, że jestem rodowitą krakowianką, odbyłam w Krakowie studia, cały okres pracy zawodowej spędziłam przy ul. Mikołaja Kopernika i od pięćdziesięciu lat mieszkam w Krakowie” – napisała doktor Janina Glazur z Krakowa...

Za błędną informację przepraszamy.

Redakcja



Polekowe zaburzenia węchu – potencjalna współodpowiedzialność w infekcji COVID-19

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

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

Już w najwcześniejszych doniesieniach o przebiegu COVID-19 w chińskim Wuhan, a później także we Włoszech podano informację, że u osób zakażonych SARS-CoV-2 często występującym objawem jest anosmia, czyli utrata węchu. O ile utrata węchu może być zawsze skutkiem infekcji wirusowej dróg oddechowych, włączając w to tzw. pospolite przeziębienie, w przypadku koronawirusa SARS-CoV-2 utratę powonienia opisywano jako nagłą, trwającą około 1-2 tygodni. Ciekawe, że w momencie, kiedy dochodzi do anosmii, pacjenci nie mają objawów zatkania nosa. Istnieje jednak spora grupa pacjentów, u których zaburzenia węchu mogą utrzymywać się znacznie dłużej niż 2 tygodnie po ozdrowieniu z zakażenia wirusowego. W tych właśnie przypadkach zwrócono uwagę na związek pomiędzy objawem utraty węchu, a stosowaną u pacjentów farmakoterapią. U ludzi SARS-CoV-2 infekuje, łącząc się z receptorami ACE2, znajdującymi się na powierzchni komórek w górnych drogach oddechowych. Wnikaniu w te komórki pomaga wirusowi białko TMPRSS2. Gdy wirus znajdzie się już wewnątrz komórki, zaczyna się replikować, wywołując reakcję zapalną. Jeszcze na początku pandemii zakładano, że wirus wpływa destrukcyjnie na neurony węchowate za pośrednictwem receptorów ACE2. Dzisiaj skłaniamy się do twierdzenia, że receptory ACE2, które są niezbędne do wniknięcia wirusa do komórek, nie występują na powierzchni neuronów węchowatych. Ich obecność potwierdzono natomiast na powierzchni komórek, które zapewniają wsparcie strukturalne dla neuronów węchowatych i właśnie te komórki wydają się być uszkodzone przez wirusa. Czas regeneracji komórek po uszkodzeniu bywa różny, a proces ten, jak się okazuje, może

być niekorzystnie modyfikowany przez niepożądane objawy stosowanej u pacjenta farmakoterapii. Neurony węchowate ulegają regeneracji z udziałem komórek macierzystych znajdujących się w błonie śluzowej nosa. Na początku fazy zdrowienia obserwujemy zjawisko znane jako parosomia, które wiąże się z zaburzeniem percepcji zapachów. Pacjent odnosi wrażenie, że nic nie pachnie tak samo, jak przed zakażeniem.

W poniższej tabeli alfabetycznie zebrano leki, które w praktyce najczęściej mogą być przyczyną występowania zaburzeń węchu, znanych też pod nazwą omamów węchowatych. Omamy węchowate polegają na tym, iż wiele zapachów, w szczególności pokarmów, uzyskuje specyficzną, dziwną, dotąd niespotykaną i raczej nieprzyjemną woń.

**Amlodypina, Amoksycylina, Atorwastatyna
Azytromycyna, Ciprofloksacyna, Diltiazem
Enalapril, Flutikazon, Lewotyroksyna
Lowastatyna, Prawastatyna, Prednizon**

Na koniec mała konstatacja. Jak wynika z naszych obserwacji, wprowadzone z konieczności w okresie pandemii tzw. teleporady niestety nie sprzyjają racjonalnej farmakoterapii. W ostatnich miesiącach znacząco wzrosła liczba powikłań, będących konsekwencją niekorzystnych interakcji lekowych. Zwiększyła się liczba zdarzeń, w których ewidentne polekowe działania niepożądane są traktowane jako nowe, nieznane objawy choroby. Co gorsza, podejmowane są próby przeciwdziałania im w inny sposób, niż zwykła modyfikacja podawania lub odstawienie leków odpowiedzialnych za objawy niepożądane.



Niezdolność do wykonywania zawodu – regulacje prawne

Obok szeregu działań stricte samorządowych, które realizowane są na rzecz osób zrzeszonych w izbie lekarskiej, tj. np. organizacja szkoleń, integracja i reprezentacja środowiska czy działalność socjalno-bytowa, izby, w imieniu państwa, wykonują także zadania szeroko rozumianego władztwa publicznego. Sfera ta obejmuje m.in.: wydawanie praw wykonywania zawodu, rejestrację podmiotów szkoleniowych, prowadzenie postępowań w zakresie odpowiedzialności zawodowej i inne. W tym obszarze nieco mniej znana jest działalność samorządu dotycząca kwestii związanych z orzekaniem o niedostatecznym przygotowaniu zawodowym oraz o niezdolności do wykonywania zawodu. Patrząc jedynie statystycznie na liczbę tego typu rozpatrywanych spraw, można przyjąć, iż jest to margines działalności samorządu. Jednak ze względu na ciężar gątownikowy decyzji, jakie mogą zapaść w tym zakresie, warto zapoznać się z przepisami regulującymi te kwestie.

Niedostateczne przygotowanie zawodowe

Zgodnie z art. 11 *Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, jeżeli okręgowa rada lekarska stwierdzi, że istnieje **uzasadnione podejrzenie niedostatecznego przygotowania zawodowego lekarza**, powołuje komisję złożoną z lekarzy o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych, która wydaje opinię o przygotowaniu zawodowym danej osoby. Podstawą do wszczęcia postępowania mogą być informacje uzyskane przez radę w wyniku własnych działań, zawiadomienia innych organów izby (np. rzecznika odpowiedzialności zawodowej czy sądu lekarskiego), ale także wnioski i informacje uzyskane od podmiotów zewnętrznych (np. organów administracji publicznej czy wymiaru sprawiedliwości). Do decyzji okręgowej rady lekarskiej pozostawiona została zarówno ocena wiarygodności informacji w kontekście podstawy wszczęcia postępowania („*uzasadnione podejrzenie niedostatecznego przygotowania*

zawodowego”), jak również określenie składu osobowego oraz kwalifikacji członków komisji.

Komisja, po przeprowadzeniu postępowania weryfikującego merytorycznie przygotowanie zawodowe danego lekarza, przedstawia okręgowej radzie swoją opinię. Na jej podstawie rada może zobowiązać lekarza do odbycia uzupełniającego przeszkolenia, ustalając jego tryb, miejsce i program. Koszty przeszkolenia ponosi lekarz.

Należy podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi przepisami, lekarz ma obowiązek stawienia się przed komisją. Ustawa przewiduje, że w razie nieusprawiedliwionego niestawiania się lub uchylania się od uczestnictwa w przeszkoleniu okręgowa rada lekarska podejmuje uchwałę o zawieszeniu lekarzowi prawa wykonywania zawodu lub o ograniczeniu w wykonywaniu określonych czynności medycznych do czasu zakończenia przeszkolenia.

Niezdolność (ograniczenie) do wykonywania zawodu

Zgodnie z art. 12 *Ustawy z 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry*, jeżeli okręgowa rada lekarska stwierdzi, że istnieje **uzasadnione podejrzenie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu lub ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający wykonywanie zawodu lekarza**, powołuje komisję złożoną z lekarzy specjalistów odpowiednich dziedzin medycyny. Tryb powoływania i sposób działania komisji orzekającej określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 3 listopada 2011 roku w sprawie trybu powoływania i sposobu działania komisji orzekającej w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych oraz trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu lekarza albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych (Dz. U. 2011.246.1475).

W skład komisji powołuje się lekarzy będących członkami właściwej okręgowej izby lekarskiej, wykonujących zawód od co najmniej 7 lat i posiadających specjalizację w odpowiedniej dziedzinie medycyny. Przewodniczącym komisji jest członek okręgowej rady lekarskiej powołujący komisję, w miarę możliwości posiadający właściwą dla sprawy specjalizację medyczną.

Komisja ta wydaje orzeczenie w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych. W tym celu przeprowadza badanie lekarskie, może także skierować lekarza na niezbędne badania lub obserwację w podmiocie leczniczym lub też wystąpić o wydanie dodatkowej opinii lekarza specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny. Lekarz ma obowiązek stawienia się przed komisją i poddania się niezbędnym badaniom. Może jednak wskazać lekarza, niebędącego członkiem komisji, jako swojego męża zaufania, który ma prawo uczestniczyć we wszystkich czynnościach komisji, z wyjątkiem wydania orzeczenia.

Komisja wydaje orzeczenie na podstawie przeprowadzonego badania i zgromadzonej w toku postępowania dokumentacji medycznej, a okręgowa rada lekarska na jego podstawie może podjąć uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu albo o ograniczeniu prawa wykonywania określonych czynności medycznych na okres trwania niezdolności.

Jeżeli lekarz odmawia poddania się badaniu przez komisję lub gdy okręgowa rada lekarska na podstawie wyników postępowania wyjaśniającego uzna, że dalsze wykonywanie zawodu lub ściśle określonych czynności przez lekarza zagraża osobom przez niego leczonym, okręgowa rada lekarska podejmuje uchwałę o zawieszeniu w prawie wykonywania zawodu albo o ograniczeniu w wykonywaniu określonych czynności medycznych do czasu zakończenia postępowania.

Lekarz, w stosunku do którego podjęto taką decyzję, może wystąpić do okręgowej rady lekarskiej o jej uchylenie, jeżeli ustaną przyczyny zawieszenia lub ograniczenia, nie wcześniej jednak niż po upływie 6 miesięcy od podjęcia uchwały okręgowej rady lekarskiej.

Uwagi końcowe

Postępowanie, w obu omawianych trybach, odbywa się na zasadzie poufności, a zainteresowany lekarz jest uprawniony do uczestnictwa w posiedzeniach okręgowej rady lekarskiej w czasie rozpatrywania jego sprawy. Do uchwał rady podejmowanych w obu typach postępowania stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego dotyczące decyzji administracyjnych. Od uchwał tych zainteresowanym przysługuje odwołanie

do Naczelnej Rady Lekarskiej, a także odpowiednio skarga do sądu administracyjnego.

Warto na koniec dodać, że choć – szczęśliwie – liczba spraw rozpatrywanych w obu ww. trybach nie jest znacząca, często stawiają one samorząd wobec konieczności podejmowania trudnych rozstrzygnięć, a samo postępowanie, jak i zapadające w tym zakresie decyzje mają nierzadko dramatyczny dla lekarza wymiar tak osobisty, jak i zawodowy.

mgr Dariusz Dziubina

Orzeczenie

Naczelny Sąd Lekarski

po rozpoznaniu dnia 04 czerwca 2020 r. sprawy:
lek. dent. Arnolda Zaraski
nr pwz: 2404027
obwinionego o to, że:

w okresie od 01 kwietnia 2014 r. do 22 marca 2017 r. w Mysłowicach przeprowadził postępowanie diagnostyczne i leczenie wobec małoletniej pacjentki P.B. wykraczając poza swoje umiejętności zawodowe i nie dochowując należytej staranności, poprzez postawienie błędnej diagnozy i zastosowanie nieprawidłowego leczenia ortodontycznego w całym ww. okresie, co stanowi naruszenie art. 8 i art. 10 Kodeksu Etyki Lekarskiej z dnia 14 grudnia 1991 r. (tekst jednolity: ogłoszony obwieszczeniem nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 02 stycznia 2004 r.) w związku z art. 4 ustawy z dnia 05 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2015, poz. 464 ze zm.) oraz art. 53 ustawy o izbach lekarskich z dnia 02 grudnia 2009 r. (Dz. U. 2015, poz. 651 ze zm.)

z powodu odwołania wniesionego przez pokrzywdzoną od orzeczenia Okręgowego Sądu Lekarskiego w Krakowie z dnia 30 października 2019 r., sygn. akt Ko – 4/2019

1. zmienia zaskarżone orzeczenie Sądu I instancji w zakresie kary orzeczonej za przypisany czyn i na podstawie art. 83 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich wymierza obwinionemu karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza dentysty na okres 1 (jednego) roku poprzez zakaz leczenia ortodontycznego;

2. na podstawie art. 84 ustawy o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r. zarządza opublikowanie orzeczenia w biuletynie Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie.

3. Kosztami postępowania obciąża obwinionego lekarza.

Krosno

■ W związku z sytuacją epidemiologiczną praca w Delegaturze Krośnieńskiej wykonywana była elektronicznie, korespondencyjnie i telefonicznie. W sprawach pilnych lekarze przyjmowani byli w biurze.

I tak m.in.:

- zorganizowano akcję przekazywania środków ochrony osobistej, otrzymanych z Fundacji „Lekarze Lekarzom”, w ramach pomocy humanitarnej związanej z epidemią COVID-19,
- w lipcu sprzedawane były fartuchy ochronne wielokrotnego użytku zamówione przez OIL w Krakowie (można je jeszcze nabyć, w cenie 20 zł),
- przyjmowano podania na staż podyplomowy i dokumenty do wykonania prawa wykonywania zawodu,
- prowadzone były ubezpieczenia itp.

■ 17 lipca 2020 r. w restauracji Pałac Polanka odbył się wieczór autorski promujący książkę Kamili Beaty Bogackiej pt. „Catharsis piątej komory serca – Sprawa Polska w listach do mojego Ojca dr Kamila Jana Bogackiego”. To oryginalne połączenie biografii, reportażu i pamiętnika – ujęte w formie listów napisanych przez Kochającą córkę do zmarłego Ojca, w pół wieku po jego odejściu. To jedyna w swoim rodzaju, wyjątkowa opowieść o bliskiej każdemu z nas miłości – łączącej zapomnianego bohatera i ostatnią żyjącą spadkobierczynię jego szlachetnego serca.

Płk WP dr Kamil Jan Bogacki – wybitny lekarz, badacz, dyplomata i wojskowy, obywatel dwóch narodów – to jeden z zapomnianych ojców sukcesu polskiej misji dyplomatycznej w USA, która u początku burzliwego XX wieku zapewniła trwanie Legionom Polskim marszałka Józefa Piłsudskiego oraz przyniosła Polsce odzyskanie niepodległości.

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie była jednym ze sponsorów spotkania.

*Janusz Kulon
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura Krosno*

Nowy Sącz

■ Delegatura Nowosądecka OIL w Krakowie szybko rozdisponowała w maju wszystkie środki ochrony indywidualnej dla personelu medycznego, podarowane lekarzom przez Kulczyk Foundation. Były to maseczki chirurgiczne, maski FFP2, gogle, przyłbice, kombinezony. Zgodnie z wytycznymi lekarze dentyści otrzymali 20% środków ochrony, szpitale oraz lekarze medycyny po 40%. W akcję rozdawania darów w Delegaturze mocno zaangażowali się Delegaci lek. Bożena Jarosławska, lekarze dentyści Tymoteusz Derebas i Zbigniew Raszczyk, którzy bezinteresownie podjęli się przekazania darów dla kolegów z powiatów nowotarskiego i tatrzańskiego.



■ W marcu br. została wykonana instalacja fotowoltaiczna na budynku Delegatury Nowosądeckiej przez firmę Solartime z Rzeszowa. Wcześniejsza wizualizacja pozwoliła uniknąć montażu paneli w miejscach zacienionych, co korzystnie wpływa na wydajność całej instalacji.

■ 28 kwietnia w biurze Delegatury miała miejsce awaria, która spowodowała zalanie wodą pomieszczeń na parterze, m.in. pokoju, w którym znajdowała się dokumentacja medyczna pacjentów przekazana po zmarłych lekarzach. Przyczyną zalania było rozerwanie filtra wody w pomieszczeniu gospodarczym. Po osuszeniu wnętrza okazało się,

Nowy Sącz

iz konieczna jest wymiana paneli podłogowych. Zniszczona dokumentacja medyczna, decyzją Prezydium ORL w Krakowie, została przekazana do utylizacji.

■ Dobiegły końca remont, modernizacja i rozbudowa Szpitala Specjalistycznego im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu, realizowane w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020. Do użytku oddane już zostały odnowione oddziały i obiekty, w tym uwzględniający walkę z epidemią COVID-19 Oddział Zakaźny, funkcjonujący dotąd w Dąbrowej. Wyremontowane zostały oddziały Chorób Wewnętrznych, Chirurgii dla Dzieci, Pediatriczny i Otolaryngologiczny. Przypomnijmy, że w grudniu 2019 r. zakończyła się również rozbudowa Ośrodka Onkologicznego wraz z budową estakady, a w kwietniu br. budowa Pawilonu Ginekologiczno-Położniczego połączonego przewiązką z Ośrodkiem Onkologicznym.

■ W sierpniu miasto Nowy Sącz i powiat nowosądecki zostały oznaczone jako tzw. czerwona strefa ze względu na dużą liczbę zakażonych COVID-19. Z danych przekazanych przez Państwową Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Nowym Sączu na dzień 24 sierpnia wynika, że na terenie powiatu nowosądeckiego i miasta Nowy Sącz było 1129 zakażonych koronawirusem (powiat – 770, miasto – 359). Najwięcej zakażonych przebywało w gminie Chęłmiec, Kamionka Wielka i Krynica Zdrój.

■ Obecnie biuro funkcjonuje z pominięciem kontaktu osobistego, co spowodowane jest sytuacją epidemiologiczną. Jednak w sprawach ważnych możliwa jest wizyta – po wcześniejszym telefonicznym umówieniu.

