

W numerze m.in.:

Robert Szczepara informuje o uruchomieniu aplikacji Moja Izba (5)

Mariusz Janikowski apeluje – namawiamy pacjentów do zakładania IKP (8)

Jesteśmy chłopcem do bicia – twierdzi doktor T. Sobalski w rozmowie z J. Hodor (9)

Władze krakowskiej Izby interweniują u Wojewody (12)

O możliwościach rehabilitacji po COVID-19 pisze K. Domin (15)

Teleporada usypia czujność – przestrzega doktor L. Stopyra w rozmowie z J. Sieradzką (18)

O 16 latach pracy w SU i nie tylko opowiada doktor S. Bednarz w rozmowie z S. Ciepłym

Grzegorz Herbut przegląda czasopisma stomatologiczne (32)

Andrzej Urbanik przypomina początki polskiej radiologii (42)

Krótką historią walki z gruźlicą wg B. Kaczkowskiej (45)

Pożegnania: lek. dent. A. Brodnicka, lek. dent. S. Bryk, lek. T. Grabowska-Wężyk, lek. B. Kamieniecka-Cichosz, dr A. Jakubowski, dr B. Sikorska, dr Z. Wąsowicz, lek. dent. A. Wieczorek (50–53)



Test

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Test według definicji słownikowej to sprawdzian wiedzy, zdolności, inteligencji, ujmowany zazwyczaj w punktach; w potocznym języku to również ocena jakości czy właściwości jakiegoś produktu. Nie wnikając w określenia encyklopedyczne, mam wrażenie, że właśnie weszliśmy jako kraj i (z zachowaniem stosownych proporcji) jako środowisko medyczne w fazę decydującego o przyszłości testu.

Jako kraj najwyraźniej miotamy się między modelem silnej ręki a demokracją. Zwycięstwo wyborcze którejkolwiek ze stron nie oznacza klęski przegranych, a zaledwie lekką przewagę jednej z nich. Owszem, łupem może być pewna ilość stanowisk, ale nic więcej. Poza bowiem kilkoma liderami o aspiracjach autokratycznych, nie widać chętnych do stawiania barykad w imieniu jakichś racji. Jest raczej tłumiona przez obie strony tęsknota za porozumieniem. Społeczeństwo zmęczone pandemią żąda pokoju, a nie wojny. I tego politycy nie rozumieją, a lekarzy słuchać nie chcą. Owszem, gładzą o porozumieniu, o wspólnym froncie, nie wykonując jednak ani pół kroku w tym kierunku. Czy Państwo słyszeli jakiejkolwiek dobre zdanie, wypowiedziane bez ironii, o propozycjach czy koncepcjach przeciwników? Ależ skąd, wręcz odwrotnie, opinie takie kwalifikuje się jako nieodpowiedzialne incydenty i natychmiast pojawia się jeden z przywódców z zarzutami zdrady, zaprzaństwa, postulatami wykluczenia itp. Czytam, że na posiedzeniu jednej z izb parlamentu wniesiono do projektu 79 poprawek, ale ani jednej nie przyjęto. Wbrew większości to nie sukces, lecz przypadek wart diagnozy. Ale tak się rządzić nie da.

Model państwa demokratycznego, a o takie ufam chodzi, to nie jest rozwiązanie satysfakcjonujące tylko „większą połowę”. Wręcz odwrotnie. Z natury rzeczy chodzi tu o zagwarantowanie praw mniejszości, o bezpieczeństwo słabszych, o sprawiedliwość ponad sympatiami politycznymi, wyznaniem, płcią, wiekiem itp. Trwa zatem pewien test, który wyborcy rozstrzygną za niespełna trzy lata albo ulica wcześniej. Scenariusz jest w rękach natury.

Natomiast w świecie medycznym testów mamy nadmiar. Nie tylko w kwestii COVID-19, ale także nakładów na zdrowie, kształcenia lekarzy, mnożenia specjalizacji – lista jest długa. W dodatku świat nauki, po bezspornym sukcesie szybkiego opracowania szczepionki, popadł w zależność od interesów koncernów farmaceutycznych, a Polska jest jedną z ofiar tego rynku.

Świat medycyny u nas został w mediach całkowicie zawłaszczony przez polityków. Premier M. Morawiecki – bankowiec, minister A. Niedzielski – ekonomista, i pełnomocnik rządu M. Dworczyk – historyk, to trójka brylująca w mediach w związku z pandemią. Lekarze pojawiają się z rzadka i to selekcjonowani według sympatii politycznych. Jak ktoś występuje w TVN, to nie zostanie zaproszony do TVP i na odwrót. Jednocześnie króluje wszechpotężny chaos informacyjny. Z zasady szczegół nie pasuje do ogółu, a migawka do przemówienia. Wystarczy zmienić stację. Kiedy z powodu jednodniowego protestu

Nasza okładka



Aplikacja Moja Izba

2 mediów było to niemożliwe, chyba wszyscy odczuliśmy, co znaczy brak takiego wyboru. I to jest właśnie ta drażniąca niektórych demokracja.

Tymczasem dwie liczby są szczególnie przykre. W 2020 roku w Polsce urodziło się najmniej dzieci od 20 lat, natomiast zmarło 70 tys. osób więcej niż wynosiła roczna średnia zgonów w kraju. Ja wiem, demografia wymaga uwzględnienia wielu czynników, niemniej liczby są bezlitosne. Wciąż brak wiarygodnych danych dotyczących zakażeń, zgonów, szczepień, według aktualizowanego codziennie, na oczach opinii publicznej, schematu ilustrującego przebieg pandemii. Ostatni opublikował kilkanaście tygodni temu pewien uczeń, na podstawie komunikatów sanepidu. Niestety, zamiast na Harvard wysłano go w niebyt, bo naruszył tajemnicę. Jaką tajemnicę? Ano, że mamy pandemię...

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
Robert Stępień

PS. Okręgowa Rada Lekarska ustaliła datę najbliższego Okręgowego Zjazdu Lekarzy (o charakterze budżetowym) naszej Izby na 27 marca. Będzie on mieć najprawdopodobniej formę elektroniczną, jak w roku ubiegłym. Wstępne założeń, opracowane przez doktora Pawła Grzesiowskiego, eksperta NRL do walki z COVID-19, w związku z organizacją tegorocznych zjazdów izb lekarskich zakładają możliwość przyjęcia formuły hybrydowej, czyli równoległe stacjonarnej i online, jednak wykaz wymagań, jakie powinna spełniać stacjonarna formuła zjazdu, jest niezwykle długi. Niestety, pandemia trwa, więc nie są to wymagania przesadne. A należałoby m.in. zorganizować obrady w sali zapewniającej 2-metrowy odstęp między delegatami, stałą wentylację, a także dokładne wietrzenie (podczas koniecznych przerw) co dwie godziny, równie często dezynfekować powierzchnie dotykane rękami, wykluczone byłyby dyskusje w kularach itd.

Sytuacja jest dynamiczna, ale nie zmierza w dobrym kierunku, więc najprawdopodobniej w tym roku Delegaci również nie będą mogli spotkać się osobiście. Mam jednak nadzieję, że wszyscy dotrzymamy do lepszych czasów...

W skrócie

Przyjmowanie materiałów do numeru zakończono 17 lutego 2021

27 marca odbędzie się Zjazd krakowskiej OIL

■ Okręgowa Rada Lekarska ustaliła termin **XL Okręgowego Zjazdu Lekarzy OIL w Krakowie** (budżetowego) na **27 marca 2021 roku**. Najprawdopodobniej będzie miał on formę elektroniczną, ograniczy się do głosowania Delegatów nad przedstawionymi dokumentami. Uzasadnienie tej decyzji – w komentarzu Prezesa ORL powyżej.

Walkę z COVID-19 przegrało już 98 lekarzy

■ Na początku lutego Ministerstwo Zdrowia poinformowało, iż od wybuchu pandemii z powodu COVID-19 zmarło w Polsce 86 lekarzy i 12 lekarzy dentystów, 67 pielęgniarek, 4 położne, 5 farmaceutów, 7 ratowników medycznych. SARS-CoV-2 wykryto m.in. u 21 964 lekarzy, 2096 dentystów, 55 269 pielęgniarek, 5258 położnych, 1760 diagnostów laboratoryjnych,

3220 ratowników medycznych i 2359 farmaceutów.

Tysiące zmarnowanych szczepionek

■ Do 10 lutego w Polsce nie wykorzystano 3331 dawek szczepionek przeciwko COVID-19 – ujawniło Ministerstwo Zdrowia, bazując na raportach z punktów szczepień. Powody to m.in.:

- 1637 utraconych dawek z powodu technicznych problemów z pobraniem szóstej dawki szczepionki Pfizer z fiolki sześciodawkowej,
- 574 przypadki uszkodzeń mechanicznych, które wystąpiły w punkcie szczepień,
- 275 – niewystarczająca liczba pacjentów do zaszczepienia,
- 265 przypadków odchylenia od warunków przechowywania,
- 188 – podejrzenie wady jakościowej,
- 114 przypadków kradzieży.

Wśród przyczyn nie wymieniono bałaganu organizacyjnego po stronie decydentów. Piszemy o tym na dalszych stronach gazety...

Funduszem Kompensacyjnym w przeciwników szczepień

■ Zgodnie z założeniami nowelizacji ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, przy Biurze Rzecznika Praw Pacjenta ma powstać Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych. Umożliwi on szybkie uzyskanie odszkodowania, jeśli dojdzie do działań niepożądanych spowodowanych podaniem szczepionki. Maksymalna rekompensata w przypadku hospitalizacji powyżej 120 dni wyniesie 100 tys. zł. Jeśli dojdzie do wstrząsu anafilaktycznego, najczęstszego powikłania ujętego w ustawie, pacjent będzie mógł otrzymać 3 tys. zł. W pierwotnym projekcie nie przewidziano rekompensat za zgon pacjenta,

ponieważ nie zakłada się, by szczepienie mogło skończyć się taką tragedią.

W Polsce każdego roku wykonywanych jest kilkanaście milionów szczepień, a tylko w kilku przypadkach występują objawy kwalifikowane jako ciężkie niepożądane odczyny poszczepienne.

Projekt utworzenia Funduszu Kompensacyjnego, o co postulowano od dawna, pojawił się wraz z rozpoczęciem szczepień populacyjnych przeciwko COVID-19.

Młodzi lekarze gotowi do protestu

■ 16 lutego na stronie FB Porozumienia Rezydentów ukazał się post, którego początek brzmi tak: *Nie ma woli Ministerstwa Zdrowia dla pozytywnych zmian w ochronie zdrowia w Polsce – nadszedł czas przygotowań do największego protestu w dziejach polskiej ochrony zdrowia!*

Poniżej znalazła się informacja o planowanych przez rząd zmianach w finansowaniu ochrony zdrowia, które nie dają żadnej nadziei na jego wzrost. Co więcej, propozycja obniża zarobki w grupie lekarzy „(z 6750 zł – 1,6 średniej krajowej w 2018 r., gdy takie wynagrodzenie otrzymali lekarze specjaliści, do 1,27 średniej krajowej proponowanej na lata 2021-2022)!”

Dlatego Porozumienie Rezydentów rozpoczęło przygotowania do „największego protestu w dziejach ochrony zdrowia w Polsce”. Pierwszym krokiem jest akcja „Odłóż na protest”, apelująca do lekarzy o finansowe przygotowanie się do przynajmniej 3 miesięcy życia bez dotychczasowego wynagrodzenia. Z ankiety przeprowadzonej przez PR wynika, iż co drugi lekarz już takie oszczędności ma lub wkrótce mieć będzie.

„Apelujemy: nadszedł czas, by traktować polską ochronę zdrowia priorytetowo. Wzrost przeznaczanego %PKB na ochronę zdrowia, co przekłada się na bezpieczeństwo pacjentów i poprawę warunków pracy osób wykonujących zawody medyczne, konieczny jest natychmiast!”

Przeciw centralizacji opieki zdrowotnej

■ Najpierw 23 grudnia prezydent Krakowa Jacek Majchrowski w liście do premiera Mateusza Morawieckiego wyraził sprzeciw wobec planowanej restrukturyzacji szpitali i pozbawienia samorządów – szczególnie dużych miast – funkcji właścicielskich wobec szpitali, następnie taki protest wyraziły Unia Metropolii Polskich i Związek Miast Polskich. Ich zdaniem, samorządowe placówki ochrony zdrowia nie tylko powinny pozostać w gestii gmin, powiatów i województw, lecz także samorządy muszą być dysponentem adekwatnej części środków pochodzących ze składek na ubezpieczenia zdrowotne.

Przez 21 lat Kraków przeznaczył łącznie na swoje jednostki opieki zdrowotnej 329,2 mln zł, co stanowiło 75 proc. wszystkich nakładów inwestycyjnych na te placówki. W tym samym czasie Ministerstwo Zdrowia przekazało im na inwestycje ok. 2 mln zł, czyli niespełna 0,5 proc. ogólnych nakładów (reszta pochodziła m.in. z unijnych dotacji, o które zabiegały władze miasta).

Organizacje zrzeszające miasta podkreślają także, iż obecnie ponad 70 proc. długów publicznej ochrony zdrowia generują placówki zarządzane przez MZ, a mniej niż 30 proc. – samorządowe, których jest znacznie więcej i mają dużo gorsze finansowanie.

Pozwy o dodatek covidowy

■ Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy pomaga lekarzom w dochodzeniu praw do dodatku covidowego. Do lutego pracownicy medyczni wystawili dyrekcjom szpitali kilkaset wezwań do jego zapłaty. Porad dotyczących takiego postępowania udziela właśnie OZZL podkreślając, iż odmowa wypłaty należnych pieniędzy często jest bezzasadna.

Problem polega na tym, że ogólne regulacje nie są tym samym co interpretacja prawa do dodatkowego wynagrodzenia za pracę przy pacjentach z COVID-19 przyjęta dość rygorystycznie przez NFZ. Dyrektorzy często słusznie obawiają się, że Fundusz po skontrolowaniu uprawnień pracownika zażąda od szpitala zwrotu wypłaty wraz z odsetkami.

stycznie przez NFZ. Dyrektorzy często słusznie obawiają się, że Fundusz po skontrolowaniu uprawnień pracownika zażąda od szpitala zwrotu wypłaty wraz z odsetkami.

Postulaty kampanii Leczymy Mimo Wszystko

■ W związku z narastającymi od lat zaniedbaniami w ochronie zdrowia, które uwypukliła pandemia COVID-19, 9 grudnia, w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie, przedstawiciele Porozumienia Organizacji Lekarskich (POL), które tworzą: NIL, Federacja Porozumienie Zielonogórskie, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Porozumienie Rezydentów, Porozumienie Chirurgów SKALPEL, wskazali najpilniejsze problemy w ochronie zdrowia, jakimi w najbliższym czasie powinni się zająć decydenci. W tzw. Dziesiątce POL-u, opracowanej w ramach kampanii #LeczymyMimoWszystko, znalazły się m.in. postulaty zagwarantowania wszystkim medykom środków do leczenia i ochrony niezależnie od typu placówki, ubezpieczenia personelu medycznego na wypadek trwałej choroby nabytej w trakcie udzielania świadczeń lub śmierci, bezpieczeństwa prawnego w przypadku powikłań w leczeniu, wzrostu wydatków na ochronę zdrowia do poziomu 6,8 PKB (nie wliczając w to wydatków związanych z epidemią). Po raz kolejny środowisko medyczne zapelowało również o ograniczenie biurokracji i wprowadzenie przejrzystych zasad wynagradzania. Więcej na stronie nil.org.pl

Krakowskie szpitale wdrożą nowy model leczenia raka piersi

■ Według informacji przekazanej przez WHO, rak piersi stał się właśnie najczęściej występującym nowotworem na świecie. W Polsce zachoruje na niego co 8 kobieta (rocznie diagnozuje się go u ponad 18 tys. kobiet, ponad 6 tys. z nich umiera), a skuteczność leczenia jest niższa niż w wielu innych krajach.

4 Teraz sytuację ma poprawić nowy model kompleksowej opieki onkologicznej – tzw. KON-Pierś, w ramach którego – jak czytamy na stronie MOW NFZ – chora będzie mieć zapewnione wielospecjalistyczne konsultacje, wsparcie psychologiczne oraz szybszą terapię. Zgodnie z wytycznymi, leczenie szpitalne powinno rozpocząć się nie później niż sześć tygodni od zgłoszenia do szpitala, a rehabilitacja maksimum miesiąc po zakończeniu terapii.

W styczniu MOW NFZ zawarł umowy na realizację program KON-Pierś ze Szpitalem Specjalistycznym im. L. Rydygiera w Krakowie oraz Krakowskim Oddziałem Narodowego Instytutu Onkologii. Kolejny nabór jesienią.

Alpiniści dla WOŚP

■ Mimo pandemii i związanych z nią ograniczeń podczas 29. Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, której finał odbył się 31 stycznia br., znów udało się zebrać rekordową sumę pieniędzy – 15 lutego deklarowana kwota wynosiła 127 495 626 złotych. W tym roku środki z charytatywnej zbiórki zostaną przekazane na wsparcie dla oddziałów dziecięcej laryngologii, otolaryngologii i diagnostyki głowy.



foto: profil facebookowy USD

Wydarzeń towarzyszących Orkiestrze – zabawnych, kreatywnych, zaskakujących – jak co roku było mnóstwo. To tylko jeden z przykładów – 200 alpinistów przemysłowych w roli superbohaterów i postaci z bajek w 18 miastach umyło okna w 22 szpitalnych oddziałach dziecięcych, oczywiście z zewnątrz. Alpiniści, zjeżdżających na linach z dachu, mogli też przez wymyte szyby oglądać

dzieciaki przebywające w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie.

Tytuł Lidera Małopolski dla Pracowników ochrony zdrowia

■ 15 lutego br. kapituła XXI Konkursu „Lider Małopolski – Najlepsze Przedsięwzięcie Roku 2020 w Małopolsce”, organizowanego przez Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Małopolski, tytułem specjalnym uhonorowała Pracowników ochrony zdrowia za walkę z pandemią COVID-19. Dyplomy zostaną przekazane małopolskim samorządom zawodowym pielęgniarek i położnych oraz farmaceutów, a także Polskiemu Towarzystwu Ratowników Medycznych. Trafia również do Okręgowych Izb Lekarskich w Krakowie i Tarnowie.

Wśród 10 Najlepszych Przedsięwzięć w Małopolsce w 2020 roku znalazły się m.in. Małopolska Tarcza Antykryzysowa Samorządu Województwa Małopolskiego oraz Grupa Mercator Medical – producent rękawic medycznych i dystrybutor materiałów medycznych jednorazowego użytku.

Laury dla krakowian

■ Prof. Andrzej Matyja prezes Naczelnej Rady Lekarskiej i wiceprezes ORL w Krakowie, został wyróżniony tytułem „Osobowość medyczna roku” w 20. edycji konkursu „Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny”, organizowanego przez Wydawnictwo Termedia oraz redakcje „Menedżera Zdrowia” i „Kuriera Medycznego”. Natomiast Federacja Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP przyznała prezesowi NRL tytuł „Człowieka Roku”.

■ W tym samym konkursie „Termedii”, w kategorii „Menedżer zdrowia – placówki publiczne” zwyciężył Marcin Jędrzychowski, dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

■ Prof. Wojciech Nowak, rektor UJ w latach 2012-2020, specjalista chirurg, został uhonorowany tytułem „Małopolanina Roku 2020”, przyznawanym przez Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Małopolski.

■ Uniwersytet Amsterdamski przyznał tytuł doktora honoris causa prof. Janowi Potempie, wybitnemu biochemikowi i mikrobiologowi z Uniwersytetu Jagiellońskiego. Profesor uhonorowany został przede wszystkim za przełomowe badania nad zdolnością bakterii jamy ustnej do przełamywania bariery krew-mózg oraz ich roli w rozwoju choroby Alzheimera.

■ Stowarzyszenie Lekarzy Nadziei z siedzibą w Krakowie zostało laureatem konkursu „Lider Zmian – 2020” organizowanego przez Centrum Obywatelskie w Krakowie. 17 grudnia 2020 r. statuetkę i dyplom dla laureata w kategorii „Organizacje” odebrał przewodniczący SLN dr Marian Kopciuch.

Gratulujemy!

Kronika personalna

■ Prof. Krzysztof Składowski w połowie lutego zrezygnował z dalszego kierowania krakowskim oddziałem Narodowego Instytutu Onkologii. Pełnił obowiązki szefa tej placówki od maja ub. roku, jednocześnie kierując oddziałem NIO w Gliwicach. Profesor uznał, iż jego misja w Krakowie została zakończona, a jednocześnie zarządzanie dwoma szpitalami jest dłużej niemożliwe.

■ Były wicewojewoda Małopolski Zbigniew Starzec został zastępcą dyrektora ds. współpracy i rozwoju w Szpitalu Klinicznym im. dr. J. Babińskiego w Krakowie.

■ Sabina Bigos-Jaworowska, wiceprezes Stowarzyszenia Szpitali Małopolski, członek zarządu Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych oraz Przedstawiciel Pracodawców Konwentu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Oświęcimiu, i dr Marek Styczkiewicz, podkarpacki konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii, zostali członkami nowo powołanej przez prezydenta Andrzeja Dudę Rady ds. Ochrony Zdrowia w ramach Narodowej Rady Rozwoju.



Moja Izba

– aplikacja dla każdego lekarza

Drogie Koleżanki i Koledzy, informatyzacja i ciągła pogoń za rzetelną informacją stały się nieodłącznym elementem naszego życia. Po wielu zapowiedziach, z opóźnieniem związanym m.in. z testami, pandemią i Państwa oczekiwaniami, nareszcie oddajemy w Państwa ręce w pełni funkcjonalną aplikację Moja Izba.

W zamierzeniu przeznaczona jest ona dla wszystkich lekarzy w całej Polsce, ale w chwili obecnej dostęp do niej mają wyłącznie członkowie krakowskiej Izby Lekarskiej. Aplikacja dostępna jest zarówno dla posiadaczy oprogramowania Android (Sklep Play), jak również IOS (Apple Store). Nie zawiera reklam i jest darmowa.

Aplikacja mobilna to szybki i wygodny dostęp do informacji oraz możliwość błyskawicznej reakcji na pojawiające się wiadomości, np. o planowanym szkoleniu.

Jak działa aplikacja Moja Izba

Rejestracja

Po pobraniu aplikacji np. na telefon i jej uruchomieniu, na początku ukaże się hasło „rejestracja”, gdzie trzeba podać szczegółowe dane nie tylko odnośnie wykształcenia, ale również miejsca pracy.

Po utworzeniu konta, nie dalej jak za 2-3 dni robocze, uzyskanie Państwa potwierdzenie założenia konta i możliwość bezpiecznego logowania.

W trosce o Państwa bezpieczeństwo skrupulatna rejestracja i weryfikacja są konieczne – aplikacja przeznaczona jest wyłącznie dla lekarzy i lekarzy dentystów. W trakcie

rejestracji konieczne jest zaznaczenie jednej, głównej izby lekarskiej, dodatkowo jest możliwość wyboru 3 izb lekarskich, z których będziemy otrzymywać m.in. wiadomości (dostępne w zakładce „wiadomości”).

Logowanie

Do logowania używamy wyłącznie podanego adresu mailowego oraz utworzonego hasła (numer PIN). Po zalogowaniu ukaże się intuicyjne menu. Do wyboru mamy cztery zakładki: Dydaktyka, Wiadomości, Praca i Dodatkowe. „Dydaktyka i praca” są panelami ogólnopolskimi. Tutaj niezależnie od wybranej izby lekarskiej znajdziemy informacje odnośnie szkoleń, kursów i ogłoszeń z całej Polski, z możliwością segregacji w zależności od izby, miasta czy specjalizacji.

Dydaktyka

W tym miejscu docelowo znajdziecie Państwo informacje zarówno o szkoleniach organizowanych przez okręgowe izby lekarskie, jak również o ogólnopolskich konferencjach – z możliwością zapisania się na nie. W chwili obecnej dostępna jest aktualna lista szkoleń organizowanych przez OIL w Krakowie. Na razie panel konferencji jest w trakcie budowy.

Dodatkowo, wychodząc na przeciw Państwa oczekiwaniom, w zakładce „dydaktyka” przewidziano możliwość zgłaszania szkoleń, które Państwa zdaniem powinny znaleźć się w kanonie dydaktycznym.

Jeżeli ktokolwiek z Państwa ma ochotę nie tylko zaproponować, ale również przeprowadzić szkolenie,



służymy wszelkim dostępnym wsparciem. Przez kontakt z Okręgową Izbą Lekarską w Krakowie zachęcamy do zgłaszania organizowanych przez Państwa konferencji.

Wiadomości

W zależności od preferencji izbowych podczas rejestracji, w tej zakładce znajdziemy wszystkie istotne wiadomości: informacje o nadchodzących wydarzeniach, jak również najnowsze relacje.

Niezależnie od rejestracji, w ustawieniach zawsze istnieje możliwość zmiany preferencji odnośnie zakresu otrzymywanych informacji.

Praca

Tutaj znajdziemy ogólnopolski bank ogłoszeń o pracy, ale nie tylko. Dostępna jest również zakładka z ogłoszeniami np. o sprzedaży sprzętu medycznego, wynajmie/sprzedaży lokali użytkowych. Selekcja ogłoszeń możliwa będzie w oparciu o interesujące nas miasto czy specjalizację. Dział ogłoszeń jest moderowany, dlatego ogłoszenia nie są publikowane natychmiast.

Dodatkowe

Ta zakładka zawiera kilka udogodnień, niedostępnych wcześniej. Znajdziemy tutaj dane kontaktowe do wszystkich izb lekarskich w całej Polsce. Dodatkowo zdalnie możemy zakupić niezbędne ubezpieczenie lub złożyć elektroniczne podanie o przyznanie „becikowego”.

Dzięki pomysłowi doktora Mateusza Czyżewskiego, aplikacja pełni również funkcję komunikatora, istnieje możliwość jednoczesowego powiadomienia wszystkich pracowników danego podmiotu (lekarzy). Wspomniany system powiadomień jest w pełni darmowy. Wymaga jedynie rejestracji w aplikacji przez pracowników danej jednostki.

* * *

W przyszłości przewidujemy dalszą rozbudowę aplikacji, zgodnie z Państwa potrzebami i oczekiwaniami.

Poza włączeniem do aplikacji kolejnych izb lekarskich, planowane zmiany skupią się wokół systematycznej poprawy funkcjonalności i rozwoju działu dydaktyki.

Prosimy także o spostrzeżenia na temat użyteczności tego narzędzia i propozycje modyfikacji. Pomoże to w jego dalszym doskonaleniu. Wszelkie informacje prosimy kierować na adres:

ogloszenia@oilkrakow.org.pl
lub r.szczepara@gmail.com.

Serdecznie pozdrawiam

Robert Szczepara

Twórcy aplikacji Moja Izba:

Pomysłodawca i koordynator projektu:

lek. Robert Szczepara

Wykonawca: Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie

Osoby koordynujące rozwój aplikacji:

prezes OIL Robert Stępień, lek. Robert Szczepara,

mgr Anna Suder-Ślusarczyk, mec. Tomasz Huber

Realizator i koordynator od strony technicznej:

mgr Tomasz Michna



Wybory w czasach pandemii

Już wcześniej informowałem, że nieuchronnie zbliża się IX kadencja samorządu lekarskiego i przed nami kolejne wybory.

20 stycznia Okręgowa Rada Lekarska ustaliła liczbę lekarzy uprawnionych do wyboru jednego delegata na 50. Przyjęła również uchwałę w sprawie minimalnej i maksymalnej liczby członków rejonu wyborczego. Ustalono tym samym, że najmniejszy rejon wyborczy może liczyć minimum 50 lekarzy/lekarzy dentystów, a maksymalny nie więcej niż 900 lekarzy/lekarzy dentystów. Przed Okręgową Komisją Wyborczą stoi teraz zadanie tworzenia rejonów wyborczych, które pod koniec lutego zatwierdzi Okręgowa Rada Lekarska. Do tego czasu przyjmowane będą wnioski o utworzenie rejonów, podpisane przez minimum 50 lekarzy i lekarzy dentystów. Wnioski kierowane mogą być wyłącznie na formularzu znajdującym się na naszej stronie internetowej, w zakładce „WYBORY” IX kadencji.

Po zatwierdzeniu przez ORL rejonów wyborczych, Komisja Wyborcza przypisze do nich lekarzy i lekarzy dentystów. Listy takie zostaną opublikowane do końca marca. Następnie przez miesiąc możliwe będzie przepisywanie się pomiędzy rejonami na indywidualny wniosek lekarza. Stosowny formularz zamieszczony zostanie we wspomnianej zakładce. Po tym terminie opublikujemy ostateczne listy członków rejonów wyborczych, które będą obowiązywały do końca IX kadencji, w latach 2022-2026.

Po ustaleniu imiennych list rejonów wyborczych przyjmować będziemy zgłoszenia kandydatów na delegatów. Tu warto przypomnieć, że takie prawo ma każdy członek danego rejonu wyborczego – może zgłosić swojego kandydata, członka tego rejonu. W wyborach na szczeblu rejonu jako kandydata na delegata można zgłosić również siebie.

W czerwcu 2021 r. odbędą się wybory w rejonach wyborczych. Dzięki możliwości wyborów korespondencyjnych mamy ten komfort, że nie musimy osobiście stawiać się przy urnie wyborczej, co jednak, ze względu na zapisy ustawy, nie wyklucza możliwości bezpośredniego głosowania w lokalu wyborczym.

Zachęcam wszystkich do korzystania z naszej strony internetowej, gdzie w zakładce „WYBORY” zamieszczamy na bieżąco informacje wyborcze. Zachęcam również do aktualizacji w rejestrze lekarzy swoich danych teleadresowych, co znacznie ułatwi nam przysyłanie korespondencji wyborczej.

