nakład 15 750 egz. ISSN 1897-7782

Galicyjska Gazeta Lekarska

PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

2024
1/196
styczeń – luty

Nowe nadzieje, nowe wyzwania

EDU KRAK DENT®

DLA LEKARZY DENTYSTÓW

DENTAL SPAGHETTI
12-13.04.2024, Kraków

XXI MIĘDZYNARODOWY KONGRES STOMATOLOGICZNY DENTAL SPAGHETTI

13.04.2024 (sobota)

ESTETYKA: OD MINI-RESTO DO PEŁNEJ REHABILITACJI ZWARCIA DZIĘKI TOP-INNOWACJOM

- **SESJA 1 | TOPOWE INNOWACJE CYFROWE**
  Prelegenci: dr Pablo Ramirez DDS, dr Anthony Mak
- **SESJA 2 | PERIODONTOLOGIA W STREFIE ESTETYCZNEJ**
  Prelegent: dr Michele Perelli DDS, Mds
- **SESJA 3 | ADHEZJA & CEMENTOWANIE & PEŁNA REHABILITACJA JAMY USTNEJ**
  Prelegenci: prof. dr Hande Şar Sancaklı DDS Phd, dr Emanuele Cicero DDS, FACP

Kongres odbędzie się poza terenem EXPO Kraków i jest tłumaczony symultaniczne z j. angielskiego.

PRZEDKONGRESOWE KURSY PRAKTYCZNE

12.04.2024 (piątek)

- **Dental Spaghetti.01 | Ortho & Restorative**
  Prelegent: dr Pablo Ramirez DDS
- **Dental Spaghetti.02 | Direct Composite & Injection Flow**
  Prelegent: dr Anthony Mak
- **Dental Spaghetti.03 | Direct Composite & Simple Steps**
  Prelegent: prof. dr Hande Şar Sancaklı DDS Phd
- **Dental Spaghetti.04 | Direct Veneers – MONOSHADE technique**
  Prelegent: dr Paulo Monteiro
- **Dental Spaghetti.05 | Composites & Function: ESCD Poland**
  Prelegenci: prof. Louis Hardan, dr n. med. Maciej Żarow, dr Dawid Pisuk, dr Anthony Mak

Kursy przedkongresowe odbędą się poza terenem EXPO Kraków i są tłumaczone konsekutywnie z j. angielskiego.

Pełny program kongresu → dentalspaghetti.pl

Sponsorzy kongresu:

Złoty sponsor: Dentsply Sirona

Srebrny sponsor: GC, invisalign, ivoclar, marrodent, Micerdent.pl

Brązowy sponsor: 3M, WSH

30 KRAKDENT®
11-13.04.2024, EXPO Kraków

Współorganizator sesji: ESDENT

11.04.2024 (czwartek) – EXPO Kraków

SESJA ENDODONTYCZNA

Quo vadis – Endodoncjo. Trudne wybory, które podejmujemy każdego dnia. Czyli, co wpływa na nasz wybór narzędzi, procedur pracy po ostateczną odbudowę.

Prelegenci:

dr n. med. Wojciech Wilkoński
lek. dent. Maxim Belograd
lek. dent. Mariya Kubatska

12.04.2024 (piątek) – EXPO Kraków

SESJA CHIRURGICZNA

„Oczy szeroko otwarte na problem". Jak nie przegapić istotnych symptomów chorób ogólnoustrojowych, które wpływają na planowanie i sposób leczenia pacjentów stomatologicznych.

Prelegenci:

dr hab. n. med. Mariusz Szuta
lek. dent., lek. Marcin Sobotka
dr n. med. Dorota Łyko, specjalista chirurgii szczękowo-twarzowej
lek. dent. Witold Popowicz
lek. dent. Natalia Brocka, lek. dent. Bartosz Sławiński

13.04.2024 (sobota) – EXPO Kraków

SESJA STOMATOLOGIA DZIECIĘCA

Różne spojrzenia na podstawowe problemy w stomatologicznym leczeniu dzieci od leczenia zmian próchnicowych po schemat podejmowania decyzji w leczeniu nagłych przypadków.

Prelegenci:

dr Marina Papachroni DDS, MSc
IAPD Board Directors of IAPD & PR Commiette, Greece

prof. dr Katrin Bekes DDS, PhD, MME
Head of Department of Paediatric Dentist Medical University of Vienna
President of the German Society of Paediatric Dentistry
Vice President of the Austrian Society of Paediatric Dentistry

dr Maria El Khoury Abboud DDS, DES, MSc
Charge d'enseignement at the Oral and Maxillo-Facial radiology department Saint Joseph University-Beirut-Lebanon

Sesja tłumaczona symultanicznie z j. angielskiego

W numerze m.in.:

Wkrótce Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie (1, 3)

Jak zmienić Kodeks Etyki Lekarskiej (9)

Chirurgia robotyczna w naszym regionie – K. Domin (14)

O braku czujności onkologicznej z prof. Mariuszem Szutą rozmawia J. Hodor (16)

Bezdomni potrzebują pomocy – S. Ciepły (20)

Nie ignorujmy komunikatów bezpieczeństwa – apelują prof. R. Korbut i dr hab. J. Woroń (23)

Kto może przepisać bezpłatne leki 65+ wyjaśnia mec. A. Gut (25)

Karnawał 2024 – fotorelacja (28-29)

Medycy czasów saskich – z prof. J. Skalskim rozmawia S. Ciepły (37)

Jak panować nad złymi emocjami radzi prof. A. Gałązka (41)

Balonem nad Alpami w relacji M. Huzarskiej-Szumiec (45)

Pożegnania: lek. dent. B. Dymek, lek. dent. Z. Feć, lek. A. Hulacka, lek. Zofia Wolny

Nasza okładka

fot. Szpital im. L. Rydygiera

Kolejny rok za nami

Już niebawem, 23 marca... Który to będzie Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie? Licząc od maja 1989 roku, kiedy to reaktywowano samorząd lekarski w Polsce – XLIII. Ale dopiero drugi „normalny" po pandemii, podczas której świat się zatrzymał.

Pora więc na ocenę minionego roku, której dokonuję z satysfakcją. Bowiem mimo dotkliwego deficytu kadr medycznych w Małopolsce i na Podkarpaciu, braków także w tzw. aktywie izby lekarskiej, udało się na przykład w rekordowym czasie z naszej wspaniale odnowionej kamienicy przy ulicy Krupniczej, wcześniej dość ponurej zabytkowej ruiny, uczynić tętniącą życiem lekarską przystań. Z własną aulą konferencyjno-koncertową, z zapleczem hotelowym, pięknymi i często wykorzystywanymi piwnicami, nowoczesnymi biurami. Kto jeszcze nie był, niech żałuje, bo mamy tu prawdziwy, własny dom. Przypominam o tym na początku, ponieważ każdego dnia, ilekroć otwieram drzwi Krupniczej 11a, czuję dumę, że tak świetnie wywiązaliśmy się z powierzonego nam zadania.

Szczegółowe sprawozdania wszystkich organów krakowskiej OIL, z tego, co działo się w 2023 roku, będą już niebawem dostępne. Wspomnę tu tylko o paru zadaniach. Np. w zakresie kształcenia medycznego zorganizowaliśmy ponad 100 kursów, często cyklicznych, kursów dokształcających i niezbędnych do specjalizacji, dotyczących m.in. pierwszej pomocy, zabiegów resuscytacyjnych, szczepień ochronnych, medycyny paliatywnej (nowość), z kompetencji miękkich i wiele innych. Co więcej, członków Izby nagradzamy za chęć nauki – w ub. roku nagrody finansowe za najlepiej zdany egzamin specjalizacyjny otrzymało 37 osób. Także w ub. roku, spełniając postulaty zgłaszane przy okazji podwyżki składki na samorząd, uruchomiliśmy w naszej Izbie fundusz stypendialny dla młodych lekarzy pragnących kształcić się w Polsce czy za granicą oraz fundusz dopłat do kursów i szkoleń.

Nieustannie (mimo stałego braku pełnej rekompensaty finansowej za te czynności) wykonujemy zadania powierzone nam przez państwo, czyli m.in. prowadzimy rejestr lekarzy, organizujemy staże, co w 2023 roku mogło się wydawać wręcz niewykonalne. Dla odbycia praktyk podyplomowych zgłosiło się do nas ponad 550 absolwentów. (Dla porównania, w 2022 roku było ich o prawie 100 mniej.) Napłynęli z całego kraju, od Gdańska po Szczecin, nie mówiąc już o drugim roczniku absolwentów Krakowskiej Akademii im. Modrzewskiego. Wszyscy chcieli do Krakowa, a do dyspozycji mieliśmy tutaj tylko 320 miejsc. Jak sekretarz Izby Mariusz Janikowski sobie z tym poradził, przy niekorzystnej zmianie mapy miejsc stażowych w Krakowie, pozostaje jego tajemnicą. Ostatecznie w szpitalach powiatowych staże odbywa zaledwie 170 osób. Swoją drogą, system organizacji staży podyplomowych musi ulec poważnym zmianom, bo kolejny raz może nam się nie udać.

W zakresie pomocy socjalno-bytowej: udzieliliśmy 88 zapomóg losowych na łączną kwotę blisko pół mln zł; 29 comiesięcznych dopłat szkolnych i studenckich. Przekazaliśmy 40 zapomóg z tytułu śmierci lekarza, ale też aż 337 rodzin otrzymało tzw. becikowe.

Wracając do naszych nowych możliwości, siedziba Izby „żyje" nie tylko w godzinach pracy biura. „Nowa" Krupnicza 11a błyskawicznie wpisała się w kulturalny i artystyczny pejzaż Krakowa. Hitem okazał się m.in. Klub Dyskusyjny, otwarty przez wiceprezes Marzenę Ksel-Teleśnicką, a prowadzony przez znanego erudytę i kardiochirurga dziecięcego prof. Janusza Skalskiego. Praktycznie nie ma tygodnia, by w naszej Izbie nie można było wysłuchać jakiegoś koncertu – od jazzu po kolędy, prowadzonego przez prof. Waldemara Hładkiego, organizatora tego „klubu u medyków". Z braku miejsca nie wymienimy tu wystaw, spotkań autorskich i wielu innych przedsięwzięć służących tak niezbędnemu w naszej pracy relaksowi. A kto woli odpoczywać aktywniej, może za pośrednictwem Izby korzystać z kart sportowych, o co także upominali się członkowie OIL.

To tylko znikomy procent izbowego życia, którego głównym nurtem pozostaje troska o rangę i prestiż zawodu lekarza i lekarza dentysty. Na bieżąco – na naszych stronach w internecie – można śledzić tę działalność. Stale podejmujemy apele, stanowiska, uchwały, przekazujemy opnie dotyczące wszystkiego, co wiąże się z wykonywaniem zawodu lekarza i ochroną zdrowia.

Jednak nasza skuteczność zależy od spełnienia pewnego warunku – trzeba być obecnym. Przypomnę więc, że dla Delegatek i Delegatów obowiązkiem jest obecność na Zjeździe Lekarzy OIL, zaplanowanym na 23 marca w Krakowie. Ich wyborcom przypomnę natomiast, że mają prawo sprawdzać, czy są dobrze reprezentowani, i rozliczać z niedotrzymywania zobowiązań. Bez nas nic się samo nie dokona.

Robert Stępień
prezes ORL w Krakowie

Moje perswazje

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Wybory za nami. Mamy nowy rząd, nowe władze. Oczekiwaliśmy tego momentu z nadzieją na poprawę i nadziei tej nie tracimy. Mamy nowe kierownictwo Ministerstwa Zdrowia i (mam nadzieję) nową politykę zdrowotną.

Niełatwe zadanie ma przed sobą kierownictwo resortu i pani ministra? ministerka? zdrowia. Swoją drogą, to poloniści i językoznawcy powinni tu zabrać głos i ustalić formy żeńskie dotąd nieistniejące, a nie tworzyć „na żywioł" neologizmy językowe, jak np. ministra, choć formą żeńską od ministra prosi się być „ministerka". Nasi południowi sąsiedzi poradzili sobie z tym już dawno, my nie potrafimy albo nie chcemy.

Ale ad rem! Zawalone i w gruzach jest niemal wszystko:

1. Kształcenie przeddyplomowe, gdzie uczyć przyszłych lekarzy może każdy, począwszy od szkół teologicznych aż po rolnicze. Jeżeli pilnie nie uporządkujemy problemów kształcenia, będziemy mieli tysiące lekarzy na poziomie felczerów. Czy o to nam chodzi?

2. Staże podyplomowe – przy rosnącej liczbie lekarzy stażystów staż podyplomowy stał się fikcją, przynajmniej w wielu miejscach. Do tego fikcją kosztującą budżet miliony. Reforma stażu podyplomowego jest pilną koniecznością.

3. Kształcenie podyplomowe też wymaga pilnego uporządkowania – nie jest nam potrzebnych 77 specjalności lekarskich, a w kolejce stoją chętni do utworzenia nowych. Czy nie trzeba wrócić do specjalizacji dwustopniowych albo przynajmniej określić zakres kompetencji po poszczególnych etapach rezydentury?

To najgrubsze problemy kształcenia, do rozwiązania natychmiast, zanim kolejny rocznik zdoła zacząć studia na nowych „uczelniach medycznych".

Medycyna ratunkowa, która dawno przestała być ratunkową, jest kolejnym polem do pilnych przekształceń. Szpitalne Oddziały Ratunkowe stały się normalnymi przychodniami o przedłużonych godzinach działania. Przywrócenie właściwej

roli SOR-om, nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej jest następnym warunkiem postawienia organizacji ochrony zdrowia z głowy na nogi. To drugi z najpilniejszych problemów, z którym ściśle wiąże się trzeci, czyli stała centralizacja systemu ochrony zdrowia, widoczna jak na dłoni np. w organizacji systemu ratunkowego. Nie wszystko (wbrew przekonaniom urzędników) da się zapisać w ustawach, rozporządzeniach i innych aktach normatywnych. Pozbawienie władz lokalnych, w tym wojewodów, odpowiedzialnych za organizację medycyny ratunkowej, wpływu na tę organizację na swoim terenie, przekazanie prawie wszystkich decyzji na szczebel ministerstwa lub do NFZ wynika z założenia, że z wysoka widać więcej i w Warszawie wiedzą lepiej niż małopolski wojewoda, co potrzebne jest w Małopolsce. Już niejeden raz przekonaliśmy się, że centralne zarządzanie jest złym sposobem zarządzania. Myślę, że nowe kierownictwo Ministerstwa Zdrowia zerwie szybko z tym reliktem czasów słusznie minionych.