Krzysztof Wróblewski
Pełnomocnik Delegatury OIL w Krakowie
Delegatura Nowy Sącz



Przemyśl

■ Delegatura OIL w Przemyślu prowadzi dystrybucję fartuchów ochronnych wielorazowego użytku, uszytych na zlecenie Izby. Koszt to 20 zł. Zainteresowanych prosimy o kontakt z biurem.

■ 21 lipca 2020 r. Zarząd Województwa Podkarpackiego w Rzeszowie powołał panią Barbarę Stawarz na dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. św. Ojca Pio w Przemyślu. Dr n. o zdrowiu Barbara Stawarz jest absolwentką Akademii Medycznej w Lublinie, specjalistą w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego. Ukończyła również studia podyplomowe z zakresu zarządzania systemem ochrony zdrowia na Wydziale Prawa Uniwersytetu Rzeszowskiego. Od 6 listopada 2019 r. do 21 sierpnia 2020 r. łączyła funkcję p.o. dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. św. Ojca Pio oraz dyrektora Woj. Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy.

■ Od 22 lipca br. p.o. dyrektora Szpitala Psychiatrycznego w Żurawicy została lek. med. Teresa Ciecianiak. Funkcję tę pełnić będzie do czasu rozstrzygnięcia konkursu na nowego szefa tej placówki.

■ Trwająca epidemia nie omija szpitali w naszym regionie i kolejno wyłącza z pracy poszczególne oddziały, przy czym największe kłopoty dotyczą COM Jarosław i Szpitala Wojewódzkiego w Przemyślu. Szpitale przeciwdziałając narażeniu personelu, jak i pacjentów wprowadzają procedurę testowania chorych do planowanych hospitalizacji.

Marek Zasady
Pełnomocnik Delegatury OIL w Krakowie
Delegatura Przemyśl



Z naszych szpitali...

Na początku czerwca br. w **Szpitalu Miejskim Specjalistycznym im. Narutowicza** w Krakowie przeprowadzono zabiegi usunięcia tarczycy z wykorzystaniem najnowszej generacji neuromonitoringu działającego w czasie rzeczywistym. Operację u czworga pacjentów przeprowadził prof. **Marcin Barczyński** z zespołem, przy użyciu aparatu NIM Vital, który pozwala na monitorowanie nerwów krtani podczas zabiegu usuwania tarczycy. Dzięki temu można uniknąć uszkodzeń zarówno nerwów, jak i strun głosowych.

W Klinice Chirurgii Endokrynologicznej III Katedry Chirurgii Ogólnej UJ CM (działającej na bazie Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej Szpitala im. Narutowicza) wykonuje się rocznie ponad 1000 operacji tarczycy, przysadczyc i nadnerczy. Dotyczy to zarówno zabiegów ze wskazań nienowotworowych, jak i onkologicznych.

Również w czerwcu specjaliści z **Krakowskiego Centrum Oparzeniowo-Plastycznego Szpitala im. Rydygiera** w Krakowie kierowanego przez dr hab. **Annę Chrapustę** przeprowadzili nowatorski zabieg zamknięcia rany oparzeniowej przeszczepem komórek autologicznych, w technologii MEEK. Wykonano go u dziecka z oparzeniem III stopnia. Naskórek niezbędny do przeprowadzenia przeszczepu wyhodowała prof. **Justyna Drukała**, kierownik Banku Komórek w Zakładzie Biologii Komórki na Wydziale Biochemii, Biofizyki i Biotechnologii UJ.

W trakcie jednej operacji najpierw naskórek dziecka został posiatkowany według nowoczesnej technologii MEEK, a następnie namnożonymi laboratoryjnie komórkami pacjenta zostały wypełnione obszary łączące ten naskórek.

W lipcu lekarze z **Kliniki Kardiologii Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego** w Krakowie kierowanej przez dr. **Piotra Weryńskiego** podjęli się operacji wady wrodzonej – zamknięcia, liczącego ok. 7-8 mm, ubytku międzykomorowego – u 17-letniego chłopca. Po raz pierwszy w Polsce pacjentowi zaimplantowano największy u dziecka, specjalnie sprowadzony implant PFM LVSD

COIL. Lekarze uzupełnili ubytek w sercu przez naczynia krwionośne bez otwierania klatki piersiowej i rozcinania serca. Implant, mający postać długiej, elastycznej nitki, został wykonany ze specjalnego stopu metali, materiału, który miał zaprogramowaną pamięć kształtu i wielkości, jakie ostatecznie ma przybrać w luce serca.

Okuliści ze **Szpitala Specjalistycznego im. Żeromskiego** w Krakowie z wykorzystaniem specjalnej protezy zainstablowali w lipcu drogi łzowe u 11-letniej dziewczynki z urazem powieki. Był to pierwszy tego typu zabieg u dziecka w Małopolsce. Lekarzom udało się nie tylko zatrzymać łzawienie, ale także w jak najbardziej fizjologiczny sposób odtworzyć uszkodzone struktury dróg łzowych i powieki. Zdaniem dr **Małgorzaty Woś**, kierownik Oddziału Okulistycznego w „Żeromskim”, dzięki temu uszkodzone drogi łzowe goją się w maksymalnie fizjologiczny sposób.

Oddział Okulistyczny Szpitala im. Żeromskiego jako jedyny w regionie specjalizuje się w kompleksowej diagnostyce i leczeniu zaburzeń dróg łzowych, zarówno u dzieci, jak i dorosłych.

31 lipca w **Szpitalu SPZOZ w Sanoku** neurochirurdzy **Robert Konior** oraz **Marcin Czternastek** przeprowadzili pionierską operację endoskopową kręgosłupa, pierwszą tego typu w województwie podkarpackim. Pacjent cierpiał z powodu ostrej rwy kulszowej od kilku miesięcy, a jej przyczyną była masywna przepuklina jądra miazdżystego w odcinku lędźwiowym. Operację przeprowadzono przy użyciu wypożyczonego endoskopu nowej generacji, który wprowadza się do kręgosłupa pomiędzy blaszkami łuków kręgowych przez 5-milimetrowe nacięcie w skórze. Otyłość pacjenta (ponad 120 kg) nie była tutaj istotną przeszkodą, jak przy klasycznym zabiegu.

Tego typu operacja pozwala na uruchamianie pacjenta już w tym samym dniu. W Polsce jest ona wykonywana tylko w kilku ośrodkach.

opr. Red.

OIL w Krakowie szkoli z zakresu opiniodawstwa sądowego

Jak być rzetelnym biegłym

„Interesujące, cenne poznawczo, po prostu bardzo dobre” – tak uczestnicy oceniali poziom trzydniowego szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentyków z zakresu opiniodawstwa medycznego, w tym opiniowania sądowego z zakresu medycyny, zorganizowanego przez OIL w Krakowie w lutym i marcu br. Choć od szkolenia minęło sporo czasu, warto się nim chwalić, ponieważ dzięki dobrym opiniom uczestników wiele osób dopytuje o możliwość wzięcia udziału w kolejnym takim kursie.

Podczas wykładów omawiano m.in. pozycję biegłego w systemie polskiego wymiaru sprawiedliwości – rolę biegłego w postępowaniu sądowym, zasady opiniowania dla potrzeb postępowania karnego oraz cywilnego, a także dla potrzeb Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Sądu Lekarskiego.

Ważną uwagę organizatorzy poświęcili kwestiom błędów medycznych, prezentując zagadnienia „narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu” w praktyce opiniowania dla potrzeb postępowania karnego (ze szczególnym uwzględnieniem spraw dotyczących błędów medycznych) oraz problematykę rozróżnienia błędów medycznych od niepowodzenia w leczeniu.

W części teoretycznej wykładami byli Paweł Rygiel, sędzia Sądu Apelacyjnego w Krakowie, adwokat dr Małgorzata Malczyk z Zakładu Postępowania Cywilnego Wydz. Prawa i Administracji UJ, dr dr hab. n. med. Tomasz Konopka, Krzysztof Woźniak oraz dr dr Elżbieta Skupień i Filip Bolechała z Katedry Medycyny Sądowej UJ CM. Opiniowanie na potrzeby organów samorządu lekarskiego omawiała doktor Anna Kot, okręgowa rzeczniczka odpowiedzialności zawodowej OIL w Krakowie.

Zwieńczeniem szkolenia warsztaty praktyczne z opiniowania sądowego, prowadzone przez dr E. Skupień i dr hab. T. Konopkę. I właśnie z powodu warsztatów, które wymagały bezpośredniego zaangażowania uczestników, ich liczba musiała zostać ograniczona do 20.

Kierownikiem naukowym kursu była dr n. med. Ewa Rzepecka-Woźniak z Katedry Medycyny Sądowej UJ CM, natomiast organizatorką doktor Anna Maciąg-Brattemo, członkini Prezydium ORL w Krakowie.

– Funkcja biegłego z zakresu medycyny nie jest wdzięcznym zajęciem. Jednak po odpowiednim przygotowaniu może być źródłem satysfakcji i wzbogaceniem rozwoju zawodowego. Jednocześnie dobrze przygotowany biegły może przyczynić się do właściwego rozpoznania przez Sąd sprawy dotyczącej naszych kolegów lekarzy – podkreśla doktor Anna Maciąg-Brattemo dodając: – O zorganizowaniu kolejnego szkolenia pomyślimy, kiedy sytuacja, w jakiej teraz funkcjonujemy, wróci do normy.

(jgh)

Szkolimy na odległość

W maju i czerwcu br. **Komisja Kształcenia Medycznego ORL** zorganizowała cykl szkoleń z kompetencji miękkich, które ze względu na sytuację epidemiologiczną przeniesione zostały do internetu. Szkolenia prowadzone przez prof. Alicję Gałązkę miały formę webinarium lub warsztatów prowadzonych za pośrednictwem platformy online, która umożliwiła pełną interakcję uczestników spotkań. Za udział w kursach otrzymali oni punkty edukacyjne.

Podczas webinarium pn. „Jak zarządzać swoimi emocjami w czasie pandemii koronawirusa, czyli o budowaniu własnej odporności psychicznej” oraz kursu pn. „Jak zadbać o zdrowie psychiczne i swój dobrostan w trakcie pandemii” poruszone zostały jak najbardziej aktualne problemy, bliskie nie tylko lekarzom. Natomiast pozostałe kursy: „Elastyczność psychologiczna i rezyliencja w pracy lekarza”, „Medycyna narracyjna i spersonalizowana”, „Psychologia pozytywna w pracy lekarza”, „Eudajmonia czyli o psychologii szczęścia w pracy lekarza”, dotyczyły bardziej uniwersalnych zagadnień, takich jak wzmacnianie odporności psychicznej, poznanie swoich mocnych stron i indywidualnych zdolności czy samorealizacja. Podczas internetowych spotkań można się było także dowiedzieć, co robić, by móc częściej odczuwać szczęście, czy też jak słuchać i rozmawiać z pacjentem, by lepiej zrozumieć wielowymiarowy kontekst jego choroby.

Jesienią planowany jest kolejny cykl szkoleń.

Szczegóły na stronie www.oilkrakow.pl w zakładce Kształcenie.

Fot. Jerzy Sawicz



Profesor Igor Gościński ma 90 lat

Pandemia COVID-19 i zalecenia epidemiczne stanęły na przeszkodzie Towarzystwu Lekarskiemu Krakowskiemu w planowanych na kwiecień br. uroczystościach 90-lecia urodzin prezesa TLK profesora Igora Gościńskiego. Redakcja „GGL” także musiała zmienić plany związane z uczczeniem jubileuszu. Gratulując Profesorowi przypominamy tylko kilka najważniejszych faktów z Jego wspólnego życia.

* * *

Igor Gościński urodził się 18 kwietnia 1930 r. w Krakowie. Jego ojciec Włodzimierz był inżynierem górniczym, m.in. dyrektorem technicznym kopalni soli w Wieliczce, Bochni i Wapnie. Wykształcenie gimnazjalne zdobył w ramach tajnego nauczania w Wieliczce. W latach 1948-1953 studiował na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego i Akademii Medycznej w Krakowie.

Po studiach życie zawodowe związał z neurologią; w 1960 r. uzyskał specjalizację drugiego stopnia z neurochirurgii, w 1963 r. doktorat, w 1979 – habilitację. Od 1992 r. do przejścia w 2000 r. na emeryturę Profesor Gościński kierował Kliniką Neurotraumatologii. Aktywny zawodowo był jednak jeszcze przez kolejnych sześć lat. W AM i CM UJ Profesor był m.in. prodziekanem Wydziału Lekarskiego, prorektorem AM (1990-1993), dyrektorem Państwowego Szpitala Klinicznego w Krakowie (1991-1997), dyrektorem Instytutu Neurologii CM UJ (1992-2000). Odbił zagraniczne staże naukowe, parokrotnie był w Niemczech i USA. Był recenzentem prac habilitacyjnych i profesorskich, promotorem przewodów doktorskich i sam opublikował ok. 200 prac naukowych. Członek władz Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów, Polskiego Towarzystwa Neurofizjologii Klinicznej, Światowej i Europejskiej Federacji Towarzystw Neurochirurgicznych oraz Międzynarodowej Federacji Klinicznej Neurofizjologii, członek kilku Komisji PAN.

Od 1951 roku Profesor Gościński jest związany z Towarzystwem Lekarskim Krakowskim, od 2003 r. jest jego prezesem (najdłużej po prof. Józefie Boguszu). W tej roli

był inicjatorem i organizatorem wielu przedsięwzięć składających się na życie naukowe, edukacyjne i kulturalne Krakowa (m.in. organizowanych od 1960 r. dorocznych posiedzeń w Auli Collegium Novum UJ z okazji oswobodzenia Obozu Auschwitz-Birkenau i Międzynarodowego Dnia Holokaustu). Blisko współpracuje z lekarzami pochodzenia polskiego na Białorusi, Ukrainie i w Republice Czeskiej, którym m.in. przekazywano nieodpłatnie wydawnictwa „Przeglądu Lekarskiego” i Medycyny Praktycznej. Rocznie z Jego inicjatywy w TLK wygłaszanych jest 70-80 referatów naukowych, co jest ewenementem na skalę polską, a być może i światową. Profesor starannie dba o zachowanie pamięci o wybitnych i zasłużonych lekarzach, związał współpracą z TLK m.in. profesorów Zdzisława Gajdę, Aleksandra Skotnickiego, Jacka Składzienia i nieżyjącego już profesora Henryka Gaertnera. Blisko współpracuje z kierownictwem Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie.

Profesor jest laureatem szeregu wyróżnień, m.in. Medalu „Plus ratio quam vis” UJ, Medalu dr. Józefa Strusia, Statuetki im. Macieja Leona Jakubowskiego OIL w Krakowie, Medicus Nobilis PTL, Honoris Gratia Prezydenta Krakowa, jest członkiem honorowym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Lista odznaczeń prof. Gościńskiego jest długa, są na niej też Krzyż Komandorski i Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski.

Gratulujemy Jubilatowi, życząc dobrego zdrowia oraz dalszej aktywności w życiu publicznym.

(opr. cis)

Szpital w Brzozowie ma już 70 lat

Szpital Specjalistyczny w Brzozowie – Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny działa już 70 lat. Patrząc z boku, bez wzniosłych uogólnień, pełnoprofilowy ośrodek onkologiczny o zasięgu ogólnopolskim, funkcjonujący w strukturze powiatowego szpitala specjalistycznego w 8-tysięcznym miasteczku na Pogórzu Dynowskim, jest ewenementem w skali krajowej. Są więc powody do świętowania, nawet ograniczonego warunkami panującej pandemii.

Historia szpitala w Brzozowie ma swój początek w 1938 roku, kiedy to Zarząd Okręgu Przemyskiego PCK podjął uchwałę o jego budowie. Głównym inicjatorem i orędownikiem budowy szpitala, a także jego fundatorem był ks. Józef Bielawski, który 1938 roku przekazał własny teren pod budowę oraz 170 tys. sztuk cegieł i blachę na pokrycie dachu. Plan przewidywał funkcjonowanie 3 oddziałów: chirurgicznego, wewnętrznego i położniczo-ginekologicznego z pokojem dla noworodków, salą operacyjną, salą porodową, pokojem dla lekarza i pielęgniarki. Prace rozpoczęto 10 czerwca 1939 roku, przerwano w 1940 roku. W 1948 roku ukończono budowę i na początku 1949 roku gotowy obiekt przekazano do zagospodarowania. Oficjalnego otwarcia dokonano 29 czerwca 1950 roku – 70 lat temu. W latach sześćdziesiątych trwała dalsza rozbudowa.

W 1968 roku dyrektorem placówki i ordynatorem oddziału chirurgicznego został lek. Zbigniew Kubas, dzięki któremu nastąpił najbardziej dynamiczny rozwój szpitala w Brzozowie. Jego pasją była onkologia, więc dzięki usilnym staraniom 4 lipca 1977 roku zapadła decyzja o powołaniu Wojewódzkiej Przychodni Onkologicznej w Krośnie z siedzibą w Brzozowie. Rok później Wojewódzka Przychodnia Onkologiczna zostaje wyznaczona do specjalistycznego nadzoru wojewódzkiego, a dr. Kubasa powołano na stanowisko specjalisty wojewódzkiego w dziedzinie onkologii (1978-1991). W 1981 r. w ramach Wojewódzkiej Przychodni Onkologicznej otwarto 50-lóżkowy Oddział Chirurgii Onkologicznej, którego ordynatorem został dr Kubas. W kolejnych latach trwała rozbudowa i specjalizacja szpitala, m.in. dzięki ścisłej współpracy z Centrum Onkologii w Warszawie, Krakowie i Gliwicach.