Całą procedurę wyborczą w rejonach wyborczych pragniemy zakończyć do końca roku. Wybrani tą drogą delegaci stanowić będą Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie, uprawniony do wyboru władz naszej Izby w IX Kadencji. Ten zjazd planowany jest na marzec 2022 roku. Zjazd Krajowy będzie miał miejsce w Warszawie, w maju 2022 r.

Mam nadzieję, że wszystkie wymienione wydarzenia odbędą się już w warunkach bezpiecznych dla nas wszystkich i wrócimy do normalnych (w dobrym tego słowa znaczeniu) czynności samorządowych, czego wszystkim życzę.

Mariusz Janikowski
Sekretarz ORL

Przewodniczący OKW w Krakowie

Krakowska Izba w liczbach

Na 31 grudnia 2020 roku Okręgowy Rejestr Lekarzy OIL w Krakowie obejmował:

- 17 693 osób posiadających uprawnienia do wykonywania zawodu (13 747 lekarzy i 3913 lekarzy dentystów oraz 33 osoby posiadające podwójne uprawnienia lekarsko-dentystyczne),
- 997 lekarzy i lekarzy dentystów, którzy z różnych przyczyn nie posiadają obecnie prawa wykonywania zawodu (dane pochodzą głównie z materiałów przejętych od wojewódzkich wydziałów zdrowia lub lekarze ci nigdy nie ubiegali się o rejestrację i wydanie PWZ w Izbie, przebywają na emigracji, wykonują inne zawody etc.),
- 29 lekarzy, członków innych izb lekarskich, wykonujących zawód na terenie krakowskiej OIL.

OIL w Krakowie jest trzecią pod względem liczby członków izbą lekarską w Polsce – po izbach warszawskiej i śląskiej.

Apelujmy do pacjentów o zakładanie IKP

E-skierowanie już obowiązkowe

E-skierowanie to następne narzędzie elektroniczne, po e-receptce, oddane w ręce lekarza, które szczególnie w obecnych czasach ułatwia przekazanie pacjentowi w sposób bezpieczny skierowania na badania dodatkowe i konsultacje. Od 8 stycznia 2021 roku wszystkie placówki medyczne mają już obowiązek wystawiania i obsługi elektronicznych skierowań.

Działa podobnie jak e-recepta. Pacjent również otrzymuje 4-cyfrowy kod, który w powiązaniu z numerem PESEL pozwoli na rejestrację na określony termin, w stosownej placówce medycznej, wykonawcy skierowania. W miejsce wizyty w aptecce (e-recepta), pacjent musi telefonicznie dokonać tych czynności lub osobiście odwiedzić daną placówkę. Kod przekazywany jest SMS-em lub mailowo i dodatkowo widoczny jest na Internetowym Koncie Pacjenta.

Na stronie pacjent.gov.pl dostępne są informacje dotyczące e-skierowania, łącznie z przedstawieniem jego zalet:

- e-skierowania nie można zgubić – jest dostępne na IKP,
- pacjent może w każdym momencie sprawdzić historię swoich e-skierowań
- rodzice i opiekunowie mogą monitorować historię leczenia swoich dzieci i podopiecznych,
- znika problem nieczytelności ręcznie wypisanego dokumentu lub błędów – system e-zdrowie (P1) dokonuje weryfikacji poprawności e-skierowania,
- nie trzeba przyjeżdżać do placówki w celu odbioru skierowania, można je też otrzymać po kontakcie telefonicznym z lekarzem,
- pacjent rejestruje się telefonicznie na zabieg lub konsultację,
- pacjent nie może zarejestrować e-skierowania jednocześnie w kilku placówkach, co wpłynie na skrócenie kolejek do specjalistów oraz na badania,
- znika obowiązek dostarczenia do placówki oryginału skierowania w terminie 14 dni.

Łatwo zauważyć, że dogodny dostęp do e-skierowania, podobnie jak do e-recepty, zapewnia posiadanie Internetowego Konta Pacjenta. Przypomnę, że jedyną przeszkodą na

drodze do aktywacji takiego konta jest brak Profilu Zaufanego. Przypomnę również, że wszelkie informacje o tym znajdziemy na stronach pz.gov.pl i ikp.gov.pl. Apelujmy do swoich pacjentów o zakładanie takiego konta. Jego posiadanie zapewni komfort naszej pracy, a pacjentowi dogodny sposób otrzymania kodów do realizacji e-recepty czy e-skierowania.

E-skierowanie wystawiamy na badania refundowane przez NFZ:

- ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, za wyjątkiem porady w zakresie logopedii,
- leczenie szpitalne,
- rezonans magnetyczny,
- badanie endoskopowe przewodu pokarmowego,
- badanie echokardiograficzne płodu.

Wyjątek stanowią badania medycyny nuklearnej oraz badania tomografii komputerowej, w tym przypadku także te, które są finansowane ze środków innych niż ubezpieczenie w NFZ (w tej sytuacji kierujemy się zapisami ustawy Prawo atomowe).

E-skierowanie nie jest wystawiane na:

- leczenie w uzdrowisku lub sanatorium,
- programy lekowe,
- rehabilitację,
- do szpitala psychiatrycznego.

W tych przypadkach wystawiamy skierowanie w postaci papierowej.

Podobnie jak e-recepta, e-skierowanie może zastąpić formę papierową w przypadku, jeśli:

- nie ma dostępu do systemu e-zdrowie (P1), np. na skutek awarii tego systemu, systemu gabinet.gov.pl w placówce lub braku dostępu do internetu, np. podczas wizyty domowej,
- wystawiamy skierowanie osobie o nieustalonej tożsamości,
- lekarz jest z innego państwa członkowskiego UE i tylko tymczasowo i okazjonalnie udziela świadczeń zdrowotnych w Polsce.

W szpitalach, w ramach dokumentacji wewnętrznej nie jest wymagane e-skierowanie.

Według obecnego prawa skierowanie w żadnej formie nie jest wymagane do: psychiatry, ginekologa i położnika, onkologa, wenerologa, dentystry.

Mam nadzieję, że do e-zdrowia powoli się przyzwyczajamy, zarówno lekarze, jak i pacjenci. Cyfryzacja w ochronie zdrowia postępuje. Dziś, w czasach pandemii, nawet trudno sobie wyobrazić wystawianie recept w formie papierowej. Zapewne i e-skierowanie, po odkryciu i przezwyciężeniu wszelakich utrudnień, będzie nam dobrze służyć, czego wszystkim życzę w 2021 roku obok życzeń zdrowia i wysokiego miana przeciwności.

Mariusz Janikowski

Rozmowa z doktorem Tomaszem Sobalskim, prezesem Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, przewodniczącym Komisji ds. Praktyki i Systemu Ochrony Zdrowia w KLRwP

Jesteśmy chłopcem do bicia...



Panie Doktorze, do Rzecznika Praw Pacjenta, do NFZ wpływa wielokrotnie więcej niż przed pandemią skarg pacjentów na funkcjonowanie gabinetów podstawowej opieki zdrowotnej. Niestety, krytykę pod Waszym adresem można usłyszeć także od lekarzy innych specjalności. Podstawowe pytanie – kiedy otworzą się drzwi poradni POZ?

– Skargi wpływały i wpływać będą. W liczbach bezwzględnych różnica może wydawać się istotna, tymczasem ważna jest proporcja między ilością skarg, a liczbą udzielonych porad i ewentualny jej wzrost. Równie ważne jest, by z grupy wszystkich skarg wyodrębnić do analiz skargi uznane za zasadne. W POZ udzielanych jest rocznie ok. 160 mln porad, a liczba skarg wzrosła z kilkuset do ponad tysiąca. Myślę, że to zmiana o małej istotności statystycznej. Nie musimy się otwierać, bo jesteśmy cały czas otwarci. Jedyne, czego można oczekiwać, to zmiana proporcji między liczbą teleporad a poradami osobistymi. Podstawowa opieka zdrowotna generalnie nie przerwała pracy w pandemii. Zdarzały się tylko pojedyncze przypadki zamknięcia placówek, najwyżej na kilka dni, zwykle z niezależnych, obiektywnych przyczyn, czyli zakażeń SARS-CoV-2 – kwarantanny czy izolacji personelu.

Tymczasem w praktyce można mieć zupełnie inne odczucia. Pacjenci licytują się na rekordy – kilkadziesiąt prób połączenia telefonicznego z gabinetem lekarza rodzinnego, kilka dni oczekiwania na oddzwonienie to często norma. Niestety, część pacjentów, nawet z poważnymi dolegliwościami, w pewnym momencie rezygnuje. Czy zwiększył Pan Doktor może zatrudnienie w swojej poradni, by jakoś rozwiązać ten problem?

Nie, nie zatrudniłem nikogo, ponieważ nie ma takiej potrzeby. Zwiększyliśmy liczbę linii telefonicznych, mamy nowe numery dla pacjentów, a teleporad udzielamy tylko z dodatkowego, zastrzeżonego numeru, uruchomionego specjalnie, by nie blokować pozostałych linii. Jednak nie można w nieskończoność uruchamiać nowych linii, to i tak nic nie zmieni. Zawsze będą zdarzały się problemy z dodzwonieniem się w wyniku np. sprawności komunikacyjnej dzwoniącego, koincydencji czasowej – kilku dzwoniących. Przykładem jest ogólnopolska linia rejestracji do szczepień przeciw COVID-19 – pracują tam ponoć setki osób, a i tak ludzie nie mogą się połączyć. Muszę też podkreślić, że jest dużo niepotrzebnych, zbędnych telefonów od pacjentów.

Zbędnych, czyli jakich? W jakich sprawach pacjenci telefonują niepotrzebnie?

– Dla wielu pacjentów teleporada jest bardzo łatwo dostępną i wygodną formą kontaktu z lekarzem. Dodatkowo bezpłatną. Dlatego błahе problemy, wątpliwości, które w normalnych warunkach wymagających większego zaangażowania osobistego pacjent rozwiązywałby sam, aktualnie często są konsultowane z lekarzem.

Mamy jednak przełomowy moment – większość personelu medycznego zyskała dzięki szczepieniom ochronę przed zakażeniem SARS-CoV-2. Czy to nie jest odpowiednia chwila, by ułatwić pacjentom dostęp do lekarzy?

– To prawda, że personel medyczny będzie bezpieczny, ale co z pacjentami na korytarzu? Przecież nie wie-

- 10 my, kto miał kontakt z wirusem, kto jest chory, kto jest nosicielem. Pacjenci mogą się zarażać między sobą, nie dopuścimy do tego. A nie mamy warunków, by ciągle wietrzyć pomieszczenia i stale wszystko dezynfekować. Dostęp do przychodni musi być regulowany dla dobra pacjentów. Zresztą, jestem przekonany, że teleporada jako pełnowartościowe świadczenie w określonych sytuacjach lub jako wstęp do wizyty osobistej zostanie już z nami na stałe. Będzie standardem, którego zakres zapewne z czasem zostanie tylko precyzyjniej określony.

Z pewnością ma ona wiele zalet, lecz na razie problemem jest jej uzyskanie. I trudno zrozumieć protesty części środowiska – przedstawicieli Porozumienia Zielonogórskiego – wobec projektów zmian w rozporządzeniu dotyczącym standardu organizacyjnego teleporady i zobowiązania lekarzy do kontaktu z pacjentem w ciągu 24 godzin od zgłoszenia potrzeby konsultacji.

– To oczywiste, że podobnie jak przy osobistym kontakcie, tak i w teleporadzie pacjent powinien jak najszybciej uzyskać pomoc. Osobiście staram się tak organizować pracę, aby pacjent uzyskał teleporadę w dniu zgłoszenia, najpóźniej na drugi dzień. Może ci, którzy protestują przeciw usankcjonowaniu tej reguły, obawiają się problemów wynikających z braku personelu? Obecnie znalezienie kogokolwiek do pracy w przychodni – pielęgniarki, położnej, nie wspominając o lekarzu, graniczy z cudem. Niedobór personelu jest ogromny, a zadań mnóstwo, np. wiele poradni POZ dodatkowo prowadzi masowe szczepienia.

Czy Kolegium Lekarzy Rodzinnych ma może pomysł, jak lepiej zorganizować system, by jednak nie było tak powszechnej krytyki pod adresem lekarzy POZ?

– Na stronie Kolegium każdy może znaleźć bardzo wiele postulatów, które powinny zostać zrealizowane, aby uzdrowić cały polski system opieki zdrowotnej, by uczynić go bardziej przyjaznym dla pacjentów. Obecne problemy nie wynikają wyłącznie z pandemii, niedobory kadrowe i niedofinansowanie mamy od wielu lat. Pandemia tylko jeszcze bardziej uwidoczniła potrzebę głębokich zmian. Zresztą, nie tylko w Polsce, podobnie jest na całym świecie. Wszędzie ujawniły się niedostatki i toczą się dyskusje, poszukuje się nowych rozwiązań dla systemów opieki zdrowotnej. Możemy jednak mówić jedynie o dążeniu do zwiększenia zadowolenia, a nie o zaspokojeniu wszystkich potrzeb. To jest nierealne, nigdy nie zaspokoi się wszystkich oczekiwań. Co do nowych wytycznych w „rzeczywistości teleporad” – część już powstała. Zapewne pojawią kolejne, bardziej szczegółowe sugestie, lecz na razie wszyscy jeszcze się uczymy, jak żyć i pracować w warunkach pandemii. Świat się zmienia, rok temu samo pojęcie teleporady, szczególnie w Polsce, wydawało się dość abstrakcyjne.

Wspomniał Pan Doktor o zmianie proporcji między teleporadami a osobistymi wizytami pacjentów. Jak ten bilans wygląda obecnie?

– Trudno o precyzyjne wyliczenia, ponieważ teleporady jako procedura medyczna w systemach do obsługi poradni pojawiły się dopiero we wrześniu. Wcześniej systemy ich nie rejestrowały. Posługując się liczbami, mogę natomiast odrzucić zarzuty o ograniczenie dostępu pacjentów do lekarza pierwszego kontaktu. W moim gabinecie w 2019 roku udzielono ponad 19 400 porad, w 2020 roku wszystkich (łącznie z teleporadami) było 16 950. To nie jest chyba duży spadek, różnicę generują pacjenci, którzy po prostu w ogóle nie chcieli się ze mną kontaktować lub nie mieli takiej potrzeby. Naprawdę wiele osób unika wizyt w placówkach ochrony zdrowia. Codziennie spotykam się z tym, że chorzy nie chcą badań, konsultacji, skierowań do poradni specjalistycznych. Spadek liczby porad wynika także z faktu, że znacznie większa liczba pacjentów stale przyjmujących leki korzysta z recept wypisanych na kilka miesięcy.

Może przy osobistym spotkaniu z lekarzem łatwiej byłoby przekonać kogoś do zadbania o zdrowie. Niepokojące są informacje np. o wzroście liczby chorych zgłaszających się do specjalistów po raz pierwszy już z rozsianym nowotworem. Śmiertelność w Polsce wzrosła nie tylko z powodu COVID-19. Mówi się o poważnych zaniedbaniach diagnostycznych.

– Zaniedbania diagnostyczne? Nie nazwałbym tak tego. Zawsze może się zdarzyć, że mimo prawidłowej diagnostyki, dynamika procesu chorobowego i obraz kliniczny, który widzimy, jednoznacznie nie wskazują na przyszły przebieg choroby. I w każdym przypadku, mimo najlepszej staranności ze strony lekarza, może zdarzyć się coś nieoczekiwanego. Nie wszystko da się przewidzieć. Musimy również pamiętać o znamienym ograniczeniu dostępności do świadczeń specjalistycznych i szpitalnych. POZ dysponuje określonym zasobem diagnostycznym. Co do statystyk śmiertelności – poproszę o precyzyjne, wielowskaźnikowe dane, tylko takie gwarantują rzetelną interpretację, wówczas postaram się je skomentować. Nie tylko w tym zakresie nie dysponujemy dzisiaj naprawdę rzetelnymi informacjami. Wiele osób posługuje się wiadomościami przekazywanymi przez media, które, jak wiadomo, rządzą się swoimi prawami – szukają sensacji. To naprawdę zbyt krótki okres, by wyciągać takie wnioski, by stawiać komuś zarzuty. Zresztą, jeśli chodzi o pacjentów, najwięcej pretensji mają do nas wcale nie osoby wymagające pilnej porady czy z poważnymi problemami zdrowotnymi. Część narzekających, to tacy, którym brakuje atmosfery poczekalni – swego rodzaju klubu towarzyskiego, gdzie można z kimś porozmawiać. Druga grupa to pacjenci roszczeniowi, z pokolenia, które uważa, że im się wszystko należy. Traktują swoje zdrowie

instrumentalnie, a lekarza zadaniowo – coś im się zepsuło, więc jak auto w warsztacie, lekarz jak mechanik ma im zdrowie naprawić w przychodni. Reszta ich nie interesuje i na co dzień raczej większej odpowiedzialności za własne zdrowie wziąć nie chcą.

Może dla tej akurat grupy ułatwieniem byłby kontakt mailowy?

– Poza kilkoma wyjątkami, np. przedłużeniem recepty, jestem całkowitym przeciwnikiem tej formy kontaktu z chorym. Rozmowa jest konieczna, wideoporada wydaje się być optymalną formą porady zdalnej, ponieważ wnosi dodatkowe informacje będące istotnym elementem diagnozy – słyszymy głos pacjenta, oddech, możemy zadać dodatkowe pytania i rozwiać wątpliwości. Moim zdaniem, mail to w wielu sytuacjach najbardziej ułomna forma kontaktu z pacjentem.

W tym kontekście rozmowa telefoniczna też przegrywa z osobistym kontaktem...

– Ponad wiek temu dr Władysław Biegański głosił, iż ok. 50-60 procent trafnych diagnoz można postawić jedynie na podstawie dobrze zebranego wywiadu. Badanie fizykalne uzupełnia to o 10 do 20 procent, a badania dodatkowe tylko o kolejne 10 procent, dochodzą jeszcze inne czynniki. Tę teorię sprawdzano kilka lat temu, współcześnie, w klinice Mayo i okazało się, że w dalszym ciągu podstawą diagnozy jest wywiad lekarski. Pamiętajmy jednak, że uczestniczą w nim dwie strony – lekarz i pa-

cjent. Jeżeli pacjent jest kompletnie nieprzygotowany, ma ograniczone możliwości przekazania informacji, to nawet kiedy będzie siedział tuż przed lekarzem, niekoniecznie uda się postawić prawidłowe rozpoznanie. I o tym trzeba pamiętać – bez względu na to, czy przychodnie będą otwarte, czy zamknięte, to głównie na podstawie wywiadu podejmuje się decyzje o zakresie badania fizykalnego i dalszych badaniach diagnostycznych. A wywiad to wnikliwie prowadzona rozmowa, także telefoniczna. Jeżeli pacjent zgłasza objawy, które wykluczają ostre schorzenie wymagające pilnej interwencji, proszę go o kontakt za kilka dni, by sprawdzić, jak przebiega leczenie. Jeśli to konieczne, proszę o wizytę w gabinecie. Nie potrafię powiedzieć, jak postępują inni lekarze, nie wezmę za nich odpowiedzialności. Jeśli są podstawy do krytyki, ważne jest wyważenie proporcji między sytuacją nietypową a standardowym postępowaniem przy teleporadzie. Cóż, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej krytykowano zawsze. Jesteśmy takim chłopcem do bicia, fala hejtu ciągle się na nas wylewa i nie potrafię tego zmienić. Co do krytyki w środowisku lekarskim – serdecznie zapraszam do współpracy. Jakoś nikt nie chce pracować w POZ. Gdyby było nam tak świetnie i lekko, zapewne przed drzwiami każdego kierownika przychodni, przed gabinetami lekarzy rodzinnych czekałaby kolejka chętnych do pracy. Jakoś jej nie widzę...

Rozmawiała Jolanta Grzelak-Hodor
fot. Katarzyna Domin

Pomóż nam pomagać innym – to motto Fundacji Lekarze Lekarzom

Nadchodzi termin dorocznych rozliczeń, zwracam się z prośbą o przekazanie 1% podatku na Fundację Lekarze Lekarzom

na numer KRS 0000409693

Państwa wkład umożliwi pomoc:

- lekarzom znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej, przede wszystkim z powodu następstw klęsk żywiołowych, ale też innych nadzwyczajnych okoliczności,
- owdowiałym małżonkom lekarzy,
- szczególnie uzdolnionym dzieciom lekarzy znajdujących się w trudnej sytuacji finansowej,
- lekarzom emerytom, rencistom i kolegom niewykonującym zawodu, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej.

Dzięki datkom Fundacja może wspierać finansowo inicjatywy samorządu zawodowego lekarzy w zakresie opieki zdrowotnej

i społecznej. Wspiera także personel medyczny i szpitale w walce z epidemią, organizując zakup środków materiałowych.

Zapraszamy do odwiedzenia strony Fundacji:

<http://fll.org.pl>

Informuję dodatkowo, że na konto Fundacji można w każdej chwili wpłacić dobrowolny datek. Nasz adres i numer konta:

Fundacja Lekarze Lekarzom
ul. Jana Sobieskiego 110; 00-764 Warszawa
Nr konta: PKO SA 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541

Mariusz Janikowski
Prezes Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

Walcząc z wszechogarniającym chaosem

Tak, jak wcześniej, jednym z głównych tematów dyskusji podczas obrad Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie były testy w kierunku SARS-CoV-2 oraz zaopatrzenie placówek medycznych w środki ochrony osobistej, tak od końca grudnia najważniejszym stał się problem szczepień przeciw COVID-19.

16 grudnia członkowie Prezydium podczas swojego spotkania online dyskutowali o przyjmowaniu zgłoszeń do szczepień i wyrażali obawy, iż nie cały personel medyczny będzie chciał się zaszczepić. Wkrótce ten problem zniknął, gdyż szczepionek bardzo szybko zaczęło brakować, stały się dobrem co najmniej trudno dostępnym. W połowie lutego nadal duża grupa przedstawicieli zawodów medycznych z grupy „0” czekała w kolejce, choć trwały już szczepienia seniorów powyżej 70. roku życia i rozpoczynały się szczepienia nauczycieli drugą z zarejestrowanych szczepionek. Tym samym pogłębiał się chaos, o czym informowali wszyscy członkowie Prezydium w odpowiedzi na prośbę prezesa ORL Roberta Stępnia o stałe monitorowanie i raportowanie przebiegu szczepień wśród lekarzy i lekarzy dentystów. *(Więcej o problemach ze szczepieniami w kolejnym tekście)*

Brak szczepionek rozwiązał jedną z obaw wyrażanych jeszcze w grudniu – że z powodu niedoborów kadrowych nie będzie miał kto zaszczepić milionów Polaków. Niedobory kadrowe są w Polsce coraz bardziej widoczne, co zdaniem samorządu lekarskiego nie upoważnia jednak do szukania niebezpiecznych, doraźnych rozwiązań. Dlatego też 16 grudnia władze OIL w Krakowie po raz kolejny krytycznie oceniły przepisy umożliwiające zatrudnienie lekarzy spoza Unii Europejskiej praktycznie bez żadnej weryfikacji ich wiedzy, nawet bez znajomości języka polskiego. OIL w Krakowie nie chce brać odpowiedzialności za skutki tej decyzji, choć prawo narzuciło samorządowi lekarskiemu legitymizowanie decyzji o pozwoleniu na pracę dla zagranicznych lekarzy o niesprawdzonych kwalifikacjach.

Pierwsze w 2021 roku spotkanie Prezydium zaczęło się jednak optymistycznie – prezes Robert Stępień poinformował

o uruchomieniu aplikacji Moja Izba na urządzenia mobilne, która jest już bezpłatnie dostępna dla wszystkich członków krakowskiej Izby Lekarskiej. Realizacja tego projektu z wielu przyczyn trwała dość długo, ale najważniejsze, że wszystko zakończyło się pomyślnie. *(O korzyściach wynikających z użytkowania aplikacji piszemy na str. 5-6).*

Właśnie w tej aplikacji oraz na stronie internetowej Izby można znaleźć informacje, jak bliscy lekarza zmarłego z powodu COVID-19 mogą zabiegać o rentę specjalną, obiecywaną przez Ministra Zdrowia. OIL w Krakowie pomaga w tych staraniach – przypomniał podczas obrad Prezydium prezes Stępień.

Izba nie zapomina także o innych problemach swoich członków, dlatego Prezes OIL podjął u Wojewody Małopolskiego pilną interwencję w sprawie odpadów medycznych zalegających w placówkach opieki zdrowotnej. Drastyczny wzrost ilości odpadów, związany z ogromnym zużyciem materiałów jednorazowych, przerósł możliwości wielu firm, z którymi gabinety, przychodnie i szpitale zawarły umowy na odbiór odpadów. Do Wojewody skierowano również prośbę o interwencję w sprawie coraz liczniej pojawiających się w różnych miejscach nielegalnych reklam podmiotów medycznych.

10 lutego Prezydium ORL przyjęło także specjalne stanowisko i apel do naczelnych władz samorządu o działania, których efektem będzie powstrzymanie nieprzemyślnych projektów przekształceń własnościowych polskich szpitali. W ostatnim czasie pojawiło się kilka pomysłów restrukturyzacji szpitali, jednak żaden nie wydaje się zmierzać w dobrym kierunku. Po raz kolejny zamiast wyznaczenia długofalowych celów i tworzenia lepszego systemu opieki zdrowotnej, rządzący proponują rozwiązania co najmniej kontrowersyjne. Projekt kolejnej reformy systemu ochrony zdrowia ma ujrzeć światło dzienne w maju, ale trwają już prace nad jej założeniami.

W ostatnim czasie odbyły się również dwa „zdalne” posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej. 16 grudnia Rada ustaliła termin najbliższego Okręgowego Zjazdu Lekarzy

OIL w Krakowie na 27 marca 2021 r. Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego Zjazdu został Mariusz Janikowski, sekretarz ORL w Krakowie. Na styczniowym posiedzeniu Rada przyjęła także uchwały związane z organizacją wyborów delegatów na kolejny Zjazd – w 2022 roku, który rozpocznie nową, IX kadencję samorządu lekarskiego.

Z końcem ub. roku Rada podjęła również uchwały o przekazaniu, podobnie jak w poprzednich latach, kwoty 1 zł od każdego członka Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie na rzecz Fundacji Lekarze Lekarzom oraz o dofinansowaniu kwotą 10 tys. zł Stowarzyszenia Lekarze Nadziei, z przeznaczeniem na szkolenia lekarzy pracujących w stowarzyszeniu jako wolontariusze.

Członkowie Zespołu ds. POZ pełni obaw w kwestii szczepień

Z interwencją u Wojewody

4 lutego z udziałem wiceprezesa ORL Lecha Kucharskiego odbyła się telekonferencja Zespołu ds. POZ Okręgowej Rady Lekarskiej, zorganizowana przez jego przewodniczącego Jerzego Radziszowskiego. Tematem była realizacja programu szczepień przeciw COVID-19. Rozmawiano nie tyle o realizacji, co o piętrzących się przeszkodach na drodze do wyszczepienia Polaków.

Podstawowym problemem jest oczywiście brak szczepionek. Jak oszacował Jerzy Radziszowski, przy obecnych dostawach zaszczepienie dorosłej populacji jego pacjentów zajmie jakieś trzy lata. Wojciech Blecharczyk wyliczył, że w jego gminie, przy jednym punkcie szczepień, uodpornienie dorosłych mieszkańców zajmie nawet do 5 lat.

To jedna kwestia, ale nie brakuje też złych rozwiązań w organizacji programu. – Dotąd nie ma szczegółowych wytycznych do prowadzenia szczepień, za to znów mamy do czynienia z przerośniętą biurokracją – podkreślał doktor Radziszowski.

Pomijając karygodną dezinformację, typowe kłopoty z logowaniem się do centralnych systemów informatycznych, problemy z wprowadzaniem wymaganych danych, generowaniem raportów, awaryjnością łączy itp., nie ma na przykład jednoznacznych wskazówek odnośnie prowadzenia dokumentacji medycznej związanej ze szczepieniem przeciw COVID-19. Choć jej papierowa wersja nie jest wymagana, jedne przychodnie tylko rejestrują fakt szczepienia, inne zakładają jednorazowe karty pacjenta.

Dużo wątpliwości budzi kolejny etap – kwalifikacja do szczepienia. Czy każdego pacjenta należy badać, a jeśli tak, to w jakim zakresie?

– Zgodnie z przyjętym stanowiskiem, jest to szczepienie populacyjne, więc jeśli w ankiecie wypełnianej przez pacjenta nic nie budzi wątpliwości, nie ma potrzeby badania fizykalnego, poza zmierzeniem temperatury. Oczywiście, o potrzebie dodatkowych badań, na przykład pomiaru ciśnienia u seniora, decyzje podejmuje się indywidualnie – wyjaśniał członkom Zespołu Jerzy Radziszowski.

Zdaniem Lecha Kucharskiego, w przypadku osób w podeszłym wieku pomiar ciśnienia może być jednak wskazany. Należy pamiętać o efekcie „białego fartucha” i sytuacji sporego stresu, jakim dla wielu osób jest chwila spełnienia długo oczekiwanej nadziei na covidowe bezpieczeństwo.

Mnóstwo zastrzeżeń budzi fatalna organizacja akcji po stronie decydentów.

– Interweniowaliśmy już w tej sprawie, ale nie ma reakcji – jeśli ktoś nie zgłosi się do przyjęcia drugiej dawki szczepionki, nie mamy żadnej możliwości podania jej innej osobie jako dawki pierwszej. Pozostaje tylko szczepionkę zutylizować, bo system nie przewidział takiej sytuacji, nie można tego nigdzie odnotować. W tym systemie brakuje jakiegokolwiek elastyczności, za to mamy do czynienia z marnotrawstwem – alarmował Wojciech Blecharczyk, dodając, iż w jego przychodni już były takie przypadki.