Można i trzeba przebudować bardzo wiele. Nie podejmuję się tutaj wyliczać. Mam nadzieję, że to się uda, zwłaszcza że w kierownictwie resortu zdrowia tym razem nie brakuje praktyków znających funkcjonowanie systemu. Mam także nadzieję, że to kierownictwo nie zurzędniczeje, a przynajmniej nie tak prędko. Wprawdzie jeden z moich poprzedników na funkcji prezesa ORL w Krakowie uczył mnie o chorobie zwanej „miodówką", objawiającej się tym, że najmądrzejsi ludzie trafiając na Miodową, bardzo szybko przejmują zwyczaje i sposób myślenia poprzedników.

Pozostaje mi mieć nadzieję, że ekipa obecnie kierująca Ministerstwem Zdrowia mimo wysokiej zaraźliwości tej choroby na nią nie zapadnie.

Jerzy Friediger
redaktor naczelny „GGL"

Przyjmowanie materiałów do numeru zakończono 16 lutego 2024 r.

W skrócie

XLIII Zjazd OIL już wkrótce

23 marca o godz. 10.00, w Centrum Dydaktyczno-Kongresowym UJ przy ul. Łazarza 16 w Krakowie rozpocznie się XLIII Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie. Zjazd będzie miał charakter sprawozdawczo-budżetowy. Delegatki i delegaci wcześniej otrzymają komplet materiałów zjazdowych, m.in. sprawozdania wszystkich Komisji, Zespołów i innych organów ORL. Jednocześnie przyjmowane już są projekty uchwał, apeli i stanowisk, którymi zajmą się uczestnicy Zjazdu. Przypominamy, że dla delegatów obecność na Zjeździe jest obowiązkiem.

Krakowska Izba należy do największych w kraju. Na dzień 31 grudnia 2023 r. należało do niej 19 170 osób posiadających uprawnienia do wykonywania zawodu – 14 992 lekarzy i 4 144 lekarzy dentystów oraz 34 osoby posiadające podwójne uprawnienia lekarsko-dentystyczne.

Trybunał nie zajmie się samorządem lekarskim

31 stycznia prokurator generalny Adam Bodnar wycofał z Trybunału Konstytucyjnego wniosek skierowany 16 listopada ub. roku (czyli już po przegranych przez poprzednią władzę wyborach) przez Zbigniewa Ziobrę, a w którym m.in. zakwestionowano przepisy określające kształt samorządu zawodowego lekarzy i zasady Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Przypomnijmy, iż Z. Ziobro przygotował ten wniosek opowiadając się po stronie m.in. tych, na szczęście nielicznych lekarzy, którzy stanęli przed rzecznikami odpowiedzialności zawodowej w związku z szerzeniem haseł antyszczepionkowych podczas pandemii COVID-19. Powołano wówczas także niesławny parlamentarny zespół ds. funkcjonowania izb lekarskich.

To już przeszłość. Wniosek wycofany, w izbach lekarskich trwają przygotowania do zjazdów i dyskusja nad projektem nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej. Za zaprzeczanie wiedzy medycznej i dowodom naukowym lekarze nadal będą ponosić poważne konsekwencje.

Orkiestra naprawdę wielka

175 426 813 zł – tyle wyniosła suma zadeklarowanych wpłat na koniec 32. Finału Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, w niedzielę 28 stycznia. To jednak nie wszystko, bo wiele internetowych licytacji trwało nadal. W tym roku Orkiestra grała pod hasłem

„Płuca po pandemii. Gramy dla dzieci i dorosłych!". Celem zbiórki był zakup sprzętu do diagnozowania, monitorowania i rehabilitacji chorób płuc pacjentów na oddziałach pulmonologicznych. Uzyskana w finale kwota na pewno pozwoli zrealizować plany.

Fot. Jan Zych

Według oficjalnych danych od 4 marca 2020 r. na COVID-19 zachorowało w Polsce ponad 6 mln 650 tys. osób. Nawet prawie bezobjawowy przebieg choroby często pozostawiał w organizmie ślad. Wyraźnie rośnie m.in. liczba pacjentów zgłaszających problemy z układem oddechowym. Poradnie i oddziały pulmonologiczne nie są na to przygotowane, lecz dzięki WOŚP będą niebawem dysponować nowoczesnym sprzętem.

W tym roku działało aż 1685 Sztabów WOŚP, w tym aż 100 poza granicami Polski – w 23 krajach. Pieniądze zbierało 120 000 wolontariuszy. Najmłodsza tegoroczna wolontariuszka Zoila Mbarga miała w dniu 32. Finału 44 dni (oczywiście, nie zbierała sama), najstarsza, Anna Kusiak – 97 lat.

Ostateczny wynik tegorocznej zbiórki poznamy 27 marca.

(źródło: WOŚP)

Fundusze na rozbudowę Kampusu Medycznego

20 grudnia 2023 r. prezes Europejskiego Banku Inwestycyjnego prof. Teresa Czerwińska i prof. Tomasz Grodzicki, prorektor UJ ds. Collegium Medicum, podpisali umowę na finansowanie, w wysokości 244 mln zł, dalszego rozwoju i rozbudowy Kampusu Medycznego UJ CM w Krakowie-Prokocimiu.

Plany inwestycyjne obejmują budowę 6-kondygnacyjnego budynku badawczego A oraz budynku dydaktycznego B. W pierwszym z nich będzie się mieściło m.in. Centrum Rozwoju Terapii Chorób Cywilizacyjnych i Związanych z Wiekiem, laboratoria tzw. core z biobankiem, a w części podziemnej ulokowane będą zwierzętarnia i laboratorium obrazowania z PET/MRI. Drugi budynek, o powierzchni ponad 23 tys. m kw., połączony z budynkiem A nadziemnym łącznikiem, będzie pełnić głównie funkcje dydaktyczne. Całkowity koszt inwestycji szacowany jest na 490 mln zł.

Europejski Bank Inwestycyjny jest specjalną instytucją finansową, która stawia sobie za cel m.in. finansowanie polityki publicznej, w tym wspomaganie inwestycji badawczo-rozwojowych, dydaktycznych, innowacji i cyfryzacji. Wspiera państwa członkowskie Unii Europejskiej poprzez udzielanie pożyczek na preferencyjnych warunkach.

(źródło: www.cm-uj.krakow.pl)

Przemarsz profesorów niematerialnym dziedzictwem

Uroczysty przemarsz profesorów ulicami Krakowa, inaugurujący kolejny rok akademicki na Uniwersytecie Jagiellońskim, został wpisany na krajową listę niematerialnego dziedzictwa kulturowego. Trasa marszu ma wymiar symboliczny – prowadzi od historycznej siedziby UJ, gmachu Collegium Maius, aż do budynku Auditorium Maximum, oddanego do użytku w 2005 r. Tradycyjny marsz podkreśla wielowiekowy związek Uniwersytetu z Krakowem – jego elementy funkcjonowały w przestrzeni królewskiego miasta już w epoce staropolskiej, jednak w obecnej wersji po raz pierwszy odbył się on 7 października 1886 r.

Wpisanie pochodu na listę niematerialnego dziedzictwa kulturowego (rejestru tworzonego od 2014 r. wg zasad przyjętych w związku z Konwencją UNESCO i prowadzonego przez Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego) to wynik inicjatywy podjętej w krakowskiej uczelni na przełomie 2022 i 2023 r. Wiązała się ona z przygotowaniami regulaminu ceremoniałów uniwersyteckich. Wniosek został opracowany pod kierunkiem dyrekcji Muzeum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Archiwum UJ oraz Centrum Promocji i Komunikacji UJ. Na tę samą listę są już wpisane m.in. szopkarstwo krakowskie, pochód Lajkonika i bacowanie.

Przeszczepów więcej, ale wciąż mało

W ostatnich 12 miesiącach w Krakowskim Szpitalu im. Jana Pawła II przeprowadzono 13 transplantacji serca i dwa przeszczepy płuca, w Krakowie wykonano też 82 przeszczepy szpiku – 66 w Szpitalu Uniwersyteckim i 16 w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym. 70 pacjentom lekarze z SU przeszczepili nerki. W 5. Wojskowym Szpitalu Klinicznym i w Wojewódzkim Szpitalu Okulistycznym przeszczepiono rogówki 45 osobom. Jak poinformował Małopolski Oddział NFZ, na procedury te w 2023 r. przeznaczono 32 mln zł.

Według danych Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant" na przeszczep narządu w naszym kraju czeka blisko 2 tys. osób, najwięcej z nich potrzebuje zdrowej nerki. Dodatkowo na liście zakwalifikowanych do transplantacji tkanek oka jest ponad 3,4 tys. osób.

(źródło: MOW NFZ)

Połowa szpitali z długami

Na koniec września ub. roku 56 proc. wszystkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (dokładnie 235 szpitali) wykazywało zobowiązania wymagalne – poinformował resort zdrowia. Większość zadłużonych placówek to szpitale powiatowe, ale na liście dłużników są także szpitale resortowe i podległe uczelniom medycznym.

Najwięcej zadłużonych szpitali jest w województwie mazowieckim – 30, co nie dziwi, bowiem tam w ogóle jest najwięcej szpitali, następnie w woj. śląskim – 29, i wielkopolskim – 24. W Małopolsce zobowiązania wymagalne raportowało 12 szpitali, a w woj. podkarpackim – 18. Jednak np. w woj. pomorskim tylko cztery szpitale zgłosiły do MZ zadłużenie.

(źródło: rynekzdrowia.pl)

Jednorazowe e-papierosy na celowniku

7 lutego, podczas posiedzenia Prezydium, wiceprezes ORL prof. Andrzej Matyja poruszył problem jednorazowych e-papierosów, które są dostępne dla dzieci jak dropsy, bez żadnej kontroli i ograniczeń, np. w kioskach przy centrach zabaw. Członkowie Prezydium postanowili podjąć formalną interwencję w tej sprawie.

Głosy oburzenia brakiem troski o dzieci docierają do Ministerstwa Zdrowia z różnych stron, minister Izabela Leszczyna poinformowała więc w połowie lutego, że rozpoczęto prace nad rozwiązaniem tego problemu, dodając, iż osobiście jest za zakazem sprzedaży jednorazowych e-papierosów.

Podobne zakazy planuje się w kilku innych europejskich krajach (Wielka Brytania, Austria, Francja), wdrożono już taki w Nowej Zelandii, bo wszędzie jednorazowe e-papierosy stają się plagą wśród dzieci.

Jak podkreśla prof. Matyja, nawet jeśli nie zawierają nikotyny czy innych groźnych substancji (choć tego nikt nie wie), uczą nałogu.

Gdzie rodzić po ludzku?

Fundacja „Rodzić po Ludzku" po raz kolejny wyróżniła najlepiej oceniane przez kobiety szpitale położnicze w Polsce. W 2023 r. specjalną ankietę wypełniło blisko 16,5 tys. kobiet. Celem tego przedsięwzięcia jest nie tylko ułatwienie kobiecie wyboru miejsca porodu, ale też podnoszenie jakości opieki okołoporodowej, z czym w Polsce bywają wręcz tragiczne problemy. Wyróżnia się dwie kategorie – TOP10 w Polsce i TOP10 w regionie. Wśród szpitali najlepszych w Polsce nie znalazł się ani jeden z naszego regionu, ale np. dwie placówki z Gdańska i cztery w Warszawie. W TOP10 – region południowy (woj. małopolskie, śląskie, opolskie i świętokrzyskie) wyróżniono tylko dwie małopolskie placówki: krakowski Szpital im. Żeromskiego oraz Szpital Powiatowy w Chrzanowie. W regionie wschodnim (woj. podlaskie, lubelskie, podkarpackie) wyróżniono sześć placówek, wśród nich Woj. Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu, Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu oraz SP ZOZ w Lubaczowie.

Liderzy w ochronie zdrowia

31 stycznia podczas uroczystej gali na Zamku Królewskim w Warszawie wręczone zostały nagrody w konkursie „Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny", organizowanym przez wydawnictwo Termedia oraz redakcje „Menedżera Zdrowia" i „Kuriera Medycznego". Nagrodzono osoby i podmioty szczególnie wyróżniające się w polskiej medycynie; doceniono także działalność charytatywną, edukacyjno-szkoleniową i medialną.

Wyróżnienie w kategorii „Lider Roku 2023 w Ochronie Zdrowia – innowacyjny szpital" otrzymała Klinika Kardiochirurgii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie pod kierownictwem dr. hab. Tomasza Mroczka. Jednostka zajmuje się leczeniem wrodzonych wad serca u dzieci i młodzieży; rocznie wykonuje się w niej ponad 400 operacji, w tym 300 w krążeniu pozaustrojowym. Specjalizuje się we wczesnych, noworodkowych korekcjach wad serca oraz etapowym leczeniu serca jednokomorowego.

Natomiast wyróżnienie w kategorii „Menedżer Roku 2023 w Ochronie Zdrowia – placówki prywatne" otrzymał dr Jarosław Pawlik, ordynator Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala św. Rafała w Krakowie.

Nagroda dla Profesora Skalskiego

Medal „Polonia Minor" – nagrodę Samorządu Województwa Małopolskiego za działalność na rzecz regionu – otrzymał prof. Janusz Skalski, wybitny kardiochirurg dziecięcy. Wręczenie medalu odbyło się 28 stycznia w Teatrze im. Słowackiego, podczas X Charytatywnego Koncertu na rzecz Kliniki Kardiochirurgii Dziecięcej i Kliniki Nefrologii Dziecięcej USD pt. „Kolędy do nieba".

Fot. Jan Zych

Personalia

Prof. Krzysztof Pyrć z Małopolskiego Centrum Biotechnologii UJ został członkiem nowego, ministerialnego Zespołu do spraw monitorowania i oceny sytuacji dotyczącej zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi. Zespół liczy 12 osób, przewodniczy mu prof. Robert Flisiak z UM w Białymstoku.