Dzisiaj kadre szpitala tworzy kilkanaście zespołów specjalistycznych w poszczególnych dziedzinach medycyny, dysponujących wysokiej jakości aparaturą medyczną, co gwarantuje leczenie na poziomie europejskim. Zespół chirurgów onkologicznych osiąga w brzozowskim szpitalu jedno z najlepszych w Polsce efekty leczenia operacyjnego, co potwierdzają liczne rankingi.

Za sukcesami Szpitala stoją ludzie. Także dokonania Antoniego Kolbucha, dyrektora szpitala w latach 2004-2018, są znaczące. Nowe pawilony z hematologią, apteka z pracowniami leków cytostatycznych i żywienia pozajelitowego, dzienny oddział onkologii klinicznej, nowoczesny blok operacyjny na miano XXI wieku, lądowisko czy wymiana przestarzałego sprzętu medycznego na nowoczesny, termomodernizacja wszystkich pawilonów – to tylko niektóre z nich.

Znaczącym etapem na przestrzeni lat, w ramach strategii walki z rakiem było tworzenie Centrów Kompetencji w poszczególnych rodzajach nowotworów (tzw. unity). Pacjentki z chorobami piersi jako pierwsze otrzymały możliwość skorzystania z nowej formy leczenia. Realizując wytyczne Ministerstwa Zdrowia, w 2019 r. w strukturze szpitala, którym od 2018 r. kieruje lek. Tomasz Kondraciuk, zostało zorganizowane Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Piersi Breast Cancer Unit – BCU. Realna stała się możliwość przeprowadzenia zabiegów rekonstrukcyjnych u kobiet po mastektomii. Nie bez powodu właśnie w Breast Cancer Unit znajduje się tablica poświęcona pamięci doktora Zbigniewa Kubasa, ufundowana jako wyraz hołdu dla Jego pracy.

Nie mniej znaczące są działy medycyny ogólnej i zachowawczej, jak prężnie rozwijająca się kardiologia, chirurgia ogólna, neurologia z pododdziałem udarowym, interna z reumatologią oraz pediatria.

W roku jubileuszu do wszystkich pracowników i zarządzających placówką, których los na przestrzeni ostatnich 70 lat był spleciony ze Szpitalem w Brzozowie, płyną serdeczne gratulacje i podziękowania. Gratulujemy także my.

(źródło: Szpital w Brzozowie, opr. cis)

Profesorowie

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej wręczył uroczystie

4 marca 2020 r. tytuł profesora

dr hab. n. med. Dorocie Drożdż
dr. hab. Marcinowi Kołaczkowskiemu
dr. hab. Henrykowi Mazurkowi
dr hab. Bożenie Muszyńskiej

Doktorzy habilitowani

Rada Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego nadała stopień naukowy doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu

w dyscyplinie nauki medyczne

w dniu 23 maja 2020 r.

dr n. biol. Halinie Jurkowskiej
dr n. med. Agacie Ziomber-Lisiak

w dniu 27 czerwca 2020 r.

dr. n. med. Rafałowi Januszkowi

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

w dniu 20 lutego 2020 r.

mgr Anna Dobrut

Badania nad epitopami immunogennych białek Streptococcus agalactiae rozpoznawanych przez przeciwciała ochronne krwi pępowinowej
 Promotor: dr hab. Monika Brzychczy-Włoch, prof. UJ

lek. Magdalena Frączek-Jucha

Evaluation of prevalence and clinical significance of low triiodothyronine syndrome and selenium deficiency in heart failure and myocardial infarction (Ocena występowania i znaczenia klinicznego zespołu niskiej trijodotyroniny oraz niedoboru selenu w niewydolności serca i zawale serca)
 Promotor: dr hab. Andrzej Gackowski, prof. UJ

lek. Lech Popiołek

Analiza związków pomiędzy wybranymi zmiennymi dotyczącymi funkcjonowania psychicznego, a obecnością powikłań

narządowych nadciśnienia tętniczego

Promotor: prof. dr hab. Krzysztof Rutkowski
 Promotor pomocniczy: dr Jolanta Walczewska

lek. Aleksandra Sobolewska

Analiza wybranych czynników wpływających na głos śpiewaka operowego
 Promotor: prof. dr hab. Jacek Składzień

lek. Kamila Sprężak

Ocena przydatności badania ultrasonograficznego w rozpoznawaniu zarastającego zapalenia torebki stawowej barku
 Promotor: dr hab. Robert Chrzan, prof. UJ

w dniu 9 kwietnia 2020 r.

lek. Sebastian Borys

Evaluation of molecular mechanisms of action of negative pressure wound therapy in the treatment of neuropathic ulcers in diabetic foot syndrome (Ocena mechanizmów molekularnych działania terapii podciśnieniowej w leczeniu

owrzodzeń neuropatycznych w zespole stopy cukrzycowej)

Promotor: dr hab. Beata Kieć-Wilk, prof. UJ

lek. Adam Mazurek

Influence of autoimmunity on endothelial dysfunction and atherosclerosis development in young patients with coronary artery disease and in systemic lupus erythematosus patients

(Wpływ procesu autoimmunologicznego na dysfunkcję śródbłonna oraz rozwój miażdżycy u młodych chorych z chorobą niedokrwienną serca oraz u chorych z toczniem rumieniowatym układowym)
 Promotor: dr hab. Wojciech Płazak, prof. UJ

lek. Wojciech Pietraszko

Ocena zaburzeń pozaruchowych obejmujących przewód pokarmowy oraz poziomu greliny w chorobie Parkinsona po obustronnej stymulacji jądra niskowzgórzowego
 Promotor: prof. dr hab. Anna Krygowska-Wajs

**Program szkoleń podyplomowych organizowanych przez
Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ
październik – listopad 2020**

Szanowni Państwo,

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

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

Kursy dla specjalizacji lekarskich

październik – listopad 2020

anestezjologia i intensywna terapia

Anestezjologia w onkologii
4-6.11.2020

Kierownictwo naukowe:
dr Małgorzata Zajac

Diagnostyka i leczenie bólu
30.11-4.12.2020

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Anna Przeklasa-Muszyńska

chirurgia ogólna

Kurs wprowadzający: Podstawy chirurgii
12-16.10.2020

Kierownictwo naukowe:
dr Anna Zub-Pokrowiecka

chirurgia onkologiczna

Kurs atestacyjny: Chirurgia onkologiczna
12-13.10.2020

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Antoni Szczepanik, prof. UJ

choroby wewnętrzne

Geriatrya
15-16.10.2020

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Barbara Gryglewska, prof. UJ.

diabetologia

Postępy w zakresie patogenezy,
rozpoznawania, zapobiegania
i leczenia powikłań cukrzycy

Kierownictwo naukowe:
prof. Maciej Małecki

geriatria

Postępowanie zabiegowe
w wieku podeszłym
7.10.2020

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Marcin Cwynar

Wielkie problemy geriatryczne
5-6.10.2020

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Barbara Gryglewska, prof. UJ.

Choroby układu kostno-stawowego
i problemy ortopedyczne u osób
w wieku podeszłym
5.11.2020

Kierownictwo naukowe:
prof. Anna Skalska

Zaburzenia odporności, infekcje
i choroby hematologiczne
w wieku podeszłym
6.11.2020

Kierownictwo naukowe:
dr Małgorzata Fedyk-Lukasik

kardiologia

Diagnostyka inwazyjna
i leczenie interwencyjne
12-16.10.2020

Kierownictwo naukowe:
prof. Jacek Legutko,
prof. Krzysztof Żmudka

Nieinwazyjna diagnostyka
elektrokardiograficzna
2-6.11.2020

Kierownictwo naukowe:
prof. Jadwiga Nessler

Elektrofizjologia i elektroterapia
16-20.11.2020

Kierownictwo naukowe:
prof. Jacek Lelakowski

kardiochirurgia

Postępy w kardiochirurgii
wrodzonych wad serca u noworodka
25-27.11.2020

Kierownictwo naukowe:
prof. Janusz Skalski

medycyna rodzinna

Opieka nad szczególnymi
grupami pacjentów
19.10-20.11.2020

Kierownictwo naukowe:
prof. Adam Windak

mikrobiologia lekarska

Epidemiologia i klinika zakażeń
związanych z opieką zdrowotną.
Rola laboratorium w kontroli zakażeń
27-29.10.2020

Kierownictwo naukowe:
prof. Małgorzata Bulanda

ortopedia i traumatologia narządu ruchu

Choroby stawu biodrowego
wieku rozwojowego
16-20.11.2020

Kierownictwo naukowe:
prof. Maciej Tęsiński

Chirurgia kręgosłupa
23-27.11.2020

Kierownictwo naukowe:
prof. Maciej Tęsiński

położnictwo i ginekologia

Diagnostyka i terapia płodu
5-9.10.2020

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Ultrasonografia

– kurs praktyczny indywidualny
12-16.10.2020

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Endoskopia

– kurs praktyczny indywidualny
12-16.10.2020

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Ultrasonografia

– kurs praktyczny indywidualny
16-20.11.2020

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Endoskopia

– kurs praktyczny indywidualny
16-20.11.2020

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

ginekologia onkologiczna

Zasady leczenia paliatywnego
oraz opieki nad chorymi
w terminalnym okresie choroby
12.10.2020

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Tomasz Banaś

Kurs podsumowujący (atestacyjny)
Ginekologia onkologiczna
13.10.2020

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Tomasz Banaś

Podstawy chemioterapii
nowotworów płciowych kobiecych
i nowotworów piersi
26-27.10.2020

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Tomasz Banaś

psychiatria

Wprowadzenie do specjalizacji
w dziedzinie psychiatrii
26.10.2020 – 30.10.2020
Kierownictwo naukowe:
prof. Dominika Dudek

Wprowadzenie do psychoterapii
16-20.11.2020
Kierownictwo naukowe:
prof. Krzysztof Rutkowski

psychiatria dzieci i młodzieży

Wprowadzenie do psychiatrii
dzieci i młodzieży
23-27.11.2020

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Renata Modrzejewska

urologia dziecięca

Laparoskopia w urologii dziecięcej
18-20.11.2020

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Rafał Chrzan, prof. UJ

**Kursy dla specjalizacji
lekarsko-dentystycznych****Ortodoncja**

Wprowadzenie
do współczesnej ortodoncji
15-22.10.2020

Kierownictwo naukowe:
dr Wojciech Stós

Analiza zdjęć rentgenowskich
i cefalometria
5-26.11.2020

Kierownictwo naukowe:
dr Wojciech Stós

Alergologia

– zagadnienia ortodontyczne
12-19.11.2020

Kierownictwo naukowe:
dr Wojciech Stós

**Kursy
dla wszystkich specjalizacji**

Ratownictwo medyczne
19-23.10.2020

Kierownictwo naukowe:
dr Arkadiusz Trzos

Ratownictwo medyczne
23-27.11.2020

Kierownictwo naukowe:
dr Arkadiusz Trzos

Rekrutacja na Studia Podyplomowe

**prowadzone przez
Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego
Collegium Medicum**

w roku akademickim 2020/2021

- Antropologia sądowa w praktyce
- Badania kliniczne – metodologia, organizacja i zarządzanie
- Biostatystyka – podstawy statystyki w badaniach medycznych
 - Geriatria i opieka długoterminowa
 - Koloproktologia praktyczna
- Kontrola zakażeń w jednostkach opieki zdrowotnej
 - Medycyna ekstremalna i medycyna podróży
 - Medycyna górską – **nowy kierunek!**
- Neurologopedia z elementami audiologii i foniatrii
 - Podstawy psychoterapii
- Psychogeriatria z elementami neuropsychologii
 - Psychoonkologia w praktyce klinicznej
 - Szczegółowe zagadnienia psychoterapii
- Żywnienie w zdrowiu i chorobie – dietetyka kliniczna

**Szczegółowe informacje na stronie www.mckp.uj.edu.pl
lub telefonicznie tel. 12 34 11 904, 12 34 11 907**

Legenda Ewy Demarczyk

Na początku był Kabaret Medyków „Cyrulik”

Fot. wikipedia



„Czarny Anioł” polskiej piosenki Ewa Demarczyk zmarła w Krakowie 14 sierpnia, w wieku 79 lat. Pochowano ją 26 sierpnia w Alei Zasłużonych na Cmentarzu Rakowickim w Krakowie. Niewiele osób wie, że początki jej wyjątkowej kariery miały związek z krakowskim światem medycznym...

W historię powojennej krakowskiej medycyny wpisany jest nierozdzielnie studencki Kabaret Medyków „Cyrulik”. Jego historię przedstawiliśmy na naszych łamach w 2001 roku, wspominając za Rajmundem Jaroszem (reżyserem) m.in. historię wciąż żywego szlagieru stamtąd „Konik na biegunach” Franka Serwatki. Dziś dopisuję epizod raczej nieznaną, o pojawieniu się w 1961 roku na scenie Kabaretu Medyków „Cyrulik” – odbywającego próby w krakowskim Jacht Klubie, mieszczącym się w baraku pod Wawelem (gdzie dzisiaj przeżył się Hotel Sheraton) – młodziutkiej dziewczyny, studentki pierwszego roku architektury, absolwentki średniej szkoły muzycznej Ewy Demarczyk. Przyprowadził ją student IV roku AM Andrzej Truchliński, z rekomendacją „Chce śpiewać, może się znajdzie miejsce?”. Akurat w dzień przed przedstawieniem pochorowała się Zosia Wojnar, aktorka, także studentka medycyny, która grała na scenie epizod o samotnej, smutnej dziewczynie na Plantach, bo oblała egzaminy i straciła akurat stancję. Zaczepił ją tam jakiś obleśny typ, w przekonaniu, że to prostytutka, pytając „Ile chcesz Mała (za noc)?”. Odpowiedź była wyrażona gestykulacją.

W każdym razie zrozpaczony luką w programie Jarosz zapytał przyprowadzoną kandydatkę: „Zagrasz to? Ale już jutro?”.

– Zagrała znakomicie i natychmiast dostrzegłem w niej gwiazdę – opowiada Rajmund Jarosz. Pamiętam taką piosenkę do słów Tadeusza Śliwiaka, którą podbiła widownię.

Kupcie szczeniaka, szczeniaka małego

Pies wyrośnie zeń mądry i zły

Wielką pociechę będziecie mieć z niego,

Dobrym ludziom potrzebne złe psy.

Niemalym powodzeniem cieszyła się też grana przez

nią parodia piwnicznych występów Kiki Szaszkiewiczowej. Nic więc nie zapowiadało przyszłych związków Ewy z Piwnicą.

– Uważałem, że ma niezwykle talent – wspomina Rajmund Jarosz: – Namówiłem ją do startu do szkoły teatralnej, przy czym problemem była zwłaszcza zgoda jej matki. Nie będę tu opisywał rodzinnych dylematów Ewy, w każdym razie wspólnie z Karolem Drozdem, szefem studenckiej kultury w ZSP, późniejszym dyplomata, udało nam się przekonać Mamę. Bliski mi literat, Ryszard Kłys przygotował dla Ewy jakiś fragment prozy, którą oczarowała komisję egzaminacyjną. Ale dalej nie chciała rezygnować z architektury, jeszcze pojechała na praktykę wakacyjną, by zaliczyć rok. Punktem przełomowym kariery był jednak koncert w Hali Wisły, z okazji wyboru Miss Juwenaliów, który reżyserowałem. Dla Ewy nie było tam miejsca, nie znano jej. Sprzeciwiał się zwłaszcza sprawujący nadzór nad programem ówczesny przewodniczący Rady Okręgowej ZSP Hieronim Kubiak. Ale znów z Karolem Drozdem udało się nam go przekonać. Ewa zaśpiewała tam „24 tysiące pocałunków” z repertuaru włoskiego gitarzysty, należącego do Zespołu Marino Mariniego („Nie płacz, kiedy odjadę”). Zrobiła to fenomenalnie. Widownia oszalała, ludzie wiwatowali na stojąco, brawom nie było końca.

Wśród tłumu byli między innymi Piotr Skrzynecki i Zygmunt Konieczny.

– Natychmiast po występie mówią do mnie: „Zgódź się, niech przyjdzie do nas!”. Zwłaszcza Zygmunt był entuzjastycznie nastawiony. Ale Ewa była powściągliwa. Czy to ma sens, pytała, ja ich parodiuję. Tłumaczyłem, nasz kabaret medyków kończy żywot, wszyscy młodzi lekarze otrzymują nakazy pracy. To koniec. Dodałem, że po szkole muzycznej jest świetnie wyedukowana, wystarczy, że prof. Maria Bieńkowska „postawi Ci głos”. Wróżyłem jej międzynarodową karierę. W końcu się zgodziła przejść do Piwnicy – opowiada Rajmund Jarosz.

I dalej już Państwo wszystko znacie. Piwnica zyskała gwiazdę, a gwiazda opromieniła Piwnicę.

rozmawiał Stefan Ciepły

Spacer śladami pamięci

Dzięki wystawie w Fabryce Emalia Oskara Schindlera można spojrzeć na Kraków z zupełnie innej perspektywy. Kamienica, na której zostały ślady po kulach. Schrony przeciwlotnicze w Parku Krakowskim. Szary Domek na terenie byłego obozu koncentracyjnego w Płaszowie. Stara rampa na stacji kolejowej w Prokocimiu. Te i kilka innych miejsc na mapie Krakowa stało się tematem wystawy „Ślady”, prezentowanej w Fabryce.