W dniu zebrania bez odpowiedzi pozostawały także pytania o weryfikację uprawnień do szczepień dla nauczycieli, o organizację jednoczesnych szczepień kolejnymi dopuszczonymi do obrotu szczepionkami, różnymi dawkami, w różnych odstępach czasu i wiele innych. Wnioski były jednoznaczne – jeśli władze centralne nie zapanują nad obecnym, własnym bezładem decyzyjnym i organizacyjnym, zaszczepienie wszystkich Polaków przeciw COVID-19 wydaje się niewykonalne. Zwłaszcza że w związku z tą sytuacją coraz więcej punktów szczepień rozważa wycofanie się z programu.

Członkowie Zespołu dyskutowali także o innych problemach w funkcjonowaniu podstawowej opieki zdrowotnej. Jednak, jak z ironią w głosie podkreślił doktor Radziszowski, sytuacja w POZ jest stabilna – postulowane zmiany nie następują, za to co jakiś czas urzędnicy dokładają lekarzom nowych wyzwań.

Wszystkie uwagi i postulaty ze spotkania Zespołu ds. POZ zostały 10 lutego przedstawione wojewodzie Łukaszowi Kmicie przez wiceprezesa Lecha Kucharskiego i członka ORL Jerzego Radziszowskiego.

– Wojewoda obiecał, że przekaże je ministrom odpowiedzialnym za szczepienia przeciw COVID-19. Poinformowaliśmy również o stanowisku samorządu wobec zapowiedzi restrukturyzacji szpitali – zgodnie z dokumentem przyjętym przez Prezydium ORL. Umówiliśmy się też na kolejne spotkanie. Trudno przewidzieć efekty tej interwencji, lecz rozmowa z Wojewodą przebiegła w dobrej atmosferze – powiedział nam doktor Lech Kucharski.

Jolanta Grzelak-Hodor



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Kontakty służbowe pomiędzy lekarzami a prawnikami zwykle są nieprzyjemne. Dla prawników z powodu choroby, dla nas oznaczają dobrze jak tylko kłopoty.

A otoczenie, w którym przyszło nam pracować, staje się dla nas coraz bardziej nieprzyjemne, coraz bardziej agresywne. Ze wszystkich stron coraz więcej zagrożeń. Coraz więcej instytucji państwa chce wpływać na nasze postępowanie. Coraz częściej musimy lawirować pomiędzy przepisami a życiem oraz własnym poczuciem obowiązku i uczciwości.

Nasza praca jest nieuchronnie związana z niepowodzeniami. Powikłania zdarzały się i będą się zdarzać. Należy z nich wyciągać wnioski. Ale żeby to zrobić, trzeba te niepowodzenia spokojnie przeanalizować, omówić, zastanowić się. Rejestr zdarzeń niepożądanych powinien temu służyć, lecz najpierw musi powstać. Istnieje już wprowadzić taki rejestr, ale jeżeli zgłaszający zdarzenie nie będzie miał gwarancji bezpieczeństwa, to nie będzie zgłaszał. Stąd w Polsce raportowanych jest kilkadziesiąt razy mniej zdarzeń niepożądanych niż np. w Szwecji. Cóż, żyjemy w kraju, w którym ważniejsze jest szukanie winnych niż przyczyn. Złapać, ukarać (najlepiej przykładnie) i sprawa załatwiona. Kradnijcie dalej, złapałem złodzieja. W takiej sytuacji nie będzie zgłoszeń ani wniosków ze zdarzeń niepożądanych, nie wzrośnie bezpieczeństwo pacjentów, za to znajdziemy winnych. Bo w powszechnym mniemaniu wszystkie choroby są uleczalne a ludzie nieśmiertelni. Każde niepowodzenie w leczeniu uważa się za zawinione i szuka się winnych.

Wszelkie próby depenalizacji naszych działań rozbijają się o ścianę. Nawet szumnie zapowiadane zapisy w ustawie antycovidowej okazały się być nie do zastosowania. Są tylko zapisy chroniące polityków, lecz nie nas.

W naszym otoczeniu prawnym miesza się bez umiaru. Zmieniające się i sprzeczne decyzje odnośnie do kolejności szczepień, grup szczepień, niepewne i nieterminowe dostawy szczepionek itd. Jednak szef Agencji

Rezerw Materiałowych, która to instytucja uzurpuje sobie władzę nad punktami szczepień, wie, jak rozwiązać problem – oświadczył, że w ogóle zakaże się szczepień w poniedziałki. Bo w szczepieniach rządzą wszyscy prócz ministra zdrowia. A wydawałoby się, że ARM jest od dostarczania szczepionek, a nie od rządzenia i organizacji szczepień.

I na koniec – cały czas mam przed oczami wściekłą twarz p. Marty Lempart i jej krzyki straszące lekarzy, którzy odważą się... No właśnie, nie bardzo wiem, na co mamy się odważyć i co miało znaczyć owo „przyjdziemy”, i inne pogrożki. Nie szukajcie wrogów tam, gdzie ich nie ma. A już na pewno nie wśród lekarzy. Nie my uchwalamy prawo. Niestety, obojętnie co o nim myślimy, musimy się póki co do niego stosować.

Jerzy Friediger

Nagrody OIL w Krakowie

**Lista osób, które decyją
Komisji Kształcenia Medycznego ORL
w Krakowie otrzymały nagrody finansowe
za najlepiej zdany egzamin specjalizacyjny
w sesji wiosennej 2020**

Łukasz Garnczarski – urologia
Weronika Gawron-Jakubek – ortodoncja
Radosław Litwinowicz – kardiokirurgia
Piotr Mazur – kardiokirurgia
Iwona Popiołek – toksykologia kliniczna
Dagmara Przybyło – anestezjologia i intensywna terapia
Katarzyna Szczudrawa – choroby wewnętrzne
Ewa Woźniak – protetyka stomatologiczna
Paulina Wrześniewska – medycyna rodzinna



Nowe wyzwania dla systemu opieki zdrowotnej

Rehabilitacja osób po COVID-19

Wielu ozdowieńców skutki przebytej choroby COVID-19 odczuwa jeszcze kilka, a nawet kilkanaście tygodni po wyleczeniu. Są i tacy, którzy mimo że wygrali walkę z wirusem, nie są w stanie o własnych siłach opuścić oddziału intensywnej terapii. Tymczasem odpowiednia, wcześniej wprowadzona opieka nad pacjentem „pocovidowym” ma niebagatelne znaczenie w jego rekonwalescencji. Szansą dla tych osób są specjalistyczne ośrodki od lat prowadzące rehabilitację pulmonologiczną, neurologiczną, ogólnoustrojową czy kardiologiczną. W naszym regionie współpracują ze sobą w tym zakresie Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. E. Wojtyły w Jaroszewcu, Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem oraz Uzdrowisko Kopalnia Soli „Wieliczka”. Pomocą w prowadzeniu terapii osób po przebyciu COVID-19 jest dla nich program opracowany przez prof. Romana Nowobilskiego, kierownika Zakładu Rehabilitacji w Chorobach Wewnętrznych CM UJ.

Jest zapotrzebowanie, brakuje produktu

60-letni pan Andrzej do Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji w Jaroszewcu trafił bezpośrednio ze szpitala covidowego, w którym przebywał przez miesiąc, w tym dwa tygodnie w śpiączce. Jak sam przyznaje, fizjoterapeuci musieli uruchomić każdy fragment jego ciała. Po zakończeniu 21-dniowego turnusu rehabilitacyjnego zaczął przemieszczać się z balkonikiem. By – miejmy nadzieję – całkiem dojść do formy, spędzi w Jaroszewcu kolejne trzy tygodnie. Ale na tutejszym Oddziale Rehabilitacji Chorób Układu Oddechowego są też dużo młodszy pacjenci, niegdyś sprawni, a po chorobie tak osłabieni, że muszą korzystać z wózka inwalidzkiego. Po dwóch

tygodniach ćwiczeń zaczynają chodzić po schodach, a po trzech – biegać.

– To, co się tutaj dzieje z pacjentami podczas rehabilitacji pulmonologicznej, jest niewiarygodne. Mam same dobre myśli na ten temat – wyznaje dyrektor Szpitala w Jaroszewcu Krzysztof Grzesik. 1 lutego, po ponad 3 miesiącach od momentu skierowania tu pierwszych osób z problemami oddechowymi po przebyciu zakażenia SARS-CoV-2, Oddział opuścił setny pacjent – pielęgniarka SOR, która wcześniej sama pracowała z zarażonymi koronawirusem.

Szpital w Jaroszewcu jest największą placówką w Małopolsce, jeżeli chodzi o przyjmowanie pacjentów z problemami pulmonologicznymi po COVID-19. Obecnie ma zakontraktowane 44 łóżka na oddziale rehabilitacyjnym, ale przyjmuje 64 pacjentów, licząc, że NFZ i te przypadki zrefunduje. – Gdybyśmy nie przyjęli tych 20 dodatkowych osób, to pewnie byłaby kolejka na jakieś 3 miesiące – mówi dyrektor Grzesik i dodaje, że szpital planuje również wdrożyć leczenie tzw. pacjenta lekkiego. Spędzałby on tydzień w szpitalu, a później przez kolejne dwa tygodnie korzystałby z teleopieki i telekonsultacji, ćwicząc samodzielnie w domu.

Zapotrzebowanie na tego typu świadczenia jest olbrzymie. Tymczasem produktu takiego jak „rehabilitacja osób po przebyciu COVID-19” rozliczanego przez NFZ jeszcze nie ma (w Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Głuchołazach realizowany jest dopiero ministerialny program pilotażowy, który zakończy się latem 2022 r.), dlatego lekarze i fizjoterapeuci z Jaroszewca prowadzą leczenie i rehabilitację pacjentów na dotychczasowych zasadach, korzystając z wiedzy i doświadczenia wypracowanego przez prawie 20 lat działalności placówki.

Na zdjęciu zajęcia ruchowe w Komorze Smok w Uzdrowisku Kopalnia Soli „Wieliczka”

Podobnie sytuacja wygląda w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym w Zakopanem, gdzie obecnie przebywa ponad 40 osób po COVID-19, w tym większość na oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej. Pacjenci są pod opieką neurologów, kardiologów, internistów, pulmonologów, lecz także psychologów, a nawet torakochirurgów, którzy konsultują trudniejsze przypadki przed zabiegami. Szpital dysponuje 200 łózkami, w tym 140 na oddziale ogólnoustrojowym. – Trafiają do nas pacjenci, którzy przeszli COVID-19, ale ich rozpoznaniem nie jest stan pocovidowy, bo takiej jednostki chorobowej nie ma. O wprowadzenie takiego produktu ubiegałam się w NFZ i Ministerstwie Zdrowia, jak na razie bezskutecznie. Dlatego przyjmujemy najczęściej z rozpoznaniem „po długotrwałym unieruchomieniu”, co dotyczy głównie osób, które przez 4, 5 tygodni leżały na „łóżku covidowym”, często pod respiratorem. One nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w warunkach domowych, wymagają opieki lekarskiej i pielęgniarskiej przez 24 godziny na dobę – mówi Krystyna Walendowicz, dyrektor Szpitala w Zakopanem.

Kolejnym problem jest kwestia wystawiania skierowań na rehabilitację czy zabiegi fizjoterapii. Zgodnie z zaleceniami NFZ może je wypisać lekarz oddziału pulmonologicznego, kardiologicznego, laryngologicznego, chorób wewnętrznych, onkologicznego, alergologicznego lub covidowego powstałego z wcześniej utworzonych, jak również lekarz poradni gruźlicy i chorób płuc, rehabilitacyjnej, alergologicznej i chirurgii klatki piersiowej. – Zasygnalizowaliśmy pewną zmianę prawa, tak żeby można było kierować do nas pacjentów bezpośrednio ze wszystkich tych oddziałów, gdzie jest najwięcej osób z covidem, czyli z oddziałów zakaźnych – przyznaje dyrektor Grzesik. Natomiast Krystyna Walendowicz zwraca uwagę na to, że dużym ułatwieniem byłoby, gdyby skierowanie na rehabilitację mógł wypisać lekarz pierwszego kontaktu. Również w tej sprawie dyrektor Szpitala w Zakopanem wysłała pismo do ministra zdrowia i prezesa NFZ.

Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem



Małopolski Szpital Chorób Płuc i Rehabilitacji im. E. Wojtyły w Jarosławcu

Co powinno być sygnałem dla lekarza POZ, że pacjent wymaga takiej rehabilitacji? – Przede wszystkim znaczny spadek wydolności fizycznej, to że pacjent z trudem wykonuje czynności, które przed chorobą nie sprawiały mu trudności. Prócz tego napadowe czy wysiłkowe duszności, utrzymujący się kaszel, bezsenność, występujące często zaburzenia rytmu serca – wylicza dr n. med. Małgorzata Kasprzyk-Żyszczyńska, dyrektor ds. leczniczych Szpitala w Jarosławcu, specjalista chorób wewnętrznych i rehabilitacji medycznej. Natomiast Krystyna Walendowicz wskazuje, że problemami neurologicznymi często pojawiającymi się u osób po przebytych SARS-CoV-2 są przede wszystkim zaburzenia pamięci i orientacji, czasem też objawy mikroudarowe takie jak np. niestabilny chód.

Pacjent „pocovidowy” niedoszaczowany

Zdaniem lekarzy rehabilitacja pulmonologiczna pacjenta „pocovidowego” pod wieloma względami nie różni się od tego z już ustabilizowanymi chorobami przewlekłymi, jednak opieka nad nim jest bardziej obciążająca.

– Pewne elementy się nie różnią, bo podczas zarażenia SARS-CoV-2 najczęściej dochodzi do śródmiąższowego zapalenia płuc. Jednak często obserwujemy powikłania w postaci zatorowości płucnej u pacjenta „pocovidowego”, dlatego musimy u niego regularnie monitorować saturację, wykonywać kontrolne badania gazometryczne i laboratoryjne. Do tego dochodzi tlenoterapia i leczenie farmakologiczne, bo na przykład ze względu na wspomniane powikłania zatorowo-zakrzepowe pacjenci ci otrzymują heparynę drobnocząsteczkową. Tak więc monitorowanie pacjenta wymaga większego zaangażowania z naszej strony. Pamiętajmy też, że osoby chorujące przewlekłe lepiej znają swoje choroby, natomiast COVID-19 to dla pacjenta szok. W połączeniu z niejednokrotnie znacznie obniżoną wydolnością fizyczną powoduje pojawienie się objawów typu zaburzenia lękowe, niepokój czy bezsenność – wyjaśnia dr Kasprzyk-Żyszczyńska, dodając, że zarówno tleno-, jaki i farmakoterapia oraz konieczność

wykonywania badań laboratoryjnych nie pozostają bez wpływu na koszty leczenia.

– W naszym szpitalu pacjenci chodzą na ćwiczenia z koncentratorami tlenu, a traktowane to jest jako rehabilitacja pulmonologiczna wyceniona na ok. 140 zł za osobodzień – przyznaje dyrektor Walendowicz dodając: – Dla mnie to jest dziwne, że finansowanie pacjenta na oddziale covidowym, jeżeli jego saturacja jest powyżej 95%, wynosi 330 zł, a jeżeli saturacja jest poniżej 95%, to nawet 630 zł. Natomiast gdy ten pacjent wychodzi ze szpitala covidowego, to jego saturacja jest zazwyczaj poniżej 95%, a my dostajemy za jego leczenie wspomniane 140 zł. Na oddziale ogólnoustrojowym natomiast ok. 200 zł, choć przecież prócz tego, co pacjent otrzymał leżąc na „łóżku covidowym”, musimy zapewnić leki, tlen, lekarza, pielęgniarkę, wyżywienie i fizjoterapię w cyklach do i popołudniowych. Jest to niezrozumiałe i stawia placówki rehabilitacyjne w niekorzystnej sytuacji.

Również dyrektor Grzesik zwraca uwagę na potrzebę zmiany wyceny takiego świadczenia i szacuje, że realny koszt rehabilitacji pulmonologicznej na oddziale w Jarosławcu wynosi 300 zł za osobodzień, a nie 136 zł, jakie wypłaca Fundusz: – Zrobiliśmy analizę finansową pod kątem Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i jesteśmy w każdej chwili gotowi, żeby zweryfikować faktyczne koszty. Dodaje, że konieczne jest unowocześnienie placówki, co wiąże się z zakupem sprzętu o wyższej klasie diagnostycznej, np. bieżni do testów wysiłkowych czy spirometru z możliwością mierzenia oporu oddechu. – Niestety, tego nam brakuje do bardziej naukowej i specjalistycznej rehabilitacji, aczkolwiek mamy obiecaną pomoc ze strony zarządu województwa małopolskiego. A trzeba też szczerze przyznać, że to wsparcie ze strony zarządu oraz wojewody małopolskiego jest – przyznaje dyrektor Grzesik.

Rehabilitacja dzienna pod ziemią

Pacjenci z problemami oddechowymi po przejściu COVID-19 mogą także korzystać z rehabilitacji 135 metrów pod ziemią, w Oddziale Dziennym Rehabilitacji Pulmonologicznej Uzdrowiska Kopalnia Soli „Wieliczka”. Pomimo trudności spowodowanych pandemią oddział dzienny przyjmuje pacjentów, którzy przeszli ciężkie infekcje dróg oddechowych, oczywiście z zachowaniem reżimu sanitarnego. Od początku pandemii oddział przyjął blisko 1000 pacjentów. Dziennie na 3-godzinne sesje pod ziemię zjeżdża ok. 80 osób (przed pandemią liczby te sięgały 200). Oczywiście nie są to wyłącznie ozdrowieńcy, ale jak przyznaje dr n. med. Anna Pełkowska, specjalista pediatrii i alergologii, zastępca dyrektora ds. medycznych Uzdrowiska Kopalnia Soli „Wieliczka”, rehabilitacja pulmonologiczna osób, które chorowały na COVID-19, jest niczym innym jak rehabilitacją po infekcjach dolnych dróg oddechowych, choć oczywiście z pewnymi modyfikacjami. – Pacjent „pocovidowy” z reguły wymaga bardziej in-



Uzdrowisko Kopalnia Soli „Wieliczka”

tensywnego nadzoru, który my jako ośrodek podziemny zapewniamy. Przed rehabilitacją – i zjazdem windą 135 metrów pod ziemię – musi on przejść kwalifikację zespołu lekarzy różnych specjalności, tak aby wykluczyć ewentualne przeciwwskazania. Każdego pacjenta traktujemy indywidualnie, podobnie jest z osobami po przebyciu COVID-19 – twierdzi dr Pełkowska.

Obecnie ośrodek jest nastawiony głównie na przyjmowanie dzieci, m.in. po poważnych infekcjach dróg oddechowych, choć niekoniecznie wywołanych koronawirusem, bo akurat COVID przechodzą one łagodnie. Jednak jak twierdzi ordynator Oddziału Chorób Infekcyjnych i Pediatrii Szpitala im. Żeromskiego Lidia Stopyra, w niektórych przypadkach po przejściu PIMS-TS i pobycie na OIOM może być ona wskazana. Pobyt w Kopalni, gdzie panuje idealny dla zdrowia mikroklimat i gdzie można również skorzystać z zajęć ruchowych, pomoże też dzieciom, które po przebyciu COVID skarżą się na osłabienie czy pogorszenie tolerancji wysiłku.

* * *

Choć wszyscy mamy nadzieję, że pacjentów z COVID-19 będzie coraz mniej, to jednak zapotrzebowanie na świadczenie potocznie nazywane rehabilitacją pocovidową jeszcze przez wiele miesięcy będzie duże. Oferują je komercyjnie m.in. niektóre sanatoria, pojawiają się też sygnały, że mają ją prowadzić ambulatoria niekoniecznie specjalizujące się w chorobach płuc czy neurologicznych. Tymczasem wiedza i doświadczenie w tym zakresie są bezcenne. Dlatego – jak wyjaśnia dyrektor Krzysztof Grzesik – pojawił się pomysł stworzenia przez trzy opisane wcześniej placówki platformy rehabilitacyjnej dla województwa małopolskiego pod naukowym kierownictwem prof. Romana Nowobilskiego. – Staramy się przebić do opinii publicznej z informacją, że Małopolanie mają możliwość rehabilitacji pocovidowej. Chcemy też, aby program prof. Nowobilskiego stał się swego rodzaju wytyczną dla innych podmiotów, które taką rehabilitację będą prowadzić – przyznaje dyrektor Szpitala w Jarosławcu.

Katarzyna Domin
fot. archiwum opisanych placówek

Lekarze! Badajcie, szczepcie i informujcie!

Teleporada usypia czujność...

**Rozmowa z doktor Lidią Stopyrą,
ordynator Oddziału Chorób Infekcyjnych i Pediatrii
w Szpitalu Specjalistycznym im. S. Żeromskiego w Krakowie**

■ W czasie pandemii apeluje Pani, aby zawsze, gdy tylko jest taka możliwość, zrezygnować z teleporady, przyjąć i zbadać pacjenta. Dlaczego w sytuacji, gdy można w prosty sposób omówić objawy przez telefon, to takie ważne?

– Część problemów na pewno można rozwiązać teleporadą, lecz najczęstszym objawem, z jakim zgłaszają się pacjenci do pediatri, jest gorączka. Nawet wysoka może być objawem banalnej infekcji, ale też choroby zagrażającej życiu, jak np. zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych czy sepsa. W obecnej sytuacji epidemicznej gorączka może być też pierwszym objawem PIMS – choroby, która nieleczona w odpowiednim czasie może doprowadzić do śmierci.

■ **PIMS-TS** (*paediatric inflammatory multisystem syndrome – temporally associated with SARS-CoV-2*) – **pocovidowy wieloukładowy zespół zapalny** to zupełnie nowe zjawisko, które dopiero poznajemy.

– To zespół, który pojawia się około miesiąca po infekcji SARS-CoV-2 i występuje raz na kilkaset przypadków. Patomechanizm opiera się na ciągu zjawisk immunologicznych związanych z układem cytokin, które wywołują uogólnioną reakcję zapalną prowadzącą do uszkodzeń i niewydolności wielu narządów. Z naszych obserwacji wynika, że najczęściej dochodzi do niewydolności mięśnia sercowego, zająęcia tętnic wieńcowych i tworzenia się tętniaków tętnic wieńcowych.

■ Czy są jakieś szczególne cechy pacjenta – wiek, płeć, sposób przebiegu COVID-19, które predysponują do pojawienia się PIMS?



– Chciałabym móc bardziej precyzyjnie odpowiedzieć na te pytania, ale jest to dla nas zupełnie nowa jednostka chorobowa, którą dopiero poznajemy. Dzieci generalnie łagodnie przechodzą zakażenie koronawirusem. Hospitalizacji z powodu samego zachorowania na COVID-19 wymagają znacznie rzadziej niż dorośli, natomiast wraz ze wzrostem liczby zakażeń w całej populacji, pojawia się coraz więcej powikłań w postaci PIMS. Lawinowy wzrost hospitalizacji z tego powodu zaczęliśmy odczuwać w listopadzie i grudniu, co było związane ze znaczącym wzrostem zachorowań na COVID-19 jesienią.

Powikłanie to może w większym stopniu dotyczyć dzieci nieco starszych, już nastolatków – na naszym oddziale najwięcej jest dzieci z PIMS w wieku 11-14 lat. Rzadziej obserwujemy PIMS u młodszych dzieci, a bardzo rzadko u niemowląt. Tak, jak mówiłam, to są nowe choroby, które dopiero badamy, więc stan naszej wiedzy będzie ewoluował. Z dotychczasowych obserwacji wynika, że te

dzieci, które trafiły do nas z PIMS, samo zakażenie koronawirusem przeszły bardzo łagodnie.

■ Jakie objawy powinny zaniepokoić i mogą sygnalizować PIMS?

– Typowym i podstawowym objawem jest wysoka gorączka. Często pojawiają się silne bóle brzucha, zapalenie spojówek, wysypka. Bardzo istotny jest dokładny wywiad epidemiologiczny. Ale przede wszystkim – zbadanie pacjenta. Nawet gdy widzimy i badamy dziecko, nie zawsze udaje się postawić diagnozę, a przez telefon to już wyjątkowo trudne. Z mojego doświadczenia wynika, że teleporada usypia też czujność rodzica. To on jest przecież najlepszym obserwatorem stanu dziecka, a gdy przez telefon usłyszy od lekarza, że nic groźnego się nie dzieje, dziecko nie wymaga nawet zbadania, trzeba podać paracetamol, to może to opóźnić jego reakcję na pogarszający się stan dziecka. PIMS, jak i wiele innych groźnych chorób, może przebiegać gwałtownie, dlatego każde dziecko z gorączką wymaga bardzo uważnego postępowania.

■ Czy pacjent z PIMS wymaga hospitalizacji?

– Zdecydowanie tak. Ta choroba może dość szybko doprowadzić do niewydolności narządów, a przede wszystkim – niewydolności układu krążenia. Wczesne rozpoznanie i wczesne włączenie leczenia pozwoli uniknąć pobytu na oddziale intensywnej terapii ze wszystkimi tego konsekwencjami. Mamy też obserwacje, które niosą nadzieję – z naszych doświadczeń wynika, że niewydolność narządów, w tym serca, oraz zmiany w tętnicach wieńcowych w przebiegu PIMS cofają się.

■ Czy pediatrzy zauważają też inne powikłania u dzieci po przejściu COVID-19?

– Tak, obserwujemy utrzymujące się długo zmiany w płucach, a także wręcz wysyp cukrzycy typu I. Bardzo często infekcja wirusowa jest impulsem do ujawnienia się tej choroby i tak też prawdopodobnie jest w tym przypadku. Poza tym zauważamy u dzieci i młodzieży zespół osłabienia, zmęczenia i ogólny spadek wydolności, ale trudno ocenić, czy wynika to z przebytej infekcji, czy też jest spowodowany długotrwałą izolacją i koniecznością rezygnacji z zajęć sportowych, a nawet przecież z wielu aspektów codziennej aktywności.

■ Niestety, na razie nie ma możliwości zaszczepienia dzieci i młodzieży.

– Mam nadzieję, że taka możliwość szybko się pojawi, tym bardziej że dzieci – choć same chorują łagodnie, to odgrywają dużą rolę w transmisji wirusa. Na razie jednak musimy się skupić na zaszczepieniu części populacji najbardziej zagrożonej powikłaniami śmiertelnymi. Badania kliniczne początkowo objęły grupy, w których szczepion-

ka była najbardziej potrzebna, ale już zaczynają się badania w młodszych grupach wiekowych.

■ Będzie Pani apelować do rodziców, żeby szczepili dzieci?

– Tak, chciałabym też przekazać apel do moich Koleżanek i Kolegów w sprawie informowania o pandemii oraz o szczepieniach. Jako środowisko lekarskie musimy się mobilizować w dawaniu dobrego przykładu i nie wolno nam dezinformować naszych pacjentów. Szczególnie w tak ogromnie trudnej sytuacji dla wszystkich jak pandemia. Naszym obowiązkiem jest udzielanie rzetelnych informacji opartych na dostępnych danych naukowych. Jeżeli ktoś ma własne, osobiste poglądy, powinien je zachować dla siebie, a jeżeli ma wątpliwości, to powinien je przedyskutować w lekarskim gronie. W przestrzeni publicznej powinniśmy posługiwać się wyłącznie prawdziwymi informacjami i w oparciu o odpowiednie kompetencje i doświadczenie. Pamiętajmy o wadze i konsekwencjach tego, co mówimy jako lekarze, i odpowiedzialności, jaka na nas spoczywa.

■ Czy rzeczywiście izolacja społeczna wynikająca z pandemii koronawirusa spowodowała znaczący spadek zachorowań na inne choroby zakaźne?

– Tak! Zasady DDM (dezynfekcja, dystans, maseczki) działają na wszystkie wirusy przenoszone drogą kropelkową i momentami mamy wrażenie, że ospa, rotawirus czy nawet grypa gdzieś zniknęły.

■ Prawdopodobnie, gdy będzie już po wszystkim, wrócą ze zdwojoną siłą.

– Pewno wrócą, ale trudno ocenić, czy ze zdwojoną siłą. Pandemia nauczyła nas nawyków higienicznych, które już z nami pozostaną. Liczę na to, że nastąpiła pewna zmiana mentalności i już nie będziemy, tak jak dawniej, przychodzić do pracy czy szkoły z objawami infekcji. Pamiętajmy, że infekcja jest najbardziej zakaźna na samym początku – to jest ten moment, gdy dopiero zaczynamy czuć się źle. To wtedy najbardziej zakażamy i wtedy nie powinniśmy kontaktować się z innymi. Byłoby dobrze, gdybyśmy dostali zwolnienie lekarskie i zostali w domu. W takiej sytuacji teleporada i e-zwolnienie dobrze się sprawdzi, bo nie będziemy rozsiewać infekcji w poczekalni u lekarza. Dzieci też powinny zostać w domu właśnie przy tych pierwszych objawach, a nie dopiero, gdy choroba się rozwinie.

■ To nie zawsze jest łatwe, nie tylko organizacyjnie. Lekarze niechętnie wystawiają zwolnienia, a z kolei w szkołach premiowana jest, nawet nagrodami, wysoka frekwencja.

– Dla pracodawcy chyba lepszym rozwiązaniem jest parę dni zwolnienia u jednego pracownika niż potem



chorujący cały zespół. Wydaje mi się, że z epidemiologicznego punktu widzenia dobre jest wystawienie e-zwolnienia – z mojego doświadczenia wynika, że większość pacjentów jest bardzo odpowiedzialna wobec pracodawcy. Premiowanie frekwencji w szkołach to fatalne rozwiązanie – przychodząc z infekcją na lekcje, narażamy innych, w tym np. osoby z chorobami przewlekłymi i osłabioną odpornością. Choroby nie są od nas zależne i naprawdę nie rozumiem idei nagradzania za niechorowanie. Co chore dziecko temu winne, że zachorowało?