Prof. Jerzy Wordliczek, kierownik Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej terapii SU, oraz **prof. Jan Zapała**, kierownik Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej SU, postanowili przejść na emeryturę. Pożegnali ich uroczyście współpracownicy oraz dyrekcja szpitala. Z rąk dyr. Marcina Jędrychowskiego obaj panowie otrzymali statuetkę „Drzewo życia", przyznawaną osobom najbardziej zasłużonym dla Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Czekamy na spełnienie obietnic

Koniec minionego roku przyniósł długo oczekiwane zmiany polityczne. Powołanie w grudniu nowego rządu znów obudziło nadzieje na poprawę sytuacji w ochronie zdrowia. Jednak nadzieja nie wystarczy, dlatego 20 grudnia, na ostatnim w 2023 roku posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej przyjęto apel do władz o pilne rozpoczęcie prac nad wdrożeniem obiecywanych w kampanii wyborczej zmian. Lekarze i lekarze dentyści nie chcą za cztery lata usłyszeć, że znowu się... nie udało.

Wydaje się, że najpilniejsze zmiany potrzebne są dziś w szpitalnictwie, które nie może ciągle balansować nad przepaścią. Dlatego na tej sferze opieki zdrowotnej skoncentrowali się autorzy apelu. W dokumencie tym czytamy m.in.:

„(...) Apelujemy o:

– Natychmiastowe zmniejszenie obowiązków administracyjnych lekarzy, w tym zaprzestanie wymagania określania stopnia refundacji recept.

– Poprawę warunków pracy (w tym obsady kadrowej) i płacy personelu medycznego, a zwłaszcza szpitalnych lekarzy specjalistów, których wynagrodzenia nie przystają do ogromu stawianych przed nimi wymagań, zarówno pod względem wykształcenia, odpowiedzialności, jak i wykonywanej pracy.

– Niezwłoczną poprawę wycen świadczeń udzielanych w szpitalach oraz wypłatę należności za wykonaną pracę, które NFZ już zalega szpitalom.

– Stworzenie systemu, w którym szpital będzie otrzymywał pieniądze za pracę wykonaną na rzecz pacjentów, a nie na zasadzie kredytowania NFZ (w tym likwidację tzw. limitów).

– Racjonalizację ustawy o jakości w ochronie zdrowia.

– Depenalizację wykonywanych przez lekarzy działań, mających na celu ratowanie życia pacjentów, poprzez cofnięcie zmian wprowadzonych przez byłego ministra sprawiedliwości.

– Wprowadzenie prawdziwego systemu *no fault* obowiązującego w całym cywilizowanym świecie.

Apelujemy o rozpoczęcie rzeczywistego dialogu z naszym środowiskiem i traktowanie nas jak partnerów (...)"

Apel ten początkowo miał być skierowany do Naczelnej Rady Lekarskiej, by to ona przekazała go rządzącym – zgodnie z prawem to NRL reprezentuje wobec władz państwa całe środowisko lekarskie i wszystkie okręgowe izby. Prezes Robert Stępień poinformował jednak członków ORL, iż jego zdaniem dokument powinien zostać przesłany bezpośrednio do minister zdrowia Izabeli Leszczyny. Przestrzeganie przyjętej wcześniej procedury chyba nie ma sensu, bowiem NRL w obecnej kadencji większość stanowisk, apeli i uchwał podjętych „w terenie" odsyła z powrotem, pisząc, by dana izba sama się tym zajęła.

Bez pośredników trafi więc do Narodowego Funduszu Zdrowia przyjęty 7 lutego br. apel Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie o prawidłowe rozliczanie świadczeń stomatologicznych. NFZ nie może odmawiać zapłaty za dwa świadczenia, traktować ich jako jednej porady tylko dlatego, że udzielono ich w tym samym dniu, a tak się obecnie dzieje. Naraża to świadczeniodawców na poważne straty. „Oczywistym jest, że nie można mówić o jednej wizycie pacjenta, jeżeli są udzielane różne świadczenia stomatologiczne przez innych specjalistów z różnych dziedzin, które były oddzielnie kontraktowane w różnych gabinetach lub poradniach czy przychodniach" – czytamy w apelu.

Prezydium ORL w Krakowie apeluje do prezesa NFZ „o rzetelną analizę i podjęcie działań w celu rozliczania świadczeń stomatologicznych zgodnie z przepisami prawa, tak aby nie ograniczać dostępności do świadczeń i komfortu pacjentów".

Niestety, jednym z dokumentów, który zamiast do decydentów został przez NRL przesłany z powrotem do Krakowa, był wrześniowy apel OIL o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym osób bezdomnych w Polsce. Decyzja wydaje się bardzo potrzebna, bo ratowanie zdrowia i życia osób dotkniętych bezdomnością nie może być uzależnione od hojności darczyńców. Rząd nie może się dłużej tłumaczyć brakiem pieniędzy, jeśli ubezpieczenie zdrowotne zapewniono setkom tysięcy obywateli Ukrainy. Liczbę osób bezdomnych w Polsce szacuje się na ok. 50 tys. Dziś pomagają im różnego typu organizacje humanitarne, fundacje, jak choćby Stowarzyszenie Lekarze Nadziei, którym kieruje wieloletni działacz OIL w Krakowie dr Marian Kopciuch. Właśnie na jego prośbę Prezydium ORL 10 stycznia postanowiło przekazać

Stowarzyszeniu 10 tys. zł, m.in. na dodatkowe szkolenie lekarzy-wolontariuszy.

Dla wielu wolontariat to kwintesencja lekarskiego powołania, nawet jeśli dziś „powołanie" jest terminem archaicznym. Ale wg niektórych archaizm cechuje także większość zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej. Tak nie jest, lecz trudno się nie zgodzić, że KEL wymaga poprawek i aktualizacji. Podjęto już takie prace, ewentualne decyzje mają zapaść na majowym Krajowym Zjeździe Lekarzy. Na razie jednak trwają dyskusje, których przebieg relacjonował w grudniu członkom ORL dr Stefan Bednarz. O planowanych zmianach w KEL – szerzej informujemy na stronie 9.

Z nowym rokiem Prezydium ORL postanowiło nadal udzielać pomocy finansowej dwóm ukraińskim chłopcom, których rodzice, lekarze biorą udział w wojnie z Rosją. Nastolatkowie pozostają pod opieką kuratora wyznaczonego przez polski sąd, uczęszczają do krakowskich szkół i nieźle sobie radzą, czekając na możliwość powrotu do rodziny.

ORL jeszcze w grudniu przyjęła także uchwałę w sprawie upoważnienia prezesa i skarbnika ORL do wyboru najemcy części hotelowej budynku przy ul. Krupniczej 11a oraz do podpisania stosownej umowy. Przypomnijmy, iż Komisja Rewizyjna oraz Komisja Finansowa ORL poprzedniej kadencji zmobilizowały Prezydium ORL do realizacji postanowień Okręgowego Zjazdu Lekarzy, który postulował takie działania. Jeszcze w grudniu Izba podjęła rozmowy z potencjalnymi najemcami, którzy nie tylko będą regularnie płacić czynsz dzierżawny, ale też zagwarantują możliwość korzystania przez OIL z pomieszczeń hotelowych po preferencyjnych cenach. Niezależnie od tego, dodatkowo jeden pokój w oficynie bocznej kamienicy przy ul. Krupniczej zostanie specjalnie przygotowany dla potencjalnych gości OIL. 24 stycznia br. prezes Robert Stępień poinformował Prezydium ORL, że umowę najmu postanowiono zawrzeć z hotelem Grand Ascot, który nie tylko sąsiaduje z Izbą, ale też złożył najkorzystniejszą ofertę.

To jeden z wielu przykładów realizacji uchwał i postulatów zgłaszanych podczas Zjazdu. Już 23 marca odbędzie się kolejny, XLIII Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie. Delegatki i Delegaci otrzymają wcześniej zaproszenia oraz komplet materiałów zjazdowych. Prezes ORL Robert Stępień przypomina, iż **udział w Zjeździe jest obowiązkiem Delegatów**, którzy przecież świadomie przystąpili do wyborów, zgodzili się kandydować i reprezentować swoje środowiska we władzach samorządu lekarskiego. Przynajmniej raz w roku wszyscy powinni się z tego obowiązku rzetelnie wywiązać.

(JGH)

6 grudnia, podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej, uroczyście wręczono młodym lekarzom nagrody za najlepiej zdany egzamin specjalizacyjny w sesji wiosennej 2023 roku. Nagrodzeni to:

1. Krzysztof Bryniarski – kardiologia
2. Aneta Chrapek – położnictwo i ginekologia
3. Magdalena Forgiel – choroby wewnętrzne
4. Elżbieta Freisler – ortodoncja
5. Karolina Kutyła-Jaworska – psychiatria
6. Kseniya Kubica – hematologia
7. Wojciech Kubik – chirurgia stomatologiczna
8. Anna Maria Łopatkiewicz – neurologia
9. Marcin Machaj – chirurgia szczękowo-twarzowa
10. Renata Pacholczak-Madej – onkologia kliniczna
11. Katarzyna Peterschein – pediatria
12. Olga Piechota – pediatria
13. Małgorzata Pińska – kardiologia
14. Paulina Pyrcak – hematologia
15. Artur Sipika – chirurgia stomatologiczna
16. Tomasz Tybor – choroby wewnętrzne
17. Dariusz Witkowski – chirurgia ogólna

Fot. Katarzyna Domin

Recepty raz jeszcze

Minęły już cztery lata od chwili wdrożenia e-recepty – obowiązek wystawiania recept w formie elektronicznej wszedł w życie 1 stycznia 2020 r. Pomimo wielu przeciwników tej formy przepisywania leków system szybko zyskał zwolenników, a okres pandemii pokazał, że bez niej pogrążylibyśmy się w kompletnym chaosie organizacyjnym. Nawet przeciwnicy e-recepty przyznali, że to jednak dobre rozwiązanie. Niestety, z czasem zaczęto wykorzystywać e-receptę do celów komercyjnych, realizowanych na pograniczu prawa i zwykłej przyzwoitości. Jednak okres pandemii praktycznie zalegalizował teleporadę jako narzędzie naszej codziennej pracy, a e-recepta czy e-zwolnienie świetnie się do tego nadają i doskonale komponują w całość.

Często przytaczam historyjkę zasłyszaną od radcy prawnego pewnej izby lekarskiej, którego odwiedziła zatroskana młoda lekarka. Zeznała, że wystawiła chyba zbyt dużo e-zwolnień i obawia się nieprzyjemności z tego tytułu u rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Na pytanie, co oznacza „dużo", lekarka odparła, że ponad sto. Radca spytał jeszcze, w jakim okresie wystawiła te zwolnienia? Usłyszał odpowiedź, że między godz. 17.00 a 17.30... Opowieść poraża (przynajmniej mnie). Doskonale wiemy, że w normalnym systemie – elektronicznym czy papierowym – nikt nie jest w stanie wystawić takiej liczby dokumentów w pół godziny. A automat e-zwolnień potrafi.

Poruszam ten temat, gdyż w mediach społecznościowych trwa rekrutacja lekarzy do pracy w tzw. receptomatach, oferując wysokie zarobki właściwie tylko w zamian za udostępnienie swojego numeru prawa wykonywania zawodu. System przesyła pacjentowi elektroniczną ankietę, czym formalnie spełniony jest obowiązek zbadania pacjenta podczas teleporady. Jeszcze należy uiścić należność i już recepta zostaje przesłana.

W związku z licznymi doniesieniami o takich nieprawidłowościach Prezydium NRL w lipcu 2023 r. podjęło apel w tej sprawie: „Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przypomina, że Komisja Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej w stanowisku z dnia 12 lutego 2023 r. krytycznie oceniła oferowane w internecie usługi odpłatnego wystawiania recept i zwolnień w sytuacjach, kiedy wystarczającym do otrzymania recepty jest wypełnienie krótkiej ankiety, niespełniającej kryterium badania podmiotowego i sugerującej pacjentowi objawy, pacjent nie ma jakiegokolwiek kontaktu z lekarzem, finalizacja usługi następuje w niezwykle krótkim czasie, a pacjent nie był wcześniej badany i leczony przez lekarza wystawiającego receptę".

Recepty zawsze budziły emocje. Wprowadzenie Kas Chorych spowodowało, że zaczęto dostrzegać w recepcie swego rodzaju środek płatniczy, oczywiście jeśli dotyczyła leków refundowanych. Nieświadomi tego lekarze widzieli w tym pewne źródło zarobków. Do dziś pamiętam historię pewnego lekarza dentysty, który wystawił recepty na inwalidów wojennych, czyli w 100 proc. refundowane (czytaj „za darmo"), na viagrę. Szybko jednak się przekonał, że Kasa Chorych dysponuje już systemem wykrywania i weryfikowania refundowanych recept. Dowiedział się również, że przy takich nadużyciach koszty refundacji zwraca nie pacjent, który lek wykupił, a lekarz, który nieprawidłowo określił stopień refundacji. Obecnie mamy NFZ, ale zasady refundacyjne nadal obowiązują.

Przykłady można mnożyć i należy głośno o nich mówić, szczególnie młodym lekarzom. Tym bardziej że znane są przypadki udziału nawet lekarzy stażystów w takich procederach. Łatwość osiągnięcia dużych pieniędzy minimalnym nakładem pracy i wejście w takie naganne etycznie czynności to ryzyko spotkania się z rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej i narażenia swojej kariery zawodowej.

Niedoskonałości systemowe w wystawianiu recept motywują Ministerstwo Zdrowia do naprawiania narzędzi. Zawsze odbija się to rykoszetem na naszej codziennej pracy. Wspomnę trudności z wystawianiem recept na leki psychotropowe, spowodowane właśnie ingerencją ministerstwa w system.

Apeluję do lekarzy i lekarzy dentystów o wystawianie recept z zachowaniem standardów właściwej opieki nad pacjentem i zasad określonych w Kodeksie Etyki Lekarskiej.

Mariusz Janikowski

UWAGA!

16 lutego do wszystkich izb lekarskich dotarło pismo, w którym Prokuratura Regionalna w Szczecinie, w związku z prowadzonym śledztwem, informuje, iż mogło dojść do przestępczego przełamania zabezpieczeń systemu RWPLD i przejęcia kont placówek medycznych, i pośrednio – certyfikatów ZUS ZLA lekarzy w całej Polsce, które mogą posłużyć do wystawiania m.in. e-recept i e-zwolnień.

Pełna informacja – na stronach internetowych OIL.