Patrzemy na nie z perspektywy ludzi, którzy, choć urodzili się już po wojnie, wciąż odnajdują w mieście ślady niegdyśszych wydarzeń. Dzięki nim możemy wybrać się na niezwykle spacer, pozwalający uruchomić wyobraźnię i odkryć zupełnie inny Kraków. Ułatwia to zamieszczona na wystawie mapa, która po zeskanowaniu kodu QR od razu pojawia się w naszych telefonach komórkowych, wyznaczając nam punkty docelowe trasy.

Zanim jednak z niej skorzystamy, warto poznać poszczególne części ekspozycji, zaaranżowanej tak, by jeszcze bardziej rozbudzić naszą ciekawość. – Ta wystawa jest podróżą przez czas i przestrzeń. Dlatego podzieliłam ją na sektory: „Zmiana”, „Widzialne/niewidzialne”, „Pomnik/nie-pomnik”, „Wygodne/niewygodne”. Na każdy z nich składają się zdjęcia, opowieści bohaterów konkretnych miejscach oraz ich bardzo osobiste obiekty pamięci – mówi kuratorka Marta Śmietana.

I tak część „Zmiany” zaczynamy oglądać od zdjęć przedstawiających kamienicę przy ul. Krzywej, której właściciel podczas remontu postanowił nie likwidować znajdujących się na niej śladów po kulach. Widzimy tu także schrony przeciwlotnicze, na które zazwyczaj nie zwracamy uwagi chodząc po Parku Krakowskim. Pokazuje je historyk Dawid Golik, który brał udział w ich odgruzowywaniu.

Tuż obok znalazł się stary, kufer, którego historia łączy się z kamienicą przy ul. Krupniczej 36. – Otóż parę lat temu do naszego muzeum zgłosiła się Maria Czechowska z propozycją przekazania nam tego kufra. Należał on do pani Gutmann, która wraz z córką ukrywała się w domu jej mamy. Jednak obydwie Żydówki zostały przez kogoś zadenuncjowane. Idąc do getta, poprosiły właścicielkę



mieszkania, żeby przechowała kufer, a znajdujące się w nim płaszcze przyniosła im, gdy zrobi się chłodniej. Jesienią kobieta wzięła okrycia i zaczęła szukać ich właścicieli. Jednak okazało się, że nie ma ich komu przekazać. Pani Gutmann z córką zostały już wywiezione na straconie do Bełżca – opowiada kuratorka i autorka książki towarzyszącej ekspozycji.

Bełżec jest jednym z tematów części wystawy zatytułowanej „Wygodne/niewygodne”. A konkretnie rampa na stacji w Prokocimiu, z której Żydzi jechali do tego obozu zagłady. Opowiada o tym Andrzej Chytkowski, który nie może pogodzić się z tym, iż takie miejsca nie są upamiętniane. – I nie chodzi tu o to, żeby mieszkający w pobliżu ludzie, idąc rano po bułki, czuli dyskomfort. Ale o to, by nie zacierać śladów pamięci o dwóch i pół tysiąca ludzi, którzy szli tędy na śmierć, taszcząc swoje tobołki, i trzymając dzieci za ręce – dodaje kuratorka ekspozycji, pokazując zdjęcia przedstawiające Szary Domek na terenie obozu w Płaszowie, które z kolei należą do części „Pomnik/nie-pomnik”. To właśnie do niego wprowadziła się przed laty z grupą przyjaciół aktorka Kamila Klimczak. Nie miała wówczas pojęcia, że w jego piwnicach znajdowały się cele, w których przetrzymywano i torturowano więźniów. Gdy się o tym dowiedziała, najpierw chciała się wyprowadzić. Ponieważ okazało się to nie takie proste, razem ze znajomymi zaczęła oswajać to miejsce, tworzyć swoje rytuały, by w ten sposób scalić pamięć o przeszłości z teraźniejszością.

W sposób symboliczny na wystawie zrobił to artysta sztuk wizualnych Bartolomeo Koczenasz, prezentując tu swoją instalację „Trzy perspektywy”. Pokazywał ją jakiś czas temu na rogu ul. Węgierskiej i Limanowskiego, w miejscu, gdzie znajdowała się brama do getta. Warto się w tym miejscu zatrzymać i uruchomić wyobraźnię. Dzięki temu nigdy już nie będziemy obojętnie przechodzić tą stroną ulicy.

Wystawę „Ślady” można oglądać do 5 kwietnia 2021 r.

Magda Huzarska-Szumiec

Fot. Ślady kul na murach kamienicy przy ul. Krzywej 10 w Krakowie, fot. A. Janikowski, 2020 r., ze zbiorów MHK

Jan Marcin Szancer

– władca naszej wyobraźni

To zdarza się wielu rodzicom. Przy wejściu do działu dla najmłodszych czytelników w jakiegokolwiek księgarni, z setek kolorowych bajek ich wzrok mimowolnie wyłuskuje te, których okładki są autorstwa Jana Marcina Szancera. I nie dzieje się to przypadkowo. Bowiem wszystkie pokolenia Polaków, których dzieciństwo przypadło na okres od końca II wojny światowej aż do 1989 r. wychowały się na opowieściach ilustrowanych przez właśnie tego wyjątkowego artystę. I to dla nich, ale także dla ich pociech powstała wystawa pt. „Szancer, wyobraź sobie!” w Żydowskim Muzeum Galicja w Krakowie.

Kuratorzy ekspozycji przygotowali dwie ścieżki zwiedzania. Pierwsza jest przeznaczona dla dzieci. Maluchy już przy wejściu dostają do ręki kasetę magnetofonową, która może wydać się im nieco archaicznym przedmiotem. Ale dzięki temu, że nauczą się uruchamiać ją w magnetofonie, posłuchają opowieści o życiu Szancera, czytanej nie przez kogo innego jak Piotra Fronczewskiego – Ambrożego Kleksa z filmu „Akademia pana Kleksa”, opartego oczywiście na książce Jana Brzechwy, ilustrowanej przez bohatera wystawy.

A ta wciąż dzieci bez reszty. Każde z nich zwróci na pewno uwagę na przejeżdżający pociąg z niezapomnianej „Lokomotywy” Juliana Tuwima, wyskakujących z różnych kątów Pinokia, sierotkę Marysię czy postaci z baśni Andersena. Dzieciaki mają frajdę z odgrywania fragmentów bajek na zaimprovizowanej dla nich scenie i w teatrze cieni. Cieszy je układanie swoich ulubionych ilustracji z puzzli i wieszanie karteczek z marzeniami na drzewku marzeń. Na jednej ze ścian mogą narysować to, czego się boją, i pokolorować czarne plamy znajdujące się na podłodze.

Przypominają one ślady po bombach i związane są z wojenną przeszłością Szancera, o której dowiedzą się z bajki nagranej na wspomnianej kasecie. Jej wersja dla dorosłych znajduje się w czymś w rodzaju kubłów zwisających ze ściany. Gdy maluchy bawią się na wystawie, ich rodzice mogą w różnych miejscach do nich wejść, obejrzeć zdjęcia ilustratora i przeczytać jego życiorys.

A niewielu z nas wie, że urodził się on w Krakowie, w żydowskiej rodzinie zamożnych przedsiębiorców. Rodzice chcieli, by został aptekarzem, ale on od poznawania właściwości leczniczych tabletek wolął tworzyć z nich kolorowe kompozycje. Posłano go więc na lekcje rysunku. Okazał się tak zdolnym uczniem, że bez problemu dostał się na Akademię Sztuk Pięknych.

Kłopoty zaczęły się, kiedy po skończeniu studiów zorganizował pierwszą wystawę w Pałacu Sztuki. Krytycy nie docenili jego talentu malarskiego, przez co rozgoryczony artysta postanowił zająć się ilustrowaniem książek i scenografią teatralną. W Warszawie, do której się przeprowadził, jego kariera nabrała tempa. Tworzył wówczas komiksy i ilustracje do takich czasopism jak „Płomyk”, „Świat Przygód” czy „Gazetka Miki”. To w tym czasopiśmie po raz pierwszy opublikowano „Pana Maluszkiewicza i wieloryba” Tuwima oraz wiersz Brzechwy „Na straganie”.

Z obydwoma pisarzami Szancer się zaprzyjaźnił. Z Tuwimem zażyła znajomość rozpoczęła się w trakcie pracy nad spektaklem „Żołnierz Królowej Madagaskaru”, do którego poeta napisał libretto, a Szancer zaprojektował

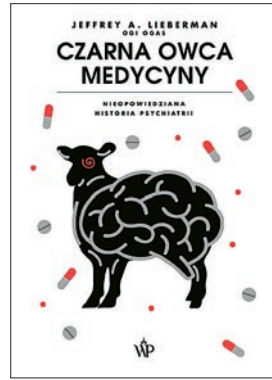


kostiumy. Podczas wojny stracili siebie z oczu, ale gdy Tuwim powrócił do kraju ze Stanów Zjednoczonych, Szancer z radością zilustrował jego wiersz „Lokomotywa”. Z Janem Brzechwą spotkali się na początku wojny w 1940 r. i od tego momentu nieprzerwanie współpracowali.

Zresztą podczas okupacji Szancer dużo tworzył. Udało mu się uniknąć pójścia do getta, mógł więc siedzieć w domu i ilustrować książki dla podziemnych oficyn (m.in. Arcta, Fiszera czy Wegnera), które zamierzały wydać je po wyzwoleniu. W tym okresie powstało też 80 kolorowych ilustracji do baśni Andersena. Żadna z nich nie przetrwała jednak powstania warszawskiego, kiedy to cały dorobek artysty spłonął.

Wrócił do nich po wyzwoleniu, dzięki czemu mogliśmy w dzieciństwie wyobrazić sobie, jak wyglądały opisane przez tego pisarza i wielu innych autorów bajkowe postaci. Rysunki Szancera tak mocno wpłynęły na wyobraźnię Polaków, że wielu z nas do dzisiaj myśląc o Pinoku widzi chłopca w sterczącej na głowie czapeczce, a przypominając sobie Ambrożego Kleksa ma przed oczami profesora z rozwianym włosiem i długą brodą. Jest szansa, że dzieci, które obejrzą wystawę w Żydowskim Muzeum Galicja, która będzie czynna do 15 lipca 2021 r., będą miały podobne skojarzenia.

Magda Huzarska-Szumiec



Jeffrey A. Lieberman

Czarna owca. Nieopowiedziana historia psychiatrii

Jeffrey A. Lieberman, profesor psychiatrii na Uniwersytecie Columbia i były prezes Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, posiadający w dorobku kilkaset prac naukowych, jest autorem książki, której oryginalny tytuł brzmi „Shrinks. The untold history of psychiatry”. W przekładzie Macieja Miłkowskiego trafiła ona w tym roku do rąk polskich czytelników. Napisana z dużą lekkością, składa się w sumie z dziesięciu rozdziałów zebranych w trzech kolejnych częściach – „Historia diagnozy”, „Historia terapii” oraz „Psychiatria odrodzona”.

Mozna zatem odnieść wrażenie, że mamy do czynienia z kolejnym opracowaniem podręcznikowym, jakich jednak nie brakuje, zwłaszcza iż wykształcenie i pozycja, jaką zajmuje w świecie nauki autor, wręcz budzi takie oczekiwania. Jednak już po wstępnej lekturze przekonujemy się, jak dalece odbiega ona od „klasycznych” ujęć tematu. Lieberman bowiem nie tyle pisze historię psychiatrii, chociaż nieustannie korzysta z jej bogatego dziedzictwa, ile zastanawia się nad przyczynami, które sprawiły, że tak długo traktowano psychiatrię niczym tytułową czarną owcę medycyny.

O ile bowiem choroby ciała przyjmowano jako rzecz zrozumiałą, o tyle istnieniu chorób duszy najczęściej przeczesano, odsuwając je w przestrzeń zjawisk supranaturalistycznych, czarów, magii i opętania. Gdy w 1621 roku angielski humanista Robert Burton wydał swój traktat „Anatomy of Melancholy”, przyczyn depresji upatrywał zarówno w zaburzeniach stanu równowagi i proporcji czterech humorów, jak i w gniewie Bożym, w działaniach duchów i diabłów, wpływie gwiazd i księżyca, a także w niewłaściwej diecie i nagannym trybie życia. Książkę Burtona czytano chętnie, lecz raczej jako ciekawą pozycję literacką, gdyż autor wprost olśniewał swoją erudycją.

Natomiast los chorych nie ulegał zmianie, a ich życie upływało w przytułkach i azylach. Niechciani, poddani izolacji, zepchnięci poza marginesy społeczeństwa, obdarzani pogardliwym mianem „wariatów”, krępowani i przykuwani łańcuchami do ścian byli skazani na zapomnienie. Dopiero u schyłku XVIII wieku francuski lekarz

44 Philippe Pinel zerwał z tą niechlubną tradycją rozpoczynając, jak to ujął Lieberman, „przekształcanie przytułków z więzień w instytucje medyczne”. U progu kolejnego stulecia Niemiec Johann Christian Reil do języka nauki wprowadził pojęcie psychiatrii, czyli „leczenia duszy”. Daleko było jednak do uznania jej za równorzędną innym dyscyplinę medyczną. Można wręcz powiedzieć, że był to dopiero początek walki, jaką musieli stoczyć psychiatrzy, by dowieść, że choroby, którym poświęcają swój talent i wiedzę, rzeczywiście istnieją.

Lieberman wyklada, że hołdującej fizyko-chemicznemu kryteriom medycynie, podążającej za pozytywistycznym nakazem zdobywania wiedzy pewnej i weryfikowalnej, propozycje wysuwane przez lekarzy zajmujących się cierpieniami „umysłu i duszy” jawiły się czymś zgoła nie-naukowym, wręcz niepoważnym. Głośna w XVIII stuleciu teoria „zwierzęcego magnetyzmu” Mesmera, która, choć niekonsekwentnie, ale jednak szukała podłoża chorób psychicznych w zaburzeniach struktury fizjologicznej, ostatecznie skompromitowała się w coraz bardziej dziwacznych i szalbierczych zabiegach jej twórcy oraz jego zwolenników. Co gorsza, stała się również niechcianym symbolem dla całej rodzącej się specjalizacji lekarskiej, a w gąszczu różnych szkół i teorii, często skrajnie przeciwnych, o fatalne błędy nie było trudno.

Jak przekonuje Lieberman, alieniści, tak zwykło się określać większość praktykujących poza uniwersytetami psychiatrów, byli raczej opiekunami niż lekarzami, w sumie bezradnymi wobec cierpień chorych. I nawet jeśli stworzono z czasem lepsze warunki egzystencji dla pacjentów, to jak konstatował przytaczany przez autora Karl Jaspers, wielu straciło w ogóle nadzieję, że terapia chorób psychicznych będzie kiedykolwiek możliwa. Runo czarnej owcy nic nie traciło na głębi swojej barwy. Jak to się zatem stało, że psychiatrzy zdolali wywalczyć należne im oraz ich chorym miejsce w medycynie? I jakie stoją przed nią współcześnie wyzwania?

O tym można się dowiedzieć podróżując przez kolejne rozdziały książki Liebermana, gdzie obok nazwisk tak znanych jak Freud czy Kraepelin, czytelnik spotka się z postaciami dziś już zapomnianymi. Dowie się m.in. o terapii orgonowej, leczeniu gorączką i początkach psychofarmakologii, o tym, kim jest celebryta Daniel Amen i czym był ruch antypsychiatrii oraz o fatalnych następstwach lobotomii, a także skąd się wziął „galimatias diagnostyczny”. To tylko garść ciekawych historii, jakich dostarcza nam Jeffrey A. Lieberman. Jest tego, zapewniam, znacznie więcej.

Ryszard W. Gryglewski

Jeffrey A. Lieberman, „Czarna owca. Nieopowiedziana historia psychiatrii”, tłum. Maciej Miłkowski, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2020, s. 344.



Medycyna narracyjna. Teoria i praktyka

Ta książka dla lekarza wierzącego w moc medycyny opartej na paradygmacie przyrodoznawczym może od samego początku być zaskoczeniem. Bo dla czego w tytule pojawia się medycyna, a do jej uprawiania mają zapraszać filozofowie oraz pisarze i poeci, czy szerzej: autorzy dzieł sztuki? A – dodajmy od razu – „Medycyna narracyjna” nie jest opowieścią o zdrowotnych przypadłościach postaci znanych ze swych dokonań artystycznych. Autorki i autorzy – a wśród nich internistka, literaturoznawczyni, pediatrka, filozof, psychiatra, psychoanalityk, filolożka – z różnych perspektyw opisują przestrzeń, która dla nas, lekarzy może się wydawać banalną codziennością: relację lekarz – pacjent. I nie jest to jednorazowy projekt, lecz rozwijająca się od dwudziestu lat dziedzina, realizowana w Columbia University i w innych prestiżowych ośrodkach medycznych, nie tylko amerykańskich.

W tym podejściu, w którym kluczową jest idea narracji, a więc uważności na przeżycia pacjenta i opowieści o tych przeżyciach, przedmiotem refleksji są takie słowa jak „dialog”, „ucieleśnienie”, „poznanie”, „doświadczenie symboliczne”, „uznanie wobec Innego”, a także „relacyjne Ja”. A także: empatia, projekcja, identyfikacja. Może to sprawiać wrażenie, że jest to książką dla psychoterapeutów i psychologów klinicznych. Tymczasem skorzystać z niej mogą przede wszystkim – zarówno w ramach rozwoju osobistego, jak i zawodowego – medycy zanurzeni w biomedycynie, a więc ci, których uwiódł niezwykle postęp technologii medycznej, a których ograniczenia czasowe i biurokratyzacja usług medycznych oddaliły od uważności na podmiotowość pacjenta. Ale jest to także inspirująca lektura dla psychoterapeutów, którzy dostają wskazówki, jak poprzez uważne czytanie dzieła literackiego lub pisemnych zwierzeń pacjenta można być wrażliwszym, bardziej przenikliwym, niedogmatycznie zaciekawionym.