Joanna Sieradzka
fot. arch. prywatne L. Stopyra

SARS-CoV-2 pod mikroskopem krakowskich naukowców

Agencja Badań Medycznych oraz Małopolskie Centrum Biotechnologii Uniwersytetu Jagiellońskiego uruchamiają badanie monitorujące zmienność genetyczną wirusa SARS-CoV-2 w Polsce. Naukowcy z MCB UJ próbują także odpowiedzieć na pytanie, czy COVID-19 jest chorobą układu oddechowego, czy ogólnoustrojową.

Celem pierwszego projektu będzie monitoring zmienności oraz ewolucji wirusa SARS-CoV-2 w Polsce w ciągu najbliższych 18 miesięcy.

– Efektem bezpośrednim będzie stała weryfikacja obecności w kraju wariantów potencjalnie niebezpiecznych (VOC, *variant of concern*), ale również analiza ewolucji wirusa pod kątem skuteczności szczepionki i możliwości reinfekcji czy też skuteczności dostępnych testów diagnostycznych RT-qPCR – podkreśla prof. Krzysztof Pyrc z MCB UJ.

Natomiast w pracy opublikowanej na łamach „Clinical Microbiology Reviews” naukowcy z MCB UJ omawiają najnowsze odkrycia związane z biologią molekularną SARS-CoV-2 oraz przedstawiają podsumowanie istniejących danych dotyczących jego replikacji w różnych tkankach, zarówno u pacjentów, jak w modelach tkankowych *ex vivo*.

Replikacja wirusa w komórce gospodarza jest bardzo skomplikowanym procesem, podczas którego patogen wykorzystuje zarówno swoje białka, jak i maszynę zakażonych komórek. Autorzy publikacji przeprowadzili szeroką analizę wyników własnych oraz dostępnych w literaturze próbując wyjaśnić, które narządy mogą potencjalnie być celem dla wirusa SARS-CoV-2.

Pierwszym czynnikiem determinującym, czy dana tkanka i komórka będą wrażliwe na zakażenie, jest obecność na powierzchni komórki białka ACE2 (ang. *Angiotensin converting enzyme 2*), które pełni funkcję receptora wejścia i staje się „koniem trojańskim” wprowadzającym zakaźną cząsteczkę do cytoplazmy. Chociaż płuca są uważane za główny narząd infekowany przez koronawirusa, tylko 2% komórek tam występujących ma na swojej powierzchni to białko. W organizmie człowieka ACE2 występuje za to dużo powszechniej w innych narządach, m.in. w jelicie cienkim, tarczycy, trzustce, jądrach, mięśniu sercowym, jajnikach czy nerkach. Istnieje więc możliwość, że zakażenie wirusem SARS-CoV-2 nie ogranicza się tylko do układu oddechowego.

Dane pochodzące od osób z ciężkim przebiegiem COVID-19 oraz od zmarłych, wspierane przez dane pochodzące z modeli *ex vivo* i organoidów potwierdzają niestety tę obserwację. Pokazuje to, dlaczego pacjenci umierają na COVID-19 często z powodu niewydolności wielonarządowej, jak również może tłumaczyć fenomen tzw. długiego COVID, czyli utrzymujących się przez wiele miesięcy objawów o różnym charakterze, włączając w to zaburzenia neurologiczne.

(Źródło: www.uj.edu.pl)

**Rozmowa z dr. n. med. Stefanem Bednarzem,
byłym zastępcą dyrektora Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
ds. leczenia, wieloletnim działaczem Okręgowej
i Naczelnej Izby Lekarskiej**

Patrząc z szerszej perspektywy...

■ Po 16 latach pełnienia obowiązków zastępcy dyrektora ds. leczenia Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, największego szpitala w Polsce, ustąpił Pan ze stanowiska, bo...?

– Zawsze wiedziałem, że przyjdzie taki wiek, taki moment, kiedy człowiek nie jest już w stanie poświęcać się wystarczająco dwóm sprawom. Bycie zastępcą dyrektora ds. leczenia tak dużego szpitala, a jednocześnie lekarzem praktykującym było zawsze dużym wyzwaniem. A z medycyny nigdy nie chciałem rezygnować, chociaż zdawałem sobie sprawę z konieczności zmiany priorytetów. Mój wybór był przemyślany, trudny, to prawda, ale nie żałuję tej decyzji.

■ Ilu szefów przeżył Pan w tej roli?

– Zacząłem u prof. Andrzeja Zięby, kiedy to przyszłemu obaj z Andrzejem Kuligiem na funkcje zastępców, on do spraw reorganizacji szpitala, mnie powierzono sprawy medyczne. Z Andrzejem Kuligiem, jako dyrektorem naczelnym SU, współpracowałem przez 10 lat, potem, po konkursie, stanowisko objęła Barbara Bulanowska. Wreszcie w 2018 roku dyrektorem został Marcin Jędrychowski. Było od razu oczywiste, że będzie budować nowy zespół zarządzający, a ja po tylu latach jestem już w fazie odchodzenia. I już wtedy ustaliliśmy termin.

■ Co to jest za funkcja dyrektor ds. leczenia w szpitalu klinicznym zatrudniającym bardzo wielu profesorów?

– Cały zespół takiego szpitala jak Uniwersytecki składa się z wielu indywidualności, przy czym w hierarchii prestiżu zawodów w naszym społeczeństwie „profesor” jest rzeczywiście bardzo wysoko. Ale ja miałem pewną łatwość pokonania hierarchii, bo jestem wychowankiem Akademii Medycznej z pokolenia, które w czasie, gdy ja po 25 latach pracy w Klinice zostałem dyrektorem, to ono właśnie osiągnęło status profesorski. Ponadto moimi bez-



Dr Stefan Bednarz (po prawej) ze swoim następcą dr. hab. Marcinem Krzanowskim

pośrednimi przełożonymi byli profesorowie: J. Lankosz, K. Janicki czy T. Grodzicki, z którymi współpracowałem od stanowiska młodszego asystenta, po obowiązki zastępcy ordynatora dużego oddziału. Były to zatem naturalne zależności. A poza tym, zmieniła się w tych latach hierarchia w całej medycynie. Charakterystyczną dla Polski za czasów mojej młodości była zdecydowana dominacja ordynatorów. Teraz o polityce szpitala decydują w znacznie wyższym stopniu dyrekcje. To dyrektor prowadzi negocjacje z Funduszem, walczy o pieniądze, decyduje, ile dany oddział dostanie, które dziedziny będą w szpitalu rozwijane. W efekcie przyspiesza to postęp medyczny, gdyż dzięki temu rozwinęły się nowe metody leczenia udarów, zawałów, tromboembolii itp. Natomiast ordynatorzy, z całym szacunkiem, widzą zazwyczaj własny wycinek, który często nie pokrywa się z interesem szpitala jako całości. Trzeba im pewne kwestie narzucić i dlatego ustawodawca, w miejsce obowiązkowych konkursów na stanowiska ordynatorów, wprowadził – mimo protestów izb – możliwość nominacji kierowników oddziałów.

■ Tylko że w rezultacie tej dominacji dyrektorów nastąpiło zmniejszenie oddziałów internistycznych, a na-

22 wet likwidacja oddziałów zakaźnych, które wydawały się zbędnym kosztem. Nie ma ustawy o szpitalach klinicznych...

– Tak, likwidacja niektórych oddziałów, np. zakaźnych, okazała się fatalna. A ustawa miała być, lecz gdzieś utknęła, choć różnice w porównaniu ze szpitalami specjalistycznymi są oczywiste, ze względu choćby na prowadzenie dydaktyki.

■ Zostawmy te rozważania systemowe. Jaki miał Pan wpływ na kluczowe decyzje inwestycyjne w ochronie zdrowia w Krakowie, np. budowę nowej siedziby SU, zakup robota chirurgicznego, wzniesienie CUMRiK-u, sprzedaż kompleksu przy Kopernika...

– Niech pan nie żartuje, to były decyzje ciał przedstawicielskich określonej rangi. Jednak owszem, byłem bezpośrednim uczestnikiem budowy CUMRiK-u, która wydawała się wtedy absurdalna, bo w planach był nowy szpital. Ale ja przez wiele lat pełniłem dyżury internistyczne na izbie przyjęć przy Śniadeckich, gdzie wszystkiego brakowało. To był dramat. W ciągu dwóch lat wybudowaliśmy CUMRiK i gdyby nie ta inwestycja, nie udało by się przenieść w kilka dni Szpitala Uniwersyteckiego do nowej siedziby i dobrze go zorganizować. CUMRiK to był poligon współpracy oddziałów z „ostrym” pacjentem i pierwsza isierka nowoczesności. W tej chwili jest frontową placówką walki z pandemią. Chwała Bogu, że mamy taki obiekt. Natomiast wspomnę, że jako student i działacz studencki w latach 70. robiłem z koleżankami i kolegami makietę nowego szpitala w Prokocimiu, bo rektor Tadeusz Popiela, który chciał tego szpitala za wszelką cenę, zamierzał ją pokazać jakimś władzom. Tak więc emocjonalnie byłem związany z nowym szpitalem już od studenckich czasów.

■ Po przeszło 20 latach pracy w Klinice Chorób Wewnętrznych, uzyskaniu specjalizacji I i II stopnia oraz doktoratu, poczynając od II kadencji izb w 1993 roku, zaczął Pan działalność w samorządzie lekarskim...

– Zawsze miałem pewne inklinacje do działalności społecznej i kiedy w rejonie przy Śniadeckich wybrano mnie delegatem na Zjazd Okręgowy, zabrałem na nim głos. Nieoczekiwanie wybrano mnie potem, jakimś cudem boskim, do Rady Okręgowej i pozostaję w niej do dzisiaj. Pamiętam moje początki pod kierownictwem Jana Ciećkiewicza. Niemniej sporo wtedy dyżurowałem, więc prawdziwego bakcyła izbowego połknąłem później w sądzie lekarskim. Nie wiem, jak mnie wypatrzył doktor Erazm Baran w tej Radzie, gdzie zajmowałem poboczne stanowisko. Gdy zostałem delegatem na Krajowy Zjazd, zgłosił mnie do Naczelnego Sądu Lekarskiego. Dostałem

najwięcej głosów, a Andrzej Matyja żartował, że pomylił mnie z W. Bednorzem, popularnym działaczem z Dolnego Śląska. W mojej pierwszej kadencji w skład zespołu sędziowskiego wchodził, jako przewodniczący, sędzia Sądu Najwyższego RP. To było niesamowite doświadczenie orzecnicze. Później przez dwie kadencje byłem wiceprzewodniczącym Naczelnego Sądu Lekarskiego. Wszystko tu łączyło się z etyką, ale dzięki doświadczeniu sądowemu nie bałem się tego wyzwania. Istniała wtedy możliwość podwójnej przynależności, więc byłem też szefem Komisji Etyki ORL, a w VI kadencji (2009-2013) nawet NRL. Poznałem wówczas wielu wartościowych ludzi spoza zamkniętego kręgu działaczy. Powiem refleksyjnie, że ludzie są największą wartością w naszym życiu, jeżeli potrafimy pamiętać, że nie wszystko wiemy najlepiej. Dzisiejsze problemy z zapisami na szczepienia potwierdzają, jak trudno jest połączyć prawo, etykę i życie, znaleźć złoty środek w tym trójkącie.

■ Panie Doktorze, przy takim doświadczeniu lekarskim, dyrektorskim i samorządowym trudno mi nie zapytać, jak Pan widzi nasz system ochrony zdrowia?

– Niezależnie od opinii o zapaści w służbie zdrowia, na podstawie moich 16-letnich doświadczeń w Szpitalu Uniwersyteckim muszę stwierdzić, że również obserwujemy nieprawdopodobny postęp w wielu dziedzinach ochrony zdrowia. Zaczniemy od najmłodszej kadry. Nasz Szpital jest największym w Polsce ośrodkiem szkolącym rezydentów, ok. 400 każdego roku. I to jest grupa, która w słynnym proteście rezydentów zaznaczyła w kwestiach ochrony zdrowia swoją podmiotowość, kładąc nacisk na finanse państwa, dopiero na drugim planie umieszczając własne zarobki. Podobnie spójrzmy na kwestię podmiotowości samego pacjenta. Dwadzieścia lat temu nikt by się nie odważył protestować w sprawie niekończącej się kolejki do jakiegoś świadczenia. Dzisiaj pisze się o tym jawnie i system ulega, choć nie bez oporu. W Polsce jest kilka kwestii w zdrowiu do rozwiązania poza zbyt niskimi nakładami. Mamy np. do czynienia z fetyszizacją specjalizacji, nie tylko w zakresie liczby specjalności, ale również wymagań Funduszu i pacjentów, oczekujących, by każdy problem diagnozował i leczył specjalista. Pilnie trzeba się przyjrzeć systemowi właścicielskiemu szpitali. Mamy szpitale miejskie, marszałkowskie, powiatowe, uczelniane i ministerialne. To powoduje pewien chaos w zarządzaniu. Uwidoczniło się to zresztą w początkowym okresie pandemii COVID-19. Czy proponowana całkowita centralizacja zarządzania szpitalami, ich upaństwowienie jest dobrym rozwiązaniem? Nie sądzę. Ale trzeba dyskutować, jaki wariant jest najlepszy, pamiętając o rozbudowanym już systemie niepublicznej opieki zdrowotnej.

■ A jak Pan widzi rolę samorządu lekarskiego?

– Problem samorządu, nad którym się zastanawiam, dotyczy ludzi. Czy to dobrze, że ktoś jest dwadzieścia kilka lat w Okręgowej Radzie, czy źle? Jak dokonać wymiany kadr, zachowując niezbędną ciągłość? Jak jednocześnie zachęcić młodych, żeby zaczęli organizować swoje życie zawodowe i samorządowe? Sądzę, że nie uciekniemy od tych problemów. Samorząd przez swoje krytyczne spojrzenie spełnia funkcję przestrzegającą przed niemądrymi pomysłami. Prawdę mówiąc, nie pamiętam, żeby samorząd mówił dobrze o jakimś ministrze, chyba że o Franciszce Cegielskiej, która nie była lekarzem. Rzecz nie jest prosta, choć główny akcent powinniśmy położyć na kształcenie, a epizod z punktami edukacyjnymi jest świadectwem naszej słabości. Ale przestańmy mówić o zapaści, która wynika poniekąd z naszej mentalności i niecierpliwości. Oczywiście, wiele rzeczy powinno być zorganizowanych lepiej, ale co byśmy zrobili dzisiaj bez informatyzacji zdrowia dokonanej w ciągu dwóch czy trzech lat? A przypomnijmy sobie, jakie były dyskusje przed wprowadzeniem e-recept czy e-zwolnień. Ile było oporów również w samorządzie. Nauczmy się jednak oceniać zjawiska w długofalowej perspektywie, mniej emocjonalnej, chroniąc przede wszystkim prestiż lekarza i jego zobowiązania płynące z przysięgi Hipokratesa. Chociaż w tej chwili mamy nowe wyzwanie. Od covidu nie uciekniemy.

■ Rozmawiamy w trakcie tzw. drugiej fali pandemii. Wybuch epidemii zbiegł się z przenosinami Szpitala Uniwersyteckiego do nowej siedziby. To był trudny moment...

– Rzeczywiście, zakończenie mojej pracy w dyrekcji zbiegło się z obu wydarzeniami i uczestniczyłem bezpośrednio w całej tej akcji przeprowadzki i adaptacji Szpitala do działania w czasie pandemii. Trzeba było dostosować czynny przez cały czas Szpital do nowych warunków, pokazać ludziom, że jesteśmy bezpieczni, mimo że na początku dominował strach. Czy będzie dość maseczek? Jacy będą ci chorzy z tym wirusem? Trzeba było przygotować łóżka, oddziały, przekonać ortopedę, że on również z pomocą internisty może zaopiekować się chorym. To wcale nie było takie proste. Rodziły się nowe relacje. Myślę, że te dzisiejsze nagrody dla Marcina Jędrzychowskiego czy dla Szpitala Uniwersyteckiego są w pełni zasłużone. A jednocześnie te codzienne odprawy z wszystkimi ordynatorami stworzyły nowe więzi. Okazało się, że w jednym kompleksie budynków wszystko było łatwiej zorganizować, niż gdybyśmy pozostali na Kopernika.

■ No właśnie. Nad tą opinią cały czas wisi pytanie, czy nie „skażono” nowego obiektu? W dodatku ograniczyliście tą decyzją dostęp do innych oddziałów.

– Nie było wyjścia. Nowy obiekt gwarantował dotrymanie reżimów sanitarnych, o czym trudno było marzyć w rozproszeniu obiektów przy Kopernika. Przypomnę tutaj, że w lipcu ubiegłego roku sądziliśmy, iż już jest po covidzie. Cała Europa tak mówiła, tymczasem wirus zaatakował ponownie, więc okres izolacji został wydłużony. Ale pozbieraliśmy się, Szpital został przywrócony do normalnej działalności, m.in. dzięki istnieniu CUMRIK-u. Oczywiście, taka decyzja zawsze jest kontrowersyjna, bo oznacza coś za coś. Niemniej zysk generalny jest pozytywny, choć oczywiście miały miejsce opóźnienia operacji. Niemniej onkologia działała cały czas, a pacjenci z priorytetowymi rozpoznaniem byli przyjmowani.

■ Na koniec chciałbym zapytać o bardziej prywatne zamysły, bo chyba nie czas jeszcze na emeryturę. Lekarz POZ w Szpitalu Uniwersyteckim to chyba za mało jak na Pański temperament. Więc czego się należy spodziewać – powrotu do aktywności w samorządzie, zaangażowania w życie rodzinne czy może powstanie jakaś książka wspomnieniowa...

– Rzeczywiście powstał taki dylemat – co dalej? Nawet żona mi mówiła, zajmij się wnuczką, weź dwa dni w przychodni, to wystarczy. Ale jak ktoś od 50 lat jest przyzwyczajony, że musi wstawać o 6 rano, to nagle odczułbym pustkę. Dlatego przyjąłem obowiązki kierownika Poradni POZ w Szpitalu Uniwersyteckim przy Śniadeckich, bo ona mi dyktuje jeszcze przez jakiś czas określone obowiązki. Powiem jednak szczerze, że nie wiem, co dalej, a pandemia nie ułatwia decyzji. W samorządzie mógłbym pewnie wrócić do sądu lekarskiego. Ale czy ktoś na to czeka? Jestem na rozdrożu...

Rozmawiał: *Stefan Cieplý*
Fot. *Archiwum SU*

Stefan Bednarz, ur. 1952 r. w Zawierciu; dyplom ukończenia studiów lekarskich na AM w Krakowie uzyskał w 1977 r. Po studiach – pracownik naukowo-dydaktyczny Kliniki Chorób Wewnętrznych CM UJ. Uzyskane specjalizacje z zakresu chorób wewnętrznych 1982 – I stopnia; 1987 – II stopnia oraz doktorat – w 1998 r. Od 2004 (po 25 latach stażu naukowego) – z-ca dyrektora Szpitala Uniwersyteckiego ds. leczenia. Od 1993 – działacz samorządu lekarskiego, głównie sądownictwa i komisji etyki, m.in. w latach 2002-2010 był wiceprzewodniczącym Naczelnego Sądu Lekarskiego. Obecnie członek Okręgowej Rady Lekarskiej OIL w Krakowie, przewodniczący Komisji Etyki. Równolegle – lekarz internista stale prowadzący praktykę.



W poszukiwaniu iskiejry optymizmu

Nie wiem, jak to jest w młodszym pokoleniu, ale w tym bardziej zaawansowanym wieku potrzeba optymistycznych wiadomości, zwłaszcza ze świata medycyny, jest ogromna. Nikt wprawdzie nie liczy na eliksir młodości, lecz nawet drobna iskiejra dobrej przyszłości witana jest z entuzjazmem.

Pragnąc zatem pójść tym tropem, przypomnę ze świata przyrody, że po rozmaitych rekordach ciepła i zimna widać tchnienie wiosny. Ze świata wielkiej polityki trudno nie odnotować powrotu Stanów Zjednoczonych do WHO i ONZ* oraz podpisania przez nie tzw. paryskich porozumień klimatycznych. Także na scenie krajowej cofnięcie rozmaitych restrykcji (boiska, baseny, korty, stoki) też zapowiada wytęskniony powrót do normalności. Jakby bowiem nie patrzeć, coraz częściej w najbliższym otoczeniu trafiamy na tych, którzy już się zaszczepili, są w trakcie lub mają nieodległy termin – ich procent będzie rósł z każdym dniem. Mało tego, nieoczekiwanie zniknęła grypa, rok 2020 zamknęliśmy spadkiem zachorowań o przeszło 80 procent (!).

Wracając do normalności, wprawdzie na ciacho, na hamburgera, do siłowni lub na mecz jeszcze nie puszczają, ale urlop już można zacząć planować. Z wolna się otrząsamy z przynębnienia, nadal kasandrycznie uprawianego przez niektóre media. Tak zwane „straszenie” stało się zresztą ukochanym instrumentem niektórych ekspertów. Są o tyle bezpieczni, że nawet kiedy się mylą, zawsze zostaje im wyjaśnianie, dlaczego do pomyłki doszło. Po czym ich rozpoznać? Po napuszonych tytułach, rozdętych nazwach, kaznodziejskim tonie; po przedstawianiu każdego zjawiska w kategoriach apokalipsy, armagedonu, a przynajmniej tsunami. Filozofię fałszywej perspektywy ładnie zdefiniował mój ulubiony pamiętnikarz Jan Chryzostom Pasek w XVII wieku: „Kiedy konia kują – pisać – żaba też podnosi nogę”.

W poszukiwaniu dalszych zwiastunów optymizmu sięgnąłem po uroczą książeczkę, wydaną w 1972 roku przez Ossolineum, pt. „Żądło i miód mądrości”. Jest to niewznawiana już antologia aforyzmu polskiego,

w wyborze sięgającym XIX wieku, autorstwa K. Orzechowskiego. Znalazło się tu wielu autorów znanych, jak choćby Aleksander Fredro („Nie ma większej radości dla głupiego, jak znaleźć głupszego od siebie”; „Bądź oszczędnym, abyś mógł być szczodrym”), Henryk Sienkiewicz („Dzieje uczą, że najgorszym tyranem jest taki władca, który w jednej osobie jest demonem i durniem”) czy niezrównany Julian Tuwim („Sukces, coś czego przyjaciele nigdy ci nie wybaczą”).

Wielu tu także autorów nieznanych, zapomnianych czy niedocenianych, jak S. Witwicki, zm. w 1847 r. („Im bardziej sami jesteśmy próżni, tym bardziej uderza nas próżność drugich”), M. Wolska, zm. 1930 („Gdy się ludzie przestają »znać«, widocznie za dobrze się poznali”; „Nie każdy, kto ma chorą wątrobę, jest Prometeuszem”); S. Konar, zm. 1940 („Miłość jest jak eter, może zabić, ale może też... ulotnić się”; „Z biegiem lat pozbywamy się wielu wad... i zalet”).

Oczywiście brakuje wielu pisarzy, poetów, autorów złotych myśli, jak choćby Prusa, Słonimskiego czy Różewicza, nie mówiąc o bardziej współczesnych twórcach jak Miłosz czy Szymborska. Życie wciąż dostarcza nowych tematów, nowych złośliwości i nowych głupot, trudnych do wyobrażenia. Złotych myśli jest nieskończoność i wciąż przybywa. To też przesłanka optymizmu. Moim ulubionym mottem jest aforyzm Wiesława Brudzińskiego: „W korekcie, indywidualność można wykazać tylko w błędach”.

Więc błądzę...

Stefan Cieplý

*) W 2018 roku na polecenie prezydenta D. Trumpa USA, pozostając w Radzie Bezpieczeństwa, wystąpiły z Komisji Praw Człowieka ONZ, ze względu na jej stałe zarzuty pod adresem Izraela.



Monitoring wizyjny w placówkach medycznych

W obszarze problematyki dotyczącej ochrony danych osobowych w placówkach medycznych warto zwrócić uwagę na kwestie stosowania w podmiotach wykonujących działalność leczniczą monitoringu wizyjnego. Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej dopuszcza możliwość prowadzenia monitoringu pomieszczeń w podmiocie wykonującym działalność leczniczą oraz określa warunki, w jakich może się to odbywać.

W świetle ww. regulacji, decyzję o wdrożeniu monitoringu może podjąć kierownik placówki. Co do zasady, za kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą uważa się osobę uprawnioną do kierowania taką placówką oraz reprezentowania jej na zewnątrz (*por. art. 23a cyt. ustawy*). W omawianym zakresie kierownik może określić w regulaminie organizacyjnym jednostki sposób obserwacji za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring) pomieszczeń:

1) ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników pomieszczeń,

2) w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi „łóżkowych”, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych.

Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu, zawierające dane osobowe, podmiot wykonujący działalność leczniczą przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane, i przechowuje nie dłużej niż 3 miesiące od dnia nagrania. Po upływie tego czasu, uzyskane w wyniku monitoringu nagrania zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej.

Szczegółowe regulacje dotyczące możliwości stosowania monitoringu w placówkach medycznych możemy znaleźć także w innych aktach prawnych.

Przykładowo przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych

wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, stanowią, że w:

– zespole porodowym powinno znajdować się co najmniej jedno pomieszczenie przeznaczone dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w którym zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy (*por. Załącznik nr 1 część IV ust. 4*).

– oddziale psychiatrycznym część obserwacyjno-diagnostyczna może być wyposażona w jednoosobową separatkę posiadającą m.in. system monitoringu z kamerą, posiadający rezerwowe zasilanie wyposażone w funkcję autostartu, niedostępną dla osoby izolowanej, zabezpieczoną przed uszkodzeniem (*Załącznik nr 1 część VIII ust. 6 pkt 2 lit. h*).

– stacji dializ stanowisko nadzoru pielęgniarskiego zapewnia możliwość bezpośredniej obserwacji pacjentów lub przy użyciu kamer posiadających rezerwowe zasilanie z funkcją autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy (*Załącznik nr 7 ust. 3*).

W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii wskazuje się, że w wyposażeniu sal nadzoru poznieczuleniowego lub stanowisk nadzoru poznieczuleniowego należy zapewnić możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwości obserwacji twarzy (*por. Załącznik nr 1, część I, litera D pkt. 6*).

Szczegółowe rozwiązanie w zakresie monitoringu zawiera również ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, która stanowi, że pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz

26 kontrolę wykonania czynności związanych z tym rodzajem środka przymusu bezpośredniego. Obraz z monitoringu pomieszczeń lub ich części przeznaczonych do celów sanitarno-higienicznych jest przekazywany w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych części ciała ludzkiego oraz intymnych czynności fizjologicznych. Zapis z monitoringu przechowywany jest przez okres co najmniej 12 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, nie dłużej jednak niż przez 13 miesięcy, o ile nie zostanie on zabezpieczony jako dowód w sprawie w przypadku toczącego się postępowania. Po upływie tego terminu zapis usuwany jest w sposób uniemożliwiający jego odzyskanie. Z czynności tej sporządza się protokół, w którym należy wskazać datę oraz imię i nazwisko osoby, która dokonała usunięcia nagrania. Dopuszcza się niszczenie zapisu na urządzeniu monitorującym przez jego automatyczne nadpisanie (*por. art. 18e cyt. ustawy*).

Problematyka stosowania monitoringu wizyjnego w placówkach ochrony zdrowia była przedmiotem badania zarówno przez Rzecznika Praw Pacjenta, jak i sądy. W jednym z analizowanych przypadków RPP uznał, że stosowanie przez szpital praktyk, polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w salach operacyjnych i zabiegowych, na których zainstalowane są urządzenia monitoringu wizyjnego (kamery), bez informowania o tym fakcie pacjentów narusza ich zbiorowe prawo do poszanowania intymności i godności. Prawidłowość stanowiska Rzecznika potwierdziły sądy administracyjne stwierdzając, że stosowanie monitoringu w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych, poza przypadkami wyraźnie określonymi przepisami prawa, stanowi naruszenie praw pacjenta (*por. wyrok NSA z 25 lutego 2020 r., II OSK 3837/19*).

Warto przypomnieć, że zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”) przez „dane osobowe” rozumie się informacje o zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania – bezpośrednio lub pośrednio – osobie fizycznej. W kontekście monitoringu wizyjnego w placówkach medycznych dotyczyć to będzie przede wszystkim kwestii utrwalania wizerunków osób przebywających na ich terenie. Pojęcie „przetwarzanie danych osobowych” oznacza z kolei operację wykonywaną na danych osobowych, takie jak: zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, udostępnianie, usuwanie lub niszczenie itp., niezależnie od rodzaju lub typu użytego sprzętu czy nośników.

Przy analizie legalności przetwarzania danych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych warto

także pamiętać, że w tym zakresie możemy mieć do czynienia ze szczególnie „wrażliwymi” kategoriami danych (np. o stanie zdrowia), których przetwarzanie podlega surowszym rygorom. Podobnie „wrażliwy” charakter może zostać przypisany danym pozyskiwanym za pomocą monitoringu wizyjnego, jeżeli będą to „dane biometryczne”, które wynikają ze specjalnego przetwarzania technicznego, a dotyczą cech fizycznych, fizjologicznych lub behawioralnych osoby fizycznej oraz umożliwiają lub potwierdzają jednoznaczną jej identyfikację (np. wizerunek twarzy). Przetwarzanie takich „wrażliwych danych” jest co do zasady zabronione, z wyjątkiem sytuacji przewidzianych prawem, np. wtedy, kiedy jest to niezbędne do celów diagnozy medycznej czy zapewnienia opieki zdrowotnej (*por. art. 9 ust. 2 RODO*).