Salus aegroti suprema lex esto

Jak zmienić Kodeks Etyki Lekarskiej

O tym, że zapisy uchwalonego ponad 30 lat temu Kodeksu Etyki Lekarskiej nie zawsze przystają do obecnych realiów, mówiono od dawna. Nowelizacja była oczekiwana i wkrótce prawdopodobnie stanie się faktem. Jaki kształt przyjmie ostatecznie Kodeks, przekonamy się już w maju, kiedy o jego dalszych losach zadecyduje Nadzwyczajny Zjazd Lekarzy. W styczniu projekt został przekazany do konsultacji. Jak podkreślał przy okazji przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej NRL Artur de Rosier, niektóre artykuły, np. dotyczące reklamy, są nadal w opracowaniu. Na razie jednak nic nie zapowiada rewolucji, większość zmian proponowanych przez Komisję ma charakter porządkujący, precyzujący nieostre dotąd określenia. Ktoś powie „z dużej chmury mały deszcz", jednak deszcz przynosi więcej pożytku niż wielka ulewa, zauważa wiele osób.

Konieczność uchwalenia Kodeksu Etyki Lekarskiej zapowiedziano jednocześnie z reaktywacją izb lekarskich w 1989 r., ale prace nad nim wcale nie były szybkie i łatwe. Dokument przyjęto dopiero w 1991 r. Już po dwóch latach wymagał nowelizacji, kolejnej dokonano w 2003 r. Wówczas świat wydawał się jeszcze dość stabilny, więc choć pojawiały się kontrowersje co do pewnych zapisów, gotowości do większych zmian nie było. W 2018 r. pojawiły się natomiast rozbudowane komentarze do poszczególnych artykułów. W ostatnich latach rozdźwięk między Kodeksem a rzeczywistością stał się jednak zbyt wyraźny, by nadal go ignorować. Prace nad nowelizacją dokumentu trwają od miesięcy, Komisja Etyki NRL stopniowo ogłaszała kolejne propozycje. W styczniu opublikowany został całościowy projekt, dla niektórych jednak nie do końca satysfakcjonujący.

– Z wielkiej chmury mały deszcz? To dobrze. Nie potrzeba nam rewolucji, lecz poprawek w tych punktach, które nie przystają do obecnych czasów – podkreśla dr Stefan Bednarz, członek Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz Komisji Etyki Lekarskiej ORL, a także przewodniczący KEL NRL w latach 2010-2014. – Kodeks Etyki Lekarskiej powinien mieć taki charakter, by nie zdezaktualizował się za szybko i by wpisując się w budowę „systemu pacjentocentrystycznego", o którym mówi Rzecznik Praw Pacjenta, zachował jednak właściwe proporcje odpowiedzialności obu stron, to jest lekarza i pacjenta. A projekt przekazany ostatnio do konsultacji jest materiałem do dalszej dyskusji, niektóre zapisy wymagają poprawek. Na pewno dobrze, że zostały one uporządkowane, doprecyzowane, tam, gdzie to konieczne, zastąpiono słowa „powinien" i „może" określeniem „ma" czy wręcz „musi", coś ważnego dopisano, coś usunięto – wylicza dr Bednarz.

Np. artykuł 4. brzmi: „Dla wypełniania swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną". Po zmianie miałby brzmieć: „Dla wypełniania swoich zadań lekarz zachowuje swobodę działań zawodowych zgodnie ze swoim sumieniem i aktualną wiedzą medyczną. Artykuł 7. „Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej" ma brzmieć „...lekarz wskazuje...". Zgodnie z art. 8 „Lekarz powinien przeprowadzić wszelkie postępowanie...", jeśli Nadzwyczajny Zjazd tak zdecyduje, punkt ten brzmieć będzie: „Lekarz przeprowadza i dokumentuje wszelkie postępowanie..."

– Problem dokumentacji medycznej musi być w Kodeksie mocno zaakcentowany, bowiem mimo wielu apeli do koleżanek i kolegów, by nie lekceważyli obowiązku bardzo skrupulatnego jej prowadzenia, wciąż większość spraw, jakimi zajmujemy się w Sądzie Lekarskim, wynika właśnie z braku stosownej dokumentacji. Jej posiadanie często pozbawiałoby pacjenta podstaw do skargi – podkreśla dr Stefan Bednarz.

Wzmocnieniu znaczenia dokumentacji służy też zastąpienie w stosownych miejscach tym właśnie terminem wcześniej używanego określenia „zaświadczenie".

– Zmieniono także nazwę rozdziału „Zaświadczenia lekarskie". Teraz ma to być „Dokumentacja medyczna", zmienić się ma także treść kolejnych artykułów – dodaje nasz rozmówca.

Np. art. 40, brzmiący dotąd „Wydawanie zaświadczeń lekarskich jest dozwolone jedynie na podstawie aktualnego badania lub odpowiedniej dokumentacji", teraz ma zawierać dwa punkty, z których pierwszy brzmi: „Lekarz ma obowiązek w rzetelny sposób prowadzić dokumentację medyczną". Dopiero w drugim pojawia się kwestia zaświadczeń. Zmienić powinien się także art. 41., który w projekcie zapisano tak:

„Każde zaświadczenie lekarskie lub inny dokument musi (teraz jest „powinien") umożliwiać identyfikację lekarza, który go wystawił. Treść dokumentu powinna być zgodna z wiedzą i kompetencjami lekarza oraz powinna zawierać rzetelne informacje o stanie zdrowia pacjenta..." (obecnie art. ten brzmi: „Treść dokumentu powinna być zgodna z wiedzą i sumieniem lekarza").

– Wiele propozycji ma związek ze zmianami w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej. Najprostszy przykład, wg obecnego kodeksu teleporada nie powinna mieć takiego zakresu i skali jak obecnie, ale już wiemy, że ta forma pomocy stanowi wymierną korzyść dla pacjenta. Problem w tym, by jakoś określić jej dopuszczalne ramy, by nie dochodziło do wynaturzenia idei, jakim mogą być na przykład receptomaty. Z drugiej strony, chyba wszyscy mamy świadomość, że nigdy nie uda się w stu procentach zapobiec wszelkim patologiom – wyjaśnia dr Bednarz.

Co do „patologii", w projekcie nowelizacji pojawia się rozbudowany artykuł 77 (częściowo odpowiednik obecnego art. 71), na podstawie którego łatwiej będzie oceniać postawy etyczne m.in. lekarzy kwestionujących wiedzę medyczną, co (jak najwyraźniej dowiodła pandemia) może się zdarzyć, czy medyków nadaktywnych w mediach społecznościowych. O ile ten punkt KEL zostanie znowelizowany, lekarz będzie się musiał kierować następującymi regułami:

1. „Lekarz ma obowiązek zwracania uwagi społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenia ekologiczne.
2. Swoim postępowaniem i wypowiedziami publicznymi lekarz nie może propagować postaw antyzdrowotnych. Lekarz powinien być przykładem właściwych postaw zdrowotnych i dbać o własne zdrowie i dobrostan.
3. Wypowiadając się na forum publicznym przy udziale osób niebędących lekarzami (także w mediach, internecie i serwisach społecznościowych) na temat odkryć naukowych, technologii medycznych albo diagnostyki lub terapii, lekarz powinien mieć pewność, że jego wypowiedzi opierają się na aktualnej wiedzy medycznej i są sformułowane w sposób przystępny dla odbiorców.
4. Działaniami i zachowaniem lekarza w internecie i mediach powinny kierować te same zasady etyczne, co przy bezpośrednim kontakcie z pacjentem, personelem medycznym czy innymi lekarzami".

Między innymi te propozycje zmian uwspółcześniają przyjęte już w starożytności założenie, że profesja lekarza zobowiązuje, że jest to „zawód zaufania publicznego" i każdy lekarz może mieć wpływ na innych. Musi więc reprezentować właściwą postawę etyczną, opisaną choćby w polskim i innych kodeksach lekarskich, wynikającą z ogólnych norm etycznych – jak mówi pierwszy, podstawowy artykuł KEL.

Oczywistym jest więc też fakt, że Kodeks odnosi się również do spraw najważniejszych, kwestii życia i śmierci. Pewne zmiany mają nastąpić m.in. w artykułach dotyczących terapii daremnej (w projekcie nie mówi się już o terapii „uporczywej", a właśnie „daremnej"), stwierdzenia śmierci, pobierania narządów, odpowiedzialności za życie. Nie da się ukryć, że impulsem do niektórych modyfikacji KEL były prawdziwe zdarzenia, dramatyczne sytuacje, tragedie pacjentów i ich rodzin nagłaśniane przez media.

– Na przykład w artykule 38 projekt przewiduje dopisanie zdania, które obecnie jest częścią art. 39, a brzmi: „Podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie i życie jej dziecka", ale bez słów „również przed jego urodzeniem", które teraz są zawarte w KEL. W kolejnym punkcie lekarz zamiast „powinien udzielać...", „ma obowiązek udzielać zgodnych z wiedzą medyczną informacji dotyczących procesów zapładniania i metod regulacji poczęć, uwzględniając ich skuteczność, mechanizm działania i ryzyko". Podejrzewam, że część tego typu propozycji będzie jeszcze długo omawiana, ale tylko dzięki szerokiej dyskusji możemy dojść do konsensusu – mówi dr Stefan Bednarz.

Sugerowanych zmian w Kodeksie Etyki Lekarskiej jest wiele, wspomnieliśmy tylko o kilku. Jednak znaczna część ma charakter porządkujący obecny stan, a o tych najtrudniejszych czy kontrowersyjnych zapewne przed Zjazdem i podczas jego obrad wiele jeszcze usłyszymy. Trwają konsultacje, swoje uwagi do projektu przekazał już m.in. doktor Bednarz.

Początkowo dyskusja toczyła się nawet nad potrzebą modyfikacji artykułu 1. KEL, zwłaszcza punktu 3., który mówi: „Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu". Niektórzy uważają, że dziś zawód lekarza jest taką samą profesją, jak inne, na Zachodzie nikt nie wspomina o „misji" czy – nie daj Bóg – o „powołaniu", ale o działalności gospodarczej, trochę szlachetniejszym biznesie, w którym jest potrzebny jakiś „branżowy kodeks postępowania", ale czy aż tak rygorystyczny? Jednak to odosobnione głosy. Lekarz odpowiada za życie i zdrowie drugiego człowieka. Kodeks jest niezbędny, nie można ufać odpowiedzialności wszystkich lekarzy, skoro niektórzy mogli np. „sprzedać" swoje nazwisko automatom do wypisywania recept. Ponadto, lekarze i jego bliscy też bywają pacjentami, chyba każdemu powinno więc zależeć, by w Kodeksie Etyki Lekarskiej znalazły się takie zapisy, które ochronią lekarza przed nim samym. A to przełoży się na autorytet, prestiż i szacunek do tego zawodu.

Jolanta Grzelak-Hodor

Debata ekspertów w krakowskiej OIL

Etat czy kontrakt?

16 stycznia w auli OIL w Krakowie zaproszeni eksperci próbowali odpowiedzieć na pytanie „Co jest korzystniejsze dla lekarza i lekarza dentysty – etat czy kontrakt?". Mimo wprowadzenia ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia, wg oficjalnych danych w polskich szpitalach aż ok. 57 proc. lekarzy pracuje obecnie na podstawie umów cywilnoprawnych. Czy jednak oznacza to, że taka forma zatrudnienia jest dla lekarzy lepsza niż klasyczna umowa o pracę? Czy w ogóle można odpowiedzieć na tak postawione pytanie?

W dyskusji, prowadzonej przez Pawła Bujnego, przewodniczącego Zespołu ds. Szpitalnictwa ORL, udział wzięli prof. Beata Buchelt z Katedry Zarządzania Kapitałem Ludzkim UEK, dr Jerzy Friediger, lekarz specjalista, wieloletni dyrektor Szpitala im. Żeromskiego w Krakowie i członek władz OIL, radca prawny mec. Marcin Wojdyło, dr Piotr Jaszczyński, przewodniczący OZZL przy Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, Piotr Bralewski, niezależny doradca finansowy i jednocześnie praktykujący lekarz, oraz przedstawicielki ZUS Jannula Licios, naczelnik Wydz. Obsługi Klientów i Korespondencji, i Monika Laszczyk, naczelnik Wydz. Ubezpieczeń i Składek.

Na początku mecenas Wojdyło scharakteryzował krótko obie formy zatrudnienia, mówiąc o ich zaletach i wadach. Współistnieją w polskiej ochronie zdrowia od ok. 20 lat, jednak trudno arbitralnie wskazać, co jest korzystniejsze dla lekarza, bowiem wszystko zależy od indywidualnych potrzeb i oczekiwań. Ktoś woli na kontrakcie lepiej zarobić, zwykle pracując o wiele więcej niż „etatowiec", ktoś inny bardziej ceni sobie zabezpieczenia wynikające z kodeksu pracy oraz dodatkowe przywileje związane z umową o pracę. Poza dość wyraźną różnicą w możliwościach zarobkowych kolejna dotyczy np. zakresu obowiązków. W ramach kontraktu do obowiązków lekarza należy wszystko, co zapisane w umowie cywilnoprawnej, w ramach etatu zakres obowiązków może być szerszy, bo pracownik jest zobowiązany wykonywać polecenia pracodawcy, niekoniecznie ujęte w dokumentach. Jednocześnie jeśli lekarz nie zastrzeże sobie w umowie cywilnoprawnej np. prawa do urlopu, nie musi go otrzymać, w przeciwieństwie do „etatowca", którego chroni prawo pracy. Teoretycznie umowa o pracę daje też większe gwarancje zatrudnienia.

Forma zatrudnienia nie jest obojętna także w innym aspekcie – odpowiedzialności lekarza oraz koniecznego ubezpieczenia OC lekarza i lekarza dentysty, o czym mówił także doktor Bralewski. W przypadku kontraktu do sporu związanego z ewentualną odpowiedzialnością cywilną dojść może w relacji lekarz–pacjent oraz lekarz–podmiot zlecający mu pracę. Nie wszyscy lekarze „kontraktowi" zdają sobie sprawę z tego, że tylko na podstawie umowy o pracę nie ponosi się indywidualnej odpowiedzialności cywilnej wobec pacjenta. Nie wszyscy pamiętają też, że wymagana prawem minimalna wartość obowiązkowego ubezpieczenia OC dla lekarza jest stanowczo za mała, nie była waloryzowana od kilkunastu lat, mimo iż roszczenia pacjentów są nie tylko coraz częstsze, ale też coraz większe.