„Pacjent jest osobą” – powtarzają zwolennicy holistycznej medycyny i modelu bio-psycho-społecznego. I mógłby to być jałowy banał, gdyby nie fakt, że wprowadzie ta teza pięknie brzmi, ale w praktyce jest coraz rzadziej respektowana i realizowana. (I to nie tylko

w Stanach Zjednoczonych, gdzie dominuje biomedycyna, korporacyjność i nierówny dostęp do usług medycznych). A zależność pacjenta od lekarza odzwierciedla tezę Michela Foucaulta o tym, że kto ma wiedzę, ten ma władzę. I dlatego tak cenne jest w „Medycynie narracyjnej”, że autorki i autorzy nie poprzestają na podkreślaniu podmiotowości pacjenta, lecz przedstawiają konkretne oryginalne metody podpowiadające, jak lekarz, pielęgniarka czy inny pracownik opieki zdrowotnej może praktykować uważność i szacunek do pacjenta. Ta metoda to... umiejętność słuchania, czytania i pisanie. Wydawać się to może dziwne, ale właśnie te, wydawałoby się, najprostsze czynności, jeśli będą wykonywane niepowierzchośnie, z należytą wnikliwością, zgodą na wielowersyjność i uważność wobec Innego, mogą się okazać kluczem do budowania głębokiej relacji. Nie zdradzając szczegółów, mogę tylko zapewnić, że zysk z tej metody jest obustronny i leży zarówno po stronie osoby dostającej pomoc, jak i osoby pomagającej. A okolicznością istotową będzie tu fakt, że każdy pacjent nadaje inne znaczenie swojemu cierpieniu, a jego narracja powstaje w kontekście dawnych urazów, marzeń o przyszłości, lęków egzystencjalnych i wielu innych czynników tworzących ja-osoby-chorej.

Bogate i – jak przystało na epokę ponowoczesną – wielobarwne są teoretyczne korzenie medycyny narracyjnej: są tu odwołania do Arystotelesa, Platona i Kartezjusza, do konstrukcjonizmu społecznego (Michel White i znaczenie słowa w organizowaniu rzeczywistości) czy feminizmu (Judith Butler i wrażliwość na osobę marginalizowaną). Trudno też nie wspomnieć o Paulu Ricoeurze, Michelu Foucaultie, Karlu Jaspersie czy Emmanuelu Levinasie, by wymienić tylko niektórych, a nieprzypadkowo obecnych w tej pracy.

Nie zdziwiłbym się, gdyby zachęta do głębokiego, nieograniczonego w czasie kontaktu z pacjentem i rozumienia jego narracji o chorobie wzbudziła opór w polskim lekarzu pracującym na trzech etatach, któremu na jednego pacjenta NFZ przyznaje kilkanaście minut. „Kiedy ja mam czytać powieści o dystopii albo namyślać się nad emocjami pacjenta?”, „Po co mam wracać do lektury Fiodora Dostojewskiego czy zapoznawać się z pracami Marthy Nussbaum, skoro mam do dyspozycji badanie tomograficzne i inne precyzyjne metody pozwalające na trafną diagnozę i realizację algorytmu, gwarantującego sukces terapeutyczny?”. U uważnego czytelnika zrodzą się więc pytania: Jak pogodzić ideę wnikliwego dialogu z koniecznością – nieraz będącą zadaniem lekarza – szybkiej interwencji? Jak stworzyć dialog z pacjentem, który woli być w opiece wszechwiedzącego i wszechmocnego lekarza-ojca niż budować partnerską relację? Niechby jednak te wątpliwości były twórczym wyzwaniem inte-

lektualnym i nie osłabiały głównego przesłania medycyny narracyjnej: pacjent jest osobą, a nie zbiorem organów, osoba pacjenta potrzebuje szacunku, przejawiającego się w uważnym słuchaniu i partnerskiej podmiotowej relacji.

Ktoś mógłby powiedzieć, że to oczywistości i banały. A jednak, bez popadania w bezkrytyczny zachwyt nad tezami medycyny narracyjnej, a jednocześnie doceniając medycynę XXI wieku, trzeba przyznać: istnieje wiele danych empirycznych, z których wynika, że medycyna narracyjna jest współczesnemu lekarzowi potrzebna. Bo dbanie o relację lekarz – pacjent chroni terapię (podnosi *compliance*) i lekarza (zapobiega zespołowi wypalenia zawodowego). Ponadto, wrażliwość narracyjna, budując swe główne tezy na przesłankach etycznych, otwiera nas na świat wewnętrzny pacjenta, prowadzi do zaciekania tym, co subtelnie międzyludzkie i do sięgania po literaturę piękną jako okazję do głębszego rozumienia siebie. A przy okazji bycie lekarzem staje się bardziej twórcze...

Bogdan de Barbaro

Rita Charon, Sayantani DasGupta, Nellie Hermann, Craig Irvine, Eric R. Marcus, Edgar Rivera Colón, Danielle Spencer, Maura Spiegel, „Medycyna narracyjna. Teoria i praktyka”, red. wydania polskiego: Mateusz K. Potoniec, Hubert Syzdek, Medycyna Praktyczna 2020.

Wyścig z cukrzycą

Team Novo Nordisk to pierwsza na świecie drużyna złożona z profesjonalnych sportowców, z których wszyscy mają cukrzycę. W sierpniu wystartowała ona w 77. wyścigu Tour de Pologne, promując aktywność fizyczną jako najszybszą receptę na zdrowie. Grupa rywalizuje na tym samym dystansie co zdrowi zawodnicy, ale celem zespołu jest nie tylko sportowy sukces, lecz także wsparcie dla osób z cukrzycą i podnoszenie świadomości na temat choroby przewlekłej, na którą na świecie cierpi około 430 mln osób.

Udział Team Novo Nordisk w wyścigach kolarskich jest główną osią kampanii społeczno-edukacyjnej „Razem ścigamy się z cukrzycą”. W jej ramach odbyła się w krakowskim magistracie także specjalna konferencja. Obecny na niej prof. Maciej Małecki, kierownik Oddziału Chorób Metabolicznych i Diabetologii w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, dziekan Wydziału Lekarskiego UJ CM, podkreślał, że sport jest jednym z trzech filarów skutecznej terapii cukrzycy: – Podstawą leczenia jest farmakologia, jednak aby była ona skuteczna, należy połączyć ją z aktywnością fizyczną i odpowiednią dietą. Regularne uprawianie sportu pomaga nie tylko kontrolować poziom cukru we krwi, ułatwia także zadbanie o właściwą masę ciała oraz przyczynia się do minimalizacji powikłań związanych z cukrzycą.



**Wojciech Fusek
i Jerzy Porębski**

Lekarze w górach – bohaterowie drugiego planu

Książka poświęcona pracy lekarzy na wyprawach wysokogórskich, poczynając od prawdopodobnie pierwszego polskiego lekarza wyprawy himalajskiej dr. Jerzego Hajdukiewicza (Dhaulagiri, 1958) opowiada w większości o roli lekarzy w „złoty latach” polskiego himalaizmu, latach, w których Polacy dokonywali w wysokich górach rzeczy wielkich. Wytyczali nowe drogi i dokonywali pierwszych zimowych wejść na ośmiotysięczniki.

Wówczas we wszystkich wyprawach uczestniczyli lekarze. Obecnie, ze względu na łatwość komunikacji, mniejszą liczebność wypraw coraz więcej z nich udaje się w góry wysokie bez lekarza. Czy słusznie? Po lekturze tej książki każdy sam odpowie sobie na to pytanie. Opisany jest tutaj kawał historii polskiej medycyny wysokogórskiej, są opowieści o wielu wspaniałych ludziach, którzy tę historię tworzyli. Autorzy wykorzystali nie tylko wspomnienia uczestników wypraw himalajskich o lekarzach i ich pracy na wyprawach. Znajdzie czytelnik w tej książce także wspomnienia samych lekarzy. Nie brakuje także informacji z zakresu medycyny wysokogórskiej, a także o tym, jak lekarze wtedy – a było to w większości ponad 20, a nawet 30 lat temu – radzili sobie z problemami zdrowotnymi uczestników wypraw. A tych problemów nie brakowało. Choroba wysokościowa, niska temperatura, odmrożenia, urazy i szereg innych zachorowań, z którymi musieli sobie radzić lekarze odległych nieraz od tych problemów specjalizacji. Osobnym problemem było leczenie „tubylców”, którzy od rana tłumnie stawiali się pod bazą po niejednokrotnie kilkudniowym marszu.

Znajdziemy tu wzmianki o „największych” lekarzach wyprawowych, takich jak profesor Lech Korniszewski, ale także i o szeregu innych naszych kolegach, którzy sprawdzili się w ekstremalnych warunkach wyprawy himalajskiej, wykazując się nie tylko wiedzą medyczną, lecz także tym „czymś”, co sprawiało, że mogli w tych wyprawach być przydatni nie tylko jako lekarze. Znajdziemy tutaj również liczne wzmianki o kolegach z naszej Izby, takich jak Robert Janik, Józef Janczy, Roman Mazik, Emil Staszków i wielu innych.

Po raz pierwszy dostrzeżono i doceniono w formie osobnego opracowania rolę lekarzy na wyprawach himalajskich. Autorzy książki – nie lekarze, zwracają uwagę także na to, że rola lekarzy na tych wyprawach była „urzędowo” niedoceniana. Że tam, gdzie medale dostawali inni, o „bohaterach drugiego planu” zapomniano. A zatem nie jest to zwykłe „malkontentstwo” lekarzy i poczucie, które wszyscy znamy – tym razem problem podnoszą ludzie „z zewnątrz”.

Ale odsyłam Państwa do książki napisanej barwnym językiem, bez opisów wspinaczek, wbijania haków i długich. Serdecznie polecam nie tylko tym, którzy interesują się himalaizmem, ale wszystkim Koleżankom i Kolegom.

Jerzy Friediger

Wojciech Fusek, Jerzy Porębski, „Lekarze w górach. Bohaterowie drugiego planu”, Wydawnictwo Agora, Warszawa 2020, str. 340.

NZOZ „Vita” sp. z o. o.

w Brzeczach (powiat Oświęcim)

w związku z planowanym poszerzeniem oferty usług medycznych poszukuje do współpracy:

lekarzy POZ – nie jest wymagana specjalizacja internistów, pediatrów

lekarzy AOS – każdy rodzaj specjalności
**lekarzy medycyny pracy, techników radiologii
techników i magistrów analityki medycznej
masażystów, magistrów rehabilitacji**

Oferujemy pracę na podstawie dowolnej formy zatrudnienia z pełnym pakietem socjalnym. Osobom, które chcą podnosić kwalifikacje zawodowe gwarantujemy płatne urlopy szkoleniowe, dla lekarzy możliwość specjalizacji w ramach etatu w trybie pozarezydenckim (medycyna rodzinna).

Oferujemy możliwość dyżurów.

Posiadamy szeroką bazę diagnostyczną.

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt

w celu umówienia spotkania

tel.: 32 733 80 47;

e-mail: sekretariat@nzozvita.com.pl

Wynajmę lub sprzedam lokal

po przychodni lekarskiej.

Centrum Gliwic, 510 m kw., winda.

W lokalu można rozpocząć dowolną działalność

– gabinety, biura.

Kontakt: tel. 602 288 337, 606 465 962

Patologiczną ścieżkę żywota wybrałem

Z doktorem Grzegorzem Dyduchem, patomorfologiem z Katedry Patomorfologii Collegium Medicum UJ, który w wolnych chwilach gra na basie w Świetlikach – Zespole Brutalnych Doświadczeń, rozmawia Magda Huzarska-Szumiec.

(Obszerne fragmenty wywiadu, który został wcześniej opublikowany na stronie www.ggl.com.pl)

Czy podczas pandemii COVID-19 miał Pan szansę poświęcić więcej czasu na promocję nowej płyty Świetlików, w których gra Pan na gitarze basowej. A może mocno alternatywne Świetliki brzydzą się słowem „promocja”?

Brzydzić to się nie brzydzimy, ale uwzględniając niszowy status naszego niszowego zespołu są to raczej działania o charakterze niszowym. Ot, wrzucamy do sieci filmiki, w których donosimy, że mimo zarazy ukazała się nasza nowa płyta.

Jaka ona jest?

Myślę, że nie najgorsza, nie obraża inteligencji słuchacza i może się podobać. Inna niż ostatnie nasze dzieło, które przypominało swoim rozbuchaniem amazońską dżunglę. Ta płyta jest bardziej minimalistyczna, kameralna, a piosenki melancholijne. I mało jest o miłości, raczej o grozie istnienia i końcu świata.

Starzejecie się?

Niestety, czas głębokie bruzdy w naszych ciałach wyrzeźbił. W związku z tym uznaliśmy, że warto coś jeszcze zrobić na tzw. koniec.

Zabrzmiało dramatycznie.

Chodziło mi tylko o to, że jesteśmy zespołem, który nic nie musi, nie ma zobowiązań, kontraktu z jakąś wielką wytwórnią płytową etc. Możemy nagrywać, kiedy chcemy i co chcemy. Ale ponieważ czas jest nieubłagany, to każde nowe zamierzenie artystyczne może być ostatnim.

To co musi się zdarzyć, żebyście jednak coś nagrali?

Musi dojść do korzystnej konstelacji, koniunkcji emocjonalno-mentalnej. Zgodność czasu, miejsca i akcji musi być. I w tym wypadku stało się tak pod koniec roku ubiegłego. Po okresie posuchy, smuty, rozproszenia, anemii i apoptozy wzmożły się nieco nasze siły vitalne i w jeden wektor się zbiegły. Czas sposobny się okazał i ułożyliśmy piosenek kilkaście w naszej sali prób na peryferiach centrum Krakowa.



Wróćmy do początków. W liceum występował Pan w grupie Trupa Wertera Utrata.

Trupa Wertera Utrata była żyznym podglebkiem, na którym kwiat zespołu Świetliki miał w przyszłości rozkwitnąć. Był to amatorski i ambitny zespół nowofalowy, koncertujący rzadko, ale intensywnie (...). Na jeden z naszych koncertów, ostatni jak się okazało i bardzo nieudany, w Nowohuckim Centrum Kultury przyszedł poeta, wtedy jeszcze nie bardzo sławny – Marcin Świetlicki. I tak zaczęła się nasza wspólna przygoda artystyczna.

Przyszedł poeta Świetlicki i padł przed Wami na kolana, rażony siłą Waszej muzyki?

Takiej reakcji nie pamiętam, ale też nie daliśmy mu szansy na tzw. *hommage*. To był koncert z kategorii jaka piękna katastrofa... Sprzęt odmówił posłuszeństwa w trakcie występu, przerwa w performansie długa była, a publiczność nieprzyjazna. Jednak Marcina ta porażka artystyczna jakoś ujęła. A kiedy spotkaliśmy się po raz kolejny, zaproponował mi stworzenie jednorazowego duetu wokально-instrumentalnego. Ale idea się rozrosła nieco, dołączyli koledzy i zespół Świetliki się narodził.

48 **Pierwszy koncert Świetlików przeszedł do legendy. Jak on wyglądał?**

Odbył się w 1992 roku, na ostatnim wydaniu pisma mówionego „NaGłos” – rodzaju kolektywnego spotkania autorskiego, gdzie autorzy liczni czytali swe utwory publiczności. Zaproszono i Marcina. A on postanowił zaprezentować swoje wiersze z akompaniamentem zespołu. No i wystąpiliśmy w Pałacu Pugetów w Krakowie.

Jak się czuliście w tak szacownym miejscu?

Obecność luminarzy literatury, w tym Szymborskiej i Miłosza, nie onieśmiała nas zbytnio, raczej był to



bonus energii i przyczynek do ekscytacji. Niecodziennie się ściska prawicę Noblisty i spożywa z nim w pakamerze koreczki z sera z winogronem.

Skandal był na cały Kraków. Podobno Miłosz wyszedł z Waszego koncertu, bo było za głośno.

To akurat nieprawda. Owszem, byli tacy, co wychodzili, zatykali sobie uszy, ale nie on. Miłosz został do końca i mówił, że zna takie rzeczy z Ameryki. Uznaliśmy to za komplement. Ale może nie wyszedł tylko dlatego, że cierpiał na *presbycusis*? Oburzali się raczej artyści mniej utytułowani i zacna krakowska publiczność, kwiat krakowskiej inteligencji. Nie był to grzeczny i mdły występ (...).

Wówczas był już Pan studentem medycyny. Zawsze chciał Pan zostać lekarzem?

Nigdy, nawet mi to przez myśl nie przechodziło. Myślałem o szkole aktorskiej, germanistycie albo chemii. Ale rodzice mnie zmusili. Mówili, że mężczyzna musi mieć konkretny zawód. No i uczciwie postawili sprawę, że mam dostać się na medycynę, ale nie muszę jej studiować, jeśli nie będę chciał. Miał to być rodzaj testu mojej sprawności intelektualnej i pracowitości. Zadziałali ambicjonalnie, a ja podjąłem wyzwanie. A jak już się dostałem,

to pomyślałem, że może ta medycyna nie jest tak całkiem bez sensu (...).

Dlaczego wybrał Pan Doktor jako specjalizację patomorfologię?