Trzeba podkreślić, iż przetwarzanie danych wymaga od ich administratorów przekazywania osobie, której dotyczą, wszelkich wymaganych prawem informacji w zwięzłej, zrozumiałej i łatwo dostępnej formie, prostym językiem. Informacje takie można opatrzyć standardowymi znakami graficznymi, które w czytelny sposób przedstawią sens zamierzonego przetwarzania.

Problematyka przetwarzania danych osobowych z wykorzystaniem monitoringu wizyjnego może dotyczyć szerszego zakresu niż tylko sytuacji pacjentów czy ich bliskich. Mowa tu w szczególności o prawach pracowników. W tym obszarze przykładowo Kodeks pracy w art. 222 dopuszcza możliwość wprowadzenia przez pracodawcę szczególnego nadzoru terenu zakładu pracy za pomocą środków technicznych umożliwiających rejestrację obrazu w sytuacji, gdy jest to niezbędne m.in. do zapewnienia bezpieczeństwa, ochrony mienia lub zachowania w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić pracodawcę na szkodę.

Na zakończenie warto także zwrócić uwagę na kwestie statusu i odpowiedzialności podmiotów zewnętrznych, którym umownie zlecono ochronę obiektu. W takiej sytuacji, mimo powierzenia realizacji zadania np. profesjonalnej agencji ochrony, administrator także ponosi odpowiedzialność za prawidłowość przetwarzania danych przez podmiot działający na jego zlecenie.

Co zrozumiałe, niniejsze opracowanie nie wyczerpuje poruszanej w nim problematyki. Szereg przydatnych informacji na temat zasad przetwarzania danych osobowych, często opartych na analizie konkretnych sytuacji, można znaleźć na stronach internetowych Rzecznika Praw Pacjenta oraz Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

mgr Dariusz Dziubina



Z naszych szpitali...

11 grudnia 2020 r. po raz pierwszy w Nowym Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, wykonano operację usunięcia u młodej pacjentki nowotworu wątroby przy użyciu robota chirurgicznego Senhance. Przeprowadził ją zespół chirurgów kierowany przez prof. Piotra Richtera, p.o. kierownika Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Gastroenterologicznej i Transplantologii w SU. Takich zabiegów w SU z powodu COVID-19 nadal przeprowadza się niewiele.

Robot Senhance marki TransEnterix zakupiony został przez SU pod koniec 2018 r. Może być wykorzystywany w chirurgii ogólnej, urologii i ginekologii, a operacje te są tańsze niż z użyciem robota da Vinci. Przy jego użyciu lekarz może jednocześnie sterować ruchem kamery i obsługiwać podłączone do ramion instrumenty chirurgiczne czy aparat endoskopowy. Jest to możliwe, ponieważ robot śledzi ruch gałek ocznych chirurga, który w ten sposób może dopasować pole widzenia maszyny.

14 grudnia w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie po raz pierwszy przeprowadzono operację usunięcia nowotworu z kości krzyżowej, czyli z końcowego odcinka kręgosłupa, u 13-letniego pacjenta. Miejsce po wyresekowanej kości wypełniono i zespolono z kręgosłupem i miednicą nastolatka za pomocą tytanowego implantu, wydrukowanego w technice 3D. Operację poprzedziła skuteczna chemioterapia w Klinice Hematologii i Onkologii Dziecięcej USD. Dzięki niej możliwe było usunięcie nowotworu w sposób radykalny, z maksymalnym możliwym zaoszczędzeniem otaczających tkanek, zwłaszcza korzeni nerwowych.

Zabieg przeprowadził zespół, w skład którego weszli dwaj chirurdzy z krakowskiej placówki: dr Bartłomiej Kowalczyk i dr Krzysztof Miklaszewski. Towarzyszył im prof. Daniel Kotrych, specjalista ortopedii i traumatologii narządu ruchu ze Szczecina, mający największe w Polsce doświadczenie w tego typu operacjach.

11 stycznia 2021 r. okuliści Szpitala Specjalistycznego im. Żeromskiego w Krakowie wykonali zabieg ustawienia opadających powiek u 13-letniego chłopca. – Obserwujemy u takich pacjentów nieprawidłowy rozwój i ograniczenie pola widzenia, osłabienie ostrości widzenia. Dochodzą do tego aspekty psychologiczne i społeczne: dziecko wie, że wygląda inaczej – wylicza dr n. med. Małgorzata Woś, ordynator Oddziału Okulistycznego w „Żeromskim”.

Zabieg (polegający na założeniu taśm, które otwierają i prawidłowo ustawiają powieki) trwał około 2 godzin.

Chłopiec zostanie pod kontrolą lekarzy. – Z wiekiem oczywiście może dojść do zaburzenia ustawień taśm, ale to można będzie skorygować. Zamierzamy robić więcej takich zabiegów, zarówno u osób dorosłych, jak i dzieci. Zapotrzebowanie jest duże, a ośrodków specjalizujących się w tego rodzaju operacjach, zwłaszcza u dzieci, brak – powiedziała dr Woś.

W przeddzień ogólnopolskiego Dnia Transplantacji, 26 stycznia br., Zespół Przeszczepowy w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II przeprowadził transplantację serca u 24-letniego pacjenta z ciężką niewydolnością serca na tle kardiomiopatii rozstrzeniowej rodzinnej, który od kilku miesięcy oczekiwał na operację na Oddziale Transplantologii i Mechanicznego Wspomagania Krążenia. W 2005 roku w Szpitalu im. Jana Pawła II wykonano przeszczep u brata pacjenta. Teraz operację przeprowadził zespół w składzie prof. Bogusław Kapelak, dr hab. Karol Wierzbicki, kierownik Zespołu Przeszczepowego i Odcinka Transplantologii i Mechanicznego Wspomagania Krążenia, dr Grzegorz Wasilewski, rat. med. Michał Kaleta oraz zespół anestezjologiczny pod kierunkiem prof. Rafała Drwiły.

opr. kd (źródło – strony internetowe wymienionych placówek)

125 lat

temu zaczęła się historia
polskiej radiologii

Pionierem był Olszewski

W tym roku obchodzimy jubileusz 125 lat polskiej radiologii. Z tej okazji w Broniszowie, gdzie urodził się jej pionier, prof. Karol Olszewski, w miejscowej szkole odsłonięto pamiątkową tablicę. Stało się to 21 stycznia, czyli w dniu, w którym w 1896 r. w krakowskim dzienniku „Czas” poinformowano o pierwszych polskich badaniach rentgenowskich.

5 stycznia 1896 r. świat dowiedział się o niezwykłym odkryciu, które w znaczący sposób zmieniło medycynę. W wiedeńskim dzienniku „Die Presse” poinformowano, że profesor fizyki Uniwersytetu w Würzburgu (Niemcy), Wilhelm Roentgen, 8 listopada 1895 r. odkrył nowy rodzaj promieniowania, dzięki któremu możliwe jest

Pierwsze polskie zdjęcie rentgenowskie (przycisk z brązu w kształcie jaszczurki)



Prof. Karol Olszewski

for. pl.wikipedia.org



Aparatura, przy pomocy której prof. Olszewski wykonał pierwsze polskie badania radiologiczne

Opis pierwszych badań rentgenowskich prof. Olszewskiego w dzienniku „Czas” z 21 stycznia 1896 r.

— **Odkrycie Röntgena. Doświadczenia Röntgena nad fotografowaniem metali na wskroś ciał nieprzeźroczystych, jak na przykład drzewo, powtarzane były i na naszym Uniwersytecie, w Zakładzie chemicznym przez prof. Olszewskiego.** W tym celu używał on nie rurki Crookes'a, lecz przyrządu używanego do badań spektralnych nad gazami, to jest zwyczajnej rurki Plücker'a, która była przylutowana do pompy rtęciowej, wskutek czego dała się tak wypompować, że nie świeciła już, lecz okazywała fluorescencję pod wpływem prądu elektrycznego z induktora. Płytkę fotograficzną, znajdującą się w zamkniętej kasecie na której spoczywało jeszcze masywne drewniane pudło z ciężarkami mosiężnymi i platynowymi, została wsunięta w worek z grubego czarnego sukna, a zaś ten pakunek został wystawiony na działanie promieni powyżej opisanego aparatu; po długiej (blisko dwu godzinnej) ekspozycji wywołał prof. Olszewski na kliszy obraz, który choć słaby, rzeczywiście wystąpił. **Nierównie lepiej wypadła fotografia przycisku brązowego, w kształcie jaszczurki, również na wa drewnianej zasuwki kasety fotograficznej; obraz**

Z kart historii

stępem, lecz także wielu Polaków miało wkład w rozwój tej dyscypliny. Przypomnijmy tylko kilka nazwisk.

Karol Mayer (1882-1946) – opracował i przedstawił technikę polegającą na zastosowaniu ruchomej lampy, co miało przełomowe znaczenie w historii radiologii i stanowiło początek technik tomograficznych.

Bronisław Sabat (1871-1953) – twórca rentgenomografii, badania radiologicznego polegającego na zapisywaniu ruchów badanego narządu (szczególnie serca i dużych naczyń) za pomocą kimografu.

Edgar Lilienfeld (1882-1963) – twórca nowoczesnej lampy rentgenowskiej, której niestety nie opatentował, bowiem ważniejsze były dla niego inne wynalazki.

Stanisław Januszkiewicz (1903-1979) – w 1935 r. opatentował pierwowzór obecnie powszechnie stosowanej w aparatach rentgenowskich przesłony głębinowej.

Stefan Kaczmarz (1895-1939) – w 1937 r. opracował algorytm iteracyjny, który znalazł zastosowanie w tworzeniu obrazów w tomografii komputerowej.

Isidor Isaac Rabi (1898-1988) – amerykański fizyk polskiego pochodzenia, laureat Nagrody Nobla w 1944 r. w dziedzinie fizyki za rezonansową metodę obserwacji właściwości magnetycznych jąder atomowych, co wykorzystano w obrazowaniu techniką rezonansu magnetycznego.

Lista mniej znanych polskich współtwórców potęgi współczesnej radiologii jest znacznie dłuższa i wciąż otwarta.

Andrzej Urbanik

Dla zainteresowanych – w serwisie www.inforadiologia (dział Historia) można znaleźć i bezpłatnie pobrać książkę „Radiologia polska w XIX i XX wieku”



Farmakologia

Jatrogenizacyjne komplikacje w stosowaniu difenhydraminy

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

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

Difenhydramina – to znany od wielu lat i wielce zaśluzony lek przeciwhistaminowy I generacji, antagonist receptorów histaminowych H1. Difenhydramina bardzo skutecznie zmniejsza objawy alergiczne związane z uwalnianiem histaminy. Jeśli podana jest ogólnie, działa cholinolitycznie. Stosowana miejscowo na błonę śluzową nosa i spojówek zmniejsza zaczerwienienie, obrzęk, świąd, ból, pieczenie i łzawienie. Podana miejscowo wraz z lekiem miejscowo znieczulającym powoduje zmniejszenie zaczerwienienia, wysięku i obrzęku.

Niestety, od kilku lat difenhydramina przeżywa swój niechlubny renesans jako składnik preparatów dostępnych w aptekach bez recepty. I tak, coraz częściej stosowana jest u pacjentów z bezsennością, jak również

w postaci leków złożonych z paracetamolem, np.: APAP Noc, kiedy wskazaniem do użycia jest ból, prowadzący do zaburzeń snu.

Skojarzenie paracetamolu i difenhydraminy nie wydaje się racjonalne z dwóch powodów. Po pierwsze, jeżeli ból pojawia się w porze nocnej, prowadząc do wybudzenia, to najprawdopodobniej mamy do czynienia z bólem zapalnym. Stosowanie w takim przypadku paracetamolu, którego działanie przeciwzapalne jest znikome (jeśli w ogóle), na pewno nie znajduje uzasadnienia. Po drugie, difenhydramina jako lek o działaniu cholinolitycznym doprowadza do dysfunkcji nadrdzeniowych szlaków cholinergiczných, co może w konsekwencji ograniczać skuteczność innych analge-

tyków. Na dodatek, stosowanie difenhydraminy podnosi ryzyko wystąpienia interakcji farmakokinetycznych, które wynikają z zahamowania przez difenhydraminę aktywności izoenzymu 2D6 cytochromu P450.

W praktyce klinicznej obserwowany jest stały wzrost liczby pacjentów, u których stwierdza się powikłania, będące konsekwencją niekorzystnych interakcji difenhydraminy z innymi jednocześnie stosowanymi lekami. Najczęstsze konsekwencje kliniczne tych interakcji zebrano w poniższej tabeli.

Konsekwencje kliniczne interakcji

Zmniejszenie efektu przeciwbólowego z uwagi na dezaktywację nadrdzeniowych szlaków cholinergicznych (działanie antycholinergiczne)

Antagonizm farmakodynamiczny, nie stosować łącznie

Hamowanie metabolizmu tamoksifenu, nie stosować łącznie

Zahamowanie metabolizmu tramadolu, wzrost ryzyka wystąpienia nudności i wymiotów

Wzrost ryzyka wystąpienia objawów pozapiramidowych

Amtagonizm farmakodynamiczny, nie stosować łącznie

Wzrost ryzyka wystąpienia bradykardii w wyniku zahamowania metabolizmu leków beta adrenolitycznych

Efekt antycholinergiczny difenhydraminy może zmniejszać skuteczność leków stosowanych w kaszlu produktywnym

Hamowanie metabolizmu ciprofloksacy, wzrost ryzyka wystąpienia działań niepożądanych

Interakcja farmakokinetyczna, nie stosować łącznie

Hamowanie metabolizmu haloperidolu, wzrost ryzyka wystąpienia działań niepożądanych

Lek/grupa leków, z którymi difenhydramina powoduje klinicznie istotne interakcje

Niesteroidowe leki przeciwzapalne

Betahistyna

Tamoksifen

Tramadol

Cynaryzyna

Donepezil, rywastygmina

Metoprolol, propranolol, karwedilol

Leki mukolityczne, mukokine-tyczne, wykrztuśne

Ciprofloksacy

Neuroleptyki pochodne fenotiazyny, np. pernazyna, promazy, lewomepromazy

Haloperidol

Konsekwencje kliniczne cd. Lek/grupa leków cd.

Hamowanie metabolizmu mianseryny, znaczny wzrost ryzyka wystąpienia działań niepożądanych, nie stosować łącznie

Hamowanie metabolizmu paroksetyny, wzrost ryzyka wystąpienia działań niepożądanych

Hamowanie metabolizmu wenlafaksyny, wzrost ryzyka wystąpienia działań niepożądanych

Hamowanie metabolizmu duloksetyny, wzrost ryzyka wystąpienia działań niepożądanych

Mianseryna

Paroksetyna

Wenlafaksyna

Duloksetyna

Dziś, w dobie wymuszonych pandemią porad zdalnych, warto sobie uzmysłowić, że pojawiające się u pacjentów, wcześniej nieobserwowane objawy mogą być konsekwencją działań niepożądanych stosowanej farmakoterapii. Upowszechnia się ostatnio termin tzw. farmakoterapii jatrogenizacyjnej, czyli takiej, która powinna pomagać, ale w wyniku działań niepożądanych prowadzi do niebezpiecznych komplikacji w przebiegu choroby.



Gabinet pełen możliwości
SAMSUNG

Zobaczysz jeszcze więcej
Samsung RS85 Prestige

Samsung RS85 to istna rewolucja w ultrasonografii dzięki nowym funkcjom diagnostycznym i doskonałej jakości obrazowania. To jeszcze większa pewność diagnostyczna i uproszczony, bardziej przyjazny system. RS85 to aparat, który zrewolucjonizuje Twój gabinet.

Technologia w zasięgu
Samsung HS40

Atrakcyjna cena w połączeniu z nowoczesną technologią – to właśnie aparat ultrasonograficzny Samsung HS40. Popraw możliwości wizualne każdego badania i zapewnij efektywną diagnostykę.




GEMED | ul. Batorego 19, 41-506 Chorzów | 32 350 04 18 | gemed@gemed.info.pl

Krosno

■ Na terenie działania tutejszej Delegatury wyznaczonych zostało 6 szpitali węzłowych, w których zgodnie z Narodowym Programem Szczepień przeciw COVID-19 szczepieni są pracownicy służb medycznych, szpitali, przychodni, aptek i pracownicy administracyjno-techniczni tych jednostek.

■ Szpital w Sanoku przystąpił do ogólnopolskiego programu „Bądź przy mnie – wsparcie społeczne i duchowe dla chorych hospitalizowanych z powodu COVID-19”, zorganizowanego przez Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie (PTODM), we współpracy z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Zespołem Konferencji Episkopatu Polski ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia i Polską Radą Ekumeniczną, pod patronatem honorowym Rzecznika Praw Pacjenta.

W ramach programu Szpital otrzymał cztery telefony komórkowe, dzięki którym pacjenci przebywający na oddziałach covidowych, zgłaszający potrzebę rozmowy z rodziną, będą mogli skontaktować się ze swoimi bliskimi.

■ Szpital Specjalistyczny w Jaśle od 19 stycznia br. przywrócił porody rodzinne, które do tej pory, ze względu na sytuację epidemiczną, były wstrzymane. Z uwagi na duże zainteresowanie, dyrekcja szpitala zdecydowała się je przywrócić, lecz pod warunkiem spełnienia określonych wymagań. Osoby towarzyszące rodzącej muszą m.in. okazać negatywny wynik testu antygenowego w kierunku COVID-19.

*Janusz Kulon
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura Krosno*

Delegatura Krosno

Zrzesza 1527 lekarzy i lekarzy dentystów, w tym:

- 1183 lekarzy,
- 343 lekarzy dentystów,
- 1 lekarz o podwójnych kwalifikacjach.

Liczba zarejestrowanych praktyk:

- 905 lekarskich,
- 251 dentystrycznych.

Nowy Sącz

■ Na przełomie listopada i grudnia Delegatura pośredniczyła w dystrybucji szczepionek przeciw grypie wśród lekarzy. Rozdzielono 190 dawek.

■ Rozpoczęte na przełomie grudnia i stycznia szczepienia grupy 0 przeciwko SARS-CoV-2 na terenie Delegatury generalnie przebiegają planowo, z niewielkimi opóźnieniami, głównie w Nowym Sączu. Na początku lutego rozpoczęto drugi etap szczepień.

■ Z przyczyn oczywistych Delegatura nie zorganizowała dorocznego spotkania ze stażystami na początku grudnia. W zamian wszyscy lekarze stażyści otrzymali list od Pełnomocnika Delegatury z informacjami o działalności Izby Lekarskiej, zachęcający do częstych kontaktów w sprawach zawodowych i osobistych oraz z życzeniami powodzenia i realizacji planów w samodzielnym, właśnie rozpoczynanym życiu zawodowym.

■ Tradycyjne spotkanie opłatkowe seniorów tej zimy ograniczyło się do wysłania im kartek z życzeniami świąteczno-noworocznymi i opłatkami. Oczywiście, nie odbył się w lutym doroczny bal karnawałowy dla dzieci.

Smutno, ale cóż poradzić. Do lepszej rzeczywistości...

*Krzysztof Wróblewski
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura Nowy Sącz*

Delegatura Nowy Sącz

Zrzesza 2791 lekarzy i lekarzy dentystów, w tym:

- 2180 lekarzy,
- 608 lekarzy dentystów,
- 3 lekarzy o podwójnym PWZ.

Liczba zarejestrowanych praktyk:

- 2 675 lekarskich,
- 352 dentystryczne.



Przemyśl

■ 21 grudnia 2020 r. w Szpitalu Wojewódzkim w Przemyślu otwarto zmodernizowany Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Pracownię Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego. Remont polegał na przebudowie pomieszczeń, wykonaniu wentylacji mechanicznej, instalacji gazów medycznych i wykonaniu instalacji elektrycznych. Z dotacji Urzędu Marszałkowskiego zakupiono nowoczesny sprzęt, m.in.: 11 kardiomonitorów, 6 respiratorów stacjonarnych, respirator transportowy, 4 łóżka do intensywnej terapii, 11 materacy zmiennościśnieniowych, defibrylator, aparat RTG, aparat USG, wózki reanimacyjne.

■ Natomiast Zakład Diagnostyki Obrazowej zyskał tomograf komputerowy. Do tej pory szpital posiadał jeden tomograf, który obsługiwał cały powiat przemyśki, miasto Przemyśl oraz powiaty przyległe. Zakupiono także nowy rezonans magnetyczny do badań całego ciała. Do tej pory szpital dzierżawił mobilny rezonans magnetyczny, który był wyłącznie urządzeniem zastępczym.

■ 7 stycznia 2021 r. SPZOZ w Przeworsku po raz trzeci otrzymał Certyfikat Akredytacyjny. Jest to forma zewnętrznej oceny pracy szpitala. Warunkiem jego uzyskania jest pozytywna opinia jednostki w ramach tzw. przeglądu akredytacyjnego, dokonywanego przez zespół wizytatorów z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, podlegającego Ministerstwu Zdrowia. Ocenianych jest 221 standardów akredytacyjnych – ściśle określonych wymogów dla jednostki pretendującej do uzyskania miana akredytowanej, czyli świadczącej opiekę dobrej jakości.

■ W Wojewódzkim Szpitalu im. św. Ojca Pio w Przemyślu wprowadzono nową usługę: telerehabilitację kardiologiczną – rehabilitację w warunkach domowych, dotąd niedostępną w regionie.

To odpowiedź na potrzebę czasu, bowiem z powodu pandemii wielu pacjentów boi się korzystać z tradycyjnej



rehabilitacji albo też dostęp do niej mają bardzo ograniczony. Tymczasem choroby układu sercowo-naczyniowego to wciąż główna przyczyna przedwczesnych zgonów w Polsce.

Telerehabilitacja jest właściwie hybrydową rehabilitacją kardiologiczną, przeznaczoną dla osób po zawałach i zabiegach kardiologicznych – wyjaśniał mediom Dariusz Paszkiewicz, p.o. kierownika oddziału rehabilitacji kardiologicznej. Najpierw w szpitalu odbywa się pierwszy etap rehabilitacji – stacjonarny. Następnie, jeśli stan pacjenta na to pozwala, jest on wypisywany do domu dostając zestaw „pomocy” w rehabilitacji, m.in. ciśnieniomierz, aparat EKG z zestawem słuchawkowym, router do zbierania pomiarów i przesyłania do bazy danych w szpitalu oraz instrukcję, jak z tego korzystać. Uczy się także poprawnie wykonywać ćwiczenia. Potem, ćwicząc w domu, monitoruje swój stan i wyniki przesyła do stacji kontroli na szpitalnym oddziale rehabilitacji, gdzie są one analizowane, a następnie w rozmowie telefonicznej omawiane z pacjentem.

Z telerehabilitacji kardiologicznej można w Przemyślu korzystać maksymalnie przez 35 dni.

Marek Zasadny
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura Przemyśl

fot. arch. Szpitala Wojewódzkiego w Przemyślu

Delegatura Przemyśl

Zrzesza 1070 lekarzy i lekarzy dentystów, w tym:

- 821 lekarzy,
- 249 lekarzy dentystów.

Liczba zarejestrowanych praktyk:

- 537 lekarskich,
- 180 dentystycznych.

Profesorowie

**Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej uroczyście wręczył
20 stycznia 2021 r. tytuł profesora nauk medycznych**

dr. hab. Zbigniewowi Siudakowi

**Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej uroczyście wręczył
11 lutego 2021 r. tytuł profesora nauk medycznych**

dr. hab. Stanisławowi Bartusiowi

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

w dniu 8 grudnia 2020 r.

lek. Ilona Batko

Perioperative use of intravenous lidocaine in children undergoing extensive spinal surgeries – cykl publikacji
(Zastosowanie okołoperacyjnego wlewu dożylnego lidokainy u dzieci poddanych rozległym zabiegom chirurgicznym w obrębie kręgosłupa)

Promotor:

dr hab. Krzysztof Kobylarz, prof. UJ

lek. Anna Głuszewska

Impact of bariatric surgery on blood pressure and blood vessels – prospective observation – cykl publikacji
(Wpływ zabiegu bariatrycznego na ciśnienie tętnicze i stan naczyń – obserwacja prospektywna)

Promotor:

dr hab. Barbara Gryglewska, prof. UJ

lek. Sarah Goldman-Mazur

Prognostic role of clinical and cytogenetic factors in multiple myeloma – cykl publikacji
(Kliniczne i cytogenetyczne czynniki prognostyczne w szpiczaku plazmocytowym)

Promotor: dr hab. Artur Jurchyszyn, prof. UJ

lek. Małgorzata Górecka

Opracowanie algorytmu zastosowania biostymulacyjnego promieniowania w leczeniu zaburzeń czynnościowych narządu żucia – monografia

Promotor: prof. dr hab. Małgorzata Pihut

Promotor pomocniczy:

dr Małgorzata Kulesa-Mrowiecka

lek. Anna Kornaś

Depresyjność w przebiegu chemioterapii radykalnej i paliatywnej a oczekiwania pacjentów względem lekarzy – monografia

Promotor:

dr hab. Barbara Bętkowska-Korpała

Promotor pomocniczy:

dr Iwona Filipczak-Bryniarska

lek. Joanna Kowal

Analiza skuteczności leczenia, przyczyn powstawania wznowy i ocena odległych powikłań po leczeniu złośliwych nowotworów wewnątrzgałkowych u dorosłych

– cykl publikacji

Promotor:

prof. dr hab. Bożena Romanowska-Dixon

mgr Paulina Kowalczyk

Wpływ otyłości indukowanej dietą wysokotłuszczową na reakcję nadwrażliwości kontaktowej mediowanej przez komórki NK u myszy – monografia

Promotor: prof. dr hab. Marian Szczepanik

lek. Iwona Kucybała

The application of multiparametric magnetic resonance imaging of the sacroiliac joints in the diagnostics of axial spondyloarthritis – cykl publikacji

(Zastosowanie wieloparametrycznego rezonansu magnetycznego stawów krzyżowo-biodrowych w diagnostyce spondyloartropatii osiowych)

Promotor:

dr hab. Wadim Wojciechowski, prof. UJ

lek. Piotr Małczak

Chosen aspects of modern perioperative care in patients operated for morbid obesity – cykl publikacji

(Wybrane aspekty nowoczesnej opieki okołoperacyjnej u pacjentów operowanych z powodu otyłości olbrzymiej)

Promotor: prof. dr hab. Michał Pędziwiatr

lek. Katarzyna Podolec

Evaluation of selected risk factors and prognostic factors in diagnostic imaging techniques with the use of videodermoscopy and reflectance confocal microscopy in comparison to histopathological examination in patients with cutaneous melanomas

– cykl publikacji

(Ocena wybranych czynników ryzyka oraz czynników prognostycznych w diagnostyce obrazowej z zastosowaniem wideodermatoskopii i refleksyjnej mikroskopii konfokalnej w odniesieniu do badania histopatologicznego u pacjentów z czerniakami skóry)

Promotor: prof. dr hab. Anna Wojas-Pelc

lek. dent. Katarzyna Stryjewska
Oral health in patients with myocardial infarction treated by primary angioplasty – cykl publikacji
 (Zdrowie jamy ustnej u pacjentów z zawałem z zawałem mięśnia sercowego leczonych pierwotną angioplastyką)
 Promotor:
 prof. dr hab. Jolanta Pytko-Polończyk

lek. Jan Witowski
Implementation of 3D printing in laparoscopic liver surgery – cykl publikacji
 (Zastosowanie druku 3D w chirurgii laparoskopowej nowotworów wątroby)
 Promotor: prof. dr hab. Michał Pędziwiatr

lek. dent. Agnieszka Zapała-Pośpiech
Ocena skuteczności diagnostyki cytologicznej w rozpoznawaniu raka błony śluzowej jamy ustnej – monografia
 Promotor: dr hab. Grażyna Wyszyńska-Pawelec, prof. UJ

lek. Anna Żabówka
Clinical anatomy of human heart venous system – cykl publikacji
 (Kliniczna anatomia układu żylnego serca człowieka)
 Promotor: dr hab. Mateusz Hołda

lek. Tomasz Źródłowski
Zastosowanie modyfikowanych technik fluorescencyjnej hybrydyzacji in situ (FISH) i barwienia Grama jako testów skriningowych w diagnostyce sepsy – cykl publikacji
 Promotor:
 dr hab. Tomasz Gosiewski, prof. nadzw.
 Promotor pomocniczy:
 dr Mirosław Ziętkiewicz

w dniu 12 stycznia 2021 r.

lek. Mirosław Drózd
Selected elements of the pathogenesis of Clostridium difficile infection
 (Wybrane elementy patogenetyki zakażenia Clostridium difficile) – cykl publikacji
 Promotor: dr hab. Jacek Czepiel

lek. Katarzyna Dyląg-Trojanowska
Studies on the usefulness of identification of disseminated tumor cells (DTC) in the bone marrow and some parameters of the immune system in patients with colorectal cancer located in the left half of the colon and in the rectum – cykl publikacji

(Badania nad przydatnością oznaczania rozsznanych komórek nowotworowych (DTC) w szpiku kostnym i niektórych parametrów układu odpornościowego u chorych na raka jelita grubego zlokalizowanego w lewej połowie okrężnicy i w odbytnicy)
 Promotor:
 dr hab. Antoni Szczepanik, prof. UJ
 Promotor pomocniczy: dr Radosław Pach

lek. Agata Hałabuda
Analysis of radiological, neurological, neuropsychological and neurosurgical factors in the choice of treatment of arachnoid cyst in children – cykl publikacji
 (Analiza czynników radiologicznych, neuropsychologicznych oraz neurochirurgicznych w wyborze sposobu leczenia torbieli pajęczynówki mózgu u dzieci)
 Promotor:
 prof. dr hab. Stanisław Kwiatkowski
 Promotor pomocniczy: dr Łukasz Wyrobek

lek. Katarzyna Holcman
The role of technetium-99m-hexamethylpropyleneamine oxime-labeled white blood cell (99mTc-HMPAO-WBC) scintigraphy in the diagnosis of infective endocarditis – cykl publikacji
 (Wartość diagnostyczna badania scyntygrafii znakowanych technetem-99m autologicznych leukocytów (99mTc-HMPAO-WBC) w grupie pacjentów z podejrzeniem infekcyjnego zapalenia wsierdza)
 Promotor:
 prof. dr hab. Magdalena Kostkiewicz
 Promotor pomocniczy: dr Andrzej Ząbek

lek. Roger Krzyżewski
Anatomical and morphometric variants of anterior communicating artery complex and their clinical aspects – cykl publikacji
 (Zmienności anatomiczne oraz morfometryczne w zakresie kompleksu tętnicy łączącej przedniej mózgu i ich aspekty kliniczne)
 Promotor:
 dr hab. Krzysztof Stachura, prof. UJ

lek. Paweł Moskal
The role of electrocardiogram as a diagnostic tool in Wolff-Parkinson-White syndrome – cykl publikacji
 (Rola elektrokardiogramu jako narzędzia diagnostycznego w zespole Wolffa-Parkinson-White'a)
 Promotor: prof. dr hab. Danuta Czarnecka

lek. Anna Prochwicz
Czynniki kliniczne i laboratoryjne wpływające na rokowanie i występowanie powikłań zakrzepowo-zatorowych oraz wtórnych nowotworów u chorych na nadpłytkowość samoistną – monografia
 Promotor:
 dr hab. Beata Piątkowska-Jakubas, prof. UJ

lek. Monika Smaś-Suska
Multiorgan complications in adult patients after Fontan procedure – cykl publikacji
 (Powikłania wielonarządowe u dorosłych chorych po operacji Fontana)
 Promotor:
 dr hab. Lidia Tomkiewicz-Pająk, prof. UJ

lek. Aleksander Siniarski
The effect of omega-3 polyunsaturated fatty acids on coagulation, platelets activation, endothelial function and course of coronary artery disease in patients with high cardiovascular risk – cykl publikacji
 (Wpływ wielonienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3 na układ krzepnięcia, aktywację płytek krwi, funkcję śródbłonnki oraz obraz kliniczny choroby wieńcowej u pacjentów wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego)
 Promotor: prof. dr hab. Grzegorz Gajos

lek. Ireneusz Ostrowski
Assessment of the effectiveness and safety of patient treatment for iatrogenic stress urinary incontinence by artificial hydraulic urinary sphincter implantation – cykl publikacji
 (Ocena skuteczności i bezpieczeństwa leczenia chorych na jatrogenne wysiłkowe nietrzymanie moczu metodą wszczepienia sztucznego hydraulicznego zwieracza cewki moczowej)
 Promotor: prof. dr hab. Piotr Chłosta

lek. Justyna Wajda
Potential usefulness of novel biomarkers of acute kidney injury in the early phase of acute pancreatitis – cykl publikacji
 (Możliwości wykorzystania nowych biomarkerów ostrego uszkodzenia nerek w wczesnej fazie przebiegu ostrego zapalenia trzustki)
 Promotor:
 prof. dr hab. Beata Kuśnierz-Cabala
 Promotor pomocniczy: dr Paulina Dumnicka

Program szkoleń podyplomowych organizowanych przez Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ marzec – maj 2021

Szanowni Państwo,

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

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

Kursy dla specjalizacji lekarskich

marzec – maj 2021

alergologia

Profilaktyka i leczenie
chorób alergicznych
15-16.04.2021

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Ewa Czarnobilska, prof. UJ

Alergia zawodowa
22-23.04.2021
Kierownictwo naukowe:
dr Marcel Mazur

chirurgia ogólna

Transplantologia
08-10.03.2021
Kierownictwo naukowe:
dr Tomasz Kruszyna

Kurs wprowadzający
„Podstawy chirurgii”
22-26.03.2021
Kierownictwo naukowe:
dr Anna Zub-Pokrowiecka

choroby wewnętrzne

Geriatrya
10-11.05.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Barbara Gryglewska, prof. UJ.