Dylematu nie rozstrzygnęły także przedstawicielki ZUS. Gdyby tak, zarabiając na kontrakcie więcej niż za tę samą pracę w ramach umowy o pracę, odkładało się nadwyżkę finansową na poczet przyszłej emerytury, czas choroby czy choćby

Fot. J. Grzelak-Hodor

urlop macierzyński, bilans mógłby wskazywać na przewagę kontraktu. Ale to dość idealistyczne podejście do problemu.

Prof. Beata Buchelt podkreślała natomiast, iż choć jednostka zawsze powinna mieć wybór, w wielu krajach w ochronie zdrowia zaczyna się odchodzić od kontraktów, ponieważ wszystkie badania dowodzą, że ta forma zatrudnienia nie sprzyja jakości świadczeń.

– Gdy nie regulujemy czasu pracy lekarza w jakiś sposób, to może się pojawić zjawisko *homo economicus* polegające na tym, że koncentruje się on na zyskach i pracuje tyle, ile da radę, co zagraża bezpieczeństwu pacjentów – mówiła prof. Buchelt, dodając, że czasem, kiedy lekarz już „nie daje rady", może próbować czymś się wspomagać, czego przykładów niestety mamy aż nadto.

W każdym razie kraje Unii Europejskiej ograniczają czas pracy lekarzy. Odchodzą od kontraktów nie tylko z tego powodu – każdy, by wydajnie pracować, potrzebuje odpoczynku, a lekarz musi mieć również czas na rozwój i zdobywanie nowej wiedzy, która w medycynie zmienia się wyjątkowo szybko. Kontrakt zmniejsza także poziom lojalności wobec pracodawcy, personel niezwiązany z placówką medyczną umową o pracę nie identyfikuje się z firmą. Umowa o pracę także pod wieloma innymi względami wydaje się lepsza dla lekarza, niestety, zdaniem prof. Buchelt, w Polsce wciąż funkcjonuje patologiczny system wynagradzania lekarzy, co pewnie jest główną przyczyną prowadzenia własnej działalności gospodarczej.

Zresztą, „patologii" w ochronie zdrowia jest mnóstwo, o kilku wspomnieli podczas debaty także dr Jerzy Friediger i dr Piotr Jaszczyński. Spotkanie trwało blisko trzy godziny, lecz odpowiedź nie padła. Warto jednak dodać, że ponad 60 proc. polskich lekarek i lekarzy deklaruje, iż woleliby pracować na etacie i w tylko jednym miejscu, ...za wynagrodzenie, które pozwoli na taki luksus.

(jgh)

Na profilu facebookowym Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie można obejrzeć filmowy zapis całej debaty ekspertów nt. etat czy kontrakt.

W drodze po nostryfikację

Na początku lutego odbyło się spotkanie integracyjne lekarzy obcokrajowców zrzeszonych w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie (obecnie jest ich 526), które stało się też okazją do dzielenia się wskazówkami, jak odnaleźć się w gąszczu przepisów dotyczących zatrudniania w Polsce lekarzy spoza Unii Europejskiej. Inicjatorką spotkania była przewodnicząca Komisji ds. Współpracy Zagranicznej i Obcokrajowców, wiceprezes ORL Marzena Ksel-Teleśnicka.

Zapewne wielu lekarzom obcokrajowcom, nieznającym języka polskiego, którzy muszą nostryfikować w naszym kraju swój dyplom zdobyty poza Unią Europejską, wydaje się niemożliwym, by z takim startem zawalczyć nawet o polski tytuł profesora nauk medycznych. A jednak jest to możliwe, trzeba tylko – jak wyznał prof. Wadim Wojciechowski z Katedry Radiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego – pracować, pracować, pracować... Choć oczywiście dobrze jest też mieć szefa, który wspiera rozwój naukowy, i przede wszystkim wierzyć we własne siły. Prof. Wojciechowski, który podczas spotkania wygłosił krótki wykład pt. „Jak w Polsce można zostać profesorem", przed 30 laty ukończył studia medyczne w Kazachstanie, jednak całą późniejszą karierę

prof. Wadim Wojciechowski

zawodową i naukową związał z Polską – od nostryfikacji dyplomu po przyznanie mu decyzją prezydenta RP tytułu profesora w 2003 r. Na pytanie prowadzącej spotkanie doktor Anny Płotek, co było największą przeszkodą, jaką napotkał na swojej drodze naukowej, odpowiedział, że brak znajomości języka. I w tej kwestii nic się nie zmieniło – znajomość języka polskiego jest kluczowa przy podejmowaniu przez OIL decyzji dotyczącej przyznania cudzoziemcowi prawa wykonywania zawodu lekarza w Polsce.

Swoimi doświadczeniami dotyczącymi przebiegu kariery zawodowej w Polsce dzielili się także pozostali uczestnicy spotkania, głównie lekarze z Ukrainy. Każda z opowiedzianych przez nich historii była inna – fascynująca, nie zawsze prosta, ale też na pewno inspirująca dla wielu osób, które być może dopada zwątpienie, czy bycie pełnoprawnym lekarzem obcokrajowcem w Polsce, z uwzględnieniem uzyskanych wcześniej specjalizacji i tytułów naukowych, jest możliwe. Godna podziwu jest determinacja niektórych lekarzy, zwłaszcza tych, którzy trafili do naszego kraju przed pandemią covid, więc nie mogli podjąć pracy w ramach „uproszczonej ścieżki". Doktor Natalia Melnyk i jej mąż Petro na przyjazd do Polski zdecydowali się 7 lat temu. Ponieważ wówczas obcokrajowcom o wiele trudniej było uzyskać pozwolenie na pracę, nie udało im się zatrudnić w szpitalu. Chcąc zostać w Polsce, podjęli pracę przy taśmie produkcyjnej w fabryce Valeo w Chrzanowie. Zdarzało się, że po nocnej zmianie w sobotę rano jechali na zajęcia w szkole policealnej o profilu medycznym. Dziś oboje pracują w szpitalu w Chrzanowie – pani Natalia wspomaga pracę oddziału ortopedii, a jej mąż, który nostryfikował dyplom i odbył w ramach wolontariatu staż podyplomowy, jest zatrudniony na oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej. Aby ułatwić życie innym, „młodszym stażem" lekarzom z Ukrainy, doktor Melnyk założyła na Facebooku grupę „Nostryfikacja dyplomu lekarza w Polsce", która stanowi forum wymiany doświadczeń.

Podczas spotkania nie zabrakło też pytań do przedstawicieli Komisji Współpracy Zagranicznej, którą reprezentowali prof. Jolanta Pytko-Polończyk, doktor Anna Wolnik i dr Jerzy Friediger. Dotyczyły głównie zasad nostryfikacji dyplomów i tytułów naukowych (zdarzają się sytuacje dramatyczne, gdy np. praca doktorska, którą należy przed nostryfikacją przetłumaczyć, została w ogarniętym wojną kraju) oraz uznawania uzyskanej poza granicami naszego kraju specjalizacji. Choć nie wszyscy o tym wiedzą, nie zawsze trzeba ją odbyć na tych samych zasadach jak polscy rezydenci – w zależności od doświadczenia zawodowego i odbytych, udokumentowanych kursów poza naszym krajem, szkolenie specjalizacyjne może zostać skrócone. Należy w tym celu złożyć wiosek do CMKP, a komisja wskaże, które kursy należy jeszcze odbyć. Z wnioskiem o skrócenie specjalizacji po roku od jej rozpoczęcia może także wystąpić do CMKP kierownik specjalizacji.

Jednak niektóre zapisy dotyczące uprawnień lekarzy spoza Unii nie są jasne nawet dla dyrektorów placówek medycznych, wymagają one doprecyzowania i jedoznacznej interpretacji przez Ministerstwo Zdrowia, o co Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej będzie zabiegać. Natomiast lekarze obcokrajowcy zapewne nie zawsze zdają sobie sprawę, z jakich powodów mogą mieć problemy związane z wykonywaniem u nas zawodu lekarza. Niektóre z nich starała się przybliżyć przewodnicząca Okręgowego Sądu Lekarskiego Bożena Kozanecka, która powiedziała, na co przede wszystkim należy zwracać uwagę, by wystrzec się niepotrzebnych problemów i tłumaczenia się przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej czy Okręgowym Sądem Lekarskim. Przede wszystkim należy dbać o należycie wypełnianą dokumentację medyczną, ponieważ w sytuacjach spornych, gdy jest tylko słowo przeciwko słowu, stanowi ona często jedyny dowód, że wizyta lekarska i badanie miały właściwy przebieg. Tym bardziej że coraz częściej pacjenci wykorzystują dokumentację medyczną po to, żeby osiągnąć z tego korzyści.

By nie zostawiać zaproszonych gości w atmosferze rozważań o zawinionej bądź nie winie lekarza, na zakończenie oficjalnej części spotkania odbył się piękny koncert z udziałem wiolonczelistów Doroty Imiełowskiej i Łukasza Pawlikowskiego oraz pianistki Renaty Żełobowskiej-Orzechowskiej, którzy zaaranżowali i wykonali m.in. ukraińską kolędę „Szczedryk".

Tekst i zdjęcia Katarzyna Domin

Chirurgia robotyczna rozwija się dynamicznie

Operacje przy użycia robota chirurgicznego przestają być zabiegami dostępnymi prawie wyłącznie dla pacjenta komercyjnego. Coraz więcej tego typu świadczeń finansuje NFZ, a podniesienie wycen spowodowało, że wiele zabiegów robotycznych jest dla szpitali rentownych. Jednak pod względem liczby operacji wykonanych w asyście robotów chirurgicznych Małopolska dopiero dogania nie tyle Europę, co resztę Polski.

4 stycznia w Szpitalu Specjalistycznym im. Rydygiera w Krakowie odbył się „inauguracyjny" zabieg zaimplementowania protezy stawu kolanowego przy pomocy robota ortopedycznego ROSA. Operacja, której wyjątkowo mogli się przyglądać przedstawiciele mediów, nie przypominała tej zobrazowanej na okładce raportu z 2023 r. „Chirurgia robotowa", gdzie w rolę doktora Tulpa na Rembrantowskim obrazie wciela się humanoidalny robot. Pod tym względem nic się w medycynie nie zmieniło – podczas operacji nadal najważniejsze są doświadczenie i umiejętności chirurga, a system robotyczny jedynie umożliwia wykonanie jej bardziej precyzyjnie, mniej inwazyjnie i mniej obciążająco dla lekarza. Dla obserwatora tej operacji niezwykłe było to, w jaki sposób lekarze potrafili jednocześnie wykorzystywać tradycyjne narzędzia chirurgiczne i zaawansowany system informatyczny, ciąć tkanki i niczym kontroler ruchu lotniczego odczytywać z ekranów najróżniejsze parametry.

Ze statystyk wynika, że po tradycyjnym zabiegu wszczepienia implantu stawu kolanowego ok. 20 procent pacjentów jest niezadowolonych z wyniku operacji. Uskarżają się przede wszystkim na sztywność kolana i bolesność. – Cały czas rozważaliśmy, co poprawić podczas zabiegów, by spełnić oczekiwania pacjentów – powiedział dr Grzegorz Kwiatkowski, ordynator Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Szpitala im. Rydygiera, który wraz z zespołem przeprowadził wspomniany zabieg. – Mając robota możemy dokonywać precyzyjnych pomiarów i w efekcie zdecydowanie dokładniej mocować implanty kolanowe. Umożliwia on też oszczędzanie tkanek miękkich, dlatego jest mniejsza traumatyzacja w trakcie tej procedury. Dzięki temu pacjenci szybciej wracają do pełnej sprawności, a dolegliwości bólowe po operacji są dużo mniejsze.

A jak przebiega sam zabieg? – Musimy „pokazać" robotowi staw kolanowy. Gdy robot oceni, jak ten staw jest zniszczony, podpowiada mi, jakie muszę wykonać cięcia końców kostek, żeby prawidłowo założyć protezę – wyjaśnia ordynator Oddziału Ortopedii.

Szpital im. Rydygiera w bieżącym roku planuje ponad 100 zabiegów protezoplastyki kolana z wykorzystaniem robota ROSA (czwartym takim robotem w Polsce, a drugim w Małopolsce), który przez najbliższe 3 lata będzie dzierżawić, gdyż jego cena to ponad 1 mln euro. Zabiegi te będą dla pacjentów bezpłatne – procedurę sfinansuje NFZ, a koszt jednorazowego sprzętu dodatkowego (ok. 2 tys. zł) ze środków własnych pokrywać będzie szpital. NFZ odrębnie finansuje obecnie trzy procedury robotyczne, do których nie zaliczają się jeszcze zabiegi ortopedyczne, dlatego są one wykonywane według „zwykłego" kontraktu. Szpital prowadzi jednak z Funduszem rozmowy nt. opracowania właściwych procedur dla tego typu zabiegów. Przy adekwatnej wycenie nie będą one wymagały angażowania własnych środków finansowych.

Dr Grzegorz Kwiatkowski z zespołem

ROSA to niejedyny robot chirurgiczny dzierżawiony przez Szpital im. Rydygiera. Jak już informowaliśmy, od października 2023 r. placówka ta – jako pierwszy publiczny szpital w Małopolsce – wykorzystuje również robota da Vinci. O wykonanym przy jego pomocy zabiegu prostatektomii radykalnej pisaliśmy w poprzednim wydaniu „GGL", natomiast 19 stycznia na Oddziale Ginekologii Onkologicznej w asyście robota zostały zoperowane dwie pierwsze pacjentki z nowotworem trzonu macicy. Operacje przeprowadził dr Marcin Opławski, ordynator Oddziału Ginekologii i Położnictwa z Ginekologią Onkologiczną. Po ich zakończeniu stwierdził: „Zabiegi przebiegły bez komplikacji; każdy z nich trwał ok. dwóch godzin, a to oznacza, że operacje robotyczne przeprowadzone były w krótszym niż przewidywaliśmy czasie. Zarówno czas operacji, jak i asysta robota są korzystne dla naszych pacjentek, które ze względu na wiek (80 i 76 lat) mają lepsze warunki powrotu do zdrowia".