Po pierwsze, dlatego, że nie chciałem dyżurować. Instytucja dyżuru – konieczność spędzenia nocy na szpitalnym oddziale, spanie na wygniecionej przez tabuny antenatów kozetce, etc. miały dla mnie jakiś opresyjny charakter. A szpitalne wdzianka, ze względu na przynależność do klasy piżam raczej niż mundurów, nie posiadają waloru wabika, istotnego wszak w relacjach damsko-męskich. Po drugie, patomorfologia, w moim wypadku, oznaczała konieczność/możliwość nauczania młodzieży.

I po latach na innej, własnej kozetce, w ramach wglądu i autoanalizy, odkryłem, że uczyć chciałem zawsze.

To wina rodziców, bo oboje byli nauczycielami akademickimi. Ponadto kurs patomorfologii w czasie studiów podobał mi się najbardziej. Zasluga to była śp. doktora Wojciecha Szczepańskiego, z którym miałem zajęcia. Człowiekiem był on bowiem mądrym, dowcipnym i nietuzinkowym. I to on i jego osobowość oraz jego akademicki performans mię zanęciły i patologiczną ścieżkę żywota wybrałem. I nie żałuję (...).

Ze Świetlickim nie możecie bez siebie żyć. Nie tylko występujecie w jednym zespole, nagrywacie płyty, ale też napisaliście wspólnie książkę „Katecheci i frustraci”. Jak ona powstawała?

Marcin rzucił ideę powieści pisanej na cztery ręce. Każdy z nas pisał w domu swoją część, potem spotykaliśmy się, siadaliśmy razem do maszyny do pisania i kontynuowaliśmy. Nie do końca trzymało się to tzw. kupy, więc daliśmy koledze, literaturoznawcy, żeby ocenił, czy coś z tą książką da się zrobić. Przeczytał i powiedział, że jest w tym jakaś struktura, wystarczy tylko trochę uzupełnić. No i wyszła powieść.

To był dopiero skandal!

Tak, gdyż była to także powieść z kluczem. Część ludzi rozpoznała w niej siebie i się obraziła. Ci, których nie umieściliśmy na kartach dzieła, obrażali się bardziej. Wydawnictwo Literackie w pewnym momencie przestało promować wydaną przez siebie książkę na skutek interwencji prominentnych osób, które poczuły się dotknięte. (...)

Byliście też z Marcinem dziennikarzami. To był ciężki kawałek chleba?

Myśmy nie tyle dziennikarzami byli, co tzw. wywiadowcami. A wszystko zaczęło się od programu telewizyjnego Pegaz, który przez pewien czas prowadziliśmy. Później robiliśmy wywiady dla „Przekroju”, a stamtąd

przeszliśmy do „Wysokich Obcasów”. Było to ciekawe doświadczenie, choćby z tego powodu, że poznaliśmy wiele sławnych osób.

Na przykład kogo?

Gustawa Holoubka, Tomasza Stańkę, Marka Kondrata czy Władysława Pasikowskiego albo Kazimierza Kutza. To była ciekawa przygoda, aczkolwiek nasi koledzy dziennikarze mieli ją nam za złe. Mówili, że jesteśmy nieprofesjonalni. Ale to z zazdrości.

Czy właśnie podczas jednego z tych wywiadów poznaliście Bogusława Lindę, który zaśpiewał na Waszej płycie „Las putas melancólicas”?

Lindę poznaliśmy trochę wcześniej. Współpracowaliśmy z młodym człowiekiem, który był filologiem klasycznym, ale miał też ambicje reżyserskie. Zwrócił się do nas z prośbą o nowe tłumaczenie „Elektry” Eurypidesa. No może nie tyle tłumaczenie, co napisanie jej na nowo, na podstawie przekładu filologicznego, który nam dał. Chciał to wystawić. Pomyśleliśmy, że mógłby w tym zagrać Bogusław Linda. Oczywiście, nie znaliśmy

go, ale wykorzystując do tego wrodzoną beczelność postanowiliśmy się z nim skontaktować. Napisał nam do niego faks w przekonaniu, że nic z tego nie wyjdzie. O dziwo, odpisał. Spektakl nie powstał, ale poznaliśmy się bliżej i poprosiliśmy go, żeby zaśpiewał z nami piosenkę. Okazało się, że wbrew swojemu emploi jest człowiekiem wrażliwym i delikatnym. Zgodził się nagrać z nami całą płytę. I zadzierzgnęliśmy więzy przyjaźni. Pan Bogusław obawiał się trochę, że będą go za tę płytę krytykować. Ale stało się inaczej. Krytycy i słuchacze chwalili raczej i pan Bogusław, po latach celebrytowania, światu sztuki przywrócony został.

Na nowym krążku będzie też jakaś niespodzianka w postaci gwiazdy?

Nie ma gwiazd. Sami sobie świecimy i we własnym pławimy się blasku. To zbyt kameralna, osobista płyta, żeby zapraszać obcych. To rodzinna stypa, a nie pogrzeb dostojnika (...).

Rozmawiała Magda Huzarska-Szumiec

Międzynarodowa Wystawa Fotograficzna Lekarzy „Mój świat...”

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi ogłasza konkurs fotograficzny, którego zwieńczeniem będzie wystawa w Klubie Lekarzy w Łodzi pod hasłem „Mój świat...”. W konkursie mogą wziąć udział lekarze z okręgowych izb lekarskich w Polsce oraz z zagranicy.

Fotografie można przysyłać do 9 października br. drogą elektroniczną (kultura@oil.lodz.pl z dopiskiem w temacie wiadomości „konkurs fotograficzny”) lub na nośnikach danych, albo w wersji papierowej na adres OIL w Łodzi.

Wernisaż Wystawy, podczas którego zostaną ogłoszone wyniki konkursu fotograficznego (bądź w zależności od rozwoju sytuacji epidemiologicznej relacja online z wernisażu), odbędzie się 25 października br. o godz. 17. Wystawa potrwa do 30 października br.

Regulamin konkursu dostępny na stronie internetowej OIL w Łodzi.

Informacje – p. Iwona Szelewa, tel. 042/ 683 17 01

EstetykaDent, Kazimierza Wielka

podejmie od zaraz współpracę z ortodontą.

Cefalo, panorama, TBTC.

Kontakt: tel. 606 705 626

XXIV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

w dniach 16-19 września 2020 r.

odbędzie się – w internecie

Kongres, jak co roku, będzie stanowił wyjątkową okazję, by wysłuchać wykładów wybitnych ekspertów z kraju i z zagranicy i najnowszych doniesień ze świata kardiologii, jak i wyzwań w leczeniu chorób układu krążenia.

W tym roku Międzynarodowy Kongres PTK po raz pierwszy w historii odbędzie się w Internecie. Dzięki temu każdy lekarz, niezależnie od miejsca zamieszkania, w łatwy, przyjemny i bezkosztowy sposób będzie mógł w nim uczestniczyć.

Szczegóły na stronie:

<https://kongres2020.ptkardio.pl>

Nowoczesna klinika stomatologiczna Vita Medical w Krakowie

nawiąże współpracę z lekarzem dentystą

zajmującym się endodoncją,

stomatologią zachowawczą,

jak również innymi dziedzinami.

Kontakt: tel. 513 074 364,

e-mail: instytut@vitamedical.pl

POSZUKUJEMY SPECJALISTÓW DO WSPÓŁPRACY

Szpital Dworska to nowoczesna placówka, położona w centrum Krakowa. Nasze zaplecze stanowi kompleks, w pełni wyposażonych gabinetów (poradnia, gab. zabiegowe), sala rehabilitacyjna o pow. 200 m² z gabinetami fizjoterapeutycznymi oraz ultranowoczesny blok operacyjny z oddziałem pooperacyjnym.

- ✓ **Atrakcyjne warunki finansowe i elastyczne godziny pracy**
- ✓ **Indywidualne wsparcie marketingowe i gwarancja pełnego grafiku**

Chcesz dołączyć do naszego zespołu?

Skontaktuj się z nami:

marcin.cieszkowski@dworska.pl

szpital Dworska®

ul. Dworska 1B/LU1
30 - 314 Kraków
12 352 25 25
www.dworska.pl



ZESKANUJ KOD QR



Centrum Medyczne Diamed w Krakowie

poszukuje do współpracy lekarzy specjalistów:
chorób wewnętrznych (praca w POZ),
medycyny rodzinnej (praca w POZ), geriatrici
(praca w POZ), ortopedii, dermatologii, laryngologii,
okulistyki, angiologii.

Oczekiwania: komunikatywność, prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.
Oferujemy: pracę w nowoczesnej placówce medycznej, możliwość rozwoju, atrakcyjne wynagrodzenie, dodatkowe ubezpieczenia zdrowia i życia dla pracowników.

Przychodnia Lekarska Diamed Sp. z o.o.
ul. Schweitzera 7, 30-695 Kraków,
Kontakt: tel. 503 088 166,
e-mail: sekretariat@cmdiamed.pl
www.cmdiamed.pl

Szpital Specjalistyczny Chorób Płuc „Odrodzenie” im. Klary Jelskiej w Zakopanem

zatrudni lekarza specjalistę w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.

Oferujemy korzystne warunki zatrudnienia oraz możliwość rozwoju naukowego.
Kontakt: tel. 18 201 50 45, wew. 169

SP ZOZ w Proszowicach

zatrudni od zaraz lekarzy specjalistów i w trakcie specjalizacji w zakresie:

- chorób płuc,
- chorób zakaźnych,
- chorób wewnętrznych.

Oferujemy pracę w zespole specjalistów, możliwość rozwoju, finansowanie szkoleń ze środków Funduszu Szkoleniowego, elastyczną formę zatrudnienia.
Kontakt: tel. 12 386 52 13.

Oferty na e-mail: kadry@spzoz.proszowice.pl

Centrum stomatologii w Myślenicach

z nowoczesnym sprzętem i dużym zespołem dentystów zatrudni:

- chirurga stomatologa z I lub II stopniem specjalizacji;
- dentystę w trakcie specjalizacji

z chirurgii stomatologicznej lub szczękowo-twarzowej.

Możliwość pracy tylko prywatnie

(chirurgia stomatologiczna i/lub implantologia)

lub od 1/5 do 1/2 etatu w ramach kontraktu z NFZ

– chirurgia stomatologiczna (możliwość połączenia obu opcji). Elastyczny czas pracy.

Kontakt: Twój dentysta Krzysztof Święch,
tel. 501 160 588; e-mail: td.krzysztof@gmail.com
www.twoj-dentysta.info

Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie

Zatrudni lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii do pracy na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Oferujemy: współpracę na podstawie umowy cywilno-prawnej, pracę w zespole doświadczonych lekarzy specjalistów.

Warunki pracy i wynagrodzenia do uzgodnienia.

Kontakt bezpośredni, telefoniczny lub e-mail:

Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego

w Krakowie sp. z o.o.,

ul. Trynitarzka 11, 31-061 Kraków,

Dział Kadr i Płac, Budynek C, pok. nr 109;

e-mail: rekrecja@bonifratrzy.krakow.pl,

tel. 12 37 97 184

NZOZ Przychodnia Zdrowia Bieżanów

Kraków ul. Popiełuszki 42a

zatrudni lekarza POZ w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej/ pediatrii/chorób wewnętrznych lub innej, bądź lekarza po stażu podyplomowym.

Oferujemy atrakcyjne warunki zatrudnienia, pracę w nowoczesnej przychodni w miłym i wspierającym zespole z możliwością konsultacji ze starszym lekarzem. Dokumentacja prowadzona w systemie elektronicznym (mMedica).

Kontakt: tel. 602 608 619

Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie

nawiąże współpracę z:

– lekarzem neonatologiem; pediatrą

– lekarzem z zamiarem podjęcia specjalizacji w ramach neonatologii

Oferujemy: atrakcyjne warunki zatrudnienia, możliwość rozwoju i podnoszenia kwalifikacji.

Szczegółowe informacje:

lek. Teresa Bujny – lekarz kierujący Oddz. Noworodków,
tel. 12 622 92 73, 502 084 286;

e-mail: tbujny@zeromski-szpital.pl

Dział Kadr i Płac, tel. 12 622 95 46,

e-mail: kadry@zeromski-szpital.pl

lek. Katarzyna Turek-Fornelska – zastępca dyrektora ds. leczenia,

tel. 12 622 95 95, e-mail: kturek@zeromski-szpital.pl

Przychodnia Spec-Med Sp. z o.o.

w Krakowie, ul. Emaus 7

zatrudni lekarza medycyny pracy oraz okulistę.

Oferujemy atrakcyjne wynagrodzenie,
elastyczne godziny pracy.

Kontakt: tel. 12 427 33 25, 692 016 423

Terenowa Stacja Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa SPZOZ w Krakowie

na terenie kompleksu Szpitala Wojskowego
(ul. Wrocławska 1–3)

pilnie zatrudni lekarza – kierownika Pracowni
Kwalifikacji Dawców

lub lekarza do kwalifikacji dawców do oddania krwi
pełna umowa o pracę lub umowa kontraktowa
(do 150 godz. miesięcznie).

Godziny pracy: 7.15–14.35.

Rejestracja dawców: 7.15–12.30.

Szczegóły pod nr tel. 261 846 160, 261 845 113
(Dział Kadr WCKiK)

lub tel. 261 845 066 (sekretariat Dyrekcji)

NZOZ Siloe

nawiąże współpracę z lekarzem
na terenie Krakowa i Olkusza.

Wymagania: specjalizacja z medycyny paliatywnej
bądź lekarz w trakcie specjalizacji
z medycyny paliatywnej,

lub lekarz legitymujący się ukończeniem
kursu zgodnego z programem specjalizacji
w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Dodatkowo: umiejętność prowadzenia elektronicznej
dokumentacji medycznej, komunikatywność,
empatia, odporność na stres.

Różne formy zatrudnienia (praca stała, jak i dodatkowa),
atrakcyjne wynagrodzenie.

Kontakt: Tomasz Załęcki, tel. 514 685 432,

e-mail: praca@siloe.pl

www.siloe.pl

Miejsko Gminne Centrum Medyczne WOL-MED Sp. z o.o.

zatrudni

– lekarza rodzinnego, internistę, pediatrę, psychiatrę,
laryngologa, pulmonologa, neurologa dziecięcego.

Oferujemy doskonałe warunki zatrudnienia.

Miejsce pracy: Wolbrom lub Bukowno.

Kontakt: tel. 606 346 975

Gruźlica wśród bezdomnych



Osoby bezdomne są znacznie bardziej narażone na występowanie chorób cywilizacyjnych, przewlekłych, zakaźnych, a zwykle pozbawione są możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Starając się wypełniać swoją misję, Stowarzyszenie Lekarzy Nadziei, prowadzące Przychodnię dla Ludzi Ubogich i Bezdomnych w Centrum Działa Pomocy św. Ojca Pio przy ul. Smoleńsk w Krakowie, podejmuje różne działania, nie tylko lecznicze, ale też profilaktyczne. W ub. roku zaowocowało to przeprowadzeniem badań profilaktycznych w populacji osób bezdomnych, zmierzających do wykrycia zakażenia gruźlicą i zapobiegania rozprzestrzenianiu się choroby. Badania przeprowadzono ze środków MOPS w Krakowie.

Realizowano je w dwóch etapach, od lipca do listopada 2019 r. W ramach programu przebadano 60 pacjentów z objawami ze strony układu oddechowego lub podającymi kontakt z osobami chorymi. Badano nie tylko pacjentów zgłaszających się do Przychodni, ale również z kontaktu w Przytulisku Brata Alberta. U wszystkich pacjentów z objawami lub podejrzanych o objawy wykonano badanie radiologiczne klatki piersiowej w Pracowni Radiologicznej przy ul. Smoleńsk. Testy wydzielania interferonu gamma T-SPOT .TB były wykonywane w Pracowni Bakteriologii Prątko przy ul. Ułanów. Nad koordynacją wszystkich działań, pobieraniem badań, przewożeniem materiału do analizy, dokumentacją medyczną, czuwał personel lekarski (dr dr K. Komnata, A. Kopta, M. Kopciuch) oraz pielęgniarski (Z. Zachara, K. Sarek).

Ta współpraca zaowocowała wykryciem dwóch przypadków zachorowania na gruźlicę oraz jednej wznowy gruźlicy. Stwierdzono jeden przypadek odmy opłucnowej i kilka przypadków zmian zapalnych oraz zmian poswoistych. Zgodnie z rozpoznaniem pacjenci byli poddani leczeniu szpitalnemu bądź też swoistemu leczeniu farmakologicznemu. Łącznie udzielono ponad stu porad lekarskich.

Warto dodać, iż w trakcie realizacji programu napotkano na szereg trudności, wynikających ze specyfiki grupy badanych pacjentów; niezgłaszanie się w wyzna-



czonych terminach do badań, a potem na wizytę lekarską, brak możliwości kontaktu z pacjentem (brak telefonu lub fałszywy numer), podejrzenie fałszowania badań płwociny (co zmusiło do aneksowania I edycji badania w celu zamiany badania płwociny na testy IGRA), brak wiarygodnego wywiadu, wcześniejszej dokumentacji medycznej i radiologicznej, brak objęcia świadczeniami w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w sytuacjach wymagających dalszej diagnostyki lub leczenia innego niż gruźlica. Obserwując te trudności, modyfikowano procedurę realizacji programu w celu uzyskania jak największej wiarygodności.