Toksykologia
10-11.05.2021
Kierownictwo naukowe: dr Piotr Hydzik

choroby zakaźne

Hepatologia – system modułowy;
Hepatologia – postępy
– system dotychczasowy
31.05-01.06.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Aleksander Garlicki

diabetologia

Wprowadzenie do specjalizacji
w diabetologii
8-9.03.2021

Kierownictwo naukowe: prof. Maciej
Małecki

geriatria

Wielkie problemy geriatryczne
8-9.03.2021

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

kardiologia

Nadciśnienie tętnicze
3.03.2021

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Marek Rajzer, prof. UJ

Farmakoterapia
chorób sercowo-naczyniowych
12-14.04.2021

Kierownictwo naukowe:
dr Bernadeta Chyrchel

Elektrofizjologia i elektroterapia
10-14.05.2021

Kierownictwo naukowe:
prof. Jacek Lelakowski

nefrologia

Dializoterapia
8-12.03.2021

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Katarzyna Krzanowska, prof. UJ

Diagnostyka i leczenie pierwotnych
i wtórnych nefropatii
12-16.04.2021

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Katarzyna Krzanowska, prof. UJ

okulistyka

Onkologia okulistyczna
4-5.03.2021

Kierownictwo naukowe:
prof. Bożena Romanowska-Dixon

Onkologia okulistyczna
11-12.03.2021

Kierownictwo naukowe:
prof. Bożena Romanowska-Dixon

onkologia i hematologia dziecięca

Diagnostyka i leczenie nowotworów
układu krwiotwórczego u dzieci
18-20.05.2021

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Szymon Skoczeń

otolaryngologia

Wprowadzenie do chirurgii
głowy i szyi
16-19.03.2021

Kierownictwo naukowe:
prof. Jacek Składzień

pediatria

Onkologia
12-16.04.2021

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Szymon Skoczeń

położnictwo i ginekologia

Patofizjologia ciąży, porodu i połogu
1-5.03.2021

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Ultrasonografia
– kurs praktyczny indywidualny
8-12.03.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Endoskopia
– kurs praktyczny indywidualny
8-12.03.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Endokrynologia ginekologiczna,
ginekologia wieku rozwojowego
8-19.03.2021

Kierownictwo naukowe:
prof. Robert Jach

Endoskopia
– kurs praktyczny indywidualny
12-16.04.2021

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Ultrasonografia
– kurs praktyczny indywidualny
10-14.05.2021

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Endoskopia
– kurs praktyczny indywidualny
10-14.05.2021

Kierownictwo naukowe: dr hab. Klaudia
Stangel-Wójcikiewicz

Diagnostyka i leczenie chorób
nowotworowych narządów płciowych
10-14.05.2021

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

ginekologia onkologiczna

Nowotwory trzonu macicy
10.05.2021

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Tomasz Banaś

psychiatria

Psychogeriatrya
10-14.05.2021

Kierownictwo naukowe:
dr Wojciech Rachel

reumatologia

Osteoporozy pierwotne i wtórne
18.03.2021

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Mariusz Korkosz, prof. UJ

Spondyloartropatie zapalne i związek
zakażenia z zapaleniem stawów:

a) reaktywne zapalenia stawów
i spondyloartropatie zapalne,
b) choroby zakaźne

a choroby reumatyczne
15-16.04.2021

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Mariusz Korkosz, prof. UJ

transplantologia kliniczna

Zakażenia po przeszczepieniu narządów
i komórek krwiotwórczych
20.05.2021

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Jolanta Goździk

urologia

Onkologia urologiczna 12-14.04.2021

Kierownictwo naukowe:
prof. Piotr Chłosta

Endourologia i ESWL
(system modułowy);

Endourologia (system dotychczasowy)
10-12.05.2021

Kierownictwo naukowe:
prof. Piotr Chłosta

Kursy dla specjalizacji lekarsko-dentystycznych

marzec – maj 2021

chirurgia szczękowo-twarzowa

Epidemiologia, rozpoznawanie
oraz chirurgiczne i skojarzone leczenie
złośliwych nowotworów
części twarzowej czaszki i szyi
10-12.03.2021

Kierownictwo naukowe:
prof. Jan Zapala

Złamania oczodołu – rozpoznawanie,
różnicowanie i leczenie
14-16.04.2021

Kierownictwo naukowe:
prof. Jan Zapala

Choroby ślinianek
– rozpoznawanie, różnicowanie, leczenie
28-30.04.2021

Kierownictwo naukowe:
prof. Jan Zapala

Etiopatogeneza, morfologia,
rozpoznawanie, różnicowanie
i leczenie chirurgiczne
wrodzonych oraz nabytych wad
twarzowo-szczękowo-zgrzyzowych
19-21.05.2021

Kierownictwo naukowe:
prof. Jan Zapala

ortodoncja

Leczenie ortodontyczne dorosłych
17-18.03.2021

Kierownictwo naukowe:
dr Wojciech Stós

stomatologia zachowawcza z endodoncją

Leczenie endodontyczne
zębów wielokanałowych
14-16.04.2021

Kierownictwo naukowe:
prof. Joanna Zarzecka

Leczenie endodontyczne
z wykorzystaniem zabiegów
chirurgii endodontycznej
13-14.05.2021

Kierownictwo naukowe:
prof. Joanna Zarzecka

Kursy wspólne

Ratownictwo medyczne
22-26.03.2021

Kierownictwo naukowe:
dr Arkadiusz Trzos

Prawo medyczne
12-14.05.2021
Kierownictwo naukowe:
mgr Anna Szetela

Stomatolog

z kilkuletnim stażem pracy

w stomatologii zachowawczej, dziecięcej i protetyce
szuka pracy w Krakowie i okolicy do 20 km,
może być prywatnie i NFZ.

Kontakt e-mail: faustyna998@gazeta.pl

Niech muzealna moc będzie z Wami

Niezbyt często wystawy prezentowane w Muzeum Narodowym w Krakowie wywołują w nas uśmiech i poczucie, że ktoś wciąga nas do niezwykle inteligentnej zabawy. A tak właśnie jest w przypadku „Mocy muzeum”, ekspozycji, którą możemy oglądać do 25 kwietnia.

Czy złapaliście się kiedyś na tym, że wchodząc do muzeum, zaczynacie stroić poważne miny? Jeżeli nie, to przyjrzyjcie się ludziom, którzy stoją obok was i wpatrują się w obrazy. Na ich twarzach rysuje się skupienie, które pewnie wynika z powagi instytucji, w której się znaleźli, lub z narzuconej sobie konieczności zrozumienia przekazu, jaki niosą ze sobą dzieła. Prawda jest taka, że mądre analizy powinniśmy zostawić specjalistom, a sami cieszyć się sztuką, wzruszać czy przeżywać ją na swój własny, całkiem dowolny sposób. Tym bardziej że o naszym odbiorze decyduje i tak wiele czynników, z których nie zdajemy sobie sprawy. By je poznać, wybierzcie się koniecznie do Muzeum Narodowego w Krakowie, gdzie prezentowana jest wystawa „Moc muzeum”. Daję słowo, że wyjdziecie z niej zdystansowani do sztuki i uśmiechnięci.



Ekspozycja prezentuje prace wielu świetnych twórców, takich jak m.in. Olga Boznańska, Aleksander Gierymski, Tadeusz Kantor, Jerzy Nowosielski, Jacek Malczewski... – malarzy, którzy tak naprawdę niewiele mają ze sobą wspólnego. Długo można by się głowić, co skłoniło kuratorów do pokazania właśnie ich dzieł, a nie innych artystów. Odpowiedzi i tak nie znajdziemy, bowiem celem ekspozycji nie jest prezentacja jakiegoś nurtu sztuki czy wpływu jednego twórcy na innych, ale pokazanie, jak kuratorzy manipulują naszymi emocjami i co robią, byśmy na przykład jeden obraz uznali za arcydzieło, a inny, równie interesujący, ometli tylko przelotnym spojrzeniem.

Jak to działa, możemy przekonać się, wchodząc do sali prezentującej guziki. Zabytkowych guzików w muzeum jest całe mnóstwo, ale kuratorzy wybrali tylko jeden, by przekonać nas, że to on jest tym wyjątkowym eksponatem. I rzeczywiście, gdy poddamy się ich sugestiom i umiejętnemu budowaniu napięcia, wyjdziemy z wystawy przekonani, że właśnie widzieliśmy arcydzieło. Zresztą wystarczy umieścić jakiś obraz w osobnej przestrzeni, byśmy sądzili, że to właśnie on zasługuje na uwagę. I tak kuratorzy robią tu z „Autoportretem w białym stroju” Jacka Malczewskiego, ale w tym wypadku założyli sobie jeszcze jeden cel. Postanowili udowodnić nam, że wymowa płótna zależy od tła,



na którym zawisnie. Stojąc przed wizerunkiem malarza, możemy samodzielnie zmieniać kolory ściany, za każdym razem inaczej interpretując to, co chciał nam on o sobie powiedzieć.

Zresztą światło potrafi zwrócić uwagę zwiedzających na wiele niuansów dzieł sztuki. Najprostsze jest to przy trójwymiarowych rzeźbach, kiedy oświetlane są tylko ich fragmenty, sugerujące odbiorcom, jak patrzeć na daną figurę. Tu kuratorzy zabawili się rzeźbą przedstawiającą Tadeusza Kościuszkę, dzięki której pokazują nam, że zmiana punktów widzenia może dostarczyć wielu nowych wrażeń wizualnych. Ale w interpretacji dzieła ważne jest nie tylko oświetlenie. Można niczym w teatrze stworzyć entourage, który wprowadzi nas w pożądany przez kuratorów nastrój. Wystarczy czarna zasłona, rozpościerająca się wokół mrok i już czujemy, że znaleźliśmy się w samym środku horroru, a jedynie niewinnie naszkicowane przez artystę ręce potrafią wywołać w nas poczucie zagrożenia.

Na dodatek dzieła sztuki jesteśmy w stanie odbierać wszystkimi zmysłami. Na wystawie zobaczymy „Bitwę pod piramidami” Jerzego Kossaka, którą możemy połączyć z dowolnie wybraną przez siebie muzyką. Daję słowo, że kompletnie coś innego dzieje się na płótnie, kiedy przy jego oglądaniu towarzyszy nam motyw z „Siedmiu wspaniałych”, „Carmen” Bizeta albo piosenka „Bo we mnie jest seks” w wykonaniu Kaliny Jędrusik. A gdy do kolejnego obrazu dołączymy słoićki z różnymi woniami, przekonamy się, że zamknięte w nich zapachy także zmieniają naszą perspektywę odbioru na przykład prezentowanej tu martwej natury.

To tylko niektóre przykłady pokazujące, jaki wachlarz emocji mogą wywołać w nas dzieła artystów. Dajcie się im porwać, nie zważając na powagę miejsca i na to, jak powinien zachowywać się koneser sztuki. Niech „Moc muzeum” będzie z Wami!

*Magda Huzarska-Szumiec
Fotografie z wystawy Moc Muzeum,
fot. Tomasz Markowski, MNK*

Media

Przegląd piśmiennictwa stomatologicznego styczeń – luty 2021

I nastały dziwne czasy, trudne dla na wszystkich. Czas pandemii, czas zamrożonej gospodarki, czas kłopotów i nowych wyzwań w naszych praktykach. Ale mimo tych wszystkich piętrzących się wokół nas trudności, nie możemy zapominać o ustawicznym kształceniu, dlatego proponuję krótki przegląd prasy stomatologicznej. Co nowego pojawiło się w wybranych czasopiśmie stomatologicznych?

Z ostatniego numeru dwumiesięcznika **Nowy Gabinet Stomatologiczny** dowiadujemy się, że od 1 stycznia 2021 r. wszyscy lekarze muszą prowadzić dokumentację medyczną pacjenta w formie elektronicznej. Taki zapis pojawił się w nowym rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Prawnik Tomasz Popielski szczegółowo opisuje, kto i dlaczego musi prowadzić elektroniczne wersje dokumentacji medycznej, a kto jest z tego zwolniony. Natomiast analityk rynku informatycznego Grzegorz Żyjewski radzi, w jaki sposób sprawdzić, który program do EDM-u (Elektronicznej Dokumentacji Medycznej) jest najlepszy.

Przeczytamy również o przypadku leczenia ortodontycznego aparatami stałymi młodej pacjentki chorej na cukrzycę typu I, o zastosowaniu złota w stomatologii, które po raz pierwszy do

leczenia użyto ponad 2500 lat temu, a które wciąż przez lekarzy dentystów jest chętnie wykorzystywane, oraz o urzędzeniu do ustalania koloru pracy protetycznej. W „NGS” opublikowano również opis kolejnego architektonicznego rozplanowania gabinetu, uwzględniającego niezmiennie elementy już istniejącego lokalu usługowego, takie jak lokalizacja drzwi wejściowych, okien, instalacji w budynku, do których dopasowany został układ funkcjonalny wnętrza. W tym numerze rozpoczęto również nowy cykl, w którym będą opisywane wyroki sądowe, a w zasadzie błędy, jakie popełnili lekarze. Pierwszy temat to nieprawidłowe leczenie endodontyczne.

W najnowszym wydaniu **Twojego Przeglądu Stomatologicznego**, w dziale „Sylwetki stomatologii”, dr dr n. med. Ewa Bogacka-Konik, Jacek Bednarski i Tomasz Szklarski opowiadają





w stomatologii. W dziale „Stomatologia wieku rozwojowego” znajdziemy m.in. artykuły „Znaczenie właściwego postępowania diagnostycznego i leczniczego w pourazowym uszkodzeniu zębów – opis przypadku” oraz „Metody leczenia zgryzu otwartego bez konieczności interwencji chirurga przy pomocy Hyrax”. Inny ciekawy artykuł to „Profilaktyka martwicy kości szczęk po stosowaniu leków z grupy bisfosfonianów – przegląd piśmiennictwa”. W dziele „Protetyka i dysfunkcje narządu żucia” natrafimy na artykuły „Mosty jednobrzędne – różne aspekty ich projektowania – na podstawie przeglądu piśmiennictwa” oraz „Uzupełnienie tymczasowe CAD/CAM jako standard w leczeniu protetycznym – opis przypadku”.

W dwumiesięczniku **Quintessence dla lekarzy stomatologów** na uwagę zasługują wybrane artykuły. Pierwszy z nich to „Interceptywne leczenie starcia zębów: poprawiony protokół techniki pełnego wstrzykiwania kompozytu (*full molding technique*)”. Ponieważ objawy starcia zębów są często widoczne u młodych pacjentów, leczenie interceptywne ma ogromny potencjał w zakresie wczesnej stabilizacji progresji starcia zębów przy użyciu metody niewymagającej preparacji i żywic kompozytowych. W artykule opisano modyfikacje podstawowej techniki pełnego wstrzykiwania w celu uniknięcia większości niedociągnięć tej metody, a mianowicie odkształcenia kształtek, czasochłonnego usuwania nadmiarów na powierzchniach międzyzębowych i punktach stykowych oraz możliwej niewystarczającej precyzji w kształtowaniu anatomii powierzchni okluzyjnych. Kontrole po roku i 3 latach w obu zaprezentowanych przypadkach potwierdziły funkcjonalność oraz estetykę uzyskaną za pomocą tej techniki. Drugi artykuł to „Wstępne postępowanie w przypadku urazów zębów: co trzeba, powinno się i można zrobić”. Artykuł służy jako przewodnik wczesnego zaopatrzenia urazów zębów. Wykorzystuje trzyetapowe podejście, aby zilustrować, które działania są absolutnie konieczne (**Trzeba**), które w idealnych warunkach powinny być wykonane (**Powinno się**) i te, które nie są najważniejsze, lecz można je wykonać (**Można**), jeżeli dysponujemy wystarczającym czasem, umiejętnościami i doświadczeniem, a także mamy odpowiedni sprzęt oraz inne materiały. Trzeci interesujący artykuł „Trójwymiarowa magiczna charakterystyka – 3D Magic MakeUp: tworzenie naturalności i charakterystyka monolitycznych uzupełnień CAD/CAM” porusza temat charakterystyki protetycznych uzupełnień pełnokonturowych. Ostatni

z artykułów to „Uzupełnienia tymczasowe w stomatologii dziecięcej”. W artykule przedstawiono przegląd dotyczący różnych rodzajów uzupełnień oraz ich zastosowania u dzieci.

Magazyn Stomatologiczny tematem lutowego numeru uczynił techniki chirurgiczne w stomatologii. Znajdziemy tu dwa fotoreportaże kliniczne, pierwszy to „Dwuetapowa korekta tkanek miękkich wspomagająca leczenie ortodontyczne wprowadzające do łuku zatrzymany ząb sieczny przyśrodkowy”, drugi natomiast to „SARPE jako technika chirurgiczna ekspansji szczęki u pacjentów dojrzałych szkieletowo”. Inny ciekawy artykuł to „Szyna zwarciowa – metoda wykonania. Opis przypadku”, jak również „Biomimetyczna koncepcja leczenia zębów urazowych w obrębie przedniego odcinka łuku zębowego”. Warto również poświęcić czas, aby przeczytać artykuł „Metody diagnozowania pęknięć korzenia ze szczególnym uwzględnieniem metody wybarwiania wewnątrzkomorowego”.

Ostatni numer **Art of Dentistry** zawiera bardzo interesujący artykuł „Postępowanie w przypadkach recesji. Techniki niechirurgiczne”. Autorzy omawiają niechirurgiczne metody leczenia recesji dziąsłowych. Inny ciekawy artykuł to „Leczenie szkieletowej klasy II podgrupy 2 ze zwiększonym nagryzem pionowym za pomocą alignerów”. Autor pracy przedstawia swój pierwszy przypadek z zastosowaniem aparatu IAS Inman Aligner.

W czasopiśmie **Forum Stomatologii Praktycznej** tematem numeru jest „Idealne procedury kliniczne w adhezynie łączonych rekonstrukcjach wykonywanych w technice pośredniej”. Idealne wytyczne, które są rekomendowane podczas wykonywania adhezynie cementowanych uzupełnień pośrednich, to kwestia złożona, a liczne koncepcje kliniczne wydają się niewystarczająco uregulowane. Autor publikacji podjął się analizy dostępnego piśmiennictwa oraz dostępnych danych klinicznych w celu rekomendacji najlepszych optymalnych protokołów leczenia. W dziale „Z codziennej praktyki” przeczytamy o jakże dobrze znanym wszystkim denty stom... koferdamie oraz o sonoabrazji – „Wykorzystanie sonoabrazji w różnych dziedzinach stomatologii”. Sonoabrazja jako metoda preparacji twardych tkanek w obrębie jamy ustnej ma szerokie zastosowanie, którego nie należy ograniczać tylko do stomatologii zachowawczej ani tylko do twardych tkanek zębów. Minimalnie inwazyjna i bardzo precyzyjna preparacja tkanek twardych znajdzie zastosowanie również w chirurgii przy zabiegach na tkance kostnej oraz w endodoncji lub protetyce, gdzie konieczna jest największa dokładność z uwagi na niewielkie pole operacyjne. W dziele „Ekspert testuje”, dr Marcin Aluchna opisuje nowy kompozyt „Boston kompozytowy światłoutwardzalny materiał stomatologiczny”.

Jak zwykle to tylko namiastka spośród wszystkich tytułów w prasie stomatologicznej, tylko parę artykułów, którym warto poświęcić chwilę czasu. Ta krótka chwila może czasem bardzo pomóc w naszych codziennych stomatologicznych zmaganiach...

opr. Grzegorz Herbut



Zdzisław Gajda

Historia medycyny dla każdego

Nakładem wydawnictwa Fronda ukazało się drugie wydanie książki Zdzisława Gajdy, która wydana w 2011 roku pod tytułem „Do historii medycyny wprowadzenie”, teraz dostępna jest pod zmienionym tytułem „Historia medycyny dla każdego”. Autor jest osobą dobrze znaną w środowisku historyków medycyny, a jego książki od lat cieszą się zasłużonym uznaniem czytelników i warto do nich powracać, czy to w poszukiwaniu konkretnych wiadomości, czy by przypomnieć sobie barwnie skreślone obrazy przeszłości.

„Historia medycyny dla każdego” nie jest klasycznym podręcznikiem, choć narracja biegnie w zgodzie z zasadami chronologii i w rytmie kolejnych rozdziałów. Jest bardziej barwną rozmową z czytelnikiem, pełną anegdot, odwołań do tekstów kultury, dygresji i osobistych przemyśleń autora. Napisana przystępnym językiem książka nie nuży mnogością dat i faktów, nie przytłacza fachową terminologią ani nagromadzeniem szczegółowych przypisów.

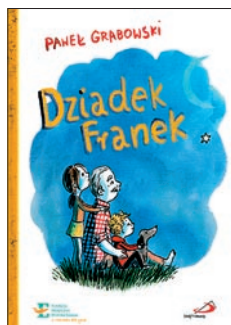
Punktem wyjścia staje się pytanie o sens oraz znaczenie historii nauki i sztuki lekarskiej dla współczesnej medycyny, którą autor chce widzieć w szerszej perspektywie cywilizacji człowieka. Tak jak bez poznania źródeł nie można odtworzyć biegu rzeki, tak nie da się zrozumieć najnowszych osiągnięć medycyny, jeśli nie poznamy istoty jej tradycji. Tej myśli Zdzisław Gajda podporządkował swoją pracę od pierwszego rozdziału poczynawszy, w którym odnosi się do najstarszych śladów praktyk leczniczych, aż do ostatniego, poświęconego refleksji nad współczesnym wizerunkiem lekarza i medycyny. Od kunsztu uzdrowicieli starożytnego Egiptu i dziedzictwa tradycji żydowskiej po spuściznę starożytnej Grecji i Rzymu poznajemy zręby tego, co stało się u podstaw wiedzy i praktyki lekarskiej europejskiej medycyny, którą kształtować będą wieki średnie. Często w przeszłości marginalizowane i niedoceniane lub fałszywie przedstawiane średniowiecze stanowiło przecież istotną w dziejach medycyny epokę. I dobrze się stało, że

w „Historii medycyny dla każdego” poświęcono jej tyle uwagi, oddając całe bogactwo i złożoność, a także przypominając rolę, jaką odegrały chrześcijaństwo i Kościół. Autor prowadzi nas dalej szlakiem renesansowej medycyny, tego szczególnego aliansu wiary, sztuki oraz nauki, który dał początek nowoczesnej anatomii, a także stworzył Paracelsusa. Później zaś wkraczamy w nowożytny świat fizjologii opartej o eksperyment, z Williamem Harveyem, odkrywcą układu dużego krążenia krwi, i Albrechtem von Hallerem, który zaproponował pierwszy funkcjonalny model żywego organizmu oparty o zasady czułości i drażliwości jako postaciami dla tej historii centralnymi. Ich odkrycia miały bezpośredni wpływ na rozwój nauki o chorobach – patologii, w tym w szczególności anatomii patologicznej, i kliniki lekarskiej, które w XIX stuleciu wraz z rozwojem opartej o skuteczną anestezję, aseptykę i antyseptykę chirurgii, bakteriologii i mikrobiologii lekarskiej miały uformować główne kierunki rozwoju współczesnej medycyny.

Książka Zdzisława Gajdy jest dowodem na to, że to, co odległe i przeszłe, nie tylko może, ale nadal jest aktualne. Bez względu bowiem na ogrom zgromadzonej wiedzy, możliwości techniczne i precyzję, jakie dają współczesna diagnostyka i terapia, medycyna powinna być czymś więcej niż tylko sprawną „naprawą” chorego organizmu. Szczególna relacja, jaka wiąże ze sobą lekarza i jego pacjenta, czyni z *ars medica* zjawisko wyjątkowe, które łatwiej nam opisać i zrozumieć, jeśli sięgniemy do historii, zwłaszcza tak dobrze napisanej jak „Historia medycyny dla każdego”. Warto to zrobić.

Ryszard W. Gryglewski

Zdzisław Gajda, „Historia medycyny dla każdego”, Wydawnictwo Fronda, Warszawa 2021, s. 488.



Paweł Grabowski

Dziadek Franek

To nie jest typowa opowieść dla dzieci, choć może się tak wydawać, patrząc na okładkę książki: starszy pan z dwójką dzieci i pieskiem siedzą na trawie, wpatrując się w nocne niebo. Sielski obrazek z tytułowym Dziadkiem Frankiem w centrum. Jednak radosnym chwilom spędzonym z dziadkiem, który dla wnucząt jest najbliższym członkiem rodziny, cudownym człowiekiem, który odbiera je co dzień ze szkoły, a potem wspólnie z nimi lepi pierogi, naprawia radia i biega po schodach, poświęcone są tylko dwa pierwsze rozdziały. W trzecim okazuje się, że „choroby, z powodu której dziadek leżał w szpitalu i miał operację, nie da się wyleczyć”. W domu pojawiają się nowe, nieznanne wcześniej słowa: nowotwór, radioterapia, stomia, psycholog... Ostatnie miesiące życia dziadek spędza w swoim domu w jednej z wiosek na Podlasiu, pod troskliwą opieką córki i jej męża oraz pracowników hospicjum domowego. I w otoczeniu dwojga wnucząt, z których perspektywy obserwujemy odchodzenie starszego człowieka.

Nie ma w tej książce patosu i epatowania cierpieniem. Jest w niej natomiast ciepło, serdeczność i troska, także ze strony tych najmłodszych członków rodziny. Oczywiście jest i smutek, jako nieodczuwany element życia. Rodzice nie starają się przed nim uchronić dzieci, nie unikają prawdy i trudnych rozmów, nie odsyłają dzieci do znajomych w dniu pogrzebu, żeby im „nie było przykro”, po prostu wszyscy towarzyszą sobie nawzajem w tym trudnym czasie.