Rak endometrium jest najczęściej diagnozowanym nowotworem ginekologicznym, a od kilkunastu lat zauważalny jest w Polsce wzrost zachorowalności (rozpoznawany jest u 6 tys. kobiet rocznie, z których blisko 2 tys. umiera). Dla wielu z nich szansą może być łatwiejszy dostęp do operacji. „Jesteśmy jedyną placówką w Małopolsce, która ofertuje pacjentkom z rakiem endometrium bezpłatne operacje robotyczne. Do końca 2024 r. mamy możliwość przeprowadzenia ponad 50 takich zabiegów, dlatego prowadzimy rozszerzoną diagnostykę we własnych przyszpitalnych przychodniach. Ale też we współpracy z lekarzami z całego regionu przekazujemy kobietom informacje o możliwościach szybkiej i nowoczesnej terapii w naszej placówce" – powiedział Artur Asztabski, prezes Szpitala Rydygiera.

W „Rydygierze" obecnie jest 10 lekarzy z certyfikacjami uprawniającymi do samodzielnego prowadzenia operacji robotycznych, 2 lekarzy posiadających certyfikację asysty oraz 8 certyfikowanych instrumentariuszek. W kolejnych miesiącach szkolone będą następne osoby, choć nie ma jeszcze możliwości zrobienia tego w Polsce. Szpital otrzymał już także Certyfikat Bezpieczeństwa Systemu Chirurgii Robotycznej.

„Rydygier" jest pierwszą publiczną placówką medyczną w Małopolsce oferującą w ramach umowy z NFZ operacje robotyczne systemem da Vinci. Odpłatnie wykonuje je w Krakowie także prywatny Szpital na Klinach. Od 2018 r. robotem chirurgicznym Senhance dysponuje Szpital Uniwersytecki. Na Podkarpaciu z systemu da Vinci korzysta Centrum Chirurgii Robotycznej w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 1 im. F. Chopina w Rzeszowie. Sytuacja wprawdzie dynamicznie się zmienia, ale jeszcze w 2022 r. Małopolska pod względem liczby wykonanych zabiegów w asyście robota chirurgicznego na 100 tys. mieszkańców wyprzedzała tylko

Dr Marcin Opławski podczas operacji

województwa opolskie i warmińsko-mazurskie, pozostając daleko w tyle za mazowieckim czy zachodniopomorskim.

W Krakowie szykuje się co prawda duży projekt związany z utworzeniem centrum medycyny robotycznej, jednak inicjatorzy przedsięwzięcia, dopóki wszystko nie zostanie dopięte na ostatni guzik, nie chcą rozmawiać o konkretach. Do tematu na pewno wrócimy, miejmy nadzieję, że jeszcze w tym roku.

Katarzyna Domin
Zdjęcia i materiały źródłowe: Szpital im. Rydygiera

Chirurgia robotyczna rozwija się w Polsce bardzo szybko – w minionym roku w porównaniu do 2022 r. nastąpił dwukrotny wzrost liczby operacji robotowych. Największą dynamikę wykazuje statystyka zabiegów z zakresu chirurgii ogólnej – wzrost o 112 proc., urologii – 100 proc. oraz ginekologii – 60 proc. Co istotne z punktu widzenia pacjenta, więcej zabiegów w asyście systemów robotycznych wykonuje się już w szpitalach publicznych niż prywatnych. Do niedawna były to głównie operacji prostatektomii radykalnej, które w 2022 r. stanowiły 69 proc. wszystkich zabiegów robotycznych. Wpływ na to miał zapewne fakt, że w kwietniu 2022 r. leczenie chirurgiczne raka gruczołu krokowego z zastosowaniem systemu robotowego zostało dodane do katalogu świadczeń finansowanych przez NFZ. W sierpniu 2023 r. w katalogu znalazły się również zabiegi raka błony śluzowej macicy (raka endometrium) oraz raka jelita grubego. Trwają prace nad rozszerzeniem tej listy, a w nowym programie specjalizacji z urologii znalazł się staż z chirurgii robotycznej.

Mimo olbrzymiego postępu na tle innych krajów nadal nie wypadamy jednak najlepiej. We wspomnianym wcześniej raporcie „Chirurgia robotowa 2023" wydanym przez Modern Healthcare Institute Krzysztof Jakubiak przytacza dane firmy Synektik, dystrybutora systemów da Vinci w Polsce. Wynika z nich, że tych najpopularniejszych, amerykańskich robotów Francja w czerwcu ub. roku posiadała – 340, Niemcy – 330, a Włochy – 180. W Polsce obecnie dysponują nimi 43 ośrodki. Jednak jak twierdzi Joanna Szyman, przewodnicząca Koalicji Robotyki Medycznej Polskiej Federacji Szpitali, „w Polsce do 2028 r. powinno być ok. 130 robotów chirurgicznych o różnych profilach zastosowania".

Rozmowa z prof. Mariuszem Szutą, konsultantem krajowym w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej

Tragiczny brak lekarskiej czujności

Kody C00-C14 oraz C30-C32 to w klasyfikacji ICD-10 nowotwory głowy i szyi. Symbole nie budzą emocji, lecz kryją się pod nimi nowotwory, które według wielu obserwacji mają jedną z najwyższych dynamik wzrostu liczby nowych przypadków. Jednocześnie w Polsce wykrywa się je bardzo późno, więc wyleczalność jest zła. Sytuacja może się jeszcze pogorszyć. Czy Pan Profesor zgadza się z tymi złowieszczymi prognozami?

– Nowotwory głowy i szyi wykrywa się obecnie u ponad 6 tys. Polaków rocznie, stanowią ok. 12 proc. wszystkich nowotworów złośliwych. Kiedy ponad 30 lat temu zaczynałem pracować, w raku jamy ustnej, który jest najczęstszym z nich, notowano 25-30 proc. pięcioletnich przeżyć. Teraz mamy około 50-55 proc. pięcioletnich przeżyć, czyli prawie dwa razy więcej, więc wykrywalność i wyleczalność poprawiają się. Jednak ciągle jest to za mało w stosunku do innych krajów.

Problemem jest zbyt późna diagnoza. Wykrywanie nowotworów głowy i szyi w pierwszym stopniu to utopia, ale jak poprawiłyby się wskaźniki, gdyby te nowotwory częściej rozpoznawano w drugim, najwyżej trzecim stadium?

– Rzeczywiście, jedyny sposób poprawy sytuacji to wcześniej je wykrywać. Obecnie 60-70 proc. naszych pacjentów zgłasza się w 3. i 4. stopniu zaawansowania klinicznego. Gdyby zgłaszali się wcześniej, wyleczalność byłaby dużo lepsza. Te nowotwory szybko rosną. W raku jamy ustnej przerzuty w pierwszej kolejności pojawiają się w węzłach chłonnych. Jeśli zmiana jest bardzo zaawansowana lub rozwój choroby jest szczególnie agresywny albo zmiany rozwijają się w pewnych lokalizacjach i o pewnym określonym utkaniu histologicznym, to szybko mogą też wystąpić przerzuty odległe. Na szczęście są one stosunkowo rzadkie. Jeśli pacjent jest leczony z powodu zmiany w jamie ustnej i w usuniętych węzłach nie stwierdza się komórek nowotworowych, rokuje znacznie lepiej. Natomiast kiedy choćby w jednym węźle występuje już przerzut, rokowanie

Prof. Mariusz Szuta

pogarsza się o połowę. Jeśli chociaż w jednym węźle naciek przejdzie poza jego torebkę, to szanse wyleczenia spadają o kolejne 40 proc. Czyli zostaje tylko 10 proc. szans 5-letniego przeżycia w porównaniu z pacjentem, który tych przerzutów nie ma. Jednocześnie nowotwory te nie dają początkowo niepokojących objawów, „nie bolą", więc trudno je samodzielnie szybko wykryć. Dlatego tak niesamowicie ważna jest czujność onkologiczna wszystkich lekarzy, do których pacjent zgłasza się z najróżniejszych, niekoniecznie onkologicznych powodów.

Kto w pierwszej kolejności powinien wykazać tę czujność?

– W raku jamy ustnej tym onkologiem pierwszego kontaktu jest lekarz dentysta. Gdyby świadomość społeczna zagrożenia była większa, gdyby lekarze byli też bardziej

świadomi i bardziej czujni, wyleczalność w tej grupie nowotworów mogłaby wzrosnąć do ponad 60 proc. Jako specjaliści chirurgii szczękowo-twarzowej, lekarze zrzeszeni w towarzystwach naukowych szerzymy tę wiedzę wśród lekarzy dentystów oraz lekarzy pierwszego kontaktu, bo to do nich pacjent trafia najczęściej. Ważne, by podczas każdej wizyty u dentysty badać pacjenta pod kątem onkologicznym. Także lekarz POZ powinien to robić.

Tempo rozwoju nowotworów jamy ustnej wydaje się wręcz niewiarygodne. Inne guzy rosną czasem latami.

– Pamiętajmy, że jest to obszar bardzo dobrze ukrwiony, więc komórki nowotworowe też są „dobrze odżywiane". W skrajnych przypadkach już nawet kilkutygodniowa zwłoka w rozpoznaniu albo nieprawidłowe próby leczenia nowotworu radykalnie zmniejszają szanse przeżycia pacjenta. Przerzuty pojawiają się szybko, bo drenaż limfatyczny w tej lokalizacji jest bardzo dobry. Na szyi mamy około 300 węzłów chłonnych, które drenują wszystkie przestrzenie anatomiczne. Komórki nowotworowe łatwo mogą się przedostawać dalej i tworzyć nowe skupiska właśnie w węzłach chłonnych. Jednocześnie szybko rośnie także ognisko pierwotne, dokonuje się w nim podział ról – wytwarza się tak zwana selekcja klonów komórek nowotworowych, pojawiają się specjalne, których zadaniem jest tworzenie przerzutów. Te komórki mają zdolność wnikania do naczyń krwionośnych, tam zwykle się „opłaszczają" erytrocytami i płyną dalej, np. do płuc, narządów jamy brzusznej, kości.

Wspomniał Pan Profesor o pomyłkach w rozpoznaniu. Co leży u podstaw błędnej diagnozy? Z czego wynikają te dramatyczne sytuacje?

– Jeśli pacjent już trafi do lekarza, brak rozpoznania nowotworu najczęściej wynika z potraktowania zmiany w jamie ustnej jako stanu zapalnego – stosowane są przeciwzapalne preparaty miejscowe, antybiotyki. Czasem lekarze tygodniami albo nawet miesiącami w ten sposób „leczą" pacjenta zamiast pobrać wycinek. Rzeczywiście, nowotwór w jamie ustnej częściej niż w innych lokalizacjach może imitować stan zapalny, ponieważ w jamie ustnej jest mnóstwo bakterii i innych drobnoustrojów, które na martwych tkankach nowotworu chętnie się rozmnażają, pokrywając nowotwór płaszczem zapalnym. Jeśli poda się antybiotyk czy lek przeciwzapalny, to wygląd tkanki trochę się poprawia i można odnieść wrażenie, że zmiana się goi. Ale nie można zapominać, że zmiana zapalna, jeśli się ją podda leczeniu, w 60-70 proc. powinna się wygoić już po 14 dniach terapii. Natomiast nowotwór po takiej terapii wielkością się nie zmieni, zrzuci jedynie płaszcz zapalny.

Dość krytycznie ocenia Pan Profesor powszechną wiedzę lekarzy na ten temat. Kto przede wszystkim powinien wziąć sobie tę krytykę do serca?

– W nowotworach głowy i szyi uprzywilejowanymi pod względem zasobu wiedzy, jaki się dostaje w trakcie nauki i specjalizacji, są lekarze dentyści. Otrzymują najwięcej informacji na ten temat. Następną grupą są laryngolodzy. Jednak także lekarz rodzinny powinien mieć świadomość zagrożenia i szybko wszystkie przypadki zmian w obrębie głowy i szyi konsultować ze specjalistami. Z kolei wśród dentystów największą wiedzą onkologiczną powinni dysponować chirurdzy stomatologiczni i szczękowo-twarzowi oraz periodontolodzy.

Wracając do braku lub błędnego rozpoznania, złej terapii – kto najczęściej popełnia takie błędy?

– Są to często lekarze rodzinni, ale też laryngolodzy i, niestety, stomatolodzy. Zdarza się, że pacjent trafia do nas nawet po kilkunastu miesiącach obserwowania przez lekarza zmian, które ewidentnie powinny zostać szybciej zdiagnozowane, które u kogoś zachowującego czujność onkologiczną lub bardziej doświadczonego od razu wzbudziłyby niepokój. To bardzo przykre. Oczywiście, dzwonimy do takich lekarzy, czasem się z nimi spotykamy, by tragedia się nie powtórzyła, tłumaczymy, gdzie popełnili błąd. Zwykle bardzo to przeżywają, lecz nie zmienia to dramatycznej sytuacji pacjenta. Zdarzają się jeszcze większe błędy. Np. niektórzy stomatolodzy mają odruch, by u pacjenta jak najszybciej usunąć rozchwiany ząb. Tymczasem absolutnie nie można tego zrobić przed wykonaniem zdjęcia RTG podłoża kostnego, ponieważ bardzo ważna jest przyczyna rozchwiania, którą bywa niekiedy nowotwór. Usunięcie zęba z ogniska nowotworu niezwykle dynamizuje proces nowotworowy. Na naszym oddziale mamy każdego roku kilkunastu pacjentów – ofiar takiego postępowania. Zdarza się też nacinanie pakietów węzłów chłonnych przerzutowo zmienionych, które traktuje się jak ropień. I treść z rozpadającego się guza wylewa się do zdrowych tkanek otoczenia. A przecież objawy ropnia są wyraźne – to objawy ogólne i miejscowe zapalenia, chory gorączkuje, jest w złym stanie, a w morfologii ma wysoką leukocytozę i poziom białka CRP. Niestety, często się tego nie weryfikuje. Pomijam już fakt, że ropień na ogół wygląda zupełnie inaczej niż powiększony pakiet węzłów chłonnych.

I tak z tych 60 proc. pacjentów zdiagnozowanych w 3. i 4. stopniu zaawansowania nowotworu połowa szukała wcześniej pomocy, lecz albo inny lekarz jej nie udzielił, zalecając obserwowanie zmiany, albo „leczył" w sposób opisany powyżej. Codziennie odbieram kilka telefonów z całej Polski,

od pacjentów, którzy nie mogą znaleźć pomocy, a już się niepokoją. I te obawy zawsze są uzasadnione.

Jakie są najczęstsze lokalizacje nowotworów głowy i szyi?