Stowarzyszenie Lekarzy Nadziei pragnie podziękować wszystkim zaangażowanym w pomoc przy realizacji programu profilaktyki gruźlicy wśród bezdomnych. Wydaje się, że wszystkie akcje profilaktyczne zmierzające do ograniczenia zachorowań w tej grupie społecznej powinny nadal znajdować wsparcie.

*Dr n. med. Marian Kopciuch
Przewodniczący ZG SLN*

Polacy w walce z dawnymi zarazami

Nihil novi sub sol (Księga Koheleta 1, 10)

Swoją myśl Kohelet rozwija słowami: „Nie ma nowego pod słońcem i nie może nikt mówić: »Oto to jest nowe«, bowiem istniało już w wiekach, które były przed nami”. Choroby epidemiczne nękały ludzkość od zarania dziejów. Ślady po ospie znajdowano na mumiach egipskich, najstarsze wzmianki o cholery pojawiają się w tekstach Hipokratesa o jej epidemii w Chinach w 430 r. p.n.e. Wielokrotnie wielkie epidemie docierały także na ziemię polską.

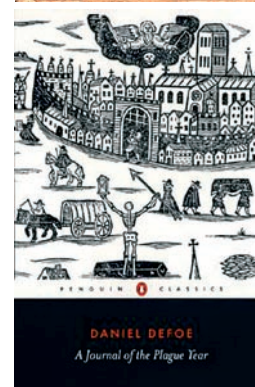
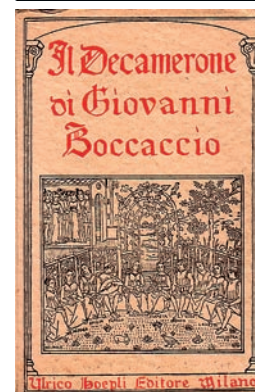
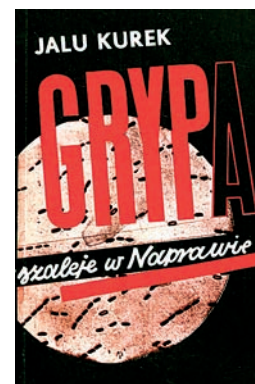
Na przykład pod koniec XV w. w Europie pojawiła się epidemia **kiły**. W Polsce ta wysoce zakaźna choroba weneryczna zwana była przymiotem, biesem, chorobą francuską lub dworską. Wówczas nie było na kiłę lekarstwa. Ożywała więc medycyna ludowa, zwłaszcza ziołolecznictwo, okadzanie, podgrzewanie w piecach, okładanie chorych gorącymi bochenkami chleba. Badania nad kiłą prowadził m.in. znakomity polski lekarz XVI w. Wojciech Oczko, a nieco wcześniej Jan Solfa. Kiłą zajmowali się także Józef Struś i Maciej Miechowita. Wojciech Oczko w dziele „Przymiot”, wydany w 1581 r., pisze o leczeniu kiły oparami rtęci, mazaniu tzw. szaruchą – maścią na bazie rtęci, wreszcie wywarem z kory gwajakowca przywożonej z Ameryki Środkowej, a stosowanej przez Indian. W drugiej części Oczko przedstawia objawy i powikłania syfilisu oraz snuje moralizatorskie uwagi, przyznając się do bezradności w leczeniu kiły.

Zabójcza **dżuma** w postaci pandemii przeszła przez Europę m.in. w XIV w., zabijając jedną czwartą ludności kontynentu, czyli ok. 25 mln ludzi. Dżuma pojawiała się także w Pol-

sce w XIV w. (1348 i 1360) zabierając według Jana Długosza ok. 20 tys. ofiar. W XV i XVI w. wystąpiła pięciokrotnie. Ponoć w 1512 r. sam Mikołaj Kopernik leczył z dżumy swojego krewnego Łukasza Watzenrode. Nieskutecznie.

O dżumie bardzo wnikliwie pisał w 1508 r. w dziele „Contra saevam pestem regimen accuratissimum” Maciej Miechowita. Według niego przed chorobą można się zabezpieczyć stosując się do zasady pięciu „F”: 1. flebotomia (puszczanie krwi), 2. focus (oczyszczanie powietrza ogniskami), 3. fricatio (pobudzanie ciała, ćwiczenia), 4. fuga (ucieczka), 5. fluxus (oczyszczanie). Miechowita podaje także pięć „F”, które w tej chorobie szkodzą: 1. fatiga (zmęczenie), 2. fames (głód), 3. fructus (owoce nietrwałe), 4. femina (pozamałżeńskie obcowanie z kobietami), 5. flatus (podmuch szkodliwych wiatrów). Ze wszystkich tych zaleceń najczęściej stosowano ucieczkę. W 1467 r. król Kazimierz Jagiellończyk i królowa Elżbieta z dziećmi udali się najpierw do klasztoru w Tyńcu, a potem na Litwę, która była częstym kierunkiem ucieczek przed chorobami. W 1543 r., gdy tylko we wrześniu umarło w Krakowie sto kilkadziesiąt osób, Zygmunt Stary z rodziną wyjechał najpierw do Niepołomic, potem do Korczyna i Sandomierza, a w końcu też na Litwę. Natomiast Jan Sobieski podczas kolejnej fali dżumy urzędował w Malborku.

Dżuma pojawiała się wielokrotnie. W latach 1500–1750 w Krakowie odnotowano aż 92 epidemie. O epidemii dżumy w XVII w. w Londynie Daniel Defoe pisał w „Dzienniku roku zarazy”, że zabiła w stolicy Anglii ponad 70 tys. mieszkańców. Lekarze, hajducy pilnują-

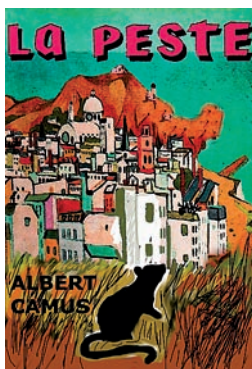
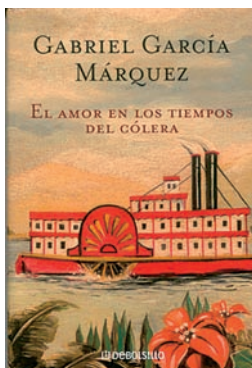


54 cy chorych i grabarze ubierali się w specjalne stroje. Swego rodzaju symbolem zarazy stała się maska, jaką zakładali lekarze idąc do chorego, z wmontowanymi okularami i sterzącym „dziobem” na nos, do którego wkładano nasączone wonnościami pakuły – by nie czuć zapachu choroby i śmierci.

Na początku XVIII w. (1707 r.) w Krakowie i w wielu innych miejscach w Polsce pojawiła się kolejna zaraza dziesiątkująca ludność – **tyfus (dur) plamisty**. Przywlokły go do Polski wojska rosyjskie przemierzające nasz kraj w czasie wojny północnej. Tyfus zresztą pojawiał się zawsze w czasie wojen, głodu i klęsk żywiołowych. Zarażaniu sprzyjał zły stan sanitarny kraju, brud i zakażona woda. Tak się złożyło, że w naszym kraju występował głównie podczas przemarszu wojsk, np. wracających z Rosji wojsk napoleońskich lub niemieckich w czasie I i II wojny światowej.

Tyfus zatrzymała dopiero szczepionka wynaleziona przez prof. Rudolfa Weigla ze Lwowa. Produkowana przez niego w czasie II wojny światowej trafiała kanałami ruchu oporu do gett, więzień i obozów. Na koniec należy dodać, że nad etiologią tyfusu pracował już prof. Tadeusz Browicz, a nad produkcją szczepionek – Odo Bujwid.

Największa epidemia innej groźnej choroby – **cholery**, nawiedziła Europę w latach 30. XIX w. W Polsce pojawiła się w okresie powstania listopadowego. Dotarła do nas znów z wojskami rosyjskimi. Na nagrobku zmarłego na cholera gen. Aleksandra Błędowskiego napisano: „...kule moskiewskie miały, sroższa przyjaciółka Moskali, cholera, życie mu przerwała”. Ta epidemia objęła większość kraju. Austriacy odcięli granice Galicji kordonem sanitarnym, a w Krakowie urządzono dwa szpitale epidemiczne – na Wawelu, a dla kazimierskich Żydów przy ul. Dajwór. Zakładano cmentarze choleryczne. W latach 1848 – 1850 cholera przeszła przez wieś galicyjską wyniszczoną rabacją Jakuba Szeli, nieurodzajem i głodem. Na podstawie relacji świadków Władysław Orkan zobrazował jej przebieg w swojej powieści-klechdzie ludowej „Pomór”. Gdy w 1866 r. po raz któryś pojawiła się w Krakowie, w jej zwalczaniu wziął udział prof. Józef Dietl, właśnie wybrany na prezydenta miasta.



Ponieważ jako lekarz doskonale znał istotę tej choroby, mógł jako prezydent przyczynić się do powstania miejskich wodociągów, do założenia kanalizacji i budowy wielu studni. Kontrolą sanitarną objął hotele, zajazdy, place targowe, ulice, podwórza, rzeźnie etc. etc. Zapewnił w ten sposób miastu lepszy stan sanitarny, a więc podstawę do walki z cholerą. Za jego prezydentury zostały zorganizowane szpitale epidemiczne – u sióstr miłosierdzia przy ul. Warszawskiej, u bonifratrów na Kazimierzu, u felicianek przy ul. Smoleńsk, w specjalnych barakach w ogrodach paulinów na Skalce. Pod kierunkiem Dietla działała miejska komisja sanitarna. Za zasługi w walce z cholerą na specjalnej audiencji przyjął go cesarz Franciszek Józef I, obdarzając Złotym Krzyżem Zasługi z Koroną.

W 1873 r. wyjątkowym poświęceniem w zwalczaniu cholery na Podhalu wykazał się dr Tytus Chałubiński, który napisał do żony odwołując swój powrót z Zakopanego do stolicy: „Uważam za swój obowiązek pozostać w Zakopanem i nieść pomoc zupełnie bezbronnej ludności”. Problem dotyczył nie tylko walki z chorobą, ale i z ciemnotą górali, uciekających od zarażonych, opuszczających umierające rodziny. Nie rozumiano zwłaszcza konieczności zachowania higieny, której wymagał Chałubiński. Toczył z góralami zaciekle spory. Za jego pieniądze dostarczano z Nowego Targu żywność, medykamenty i rozdawano góralom. Wreszcie po trzech miesiącach morderczej walki cholera na Podhalu wygasła. Gdy pojawiła się później znów w Krakowie w 1892 r., uświadomiono sobie konieczność utworzenia stałego szpitalnego oddziału chorób zakaźnych. Powstał w 1905 r. opodal obiektu Szpitala św. Łazarza, w osobnym budynku, w ogrodzie szpitalnym. W okresie międzywojnia uzyskał rangę Kliniki Chorób Zakaźnych.

Wśród lekarzy walczących z cholerą wyróżnił się dr Justyn Karliński, urodzony w Krakowie w 1862 r. Po ukończeniu studiów medycznych na UJ wyjechał w 1886 r. do Wiednia, gdzie rząd austriacki powołał go, jako lekarza bakteriologa, na szefa sanitariatu Bośni i Hercegowiny (w cywilu równało się to ze stopniem generała dywizji). Współpracował z szefem sanitariatu tureckiego paszą

Pożegnania

Bąkowskim. Był także przybocznym lekarzem sułtana, od którego za odwagę w walce z cholerą otrzymał Order Osmana. Karliński towarzyszył dwukrotnie pielgrzymce bośniackich muzułmanów do zakażonej cholerą Mekki. Dzięki niemu nie przywleczono tej choroby do Bośni, co uznano za cud. Cesarz Franciszek Józef I nagrodił go za to Krzyżem Kawalerskim. W 1893 r. rząd austriacki wysłał go, by walczył z cholerą w Turcji. Brał udział w likwidacji tej epidemii w Smyrnie i Konstantynopolu, gdzie przeprowadził asenizację całego miasta. Był uznawany za jednego z najwybitniejszych epidemiologów swych czasów. Zmarł w 1904 r. w Wiedniu. Został pochowany w Krakowie na Cmentarzu Rakowickim.

Pośród chorób pandemicznych o szczególnej zakaźności i śmiertelności wymienimy jeszcze **ospę prawdziwą**, która podczas epidemii zabijała ok. 80 proc. dzieci i jedną trzecią dorosłych (i ok. 90 proc. nieznaną jej wcześniej amerykańskich Indian). Jednak stosunkowo wcześniej, w 1796 r., Edward Jenner opracował skuteczną szczepionkę. W Polsce szczepienia przeciw ospie już w 1801 r. zorganizował prof. Wojciech Boruszyński, a od 1919 r. stały się one obowiązkowe. Dzięki powszechnym szczepieniom 8 maja 1980 r. świat ogłosił całkowitą eradykację ospy prawdziwej, co uznaje się za jeden z największych sukcesów ludzkości.

Od wieków regularnie nękała Europę także inna groźna choroba pandemiczna – **grypa**. Tylko w latach 1918-1920 tzw. hiszpanka pochłonęła w Europie ok. 20 mln ofiar, na świecie nawet ok. 100 mln. Obraz epidemii grypy znalazł się m.in. w głośnej powieści Jalu Kurka „Grypa szaleje w Naprawie”.

W XXI w. zaatakowały świat m.in. ciągle mutujące wirusy grypy pochodzenia azjatyckiego, ponadto SARS, MERS, Zika a w 2020 r. SARS-CoV-2. Pozostaje wierzyć, że ludzkość sobie poradzi.

Barbara Kaczowska

Wszelkie zarazy, zarówno prawdziwe, jak i fikcyjne, były motywem wielu wybitnych dzieł literackich. Powyżej – okładki najbardziej znanych z nich. Zapewne niebawem powstaną też powieści i filmy o pandemii COVID-19...



Pamięci
prof. Wiesławy Tracz
(1939–2020)

Trudno jest pisać wspomnienie o Pani Profesor Wiesławie Tracz, z którą tak wielu związało swoje życie zawodowe przez ponad 30 lat, którą szanowaliśmy, podziwialiśmy i której działalność i osiągnięcia wystarczyłyby na kilka godnych życiorysów.

Wiesława Tracz urodziła się 2 stycznia 1939 roku w Gorzkowicach (obecnie powiat piotrkowski, województwo łódzkie). Początkowo Jej życie zawodowe związane było z Łodzią. Tam w 1962 roku ukończyła studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej, tam pracowała w Klinice Chorób Wewnętrznych pod kierunkiem prof. Włodzimierza Musiała uzyskując specjalizację z chorób wewnętrznych i kardiologii. Przy bliskiej współpracy z Kliniką Kardiologii ukształtowały się Jej zainteresowanie kardiologią i kierunek badań naukowych, które dotyczyły zagadnień kwalifikacji chorych do operacji, oceny odległych wyników zachowawczego i chirurgicznego leczenia choroby niedokrwiennej serca i wad serca ze szczególnym uwzględnieniem nowych, nieinwazyjnych metod diagnostycznych, takich jak fonokardiografia, polikardiografia i echokardiografia. Efektem tej działalności naukowej była praca doktorska obroniona w 1969 roku, tytuł doktora habilitowanego nauk medycznych uzyskany w 1976 roku, a także wydana w roku 1982, pierwsza w Polsce monografia pt. „Nieinwazyjne metody badania układu krążenia”.

W 1979 roku przybyła do Krakowa wraz z doc. Antonim Działkowiakiem i doktorami Jerzym Sadowskim, Barbarą Koziorowską, Wandą Jarosik i Romualdem Wirpszo. Zadaniem Docent Tracz było stworzenie Kliniki Kardiologii i Angiologii, przemianowanej następnie na Klinikę Chorób Serca i Naczyń. Kliniką tą Pani Docent, a od 1990 roku Profesor Wiesława Tracz kierowała przez 30 lat, aż do przejścia na emeryturę w 2009 r. Te lata to okres intensywnej działalności naukowej, dydaktycznej i organizacyjnej. Trudno wyliczyć wszystkie kierunki i działy kardiologii, które były przedmiotem zainteresowania i badań naukowych. Pod Jej kierunkiem w Klinice wdrożono szereg nowatorskich w skali kraju metod dia-

56 gnostycznych i leczniczych oraz wielokierunkową działalność naukową.

Pani Profesor wspierała też działania swoich współpracowników i dopingowała do pogłębiania wiedzy i poszukiwania coraz to nowszych kierunków badawczych. Wyszkoliła kadrę kilkudziesięciu specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych i kardiologii. Była promotorem 19 prac doktorskich i opiekunem 8 prac habilitacyjnych. Wszyscy habilitowani wychowankowie: P. Podolec, P. Odrowąż-Pieniążek, T. Przewłocki, M. Olszowska, M. Kostkiewicz, H. Siniawski, M. Pasowicz, A. Kabłak-Ziembicka są dzisiaj profesorami nauk medycznych i kontynuują dzieło Pani Profesor.

Dorobek naukowy Pani Profesor to 906 publikacji o IF 549,615, z liczbą cytowań 19092 i wskaźnikiem Hirsha 36 oraz kilkaset doniesień na międzynarodowych i krajowych kongresach i sympozjach naukowych. Była autorem i współredaktorem kilku podręczników, w tym 4-tomowej monografii pt. „Echokardiografia praktyczna”, a także autorem 55 rozdziałów w podręcznikach i innych monografiach. Jako główny badacz lub koordynator prowadziła kilkanaście wieloosrodkowych, międzynarodowych badań naukowych, a przez kilka lat jako członek Komitetu Badań Naukowych współuczestniczyła w wyznaczaniu kierunków finansowania badań w kardiologii. Te imponujące dokonania były wynikiem wielkiej pracowitości Pani Profesor Wiesławy Tracz, ale również Jej umiejętności mobilizowania otoczenia do pracy i rozwoju, jak również stwarzania atmosfery do tej działalności.