Autor książki, pochodzący z Krakowa dr Paweł Grabowski – absolwent stomatologii i medycyny w CM UJ, specjalista chirurgii szczękowo-twarzowej (związany z Centrum Onkologii w Warszawie) oraz medycyny paliatywnej, założyciel Hospicjum Proroka Eliasza w Michałowie na Podlasiu – takich dzieci podczas swojej 8-letniej pracy hospicyjnej spotkał wiele, o czym wspomina we wstępie: „Pawefek – czterolatek, który codziennie po powrocie z przedszkola najpierw biegł pocałować umierającą babcię.

Chłopcy i dziewczynki, od maluchów po nastolatki, którzy mieli szczęście rosnąć w wielopokoleniowych rodzinach i którzy pod opieką mądrych rodziców byli przygotowani do śmierci ukochanej osoby. Moi mali nauczyciele kochali swoich dziadków także wtedy, gdy ci, wyniszczeni nieuleczalną chorobą, chudli, słabli, stawiali czoła bólowi, duszności, biegunkom czy zaparciom”.

Jest jeszcze jeden aspekt, ze względu na który warto zwrócić uwagę na tę książkę. Potrzeba organizacji hospicjów domowych na terenach wiejskich, trudno dostępnych, gdzie na miejsce w hospicjum czeka się czasem wiele tygodni. Dr Grabowski w wywiadzie dla „Tygodnika Powszechnego” z 2019 r. przyznaje: „Wiedziałem, że otwierając tu hospicjum domowe, pomogę im szybciej i ekonomiczniej”. I dodaje, że choć „konstytucja daje wszystkim równe prawo do służby zdrowia, to na wsiach jest łamana. Dostęp jest 2,5 raza mniejszy niż w mieście. W przypadku opieki paliatywnej jest pewnie jeszcze gorzej. Zanim się tu pojawiliśmy, rzadko ktokolwiek do tych domów zajeżdżał. Zapewne niektórzy umierali w cierpieniu. (...) Zgodnie z polskimi przepisami w hospicjum wolno umrzeć tylko wtedy, gdy ma się nowotwór, odleżyny lub kilka innych schorzeń, które są bardzo rzadko spotykane w hospicjum”. Ale pod opieką tego prowadzonego przez dr Grabowskiego, dzięki wsparciu darczyńców, są zarówno ci, za których NFZ płaci, jak i chorzy, którym opieki hospicyjnej Fundusz nie chce refundować. „Skladałem przysięgę Hipokratesa, a nie NFZ-tosa. Jestem lekarzem, to leczyć” – przyznaje.

Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza kilka lat temu rozpoczęła budowę ośrodka stacjonarnego w Makówce, w gminie Narew. Zbiórka funduszy na ten cel nadal trwa.

Katarzyna Domin

Paweł Grabowski, „Dziadek Franek”, Edycja św. Pawła, Częstochowa 2019.



**Stanisława Golinowska,
Marzena Tambor**

O łączeniu spraw zdrowotnych i społecznych w przebiegu życia

Książka autorstwa prof. S. Golinowskiej i dr M. Tambor, wydana przez PWN, współfinansowana przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, którą poniżej przedstawiam, nie jest lekturą lekką, niemniej bardzo interesującą. Rysuje bowiem analityczny obraz polityki społecznej i zdrowotnej we współczesnym świecie, ze szczególnym opisem Polski na tle kolejnych etapów życia człowieka.

Niewiele tu jednak odniesień politycznych czy ustrojowych, sporo natomiast przykładów konkretnych rozwiązań systemowych w różnych krajach, w przekroju wiekowym. Mamy więc liczne przykłady organizacji opieki nad dziećmi od wczesnego dzieciństwa, przez kolejne etapy dojrzewania i edukacji, po wkroczenie w dorosłość. Potem analizowane są problemy „młodszego” pokolenia dorosłych i „starszego” już w układzie rodzinnym. Wreszcie niemało miejsca zajmuje analiza polityki społecznej w odniesieniu do osób starszych, podzielonych też na grupy wiekowe, od „świeżych” emerytów, po osoby 75+.

Punktem wyjścia autorek jest klasyczny, fundamentalny w naukach społecznych schemat hierarchii potrzeb wg A. Masłowa, motywujących działania człowieka w określonej kolejności. Dla nieorientowanych dodajmy, że jest to w 5 punktach ujęcie potrzeb człowieka w układzie piramidalnym. U podstaw są potrzeby biologiczne i fizjologiczne, dalej bezpieczeństwa, potem przynależności i miłości, kolejno uznania i szacunku, wreszcie na szczycie – samorealizacji. Pod koniec życia Masłowa dodał do swojej hierarchii jeszcze potrzeby poznawcze i estetyczne. I wszystko jest jasne, pokąd nie zaczynamy owej hierarchii rozpatrywać w szczegółowych uwarunkowaniach. A więc w jakich warunkach materialnych dane pokolenie się znajduje? W jakim systemie wartości toczy się jego życie? Jaki system wartości etycznych, finansowych, kulturowych obowiązuje (np. w kwestii rozwodów, aborcji,

praw kobiet czy praw dziecka)? Jakie są nakłady państwa na rozmaite dziedziny życia? Jaka jest baza edukacyjna? Jaki poziom bezrobocia? Jak wygląda dostępność mieszkania? Analizy ujęte w książce obejmują też pewne patologie, jak alkohol, narkotyki oraz ich wpływ na życie.

Oczywiście, każda generacja tworzy nowe prawa, normy, trendy, pytań są setki. Sąsiadujące kraje Europy, amerykańskie stany czy cywilizacje Dalekiego Wschodu te same procesy „przebiegu życia” rozwiązują rozmaicie. I o tym jest ta książka. O rozmaitych hierarchiach, potrzebach, wręcz podręcznikowych rozwiązaniach, pod warunkiem, że chce się życie publiczne ukształtować sensowniej. Adresatem opracowania są lekarze i menedżerowie ochrony zdrowia, zajmujący stanowiska kierownicze w wielospecjalistycznych szpitalach, w instytutach naukowych, a nawet w przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej. Także administracja samorządowa opieki zdrowotnej i społecznej znajdzie tu wiele przykładów rozwiązań pionierskich w różnych krajach, wartych niekiedy naśladowania.

Niestety, aspiracje do wiedzy i kompetencji nie są współcześnie w najwyższym cenie. Niemniej, gdyby także politycy sięgnęli do kart tej książki, raczej by nie stracili. Dla pragnących lepiej urządzić ten świat lektura tej książki będzie wysoce pożyteczna.

Stefan Cieplý

Stanisława Golinowska, Marzena Tambor, „O łączeniu spraw zdrowotnych i społecznych w przebiegu życia”, Dom Wydawniczy PWN, 2020 r., 264 str.

Pandemia COVID-19 przyniosła siłą rzeczy wzmożone zainteresowanie chorobami zakaźnymi. Jedną z nich, trapiącą ludzkość od niepamiętnych czasów, jest gruźlica. I jej właśnie poświęcamy poniższy tekst.

Krótką historia walki z gruźlicą



została narażona na infekcję prątkami gruźlicy, a nowe zakażenia pojawiają się w świecie w tempie jednego przypadku na sekundę, choć są często bezobjawowe lub uśpione. WHO określiła gruźlicę jako globalne niebezpieczeństwo, dziesiątkujące ludzkość prawie do końca XIX wieku, kiedy to postęp nauk medycznych dał nadzieję na jej opanowanie.

Walka z gruźlicą na szerszą skalę zaczęła się od odkrycia przez Roberta Kocha w 1882 roku bakterii ją wywołującej, tzn. prątka, i zbadania jego budowy. Okazało się, że okala go woskowana otoczka odporna na wszelkie stosowane wówczas środki chemiczne, kwasoodporna, wrażliwa jedynie na działanie światła słonecznego. Wtedy to zaczęto w Europie budować na nasłonecznionych stokach górskich o łagodnym klimacie sanatoria przeciwgruźlicze. W Davos, w Szwajcarii powstało wzorcowe sanatorium stworzone przez dr. Turbana, na którym wzorowano się w innych krajach. To właśnie sanatorium zostało opisane przez Tomasza Manna w „Czarodziejskiej górze”.

W Polsce takim Davos stało się przede wszystkim Zakopane, gdzie na dużą skalę stosowano leczenie klimatyczne. Już w pierwszej połowie XIX wieku ściągano pod Tatry wielu ludzi, odkrywających uroki gór. Znaczną ich część przyciągały popularne kuracje żentycowe, które miały pomagać w chorobach żołądka, serca i płuc. Wierzano w zbawcze, świeże powietrze, duże nasłonecznienie i zdrowe jedzenie. A gdy dr Tytus Chałubiński wystarał się o uznanie Zakopanego za stację klimatyczną i stało się ono uzdrowiskiem, pod Tatry zaczęli masowo zjeżdżać nie tylko miłośnicy górskiej turystyki i artyści, szukający tam pierwotnego piękna. Pojawili się także chorzy „na płuca” i jak grzyby po deszczu zaczęły w Zakopanem wyrastać sanatoria, najpierw w willach położonych w centrum uzdrowiska, potem na nasłonecznionych stokach Gubałówki.

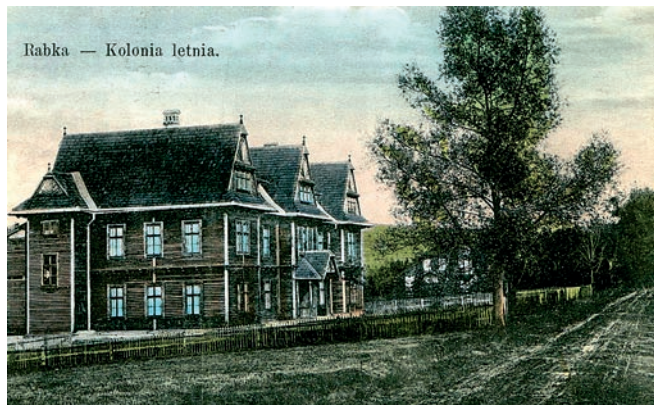
Od 1898 roku i powstania pierwszego sanatorium dr. Mariana Hawranka, do lat 60. XX wieku, kiedy to uznano epidemię gruźlicy za opanowaną, wybudowano w Zakopanem 15 sanatoriów. Powstały m.in. piękne architektonicznie, nowoczesne, skuteczne terapeutycznie sanatoria: Akademickie, Odrodzenie, Nauczycielskie i wzorowane na Davos sanatorium w Kościelisku, założone przez dr. dr. Kazimierza i Bronisławę Dłuskich.

Zmagania z gruźlicą toczyły dziesiątki lekarzy. Nie jest możliwe wyszczególnienie ich wszystkich. Wspomnę więc tylko tych, których działalność i dokonania rozpoczynały nowe etapy walki z gruźlicą.

Na pierwszym miejscu wymienię prof. Macieja Leona Jakubowskiego, pediatrę, współtwórcę Szpitala Dziecięcego przy ul. Strzeleckiej w Krakowie, pierwszego prezesa Zachodnio-Galicyjskiej Izby Lekarskiej. Wiedząc, że na

Gruźlica jest powszechną chorobą zakaźną wywołowaną przez bakterię zwaną prątkiem gruźlicy, który najczęściej atakuje płuca, ale może też uderzyć w układy kostny, stawowy, w moczowo-płciowy czy pokarmowy. Jak wiele innych chorób pandemicznych, i ta jest znana „od zawsze”. Prątki gruźlicy znajdowano w mumiach egipskich i peruwiańskich. Wiele na temat tej choroby wiedział już Hipokrates, ale ani on, ani inni przez długi czas nie znali jej przyczyny, a tylko objawy. O skali pandemii gruźlicy świadczy stwierdzenie, że w przeszłości i teraźniejszości ponad 1/3 ludzkiej populacji

fot. www.iki.de



Dr Tytus Chałubiński

gruźlicę choruje niemal połowa dzieci powyżej pierwszego roku życia, zorganizował w Rabce 45-dniowe turnusy dla dzieci dotkniętych gruźlicą i przyczynił się do wybudowania tam nowego, obszernego (bo na 100 miejsc) budynku Pod św. Józefem, inaugurując tym samym w Rabce znane do dzisiaj uzdrowisko dla dzieci. Jego asystent dr Tadeusz Boy-Zeleński zorganizował na początku XX wieku sieć punktów, gdzie wydawano mleko dla dzieci zagrożonych gruźlicą. W pierwszym roku działalności wydano w nich ok. 20 tys. litrów mleka.

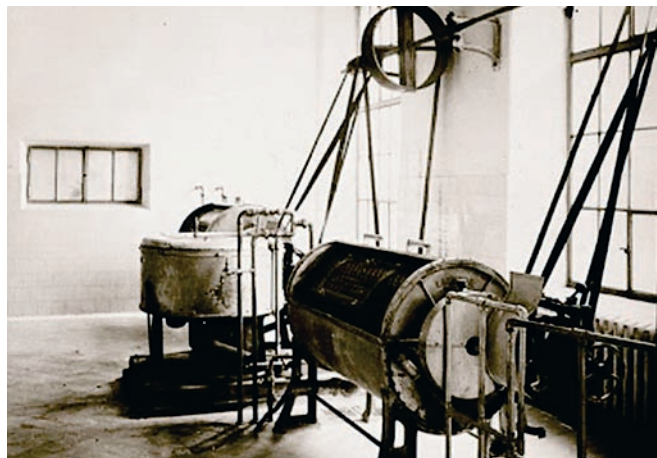
Do rozwoju leczenia klimatycznego i nowych metod terapii przyczynił się pionier ftyzjatrii, dr Olgierd Sokołowski. W latach 1914-1921 pracował jako asystent w sanatorium Dłuskich w Kościelisku, potem w schronisku na Antałówce, w latach 1934-1940 był dyrektorem sanatorium Odrodzenie. Wiele podróżował po Europie zapoznając się z nowym lekiem, który stosował w kierowanym przez siebie sanatorium – sanochryzyną (preparat złota) i nowymi metodami leczenia czynnego odmą opłucnową i przepalaniem zrostów opłucnowych. Z odbytej praktyki u dr. Hermanna Brehmera na Dolnym Śląsku, założyciela w miejscowości Goerbersdorf pierwszego w Europie sanatorium przeciwgruźliczego, wyniósł przekonanie o dużej wartości klimatycznego leczenia gruźlicy.

Ważną postacią w zmaganiach z gruźlicą był dr Tomasz Janiszewski, późniejszy minister zdrowia w rządzie Ignacego Paderewskiego. Swoją służbę lekarską rozpoczął jako lekarz klimatyczny w Zakopanem. W 1908 roku we Lwowie, wspólnie z prof. Antonim Gluzińskim, założył pierwszą poradnię przeciwgruźliczą. Prof. Gluziński i jego brat Lesław, nazywany „genialnym płucnikiem”, byli założycielami instytucji do spraw walki z gruźlicą, m.in. Towarzystwa Walki z Gruźlicą, Towarzystwa Przeciwgruźliczego i sieci przychodni przeciwgruźliczych. Janiszewski przyczynił się do powstania w latach 1913-1917 na Białym Prądniku w Krakowie Miejskich Zakładów Sanitarnych, które miały zapobiegać zagrożeniom epidemiologicznym (44 łóżka dla chorych na szkarlatynę, 86 dla chorych na gruźlicę). Redakcja krakowskiego dziennika „Czas”, uzasadniając pilną konieczność zajęcia się epidemią gruźlicy, pisała: „Gruźlica zbiera dwa razy więcej ofiar, co wszyst-

kie inne choroby epidemiczne razem wzięte, a obecna wojna zwiększyła w zastraszający sposób śmiertelność z powodu tej choroby”. Cały kompleks Zakładów Sanitarnych, na które składały się różne obiekty, został zaprojektowany przez wybitnego krakowskiego architekta Jana Zawieskiego. Układ budynków, funkcjonalność, spełnienie najwyższych wymagań sanitarnych uzyskały jako całość złoty medal na specjalistycznej wystawie w Lipsku. Zakłady te po II wojnie światowej leczyły m.in. chorych na gruźlicę byłych więźniów Auschwitz i innych obozów koncentracyjnych. Po licznych reorganizacjach, wzbogaceniu o nowe oddziały nosiły nazwę Szpitala Specjalistycznego im. dr Anki, od 1990 imienia papieża Jana Pawła II.

Kolejny etap w walce z gruźlicą to przeniesienie oddziału dla chorych na gruźlicę do budynku przy ul. Skawińskiej 8, którym kierował prof. Stanisław Hornung, ftyzjatra przybyły po wojnie do Krakowa ze Lwowa (od 1946 roku w CM UJ). W budynku na Skawińskiej utworzył Klinikę Ftyzjatryczną AM. Prof. Hornung wprowadził nowatorskie terapie w leczeniu gruźlicy i obowiązkowe badania dla cierpiących na tę chorobę studentów. Zorganizował ruchomą Poradnię Przeciwgruźliczą, która docierała do najbardziej odległych wsi. Wspólnie z prof. Hornungiem od 1952 roku pracował na Skawińskiej wybitny ftyzjolog, pulmonolog, także ze Lwowa, prof. Eugeniusz Nikodemowicz. Prowadził ważne badania naukowe, m.in. nad chemioterapią gruźlicy.

W latach 20. XX wieku nastąpiła nowa era w leczeniu gruźlicy. Stało się to na oddziale gruźliczym nowego budynku tzw. Kabeki, wybudowanej w 1923 roku z inicjatywy dr. Gustawa Nowotnego, dzięki pomocy prof. Emila Godlewskiego. To tam dr Nowotny, zwany ojcem ftyzjochirurgii, do 1939 roku wykonał ok. 1000 zabiegów na nerwie przeponowym. A później, bo poczynając od 1946 roku, nastąpiła epoka prof. Wita Rzepeckiego. Swoją pracę w Zakopanem rozpoczął jako ordynator oddziału torakochirurgii w Sanatorium Nauczycielskim, potem razem z oddziałem przeniósł się do sanatorium Odrodzenie, przemianowanego z czasem na Szpital Specjalistyczny Chorób Płuc im. O. Sokołowskiego, gdzie pracował do przejścia na emeryturę.



Miejskie Zakłady Sanitarne, Kraków – pralnia

Źródło: Archiwum Szpitala JP II

Lekarzom zajmującym się leczeniem gruźlicy w szpitalach i sanatoriach w sukurs przychodziła medycyna akademicka. Z wielu zaangażowanych w badania naukowców wymienię tylko prof. Tadeusza Browicza, który analizował szczepionkę Kocha i skutki jej działania; prof. Odo Bujwidą, który z pomocą finansową Tytusa Chałubińskiego mógł pracować z Kochem i sam opracował szczepionkę – tuberkulinę; prof. Edwina Paryskiego i prof. Janinę Kowalczykową, którzy zgłębiali problem leczenia gruźlicy INH.

Należy także wspomnieć, że w zwalczaniu gruźlicy, głównie z przyczyn rodzinnych, włączały się osoby spoza świata medycyny, np. Henryk Sienkiewicz, inicjator i akcjonariusz sanatorium dr. Dłuskiego, fundator stypendium dla chorych na gruźlicę artystów im. jego żony Marii Szetkiewiczówny, czy Stefan Żeromski, który sam był chory na gruźlicę i leczył też w Zakopanem syna Adama. Natomiast Maria Skłodowska-Curie ofiarowała na rozwój sanatorium w Kościelisku część nagrody Nobla.

Powszechna walka z gruźlicą wprawdzie rozpoczęła się od odkrycia prątki przez Roberta Kocha, ale przełomem w jej leczeniu stało się użycie w 1921 roku w Paryżu, a od 1924 powszechnie, skutecznej szczepionki BCG i wprowadzenie w 1936 roku rentgenografii małoobrazkowej, co umożliwiło wczesne wykrywanie choroby. Dużą skutecznością okazało się leczenie gruźlicy od 1943 roku streptomycyną, od 1946 podawanie PAS, a od 1951 – INH. Były to pierwsze skuteczne leki.

Jednak mimo zwiększania się skuteczności leczenia, tworzenia światowych planów walki z gruźlicą, od lat 80. XX wieku zanotowano ponowny jej atak. Przyczyn odrodzenia się gruźlicy było wiele, np. spadek odporności organizmów choćby w wyniku immunosupresyjnego leczenia uzależnień, leczenia zakażeń HIV, rozprzestrzeniania się cukrzycy i nowotworów, bezdomności i niedożywienia, pojawienia się lekoopornych form bakterii itd. Po ogłoszeniu opanowania epidemii gruźlicy uspiła się także nasza czujność. W Polsce od kilku lat notuje się ponad 5 tysięcy nowych zachorowań rocznie. Liczba ta prawdopodobnie jest niedoszacowana, lecz obserwuje się stopniowy jej spadek. Zapadalność na gruźlicę w Polsce jest jednak wyższa niż średnia w Unii Europejskiej. Natomiast na całym świecie wg WHO tylko w 2018 roku zachorowało na nią ok. 10 milionów osób, w tym ponad milion dzieci.

Żyjąc w niepewności w czasach szalejącego koronawirusa, poznając jego mutacje, szczepiąc miliony ludzi na świecie, przypomnijmy sobie pokrótce opowiedzianą „ku przestrodze” historię walki z gruźlicą. I może warto sprawdzić, jaki jest stan sanatoriów „płucnych” – na pewno będą potrzebne wielu pacjentom po COVID-19.

Barbara Kaczkowska

OIL w Krakowie zaprasza na szkolenia

Komisja Kształcenia Medycznego zaprasza

na cykl szkoleń z kompetencji miękkich. Szkolenia prowadzone będą w formie warsztatowej za pomocą platformy online Zoom, pozwalając na pełną interakcję uczestników spotkań.

Prowadząca: prof. dr hab. Alicja Gałązka

Punkty edukacyjne: 3

Rejestracja: tel. 12 619 17 22, e-mail: ksztalcenie57@hipokrates.org

Telemedycyna – możliwości i zagrożenia

Termin: 18.03.2021 r. godz. 16.00-19.00

Dialog motywacyjny w praktyce – psychologia motywacji w pracy lekarza

Termin: 15.04.2021 r. godz. 16.00-19.00

Zarządzanie czasem – techniki i strategię zarządzania czasem w pracy lekarza

Termin: 13.05.2021 r. godz. 16.00 -19.00

Wzmacnianie potencjału osobowego lekarza w sytuacjach kryzysowych

Termin: 10.06.2021 r. godz. 16.00-19.00

Ogłoszenia

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Liszkach

zatrudni lekarzy:

- specjalistę medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych,
 - specjalistę ginekologii i położnictwa (kobietę).
- Aplikacje można składać na adres e-mail:
sgzoz@przychodnia.liszki.pl

Kontakt: tel. 12 280 62 83 w godz. 10-14 (sekretariat)
lub 517 851 151

Szpital Powiatowy w Limanowej

zatrudni:

- lekarzy anestezyjologów
 - internistów,
 - geriatrów,
- lekarzy do pracy w SOR

i gabinecie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

- diagnostów laboratoryjnych, techników RTG.

Warunki płacy i formy zatrudnienia do uzgodnienia.
Szczegółowych informacji udziela Dyrekcja Szpitala
pod nr tel.: 18 330 17 80

Centrum Medyczne „Batorego” Sp. z o.o. w Nowym Sączu

podejmie współpracę z:

- lekarzem specjalistą dermatologiem
- lekarzem POZ (specjalistą medycyny rodzinnej, pediatrą, internistą)
- lekarzem stomatologiem
- lekarzem specjalistą urologiem

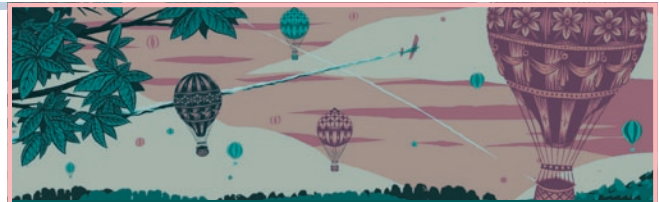
Forma zatrudnienia do uzgodnienia: umowa o pracę,
umowa-zlecenie, kontrakt.

Oferujemy pracę w nowoczesnie wyposażonych
gabinetach. Zapewniamy miłą atmosferę.

Kontakt: tel. 533 511 361, 533 511 368
lub e-mail: sekretariat@cmbatorego.pl

Zakład Opieki Zdrowotnej „Medycyna Pracy” Sp. z o.o.,

Kraków, ul. Centralna 51,
zatrudni lekarza okulistę
oraz lekarza medycyny pracy
na dogodnych warunkach finansowych.
Kontakt: tel. 518 825 517 lub 508 790 132



skymedic
centrum medyczne

Oferuje nowoczesne, w pełni
wyposażone gabinety medyczne wraz
z obsługą recepcyjną i miejscami
parkingowymi oraz możliwością
korzystania z aparatów USG.

Zapraszamy do współpracy!

+48 607 453 333

wspolpraca@skymedic.pl

os. Dywizjonu 303 62b, Kraków

www.skymedic.pl

Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 w Rzeszowie

zatrudni lekarzy

ze specjalizacją w dziedzinie okulistyki.

Wspieramy lekarzy spoza Rzeszowa (hotel).

Oczekujemy: co najmniej 2-letni staż w pracy
w dziedzinie okulistyki, mile widziane doświadczenie

w wykonywaniu procedur chirurgicznych
(zaćma, wirektomia, jaskra)

Kontakt: tel. 17 866 63 11,

e-mail: sekretariat@szpital.rzeszow.pl,
okulistyka@szpital.rzeszow.pl

„Uzdrowisko Rabka” S.A.

poszukuje lekarzy specjalistów kardiologii.

Oferujemy: bardzo dobre warunki płacowe, zatrudnienie
w oparciu o umowę kontraktową, dodatkowe

wynagrodzenie za dyżury oraz prowizje za komercyjne
usługi medyczne. Istnieje możliwość zakwaterowania.

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt

tel.: 18 267 78 86; 18 269 26 00

lub e-mail: kjurczak@uzdrowisko-rabka.pl

Kompleksowa obsługa informatyczna

i sprzętowa Przychodni Medycznych i rozliczeń z NFZ
oraz pomoc techniczna 24h/dobę.

Kontakt: tel. 501 478 795

Centrum Medyczne Diamed w Krakowie

zatrudni
lekarzy specjalistów (lub w trakcie specjalizacji):

- urologii
- kardiologii
- laryngologii
- dermatologii
- okulistyki
- ortopedii

Przychodnia Lekarska Diamed Sp. z o.o.,
30-695 Kraków, ul. Schweitzera 7
www.cmdiamed.pl

Kontakt: tel.: 503 088 166,

e-mail: sekretariat@cmdiamed.pl

Prosimy o składanie CV ze zdjęciem
oraz listem motywacyjnym w wersji elektronicznej
lub kontakt telefoniczny.

Fundacja Życie Pełne Możliwości

zatrudni

lekarza specjalistę/lekarza

w trakcie specjalizacji po 2. roku

(ortopedia, neurochirurgia, neurologia,
reumatologia, rehabilitacja, chirurgia ogólna)
do konsultacji lekarskich pacjentów fundacji.

Telekonsultacje i konsultacje w siedzibie fundacji
(Kraków, ul. Malborska).

Proszę o przesyłanie CV na adres

e-mail: rekrutacja@fundacjamożliwosci.pl

Stomatologia na Jędrzychowie Leszek Owsński

nawiążę współpracę ze stomatologiem.

Pacjenci tylko prywatni.

Zapewniam wsparcie w rozwoju zawodowym
oraz pomoc w znalezieniu mieszkania,
jeśli zajdzie taka potrzeba. Zakres usług do ustalenia.

Praca zmianowa 3 do 5 dni w tygodniu

– grafik 8-15 i 15-21 oraz ewentualnie soboty.

Kontakt: tel. 504 108 255

lub e-mail: owsinski.leszek@o2.pl

Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego SPZOZ w Krakowie

zatrudni lekarzy neonatologów
do pracy w Oddziale Neonatologii Szpitala.

Zainteresowanych prosimy o kontakt

pod nr. tel.: 48 512 352 720

(dr Katarzyna Turek-Fornelska,

z-ca dyrektora Szpitala ds. leczenia)

Centrum Rehabilitacji Tukan

w związku z dynamicznym rozwojem
zaprasza do współpracy:

– lekarzy specjalistów rehabilitacji, ortopedii,
reumatologii, chorób wewnętrznych
na stanowisko ordynatora oddziału
oraz lekarzy oddziału rehabilitacji ogólnoustrojowej
w Nowym Sączu.

Kontakt: e-mail: mpawlak@tukan.info.pl,
tel. 693 780 058

Centrum Medyczne Sublimed w Krakowie – Dębniaki

podejmie współpracę

z lekarzami specjalistami

lub w trakcie specjalizacji w zakresie:

- ginekologii
- dermatologii.

Oferujemy nowoczesne gabinety z pełnym zapleczem
(USG, videodermatoskop, laser CO2, lasery naczyniowe)
i pełną obsługę recepcyjną.

Kontakt: biuro@sublimed.pl, tel. 508 855 004

Centrum Stomatologiczne Twój Dentysta w Myślenicach k. Krakowa

zatrudni asystentkę stomatologiczną.

Oferujemy: bardzo korzystne warunki finansowe
i najnowocześniejszy sprzęt; leczenie pacjentów
we współpracy z doświadczonymi lekarzami
(chirurg implantolog, endodonta, protetyk, pedodonta)

oraz elastyczne godziny pracy

Prośba o wysyłanie CV:

e-mail: td.krzysztof@gmail.com

tel. 501 160 588

www.twoj-dentysta.info

Zawód lekarza profesją wysokiego ryzyka prawnego

Dane statystyczne publikowane przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta oraz Naczelną Izbę Lekarską wskazują, że w ciągu kilku ostatnich lat znacząco wzrosła liczba spraw wynikających z błędów medycznych. Istotnie, prokuratorzy specjalizujący się w tego typu postępowaniach prowadzą coraz więcej spraw, w których lekarze najczęściej występują w roli podejrzanego. W ciągu ostatnich 3 lat odnotowano bowiem ponad 15-proc. wzrost liczby takich postępowań.