– Najczęstszy nowotwór to rak skóry twarzy, lecz on jest w pewnym sensie mniejszym problemem niż rak jamy ustnej, bo jest widoczny i przez to łatwiejszy do wykrycia. W jamie ustnej – poza wargą dolną, gdzie rak rozwija się z czerwieni wargowej, na pierwszym miejscu jest rak trzonu języka, zwykle zlokalizowany na bocznej powierzchni, na wysokości zębów trzonowych. Drugą lokalizacją, co do liczby przypadków, jest dno jamy ustnej – jego cienka błona śluzowa. Trzecie miejsce to tzw. trójkąt zatrzonowcowy, gdzie nowotwory są szczególnie rzadko w porę rozpoznawane. To jest taka „ziemia niczyja". Lekarz dentysta uważa, że to już obszar działania laryngologa, laryngolog, że nadal dentysty. Ponadto zaawansowanym objawem nowotworu w tej lokalizacji może być szczękościsk, więc trudno się tę okolicę bada. Na czwartym miejscu mamy raka dziąsła, najczęściej dolnego, potem raka podniebienia twardego i raka błony śluzowej policzka.

W jamie ustnej mamy też ogniska zaburzeń potencjalnie złośliwych, które dawniej nazywaliśmy stanami przednowotworowymi. Najczęstszą taką zmianą jest rogowacenie białe, czyli leukoplakia. Drugi jest liszaj płaski, choroba autoimmunologiczna, układowa. Jest też erytroplakia, włóknienie podśluzowe, to ostatnie u nas rzadkie. Te schorzenia także wymagają diagnozy i skutecznego leczenia.

Najczęstsze przyczyny rozwoju tych nowotworów są znane – palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, brak higieny...

– Przypadki są różne, jednak rzeczywiście do niedawna uważano, że klasyczny pacjent z nowotworem głowy i szyi to mężczyzna w wieku powyżej 60 lat, nisko wykształcony, palący, pijący, niedbający o zdrowie jamy ustnej. Jeśli ktoś latami pali dużo papierosów i często sięga po wysokoprocentowy alkohol, ryzyko zachorowania rośnie aż 228 razy. Zresztą, nie tylko na nowotwór z tej grupy. Warto także wiedzieć, że ryzyko zachorowania zwiększać mogą nieprawidłowo funkcjonujące wypełnienia protetyczne czy ostre brzegi ubytków zębów, powodujące przewlekłe urazy, oraz obecność różnych metali w jamie ustnej o różnym potencjale elektrochemicznym – korona metalowa czy implant mogą powodować powstanie mikroogniwa galwanicznego i niekorzystny dla zdrowia błony śluzowej przepływ prądu w jamie ustnej.

Niestety, od pewnego czasu leczymy także zupełnie innych pacjentów z rakiem jamy ustnej. Najmłodszy z nich, jak pamiętam, miał 19 lat. To nowotworzenie zależne od wirusów, dokładniej HPV najczęściej typ 16 i 18. Ten stereotyp nowego pacjenta to tym razem młody mężczyzna, niepalący, niepijący, zwykle z wyższym wykształceniem, ale lubiący seks oralny, który sprzyja przenoszeniu wirusa. Czy przeniesiony tą drogą HPV spowoduje u kogoś rozwój raka, to jeszcze inna kwestia, nie zawsze tak jest. Również stwierdzenie zakażenia wirusem nie jest jeszcze potwierdzeniem tego, czy zdiagnozowany nowotwór jest HPV zależny czy niezależny. Wiele czynników wpływa też na dobór terapii i rokowanie, lecz nie rozwijajmy tego wątku, bo to bardzo skomplikowana materia.

Podkreślamy znaczenie profilaktyki, ogromną rolę wczesnej diagnozy, ale czy w samym leczeniu można uzyskiwać lepsze wyniki?

– Postęp jest ogromny, wszyscy zawsze czekamy na nowe leki, przełom w terapiach systemowych, lecz podstawą w leczeniu raka jamy ustnej pozostaje chirurgia. Leczenie chirurgiczne jest trudne ze względu na skomplikowanie anatomii na tak małym obszarze. Operowanie w obrębie twarzy, jamy ustnej, szyi to naruszenie nie tylko struktury tych tkanek, lecz też podstawowych funkcji, jak możliwość swobodnego jedzenia, upośledzenie funkcjonowania dróg oddechowych, narządów zmysłów – smaku, węchu, czasem wzroku. I na to nakłada się drugi problem – naruszenia estetyki. Dla pacjenta ważne jest nie tylko, by dalej żyć, ale też by życie miało dobrą jakość. Dlatego uważam, że dziś nie ma chirurgii onkologicznej bez leczenia rekonstrukcyjnego i tak też staram się szkolić młodych lekarzy.

U podstaw leży wiedza o nowotworach i czujność onkologiczna lekarzy. I oczywiście edukacja społeczna, bo to nie lekarz, a każdy pacjent w pierwszej kolejności odpowiada za swoje zdrowie. Jak dotrzeć do wszystkich?

– Powszechna edukacja to podstawa i w tym zakresie dzieje się coraz więcej. Mamy w Polsce nawet Dni Nowotworów Głowy i Szyi, kiedy w mediach mówi się dużo na ten temat, kiedy organizuje się specjalne konferencje i akcje badań profilaktycznych. Jeśli chodzi o edukację lekarzy, sporo robią w tej kwestii m.in. izby lekarskie, również krakowska. Jako konsultant krajowy jeżdżę po całej Polsce na wykłady i szkolenia, nawet w pandemii były webinaria. To wszystko jest niezbędne, lecz nie będzie poprawy, dopóki każdy lekarz nie zacznie wykorzystywać tej wiedzy w codziennej praktyce. Lekarz dentysta powinien każdego swojego pacjenta badać pod kątem nowotworów głowy i szyi. Nawet, jeśli pacjent nie chodzi regularnie do dentysty, prędzej czy później trafia do gabinetu stomatologicznego. I już kiedy do

niego wchodzi, trzeba na niego spojrzeć pod tym kątem. To musi być rutyna, nawyk w codziennej pracy. To samo dotyczy lekarzy pierwszego kontaktu, z którymi pacjenci w Polsce mają na pewno częstszy kontakt niż ze stomatologami.

Tymczasem Pan Profesor nie jest lekarzem dentystą a lekarzem. Dlaczego wybrał Pan chirurgię szczękowo-twarzową?

– Wybrałem chirurgię szczękowo-twarzową, ale „w moich czasach" – latach 90. – to był II stopień specjalizacji. Żeby ją zdobyć, musiałem wcześniej specjalizować się w zakresie otolaryngologii. Specjalizację z chirurgii szczękowo-twarzowej w Polsce najczęściej wybierają lekarze dentyści. Dziś jednak chyba częściej niż kiedyś młodzi lekarze na takich oddziałach, jak ten, którym kieruję, mają podwójny dyplom – są lekarzami i lekarzami dentystami. Także mój mistrz, prof. Stanisław Bartkowski miał dwa dyplomy. I to on zafascynował mnie tą specjalizacją. Jako student trafiłem na koło naukowe przy Katedrze Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, które prowadził mój znakomity nauczyciel chirurgii, adiunkt Marian Kurek. Kiedy zobaczyłem, jak ta klinika pracuje pod rządami prof. Bartkowskiego, jak pracują znakomici

ówcześni adiunkci, a szczególnie panie prof. Jadwiga Stypułkowska, dr Maria Panaś, zachwyciłem się. Przez cały 6-letni kurs medycyny ogólnej nie napotkałem drugiej kliniki, gdzie wszystko by było tak idealne – ludzie wspaniali, niesamowity porządek, fantastyczna łacina – a ja byłem laureatem olimpiady z języka łacińskiego, miałem bzika na tym punkcie – jak jest prowadzona dokumentacja, jak wspaniale dba się o chorego i ile trzeba z siebie dawać, by temu sprostać. Zachwyciłem się i stwierdziłem, że też chcę tak pracować. Dziś czuję się zaszczycony, że z panią profesor Stypułkowską mam wspólny gabinet na Montelupich i pani profesor czasem mówi do mnie „panie profesorze", ale często po prostu „Mariuszku".

Czy dziś studenci, młodzi lekarze szukają autorytetów?

– Na pewno studenci są inni. Trzeba do nich inaczej docierać, nie zaimponuje im znajomość łaciny. Docenią starania, jednak muszą one być bardziej wymyślne. Trafiają do nich inne narzędzia, np. nowoczesne technologie. Jeśli do tego do edukacji włączy się nowe formy nauczania, można młodego człowieka wiedzą zafascynować. I trzeba też pokazywać fajną relację z pacjentem. Uważam, że lekarz musi być dobrym człowiekiem. Można być wybitnym specjalistą, ale jeśli nie będzie się przy tym dobrym człowiekiem, nie będzie się dobrym lekarzem. Zawsze uczę, że podejmując decyzję, należy postępować tak, jakby się chciało samemu zostać potraktowanym, jakby decyzja dotyczyła kogoś nam bardzo bliskiego. To jest zawód, w którym trzeba spełniać pewne kryteria – być bardzo dobrze wykształconym i stale się uczyć, trzeba mieć pasję, być zaangażowanym i wymagać dużo od siebie. Chciałbym, aby wszyscy lekarze zaczęli wymagać od siebie nieustannej czujności onkologicznej.

Rozmawiała Jolanta Grzelak-Hodor
Fot. Archiwum prywatne prof. M. Szuty

Prof. dr hab. Mariusz Szuta, specjalista chirurgii szczękowo-twarzowej, otolaryngolog, ordynator Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej w Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o., profesor w Katedrze Chirurgii Stomatologicznej UJ CM, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej. Autorytet w leczeniu chirurgicznym nowotworów łagodnych i złośliwych twarzy, jamy ustnej i szyi z uwzględnieniem aspektu rekonstrukcyjnego (w tym rekonstrukcji mikrochirurgicznych). Członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej oraz Polskiego Towarzystwa Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo-Twarzowej, Chirurgii Jamy Ustnej i Implantologii.

Luka nie do przemilczenia

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie upomina się o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym osób bezdomnych. Problem narasta nie tylko z braku ustawowych regulacji, ale też jest konsekwencją natury człowieka, która nie każdego wyposażyła w zaradność pozwalającą na samodzielny byt, zwłaszcza w obecnych, niełatwych czasach. Według sprawozdania Dzieła Pomocy św. Ojca Pio, a także Towarzystwa Brata Alberta, zajmujących się opieką nad bezdomnymi, osób dotkniętych bezdomnością jest w Polsce ok. 30 tys. Według Stowarzyszenia Lekarze Nadziei (któremu od lat patronujemy finansowo jako samorząd lekarski), doliczyć by należało kilkanaście dalszych tysięcy osób, z reguły niepełnosprawnych, niezaradnych fizycznie lub psychicznie, często bez emerytury czy renty i nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym, a wymagających opieki lekarskiej. Łącznie liczbę osób dotkniętych bezdomnością szacuje się w Polsce na ok. 50 tys.

Ktoś spyta – „w czym problem?", to przecież marginalne zjawisko przy 38 mln mieszkańców czy przy szerokim pakiecie opiekuńczym, jaki zaoferowaliśmy ponad milionowi uchodźców z Ukrainy. A jednak te kilkadziesiąt tysięcy ludzi w Polsce nie może liczyć na stałą pomoc i opiekę. Organizacje społeczne, humanitarne, dobroczynne itd. nie mają szans przebicia się z problemem do mediów, na głośne rankingi biedy, na których osoby bezdomne w ogóle nie istnieją, po prostu ich nie ma. Co więc zostaje prócz żebractwa?

Teoretycznie problemem zajmują się miejskie i gminne ośrodki pomocy społecznej, ale osoby bezdomne, z powodu swego trybu życia, mimo różnorodnych schorzeń, niekiedy przewlekłych i zakaźnych (np. gruźlica czy covid), nie mają dostępu do niezbędnych świadczeń zdrowotnych i do leków, pozostają poza systemem. Upomina się o nich, niestety bezskutecznie, Rzecznik Praw Obywatelskich (w wystąpieniach z 2016 i 2019 r.), stosowną rezolucję podjęła też Rada Miasta Krakowa (14 X 2020). Również Okręgowa Rada Lekarska w Krakowie, w warunkach kolejnej zmiany polityki w naszym państwie, przypomina przyjęty we wrześniu ub. roku apel do władz kraju o objęcie obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym osób dotkniętych bezdomnością. Wielu lekarzy z krakowskiej Izby osobiście – w ramach wolontariatu – świadczy pomoc potrzebującym z powołania czy, mówiąc patetycznie, z potrzeby serca. Ale to nie jest rozwiązanie problemu.

***

Poniżej wywiad z dr. Marianem Kopciuchem, prezesem Stowarzyszenia Lekarze Nadziei w Krakowie (odpowiednikiem Lekarzy bez Granic), który stoi na czele wolontariatu ok. 70 lekarzy, świadcząc pomoc lekarską bezdomnym. W rozmowie wziął też udział Andrzej Lorenc, dyrektor Zarządu Głównego Stowarzyszenia.

Zacznijmy od charakterystyki warunków, w jakich Lekarze Nadziei udzielają w Krakowie pomocy humanitarnej?

– Zajmujemy pierwsze piętro w nowoczesnym, wybudowanym w 2013 roku obiekcie przy ul. Smoleńsk 4, na terenach wykupionych od zakonu felicjanek przez Centrum Dzieła Pomocy św. Ojca Pio. Na parterze jest m.in. poczekalnia dla bezdomnych pacjentów, szatnia, stołówka, a my mamy na 1. piętrze gabinety lekarskie: chirurgiczny, opatrunkowy, internistyczny, okulistyczny, ginekologiczny, stomatologiczny i diagnostyki laboratoryjnej. Pracują tu lekarze specjaliści (w tym sześciu z tytułem doktora nauk medycznych) chorób wewnętrznych, neurologii, okulistyki, laryngologii, ginekologii, stomatologii, chirurgii, chirurgii naczyniowej, kardiologii, psychiatrii, pulmonologii, ortopedii, hematologii, geriatrii, neurochirurgii. Gabinety wyposażone są w specjalistyczny sprzęt medyczny, m.in. mamy po dwa aparaty USG i EKG, kardiomonitor, sprzęt do diagnostyki laboratoryjnej,

a także sprzęt komputerowy. Dwa pomieszczenia zajmują magazyny bezpłatnych leków, pozyskanych m.in. od mieszkańców Krakowa.