Równie niezmordowana jak w pracy naukowej Pani Profesor była aktywna w pracy organizacyjnej. Współorganizowała i przewodniczyła komitetom naukowym, w tym: XVIII Europejskiego Kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Kardiologii Nieinwazyjnej (Kraków 2001), Międzynarodowego Kongresu Wad Zastawkowych Serca (Kraków 2003) oraz Wiosennych Konferencji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (Kraków 2007 i 2009). Była członkiem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Polskiego Towarzystwa Angiologicznego, Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Europejskiego Towarzystwa Echokardiograficznego. Pełniła funkcję wiceprzewodniczącej Zarządu Oddziału Krakowskiego PTK, w kadencjach 2004-2007 i 2007-2009 była przewodniczącą Sekcji Wad Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

W latach 2001-2008 Profesor Wiesława Tracz sprawowała funkcję dyrektora Instytutu Kardiologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie. Od grudnia 2006 do stycznia 2012 roku pełniła też funkcję Honorowego Konsula Generalnego Republiki Turcji w Krakowie. W okresie tym dała się poznać jako osoba tolerancyjna, wyrozumiała, służyła pomocą w nawiązywaniu kulturalnych i gospodarczych kontaktów między oboma narodami. Dla wspierania i rozwoju kierowanej

przez siebie kliniki była inicjatorem powstania Fundacji „Dla Serca w Krakowie”, której w latach 1992-2013 była prezesem Zarządu. Emerytura bynajmniej nie zakończyła Jej działalności naukowej i klinicznej. W latach 2009-2015 pełniła funkcję rektora i wykładowcy Krakowskiej Wyższej Szkoły Promocji Zdrowia.

Za niezmordowaną pracę i aktywność została odznaczona Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym i Srebrnym Krzyżem Zasługi, Medalem 600-lecia Odnowienia Akademii Krakowskiej, Medalem Ministra Zdrowia, nagrodami Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (1977, 1979), Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Ministra Edukacji Narodowej oraz Rektora Akademii Medycznej i UJ CM. W roku 2008 otrzymała najwyższe wyróżnienie PTK, przyznawane najwybitniejszym osobistościom świata medycyny z kraju i zagranicy – tytuł Członka Honorowego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Pomimo tych „pomnikowych” osiągnięć, choć wymagająca i często bezkompromisowa, Pani Profesor była osobą niezwykle bezpośrednią i życzliwą, a drzwi Jej gabinetu były zawsze otwarte dla współpracowników. Jej pomoc nie ograniczała się tylko do kwestii zawodowych, ale również była osobą nieobojętną na sprawy osobiste swoich pracowników. Posiadała cechę ludzi prawdziwie wielkich: nie bała się przyznać, że czegoś nie wie, umiała też słuchać uwag współpracowników i doceniać ich rady. Potrafiła integrować zespół kliniki organizując spotkania towarzyskie, aktywnie uczestniczyła w uroczystościach rocznicowych a nawet wycieczkach. Niewątpliwą pasją Pani Profesor był ogród, kwiaty, pocucie otaczającego piękna oraz opieka nad bezdomnymi kotami. Jej ciepły i troskliwy stosunek do chorych, których nawet na emeryturze nigdy nie opuściła, powodował, że była dla nich autorytetem i opiekunem nie tylko medycznym, ale także doradcą w problemach rodzinnych.

Kilka dni przed odejściem, na pożegnanie, Pani Profesor często powtarzała „Miałam bardzo piękne życie, a praca i możliwość kierowania zespołem kliniki dawała mi satysfakcję i radość”.

Gwałtownie przebiegająca choroba wyrwała Ją 27 marca 2020 r. spośród nas jako osobę aktywną. Odszedł Człowiek Dobry, Niezwykły i Wielki. Pozostanie na zawsze w naszej pamięci.

W imieniu wychowanków

*Prof. dr hab. med. Piotr Podolec
Kierownik Kliniki Chorób Serca i Naczyń
Dyrektor Instytutu Kardiologii UJ CM*

Prof. Stanisław Cichoń

ur. 20 października 1945 r.
w Wólce Niedźwiedzkiej
zm. 24 maja 2020 r. w Krakowie



Urodził się w Wólce Niedźwiedzkiej, na Podkarpaciu, gdzie uczęszczał do szkoły. Naukę kontynuował w LO w Sokołowie Małopolskim, udzielając się sportowo oraz w samorządzie szkolnym. Po maturze w 1963 roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim AM w Krakowie, działając aktywnie w Studenckim Kole Naukowym przy III Katedrze Chirurgii AM.

W 1969 roku uzyskał dyplom lekarza medycyny, po czym podjął pracę w krakowskiej AM jako lekarz stażysta w I Katedrze Chirurgii AM. W latach 1969-1976 był zatrudniony tamże jako asystent i starszy asystent pod kierunkiem prof. Józefa Bogusza. W tym czasie ukończył szkolenie specjalizacyjne w zakresie chirurgii ogólnej (1973 – I st.; 1976 – II st.). W 1975 roku obronił pracę doktorską. Jednocześnie aktywnie uczestniczył w Klinice w zabiegach z zakresu chirurgii ogólnej, chirurgii urazowej i dziecięcej.

Po rozwiązaniu zespołu I Katedry Chirurgii AM, w 1976 roku podjął pracę jako adiunkt w II Katedrze Chirurgii AM pod kierunkiem prof. Jana Oszańskiego. Poza wykonywaniem zabiegów z zakresu chirurgii ogólnej pracował w zespole kardiochirurgicznym operującym z przyjeżdżającym do Krakowa prof. Wacławem Sitkowskim, w zespole chirurgii chorób naczyń oraz w zespole chorób tarczycy. Ze względu na zainteresowanie chirurgią endokrynologiczną w 1985 roku rozpoczął pracę w III Katedrze Chirurgii Ogólnej AM w Krakowie pod kierunkiem prof. Mariana Barczyńskiego. W 1991 roku uzyskał tytuł doktora habilitowanego na podstawie pracy pt. „Zachowanie się czynności tarczycy po operacyjnym leczeniu choroby Graves-Basedowa”. Szczególnie rozwijał swoje zainteresowania w zakresie chirurgii endokrynologicznej, czego efektem było utworzenie w 2000 roku Kliniki Chirurgii Endokrynologicznej, której został kierownikiem. Klinika powstała w ramach III Katedry Chirurgii Ogólnej CM UJ, której kierownikiem był doc. Roman Herman.

Stanisław Cichoń nawiązał w tych latach kontakty z ośrodkami europejskimi specjalizującymi się w chirurgii endokrynologicznej, w tym szczególnie z kliniką w Halle kierowaną przez prof. Henninga Dralle i kliniką

w Essen, kierowaną przez prof. Martina Walza. W uznaniu jego aktywności naukowej, w ramach nowo powstałego towarzystwa ESES, powierzono mu organizację II Kongresu ESES w Krakowie, który odbył się w 2006 roku.

W 2007 roku nadany mu został – przez prezydenta Lecha Kaczyńskiego – tytuł naukowy profesora nauk medycznych. Po przejściu na emeryturę w 2011 roku pozostawał aktywny zawodowo, prowadził własną praktykę i operował pacjentów w Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala w Proszowicach, kierowanym przez dr. Jerzego Buckiego, oraz w szpitalu CenterMed w Krakowie.

Stanisław Cichoń był współzałożycielem Polskiego Klubu Chirurgii Endokrynologicznej. Wraz z prof. Lechem Pomorskim zredagował podręcznik „Chirurgia endokrynologiczna” wydany w 2010 roku. Autor wielu publikacji i promotor trzech przewodów doktorskich, kierownik kilkunastu specjalizacji z zakresu chirurgii ogólnej, nauczyciel akademicki na Wydziałach: Lekarskim AM i CM oraz Stomatologii CM UJ. Wśród jego uczniów jest dziś dwóch profesorów młodszego pokolenia – kierownik III Kliniki Chirurgii Ogólnej CM UJ prof. UJ. Aleksander Konturek i prof. Marcin Barczyński, którzy kontynuują jego dzieło. Dwukrotnie (1972 i 1992 r.) otrzymał nagrodę Rektora AM za osiągnięcia dydaktyczne i naukowe. Był m.in. członkiem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Towarzystwa Chirurgów Polskich, Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego oraz International Society of Surgery (ISS), International Association of Endocrine Surgeons (IAES), European Society of Endocrine Surgeons (ESES).

Zawsze aktywny na polu systematyzowania i ugruntowywania wiedzy, stymulował młodzież medyczną do pracy naukowej. Propagator wprowadzania nowatorskich technik operacyjnych i technologii w chirurgii endokrynologicznej, szczególnie śródoperacyjnego oznaczania stężenia parathormonu w chirurgii przytarczyc, śródoperacyjnego neuromonitoringu nerwów krtaniowych w chirurgii tarczycy i przytarczyc, zabiegów wideoskopowych tarczycy, przytarczyc i nadnerczy.

Był dobrym, kochającym mężem. Z żoną Teresą, która jest reumatologiem, poznali się na obozie studenckim AM w Turawie w 1968 roku. Przeżyli razem 50 lat, wychowali troje dzieci (Wojciech – chirurg ogólny i urolog; Jan – radca prawny; Maria – rezydentka psychiatrii) i doczekali się czworga wnucząt. Prywatnie był kibicem piłki nożnej, najchętniej odpoczywał na łonie natury chodząc po górach lub pracując z pasją na działce.

Pozostaje w pamięci pacjentów i współpracowników jako ciepły, życzliwy i cierpliwy lekarz i nauczyciel. Zoperował kilka tysięcy pacjentów i wychował kilka pokoleń chirurgów, dbając zawsze o najwyższy standard wykonywanych obowiązków. Przez ostatnie dwa lata ciężko chorował. Pozostawił po sobie pustkę, której nie da się wypełnić.

W imieniu Kolegów i Przyjaciół od lat studiów

Janusz Legutko

Wspomnienie o Janie Hołówce (1937–2020)

Ratownik, lekarz, społecznik



Znało Go pół Przemyśla. Był jedną z najbarwniejszych i cenionych osobowości swego rodzinnego miasta, z którym związał całe swoje życie zawodowe. Miał tysiące wdzięcznych pacjentek i pacjentów, setki przyjaciół, kolegów i znajomych...

Sławę i popularność w skali krajowej i międzynarodowej zawdzięczał jednak głównie swemu zaangażowaniu w tworzenie i rozwijanie ruchu miłośników bestsellerowej powieści Jarosława Haszka. Wyniesiony przez polskich szwejkologów do najwyższej godności C.K. feldmarszałka polowego i dowódcy Twierdzy Przemyśl, przez wiele lat był w Polsce personą nr 1 ruchu przyjaciół dobrego wojaka Szwejka.

Mowa o naszym śp. Koledze, doktorze Janie Hołówce, który zmarł 19 lutego br. w wieku 82 lat. Był synem znanego przemyskiego lekarza. Kontynuując tradycje rodzinne, w latach 50. podjął pracę w służbie zdrowia, rozpoczynając swą karierę zawodową jako sanitariusz Pogotowia Ratunkowego. Po ukończeniu studiów powrócił do Przemyśla, zaczynając nowy życiowy rozdział – medyka. Najpierw uzyskał specjalizację z ginekologii i położnictwa, potem swoje zainteresowania skierował w stronę onkologii. Pogotowie Ratunkowe nadal było mu bliskie, powróciwszy do korzeni, w pewnym okresie był nawet kierownikiem jego przemyskiej stacji.

Przed wszystkim był jednak pierwszym lekarzem na terenie ówczesnego województwa przemyskiego, który uzyskał specjalizację z zakresu chemioterapii. Dzięki jego zaangażowaniu uruchomiono w Przemyślu Poradnię Onkologiczną, w której prowadzono też ambulatoryjne chemioterapie. W czasie swojej pracy zawodowej z ogromnym zapałem organizował „białe niedziele”, różne akcje badań profilaktycznych, ukierunkowanych na wykrywanie chorób nowotworowych – badania kobiet (np. na stacjach PKP) w kierunku wykrywania wczesnych zmian w gruczole piersiowym (w tamtym okresie jeszcze nie wykonywało się badań mammograficznych). Prowadził też badania jakości wody w obszarach częstszego występowania nowotworów przewodu pokarmowego.

Ostatnią jego inicjatywą w tym obszarze działalności było zorganizowanie cyklicznej imprezy – biegu pod hasłem „Wyganiamy raka”, który jest kontynuowany od kilku lat. W latach 80. Jan Hołowca był też organizatorem medycznych spływów kajakowych Sanem z Dynowa do Przemyśla.

Zupełnie odmiennym polem aktywności Jana było zorganizowanie i bujny rozwój działalności Przemyskiego Stowarzyszenia Przyjaciół Dobrego Wojaka Szwejka. Dzięki Niemu i jego „podkomendnym” pasjonatom Twierdza Przemyśl i postać dobrego wojaka od lat przyciągają do miasta liczne rzesze turystów. A kulminacją celebrowania cesarsko-królewskich klimatów są coroczne, lipcowe Wielkie Manewry Szwejkowskie, na które przyjeżdżają polskie i zagraniczne kluby i regimenty szwejkowskie.



Jan zawsze tryskał optymizmem, humorem, zawsze szukał bardziej kolorowego obrazu rzeczywistości. Każdemu poświęcał choć chwilę czasu, nie szczędząc dobrego słowa i otuchy. Nigdy nie przechodził obojętnie obok osoby wymagającej pomocy i wsparcia. Do ostatnich chwil swego bardzo aktywnego życia był czynnym zawodowo lekarzem, pracując w I Oddziale Onkologii i Poradni Onkologicznej Szpitala Wojewódzkiego im. św. Ojca Pio w Przemyślu.

23 kwietnia br., w barwnej, stylowej scenerii murów galowych „Szwejków” z Przemyśla i Podkarpacia, w obecności licznie zebranych koleżanek, kolegów i przyjaciół, przy dźwiękach skomponowanego w 1848 r. przez Johanna Straussa (ojca słynnego „Marsza Radetzkiego” (takie było ostatnie życzenie Doktora Hołówki) urna z Jego prochami została złożona w grobie rodzinnym. Na pożegnanie zawyły też syreny karetek ratownictwa medycznego. I tam, na Cmentarzu Głównym w Przemyślu, rozpoczął Jan swój wieczny, całodobowy dyżur.

Cześć Jego pamięci...

Marek Zasadny

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 dentystę, członka okręgowej lub wojсковej 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 wojсковej 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 wojсковej izby lekarskiej lub

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

3) w kasie okręgowej lub wojсковej 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 wojсковej 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 wojсковą 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 przekażywać 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

Oplaty z tytułu rejestracji

gabinetów prywatnych

należy wpłacać na konto OIL:

Bank PEKAO SA

25 1240 4650 1111 0000 5149 2553



Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie

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

Sekretariat:

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

e-mail: biuro@oilkrakow.org.pl

Numery wewnętrzne:

- Dyrektor Biura (mgr J. Bizoń) 619 17 05
- Kancelaria OROZ (kierownik mgr S. Smoleń) 619 17 25
e-mail: s.smolen@hipokrates.org
- Kancelaria OROZ 619 17 17; fax 619 17 29
e-mail: kancelariaoroz@gmail.com
- Kancelaria Sądu Lekarskiego (mgr E. Kowaliczek) 619 17 08
e-mail: emilia@oilkrakow.org.pl
- Biuro Radców Prawnych (mgr D. Dziubina) 619 17 26
e-mail: d.dziubina@hipokrates.org
- Rejestr Lekarzy 619 17 16
e-mail: rejestr57@hipokrates.org
- Rejestracja Indyw. Praktyk; Staże podyplomowe 619 17 13
- Księgowość (mgr M. Chodór) 619 17 15
e-mail: ksiegowosc57@hipokrates.org
- Kasa 619 17 14
- Składki 619 17 32
e-mail: skladki@oilkrakow.org.pl
- Redakcja „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
- Sportu, Turystyki i Rekreacji 619 17 01
- Socjalno-Bytowa 619 17 18
- Stomatologiczna (mgr K. Trela) 619 17 18
e-mail: k.trela@hipokrates.org
- Współpracy Zagranicznej i Obcokrajowców 619 17 05
- ds. Lek. Seniorów 619 17 01
- ds. Młodych Lekarzy; ds. Praktyk (mgr A. Chuchmacz) ... 619 17 13
e-mail: a.chuchmacz@hipokrates.org

- Zespół ds. POZ 619 17 12
- Zespół ds. AOS 619 17 12
- Zespół ds. Szpitalnictwa 619 17 12
- Zespół ds. Opieki Długoterminowej i Opieki Hospicyjnej ... 619 17 16
- Zespół ds. Kultury 619 17 16
- Rzecznik Praw Lekarza 619 17 13

Biuro OIL w Krakowie – przyjmowanie stron: oraz Delegatury

w Krośnie:

ul. Niepodległości 2, 38-400 Krosno

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

w Nowym Sączu:

ul. Kopernika 18, 33-300 Nowy Sącz

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

w Przemyślu:

Rynek 5, 37-700 Przemyśl

tel. 16 678 26 70, fax 16 678 33 24 e-mail:
przemysl@hipokrates.org

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

Dyżury Radców Prawnych:

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

Kancelaria Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

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

Ubezpieczenia

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



Galicyjska Gazeta Lekarska – Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie • nakład 15 970 egz.

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

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

Członkowie: Stefan 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.