Jak lekarz może bronić się przed zarzutami?

W odpowiedzi na rosnące potrzeby lekarzy, z inicjatywy Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie powstał program ubezpieczeń, który umożliwia przystąpienie również w zakresie ubezpieczenia ochrony prawnej.

Co lekarz zyskuje w ramach ubebezpieczenia Ochrony Prawnej?

Informacja prawna

Prawnik udzieli informacji telefonicznie, prześle (np. e-mailem) wzory pism czy teksty aktów prawnych.

Wynagrodzenie adwokata lub radcy prawnego

Ubezpieczyciel pomoże w organizacji pomocy adwokata lub radcy prawnego oraz pokryje koszty wynagrodzenia za jego pracę zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia.

Koszty sądowe i opinie prawne

Ubezpieczyciel pokryje koszty sądowe oraz opinii prawnych sporządzonych na piśmie.

Dlaczego warto posiadać ubezpieczenie Ochrony Prawnej?

- ☒ ubezpieczenie dostępne jest niezależnie od innych ubezpieczeń, w tym np. umowy ubezpieczenia OC lekarza
- ☒ gwarantuje szybki i prosty dostęp do pomocy prawnej
- ☒ pokrywa koszty wynagrodzenia adwokata lub radcy prawnego również na etapie przedsądowym (np. w przypadku wezwania do prokuratury w celu złożenia wyjaśnień)
- ☒ umożliwia skorzystanie z pokrycia kosztów poręczenia majątkowego w formie nieoprocentowanej pożyczki

W jakich sytuacjach ubezpieczenie ochrony prawnej może pomóc?

Możesz wybrać jeden z poniższych wariantów ochrony, dostosowując zakres oferowanej pomocy do swoich potrzeb.

sytuacje wymagające pokrycia kosztów ochrony prawnej	wariant Super	wariant Komfort
będziesz dochodzić odszkodowania z powodu czynów niedozwolonych lub gdy ktoś naruszy Twoje dobra osobiste w związku z wykonywanym przez Ciebie zawodem lekarza	☒	☒
będziesz potrzebować ochrony swoich interesów prawnych w postępowaniach cywilnych, ponieważ ktoś zarzuci Ci nienależyte wykonanie świadczenia zdrowotnego	☒	☒
będziesz potrzebować ochrony w zakresie prawa karnego i wykroczeń lub będziesz dochodzić swoich praw, ponieważ ktoś niesłusznie Cię zniesławi lub znieważy w związku z wykonywanym przez Ciebie zawodem lekarza	☒	☒
będziesz potrzebować obrony w postępowaniu dotyczącym odpowiedzialności zawodowej lekarza	☒	
będziesz potrzebować ochrony swoich interesów prawnych w zakresie umów związanych z wykonywanym przez Ciebie zawodem lekarza (jeżeli te umowy były zawarte w okresie ubezpieczenia)	☒	
będziesz potrzebować ochrony swoich interesów prawnych w postępowaniu administracyjnym	☒	
będzie Ci potrzebna ochrona interesów prawnych w zakresie prawa pracy i ubezpieczeń społecznych	☒	
będzie Ci potrzebna ochrona interesów prawnych w zakresie sporów z NFZ	☒	
suma ubezpieczenia:	500 000 zł	100 000 zł
składka za 12 miesięcy:	350 zł	315 zł

Kontakt w sprawie ubebezpieczeń:

Krystyna Trela

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
ul. Krupnicza 11a, 31-123 Kraków
k.trela@hipokrates.org
tel. +48 502 382 051 lub +48 126 19 17 18

Materiał marketingowy. Materiał nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego.

Szczegółowe informacje dotyczące ochrony ubezpieczeniowej, w tym Ogólne Warunki Ubezpieczeń oraz szczegółowe wyłączenia ochrony, jak również możliwość przystąpienia do programu ubezpieczeń online dostępne są pod adresem

www.oil.med.pl/krakow





Lek. dent.

Alicja Brodnicka

ur. 29 października 1929 r. w Maniowie
zm. 6 stycznia 2021 r. w Krakowie

Doktor Alicja Brodnicka urodziła się w 1929 r. w Maniowie koło Leska. Przed wojną mieszkała w Zimnej Wodzie koło Lwowa, w czasie wojny – w Nowym Targu, następnie rodzice przeprowadzili się do Wałbrzycha.

W wieku 17 lat wyjechała stamtąd do Krakowa, gdzie w 1950 r. zdała maturę, a w latach 1950-54 studiowała na Wydziale Stomatologii krakowskiej Akademii Medycznej. Po uzyskaniu dyplomu pracowała w Przychodni Rejonowej w Bochni (1955-56), następnie w Przychodni Przychodni Krak-Bud i w Rejonowych Przychodniach przy Szpitalu Bonifratrów i przy ulicy Dietla w Krakowie.

Po uzyskaniu II stopnia specjalizacji z zakresu stomatologii zachowawczej, w 1975 r. doktor Alicja Brodnicka została kierowniczką Poradni Stomatologii Zachowawczej w Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej przy ulicy Batorego 3. W roku 1979 uzyskała II stopień specjalizacji z zakresu periodontologii.

Pracując dała się poznać jako wyśmienity lekarz dbający zarówno o swoich pacjentów, jak i współpracowników. Wyszkołała wielu lekarzy, ucząc ich nie tylko wykonywania zawodu, lecz także szacunku dla pacjentów i wsluchiwanie się w ich potrzeby. Po przejściu na emeryturę doktor Brodnicka dalej pracowała w Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej oraz w Eurodencie.

Lubiła podróże, teatr, kino, a przede wszystkim książki, które czytała w każdej wolnej chwili. Miała dwie córki, czworo wnuków i dwoje prawnuków. Odeszła 6 stycznia tego roku.

*Lek. dent. Iwona Sanak,
kierownik Konsultacyjnej Poradni
Stomatologii Zachowawczej
WPS w Krakowie*



Lek. dent.

Stefania Bryk

ur. 2 lutego 1929 r. w Pacanowie
zm. 9 stycznia 2021 r. w Krakowie

Stefania Bryk z d. Zasucha urodziła się w 1929 r. w Pacanowie i tam też ukończyła szkołę powszechną. Podczas wojny naukę kontynuowała na tajnych kompletach. Do liceum chodziła jednak w Gdańsku Oliwie, gdzie po wyzwoleniu, właśnie w celu kontynuacji nauki zamieszkała u stryja. Dała się tam poznać jako utalentowana śpiewaczka – talent sceniczny i oratorski ujawniała zresztą od dzieciństwa. Pięknie śpiewała, sugerowano jej więc pójście tą drogą. Wybrała jednak pewniejszy, bardziej stabilny zawód, studia medyczne i karierę lekarza dentysty, chirurga stomatologicznego. Rozpoczęła naukę na Akademii Medycznej w Gdańsku, ale już po roku przeniosła się do Krakowa, by być blisko ukochanego, a niebawem męża, Edwarda Bryka, wówczas młodego asystenta w krakowskiej AM, później profesora nauk medycznych, wybitnego okulisty, pisarza i malarza.

W 1952 r. Stefania Bryk otrzymała dyplom lekarza dentysty i rozpoczęła pracę w Centralnej Poradni Stomatologicznej przy ulicy Kopernika 32, poznając tam całe spektrum problemów, z jakimi do dentysty może zgłosić się pacjent. Zaowocowało to dużym doświadczeniem interdyscyplinarnym i ułatwiło wybór specjalizacji. W 1973 r. uzyskała II stopień specjalizacji z chirurgii stomatologicznej. Z Wojewódzką Poradnią, a później Wojewódzką Przychodnią Stomatologiczną w Krakowie dr Stefania była związana od początku swojej pracy zawodowej aż do emerytury.

„Nasza Doktor Bryk”, „nasza Stenia” – tak o Doktor Stefani Bryk mówiliśmy w Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Krakowie. „Moja Wojewódzka” – tak o naszej przychodni mówiła Ona. Poświęciła temu miejscu ponad 50 lat – całe swoje zawodowe życie. Współtworzyła tę przychodnię, przez jakiś czas także formalnie nią kierując, kreowała jej wizerunek i postawy jej pracowników – młodych lekarzy, asystentek, całego personelu. Wyszkołała wielu specjalistów, dzieląc się swoją wiedzą i doświadczeniem, pokazując, jak być dobrym lekarzem i dobrym człowiekiem.

Wiele lat była kierowniczką Konsultacyjnej Poradni Chirurgii Stomatologicznej. M.in. dzięki Jej staraniom w WPS zaczęto wykonywać u dzieci z niepełnosprawnościami zabiegi w znieczuleniu ogólnym. W uznaniu licznych zasług otrzymała wiele odznaczeń i medali, m.in. Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Złoty Krzyż Zasługi, Srebrną Odznakę Polskiego Towarzy-

stwa Stomatologicznego, Odznakę Zasłużonego Pracownika Służby Zdrowia.

Była zawsze życzliwa dla innych, zawsze uśmiechnięta, pełna uroku, emanowała elegancją nie tylko zewnętrzną, lecz także tą płynącą z Jej bogatego wnętrza. Dzieliła się z innymi dobrą energią, dla każdego miała miłe słowo i nigdy nie odmawiała pomocy – taka była dla nas, współpracowników. Taka też była dla swoich pacjentów.

Stefania Bryk znajdowała także czas na swoje pasje – śpiew, muzykę, teatr i podróże, które nawet na emeryturze nie pozwały na nudę. Miała mnóstwo przyjaciół o podobnych zainteresowaniach, z którymi spotykała się w klubie Amicus. Mawiała, że na starczą nudę po prostu brakuje jej czasu.

Wiele Jej zawdzięczamy, w tym ja osobiście. Nawet kiedy przestała już pracować, mogliśmy liczyć na Jej zainteresowanie, wsparcie i uśmiech. A kiedy Doktor Stenia nas odwiedzała, w starych murach przy ulicy Batorego robiło się od razu jaśniej i weselej. Niestety, już nas nie odwiedzi.

9 stycznia 2021 r. pożegnaliśmy Nestorkę i Legendę Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Krakowie Doktor Stefanię Bryk. Odeszła, ale pozostaje w naszych sercach i naszej pamięci.

*Anna Maciąg-Brattemo,
Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna
im. dr. Zbigniewa Żaka w Krakowie*

Lek.

Teresa Grabowska-Wężyk

ur. 27 kwietnia 1935 r. we Lwowie
zm. 15 listopada 2020 r. w Krakowie



Teresa Grabowska-Wężyk urodziła się w 1935 r. we Lwowie, ale Jej życie związane było później z Syberią, Bielskiem i Krakowem. Studia ukończyła na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Krakowie (obecnie CM UJ). Po stażu w Szpitalu w Bielsku-Białej pracowała w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym im. św. Ludwika w Krakowie, a następnie w Poradni Pediatrycznej przy ul. Skawińskiej na krakowskim Kazimierzu.

Mimo przeciwności losu, trudnych lat powojennych, zawsze umiała pogodzić pracę zawodową i troskę o chorych ze swoim życiem osobistym. Odeszła nagle 15 listopada 2020 r. do Domu Ojca. Pozostał smutek i wspomnienia.

Była szlachetnym i mądrym człowiekiem, wspierałym lekarzem obdarzonym wielką empatią dla swoich małych pacjentów, zawsze pełna przyjaźni i życzliwości dla koleżanek, kolegów i otoczenia.

Dziękujemy Ci Tereniu za to, że byłaś z nami, za Twój ciepły uśmiech, życzliwość i mądre rady.

Koleżanki



Lek.

Barbara Kamieniecka-Cichosz

ur. 28 października 1941 r. we Lwowie
zm. 18 grudnia 2020 r. w Krakowie

Urodzona we Lwowie Doktor Barbara Kamieniecka-Cichosz ukończyła studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Krakowie w 1966 r. W latach 1966-68 w ramach stażu podyplomowego pracowała w Szpitalu Powiatowym w Brzesku, a następnie w Miejskim Szpitalu im. Biernackiego (obecnie oo. Bonifratrów) w Krakowie. W latach 1968-1978 zatrudniona była kolejno na stanowisku asystenta, starszego asystenta i wykładowcy w Zakładzie Neuroradiologii Instytutu Neurologii Akademii Medycznej. Od roku 1968 rozpoczęła również pracę w Zakładzie Neuroradiologii Państwowego Szpitala Klinicznego w Krakowie. W roku 1972 uzyskała I stopień, a w 1980 II stopień specjalizacji z dziedziny radiodiagnostyki.

Będąc specjalistą radiologii, poświęciła się jednej z trudniejszych jej podspecjalizacji – neuroradiologii. Oprócz klasycznych badań rentgenowskich wykonywała inwazyjne badania diagnostyczne, takie jak odma mózgowa, mielografia, radikulografia oraz angiografia. Po zainstalowaniu tomografu komputerowego w Zakładzie Neuroradiologii w latach 80., Doktor Kamieniecka-Cichosz opanowała i tę technikę, w której osiągnęła najwyższy poziom. Przez następne lata kontynuowała pracę w Zakładzie Neuroradiologii w Szpitalu Uniwersyteckim i mimo przejścia na emeryturę w dalszym ciągu wspierała młodych kolegów, będąc dla nich wzorem do naśladowania.

W październiku 2020 r., po ponad pół wieku wytężonej pracy, przeszła na zasłużony odpoczynek. Niestety, w grudniu stwierdzono u niej zakażenie COVID-19 i po krótkiej chorobie odeszła od nas.

Doktor Barbara Kamieniecka-Cichosz całe zawodowe życie związała z neuroradiologią i Szpitalem Uniwersyteckim w Krakowie (wcześniej Państwowym Szpitalem Klinicznym). Trwała na posterunku niezależnie od zmian organizacyjnych. Była wzorem pracowitości, solidności i życzliwości. Co roku na barbórkę przygotowywała najlepszy na świecie tort truskawkowy. Lubiła kolor niebieski i apaszki. Nigdy nie ubrała spodni, uważając, że nie przystoi to kobiecie.

Będzie nam brakować jej uśmiechu...

*Współpracownicy Zakładu Diagnostyki Obrazowej
Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie*

Dr n. med.

Alfred Jakubowski

ur. 26 grudnia 1935 r. w Bydgoszczy
zm. 4 grudnia 2020 r. w Zakopanem



4 grudnia 2020 r., z powodu COVID-19, w wieku 85 lat zmarł w Szpitalu w Zakopanem dr n. med. Alfred Jakubowski.

Doktor Alfred Jakubowski urodził się 26 grudnia 1935 r. w Bydgoszczy, w rodzinie oficera Armii Polskiej, kapitana Korpusu Ochrony Pogranicza na wschodniej granicy przedwojennej Polski. Po kampanii wrześniowej ojciec dr. Jakubowskiego wraz z innymi polskimi oficerami dostał się do niewoli sowieckiej, następnie został zamordowany w Katyniu. W roku 1940 Alfreda wywieziono wraz z matką i bratem do Kazachstanu, skąd w roku 1946 wrócił do Polski, do Krakowa. Po zdaniu matury, w latach 1955-1960, studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej.

Po uzyskaniu dyplomu lekarza medycyny, w latach 1960-1965, pracował w Miechowie jako powiatowy inspektor sanitarny i kierownik Powiatowego Wydziału Zdrowia. W tym okresie uzyskał też tytuł specjalisty z zakresu chorób zakaźnych oraz organizacji i ochrony zdrowia. Od roku 1965 do 1970 pracował w Zakopanem jako powiatowy inspektor sanitarny i kierownik tamtejszego Miejskiego Wydziału Zdrowia. W latach 70. był ekspertem WHO w Egipcie, Indiach, Bangladeszu, Monachium oraz Brukseli.

W roku 1975 został powołany na stanowisko lekarza wojewódzkiego w nowo powstałym województwie nowosądeckim, którą to funkcję sprawował do 1981 r. Jako lekarz wojewódzki zainteresował się m.in. dużą liczbą prób samobójczych i samych samobójstw na Podhalu w czasie występowania wiatru halnego. Efektem tego była praca doktorska pt. „Badania nad wpływem wiatru halnego na częstość zgonów z powodu chorób układu krążenia w Zakopanem”. Pracę tę obronił 27 lutego 1976 r. na Wydziale Lekarskim AM w Krakowie.

Po zakończeniu pracy na stanowisku lekarza wojewódzkiego przez okres czterech miesięcy, na prośbę ministra zdrowia prof. Mariana Śliwińskiego, w Ministerstwie Zdrowia pełnił funkcję Głównego Specjalisty. W Warszawie jednak nie czuł się dobrze, więc powrócił do Zakopanego.

1 sierpnia 1981 r. objął w zakopiańskim Szpitalu funkcję ordynatora Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego, którą to pełnił aż do czasu przejścia na emeryturę. W latach 1987-1990 był również dyrektorem ZOZ w Zakopanem.

Za swoje dokonania Doktor Jakubowski został odznaczony m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, medalem Zasłużony Lekarz PRL i innymi. Był aktywnie związany z Polskim Czerwonym Krzyżem, pełniąc w jego władzach szereg funkcji.

Doktor Jakubowski był człowiekiem niezwykle aktywnym. Miał swoje zdanie i potrafił, wyrażając je, wywołać ożywioną dyskusję, a czasami nawet spory. Zналиśmy Go jako doskonałego gawędziarza, obdarzonego świetną pamięcią do zdarzeń, faktów i postaci.

Dr Alfred Jakubowski pochowany został 9 grudnia 2020 r. na cmentarzu przy ulicy Nowotarskiej w Zakopanem, w rodzinnym grobowcu, z matką i symboliczną mogiłą ojca.

Cześć Jego pamięci!

*Grono Kolegów Lekarzy
i Przyjaciół*

Dr n. med.

Barbara Sikorska

ur. 17 grudnia 1924 r. w Nieboczycach
zm. 18 listopada 2020 r. w Krakowie



Basia zasnęła snem wiecznym, cichutko i spokojnie, w obecności ukochanego syna Janka, w okresie wręcz upiornej walki całego społeczeństwa z pandemią wywołaną przez COVID-19. Udało się nam wprowadzić obronę ją przed wirusem, ale obciążający, fizycznie i psychicznie, okres wojny, PRL-u, późniejszych zmian solidarnościowych, a wreszcie ostatnio stosowane leczenie „telefoniczne” doprowadziło do nasilenia się objawów dawno zapomnianych chorób i związanego z nim stresu.

Miejscem urodzenia były Nieboczycy pod Rybnikiem, potem rodzina przeniosiła się do Rydułtów i Biertułów, miejscowości górniczych leżących ok. 5 km od granicy z Niemcami, gdzie ojciec inżynier górnik (a także swego czasu uczestnik Powstania Wielkopolskiego) kierował kilkoma kopalniami. Tam też Barbara skończyła 6 lat szkoły podstawowej, następne 3 lata, aż do wojny spędziła w szkole Sacre Coeur koło Tarnowa.

Parę dni przed wybuchem wojny ojcu udało się wysłać rodzinę (żonę, Basię i jej młodszą o 6 lat siostrę) do krewnych, do Krakowa. Ojciec został wraz z innymi inżynierami i górnikami na kopalniach, aresztowano go natychmiast po wejściu Niemców. 16 października 1939 r. zginął w trakcie transportu do obozu w Buchenwaldzie. Wojnę Barbara spędziła z rodziną w Krakowie, biorąc czynny udział w tajnym nauczaniu, zakończonym maturą w 1944 r. W tym też roku zmarła jej matka i pełnoletnia Barbara objęła opieką młodszą siostrę. Jednocześnie brała udział w działaniach formacji podziemnych m.in. RGO (Rada Główna Opiekuńcza), które m.in. przygotowywały paczki dla więźniów obozów koncentracyjnych.

W 1946 r. zaczęła studia medyczne w Poznaniu, a po roku wróciła do Krakowa i podjęła studia medyczne na Uniwersytecie

Jagiellońskim, równocześnie pracując w Klinice Neuroradiologii prowadzonej przez prof. Stanisławę Spettową.

Dyplom lekarski uzyskała w 1952 r. już w Akademii Medycznej w Krakowie. Dalsze zainteresowania zawodowe dotyczyły szczególnie neuroradiologii. Uzyskała I i II st. specjalizacji – specjalisty radiologa. W roku 1969 uzyskała dyplom doktora nauk medycznych, na podstawie dysertacji zatytułowanej „Wartość zdjęć przeglądowych czaszki w rozpoznaniu glejaków mózgu”. Promotorem pracy była kierownik Kliniki Neuroradiologii prof. Stanisława Spettowa. W 1965 r. rozpoczęto organizację Polsko-Amerykańskiego Instytutu Pediatrii. Barbara zaczęła w nim pracować w październiku 1970 r., w pracowni rentgenowskiej. Po odbyciu 6-miesięcznego stażu w Bostonie i po wyjeździe dotychczasowego kierownika zakładu radiologii prof. K. Kozłowskiego, w 1974 r. objęła funkcję kierownika pracowni rentgenowskiej. Pełniła ją do momentu przejścia na emeryturę w 1983 r.

Był to okres realizacji własnych marzeń i zainteresowań, co przekładało się na dobrze organizowane zajęcia ze studentami; prowadzenie specjalizacji młodszych kolegów, a przede wszystkim na opracowywanie i dopracowywanie nowych metod w diagnostyce rentgenowskiej i leczeniu, szczególnie w radiologii dziecięcej. Uczyła metod i prawidłowej oceny wyników w diagnostyce z zastosowaniem kontrastu.

Po przejściu na emeryturę wyjechała jako radiolog w grupie lekarzy z ramienia rządu na trzy lata do Libii. Po powrocie nie wróciła do pracy zawodowej, ale brała udział w pracach naukowych Instytutu Pediatrii, towarzystw naukowych, utrzymując kontakt z dawnymi kolegami.

Szkoda, że odeszła od nas w tak smutnym okresie dla Polski i świata, nie mogąc się do końca cieszyć swoimi osiągnięciami.

Koledzy i siostra Krystyna

Dr n. med.

Zbigniew Wąsowicz

ur. 24 października 1928 r. w Gromniku
zm. 12 stycznia 2021 r. w Krakowie



12 stycznia 2021 r. odszedł doktor Zbigniew Wąsowicz – wybitna osobowość, lekarz oddany całym sercem swoim najmniejszym pacjentom, pediatra zapisany w historii najmłodszej dzielnicy Krakowa, Nowej Huty. Dla swoich kolegów lekarzy był mentorem, nauczycielem, przyjacielem, a przez dziesiątki lat szefem i ordynatorem II Oddziału Dziecięcego Szpitala im. Stefana Żeromskiego w Krakowie. Jego życie charakteryzowały: profesjonalizm, pokora, optymizm i pogoda ducha, oddanie dzieciom i najlepsza służba medycynie.

Urodził się 24 października 1928 r. w podtarnowskim Gromniku, ale jego dziecięce lata były związane z Gdańskiem.

Tam bowiem jego ojciec został naczelnikiem Poczty Polskiej i w jej obronie poniósł bohaterską śmierć w pierwszym dniu II wojny światowej. Wojenne losy rzuciły rodzinę na południe Polski, gdzie w Krakowie Zbigniew Wąsowicz ukończył szkołę podstawową i na tajnych kompletach szkołę średnią. Po wojnie kontynuował naukę w III Gimnazjum i Liceum im. Jana Sobieskiego (obecnie II LO – przyp. red.), zdając w 1948 r. egzamin maturalny. Następnie przyjęty został na Wydział Lekarski UJ. Dyplom lekarza uzyskał w 1953 r.

Okres okupacji był nie tylko naznaczony tragedią utraty Ojca, ale też aktywnością w Szarych Szeregach AK. Doktor Wąsowicz zawsze wspominał tamte lata z dumą, a Polska uhonorowała go w 1995 r. Krzyżem Szarych Szeregów AK i Medalem Szarych Szeregów. To były – jak mawiał – Jego najważniejsze w życiu odznaczenia. Do końca czuł się członkiem Szarych Szeregów, aktywnie działając w stowarzyszeniu harcerzy tamtych lat, a z Lilijką – odznaką Stowarzyszenia – został pochowany.

Po studiach Doktor Wąsowicz otrzymał nakaz pracy w Szpitalu Powiatowym w Łańcucie, jednocześnie odbywając specjalizację w I Klinice Chorób Dzieci AM w Krakowie. W Łańcucie przez dwa lata pełnił obowiązki ordynatora oddziału dziecięcego i prowadził oddział noworodków, w trudnym okresie walki z epidemią polio.

W 1956 r., po uzyskaniu specjalizacji I st. z pediatrii, wrócił do Krakowa i rozpoczął pracę w lecznictwie otwartym dzielnicy Nowa Huta. Tak zaczął swój najważniejszy okres zawodowego życia, pracując najpierw w Poradni Dziecka Chorego i Zdrowego, a następnie na stanowisku starszego asystenta w Oddziale Dziecięcym Szpitala im. S. Żeromskiego. W 1959 r. uzyskał specjalizację II st., a sześć lat później – po przedstawieniu pracy „Zachowanie się hemoglobiny płodowej krwinek czerwonych u dzieci w pierwszym roku życia” – tytuł doktora nauk med. AM w Krakowie. Była to jedna z pionierskich prac z zakresu hematologii. W 1966 r., w wyniku konkursu, został powołany na stanowisko ordynatora II Oddziału Dziecięcego Szpitala im. Żeromskiego, którą to funkcję pełnił przez następne 33 lata.

Tysiące dzieci, nie tylko urodzonych i wychowanych w Nowej Hucie, ale również w innych częściach Krakowa i Małopolski, zawdzięcza Mu zdrowie i niejednokrotnie życie. Harcerski rys w Jego życiorysie powodował, że zawsze był odpowiedzialny, gotowy do ciężkiej pracy i pomocy innym. Dla swoich współpracowników był wymagający, nieustannie się kształcił i tego samego oczekiwał od innych. Trudno wymieniać tu wszystkie funkcje, jakie pełnił, bowiem nadzorował pracę lekarzy pediatrów w przychodniach rejonowych, pracował w Państwowej Szkole Dietetyczek, a w Szkole Rodzenia prowadził wykłady dla kobiet w ciąży i sprawował opiekę nad noworodkami. Publikował prace naukowe, prezentował referaty na zjazdach pediatrycznych. Wykształcił 76 pediatrów.

Za swoją pracę był wielokrotnie nagradzany. Otrzymał Srebrny i Złoty Krzyż Zasługi, Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski oraz liczne odznaczenia resortowe. Ale najwyższą cenił wdzięczność małych pacjentów i ich rodziców. Bo dawał im, poza wiedzą i lekarskimi umiejętnościami, troskę i miłość.

Dr Wąsowicz miał wiele zainteresowań. Bardzo dużo czytał: poezję, literaturę piękną, książki historyczne głównie z okresu

54 II wojny światowej. Lubił muzykę, zarówno klasyczną, jak i rozrywkową. Był wielkim miłośnikiem Kabaretu Starszych Panów i Kabaretu Olgi Lipińskiej. Chodził do teatru i filharmonii, galerii sztuki, cieszył się klimatem krakowskich uliczek. Interesował Go sport, był pasjonatem piłki nożnej. Uwielbiał podróże – był zakochany w Bieszczadach, corocznie podziwiał krokusy w Dolinie Chochołowskiej, a najlepiej odpoczywał nad Bałtykiem.

Szefie! Żył pełnią życia. Będziesz zawsze w naszych myślach i sercach. Żegnamy Cię...

Twój Wychowawca

(Doktor Zbigniew Wąsowicz jest pochowany na Cmentarzu Rakowickim lok. LXXVIII-12-2)



Lek. dent.

Anna Wieczorek

ur. 7 lutego 1955 r. w Rzeszowie
zm. 9 grudnia 2020 r. w Krakowie

Doktor Anna Wieczorek urodziła się 65 lat temu w Rzeszowie i tam skończyła liceum. Studiowała na Akademii Medycznej w Krakowie, gdzie w 1981 r. ukończyła Oddział Stomatologiczny na Wydziale Lekarskim.

Pracowała w Tarnowie, początkowo w Hucie Szkła Gospodarczego, później w Poliklinice MSW i Przychodni Kolejowej.

W 2001 r. przeniósł praktykę do Myślenic. Przez ostatnie 10 lat leczyła mieszkańców Krakowa.

Zawsze bardzo solidna, chwalona przez liczne grono pacjentów, którzy lubili ją za niecodzienną empatię, delikatność i wielką fachowość. Była ceniona również przez swoich współpracowników.

Zachorowała nagle i mimo intensywnego leczenia nie udało się uniknąć licznych i bardzo ciężkich powikłań. Doktor Anna Wieczorek zmarła 9 grudnia 2020 r., pozostawiając zrozpaczonego męża i syna, koleżanki i kolegów oraz licznych pacjentów.

W życiu osobistym i pracy zawodowej kierowała się szczerością i uczciwością. Stale się doskonaliła, biorąc udział w licznych kursach. Roztaczała wokół siebie aurę pozytywnych wibracji. Ceniła dobrą książkę, podróże w gronie przyjaciół i rodziny. Uprawiała pieszą turystykę górską, była fanką i znawczynią tenisa, zwłaszcza kobiecego. W udanym życiu rodzinnym stawiała na partnerstwo i wzajemne poszanowanie.

Kochana i najdroższa Aniu, odpoczywaj w pokoju!

*Mąż Ryszard,
internista i anestezjolog
ze Szpitala im. Jana Pawła II w Krakowie*

Dr

..... dnia

.....

.....
dokładny adres zamieszkania

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie

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

.....

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

.....
podpis i pieczęć

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 (bądźmy 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 15 800 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.