Ilu pacjentów przyjmujecie? Jak zorganizowana jest praca?

– Rocznie przyjmujemy około 7 000 pacjentów wymagających pomocy ambulatoryjnej, w tym 3 700 z Małopolski. Cięższe przypadki kierujemy na SOR w Szpitalu Wojskowym, im. Żeromskiego, im. Rydygiera, Uniwersyteckim. Zazwyczaj 90 proc. z nich kwalifikuje się do hospitalizacji, my jesteśmy tylko „pierwszym sitem". U nas przyjęcia wiążą się z porą roku, zimą jest ich zazwyczaj więcej, także wtedy udzielanie porad przeciąga się poza godzinę 16 (zaczynamy o 11.00). Dziennie bywa do 70 osób. Nie muszę podkreślać, ale przypomnę, że przy wejściu stoi alkomat, nietrzeźwych nie przyjmujemy. Wszyscy nasi lekarze to wolontariusze, na etacie, bardzo przeciętnym finansowo, są tylko dwie pielęgniarki. Poza przyjmowaniem chorych także sami sortujemy pozyskane leki, a to jest żmudna i czasochłonna czynność, bo trzeba sprawdzić termin ważności każdego daru.

No właśnie, z czego się utrzymujecie? Kto Was wspomaga?

– Na nasz budżet składa się grant Gminy Kraków, w latach 2021-2024 krakowski MOPS wyda na nas 490 tys. zł. W tym musimy uwzględnić opłaty za media, czynsz, sterylizację narzędzi, utylizację odpadów medycznych, etaty itp. Proszę pamiętać, iż do tego grantu musimy dodać 30 proc. własnego wkładu finansowego. A prośby o wsparcie, no cóż, w 2023 r. wysłaliśmy 97 podań na „konkursy ofert", tak się to teraz nazywa. Otrzymaliśmy pięć odpowiedzi, w tym trzy odmowne. Z goryczą powiem, nie jesteśmy efektownym niemowlakiem przyciągającym darczyńców. Regularnie, każdego roku wspomaga nas – jako jedyna – Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie.

Czy pandemia, a może wojna w Ukrainie wpłynęły wyraźniej na działalność Stowarzyszenia? Zmienił się może obraz pacjenta?

– Pyta pan o gruźlicę czy pacjentów z Ukrainy? Gruźlicy jest dwa, trzy razy więcej niż według oficjalnych, uśrednionych wskaźników krajowych. Ale to nie ma żadnego związku z cudzoziemcami. Jeśli u pacjenta rozpoznamy gruźlicę, to kierujemy go do Jaroszowca lub innych pulmonologicznych oddziałów szpitalnych, umawiamy karetkę, ale chory z reguły się nie zgłasza! Podczas pandemii mieliśmy poważny kłopot ze szczepionkami, przez blisko pół roku ich brakowało. Teraz obserwujemy nasilenie chorób układu krążenia i zaburzeń psychicznych. Kłopot jest wciąż z leczeniem chorób

przewlekłych, bo nawet tzw. stali pacjenci nie przychodzą regularnie. Pewnie pana zaskoczę, ale 63 proc. z nich to ludzie z wyższym wykształceniem. Niestety, często to osoby uzależnione od alkoholu lub narkotyków, środków odurzających.

Jednak wszystkim trzeba jakoś pomóc, więc na koniec oczywiście zaapeluję o wolontariuszy. Ja wiem, że młodzi lekarze nie mają na to czasu, głównie latem wspomagają nas na praktykach. Aktywnie działa zespół studentów psychologii z Akademii im. Frycza Modrzewskiego. Ale generalnie problem wolontariatu trudno rozwiązać. Możemy tylko apelować do wszystkich koleżanek i kolegów lekarzy, co właśnie czynię.

Rozmawiał: Stefan Ciepły

Dr n. med. Marian Kopciuch; absolwent AM w Krakowie; specjalista neurochirurg, chirurg ogólny; autor 30 publikacji naukowych z dziedziny neurochirurgii, suicydologii, medycyny sądowej, więziennictwa, medycyny bólu. Jako lekarz przez 5 lat pracował w Libii; od 1997 aktywnie działa w Stowarzyszeniu Lekarze Nadziei w Krakowie (ok. 70 członków); od 2018 r. prezes tego Stowarzyszenia.

Stowarzyszenie LEKARZE NADZIEI
ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO
prosi o wsparcie akcji pomocy medycznej ludziom ubogim, bezdomnym, niepełnosprawnym przez przekazanie
1,5% podatku dochodowego KRS nr 0000047746
lub wpłatę darowizny na konto bankowe:
58 1020 2892 0000 5902 0171 3833

Zarząd Główny SLN, al. Pokoju 7, 31-548 Kraków
tel. 12 414 30 05, fax 12 413 25 29
e-mail: medaid@sln.org.pl

W poszukiwaniu czasu

Wciąż odkładam jakąś gazetę, tygodnik lub miesięcznik do przeczytania koniecznie na później, ale tylko rośnie sterta...

Wciąż pojawia się jakiś aktualny temat do poruszenia, ale zaraz okazuje się, że są już nowsze, ważniejsze...

Wciąż przyrasta ilość odpowiedzi na ciekawe pytania, ale poziom niewiedzy rośnie...

Wciąż przybywa leków i suplementów o czarodziejskich właściwościach, ale stan zdrowia jakby się pogarsza...

Wciąż rośnie liczba plików na komputerze, same przekształcają się w foldery, a ich indeks puchnie...

Wciąż odkładamy pewne spotkania z przyjaciółmi lub bliskimi i nagle okazują się już niemożliwe...

Wciąż przybywa afer nie do ogarnięcia, choć komisji do ich zwalczania nie brakuje...

Wciąż gdzieś się spieszymy, jesteśmy spóźnieni, nadganiamy jedno, przegapiając drugie...

Wciąż idziemy spać za późno, żeby wstać również za późno i obiecać sobie, że jutro będzie lepiej...

Wciąż kupujemy jakiś produkt, gadżet, ciuch, który być może się przyda, ale wkrótce okazuje się zbędny...

Z perspektywy pacjenta powinniśmy zresetować cały ten nasz stan świadomości, zapisać się do lekarza rodzinnego, żeby pomógł nam ogarnąć otaczającą nas rzeczywistość. Można się spodziewać, że z życzliwością skieruje nas do specjalisty, który uzna za potrzebne przeprowadzenie wcześniejszych badań, koniecznie tomografem lub rezonansem, wymagających specjalistycznego odczytania i opisu, co okazuje się sztuką kosztowną i trudno dostępną, ale pozwoli nam wrócić do źródła (czyli do naszego specjalisty), który odeśle nas do specjalisty bardziej wyspecjalizowanego w naszych dolegliwościach. Ten wystawi nam „pilne" skierowanie na rehabilitację, której termin przypadnie w przyszłym roku akurat na planowaną od dawna wycieczkę z przyjaciółmi, której przełożenie wiąże się z utratą zaliczki oraz konieczną aktualizacją wykupionego przezornie (czy przedwcześnie?) biletu. Zresztą, nasz pociąg może właśnie skasowano, co wymaga „przebukowania" na inny środek komunikacji.

I tak wciąż pozostajemy w stanie niedosytu i zabiegania, a życie ucieka w ekspresowym tempie, wschód zbliża się do zachodu, a może odwrotnie.

Nic nie da się zrobić, pokąd sztuczna inteligencja nie wskaże nam kierunku postępowania. Albo przynajmniej nas zmieni. Ale to już trudna do wyobrażenia przyszłość, w której czas może być mierzony inną miarą.

Stefan Ciepły

Fundacja Lekarze Lekarzom

Nadchodzi termin dorocznych rozliczeń, zwracam się z prośbą o przekazanie 1,5% podatku na Fundację Lekarze Lekarzom na numer KRS 0000409693

Dzięki datkom Fundacja może wspierać finansowo inicjatywy samorządu zawodowego lekarzy w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej oraz pomagać lekarzom w potrzebie, także tym mieszkającym poza granicami naszego kraju.

Zapraszamy do odwiedzenia strony Fundacji: www.fll.org.pl

Informuję dodatkowo, że na konto Fundacji można w każdej chwili wpłacić dobrowolny datek.

Darowiznę można odliczyć od podatku. 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

Farmakologia

Komunikaty bezpieczeństwa opoką przemyślanej farmakoterapii

Dr hab. Jarosław Woroń, prof. dr hab. Ryszard Korbut
Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Wydziału Lekarskiego UJ CM, Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania i Badania Niepożądanych Działań Leków Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Komunikaty bezpieczeństwa są ważnym sposobem przekazywania informacji o niepożądanych działaniach leków organom zarządzającym, podmiotom służby zdrowia i pacjentom. Są ogłaszane zawsze po pozyskaniu najświeższych danych o bezpieczeństwie stosowania produktu leczniczego, aby możliwie najszybciej poinformować o ewentualnych ograniczeniach w stosowaniu określonych leków. Ograniczenia mogą dotyczyć zarówno spektrum wskazań do użycia danego leku, jak i populacji pacjentów stosujących lek. W Polsce częstość korzystania na bieżąco z komunikatów bezpieczeństwa jest niestety daleka od poziomu akceptowalnego. Informacje zawarte w komunikatach bezpieczeństwa nie tylko zbyt rzadko bywają uwzględniane przy zapisywaniu leków, ale są wręcz bagatelizowane. W praktyce dochodzi do znaczącego wzrostu liczby zgłaszanych działań niepożądanych, niekiedy o zaskakującym obrazie klinicznym. Dotyczy to wszystkich chorych, włączając hospitalizowanych, a także, o zgrozo, zbyt często znajduje swe odbicie w liczbie zgonów, które indukowane są nieprawidłowo dobraną farmakoterapią. Nie ma wątpliwości, że stosowanie leków w sposób stojący w sprzeczności z komunikatami bezpieczeństwa doprowadza do sytuacji, w których ryzyko wywołania u pacjenta szkód zdrowotnych wykracza poza możliwe do uzyskania korzyści terapeutyczne.

W Polsce wszystkie komunikaty bezpieczeństwa dostępne są online na stronie internetowej Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w zakładce produkty lecznicze/komunikaty bezpieczeństwa (www.urpl.gov.pl)

W tabeli poniżej zamieszczamy informacje dotyczące wybranych produktów leczniczych, które mimo objęcia ich w Polsce komunikatami bezpieczeństwa wciąż należą do grupy najczęściej nieracjonalnie ordynowanych pacjentom.

LEK OBJĘTY KOMUNIKATEM	KOMUNIKAT
Metoklopramid	Metoklopramid nie powinien być stosowany u dzieci do pierwszego roku życia. Zarówno u dorosłych, jak i dzieci nie należy stosować metoklopramidu dłużej niż 5 dni. Zalecana dawka maksymalna dla dorosłych została obniżona do 30 mg na dobę. W przypadku długotrwałych schorzeń korzyści ze stosowania tego leku nie przeważają nad ryzykiem działań niepożądanych. Dlatego nie powinien być stosowany do leczenia takich schorzeń jak: niestrawność, zgaga i refluks kwasów żołądkowych. Dyskineza, która jest niepożądanym działaniem metoklopramidu, może wystąpić także po podaniu pojedynczej dawki leku. Nie należy stosować metoklopramidu u pacjentów przyjmujących jednoczasowo neuroleptyki fenotiazynowe i haloperidol.
Hydroksyzyna	Hydroksyznę należy stosować w najmniejszej skutecznej dawce. Czas leczenia powinien być jak najkrótszy. Sugerowane ograniczenie stosowania produktów

	leczniczych zawierających hydroksyzynę. Hydroksyzyna jest przeciwwskazana: u pacjentów ze znanym nabytym lub wrodzonym wydłużeniem odstępu QT ze względu na ryzyko wydłużenia odstępu QT oraz u pacjentów w podeszłym wieku. U dorosłych maksymalna dawka dobowa wynosi 100 mg, u dzieci o masie ciała do 40 kg maksymalna dawka dobowa wynosi 2 mg/kg m.c./dobę. Z uwagi na ryzyko wystąpienia komorowych zaburzeń rytmu serca nie należy łączyć z innymi lekami o działaniu torsadogennym.
Escitalopram i Citalopram	W przypadku stosowania escitalopramu i citalopramu może dochodzić do zależnego od dawki ryzyka wydłużenia odstępu QT i wystąpienia arytmii komorowej. Ich maksymalne dawki są następujące: citalopram – 40 mg na dobę u osób dorosłych i 20 mg na dobę u osób w wieku powyżej 65 lat i (lub) z niewydolnością wątroby, escitalopram – 20 mg na dobę u osób dorosłych i 10 mg na dobę u osób w wieku powyżej 65 lat i (lub) z niewydolnością wątroby. Są przeciwwskazane w połączeniu z innymi lekami, o których wiadomo, że powodują wydłużenie odstępu QT, w tym z lekami przeciwarytmicznymi klasy IA i III, z lekami przeciwpsychotycznymi i trójpierścieniowymi lekami przeciwdepresyjnymi, z niektórymi lekami przeciwbakteryjnymi (np. sparfloksacyna, moksyfloksacyna, erytromycyna IV, pentamidyna), z lekami przeciwmalarycznymi, zwłaszcza halofantryna, z niektórymi lekami przeciwhistaminowymi (astemizol, hydroksyzyna, mizolastyna). U pacjentów z nabytym lub wrodzonym wydłużeniem odstępu QT należy je stosować ostrożnie. Ostrożność wskazana u pacjentów ze znaczną bradykardią po przebytym niedawno ostrym zawale mięśnia sercowego z niewyrównaną niewydolnością serca. Przed rozpoczęciem leczenia niezbędne jest wyrównanie poziomu elektrolitów, gdyż hipokaliemia lub hipomagnezemia zwiększają ryzyko wystąpienia arytmii.
Tolperyzon	Jedynym wskazaniem do stosowania tolperyzonu jest leczenie spastyczności poudarowej. Stosowanie tolperyzonu w leczeniu zespołów bólowych w narządzie ruchu jest błędem.
Diklofenak	Stosowanie diklofenaku jest przeciwwskazane u pacjentów z rozpoznaną zastoinową niewydolnością serca (klasa II-IV wg NYHA), chorobą niedokrwienną serca, chorobą tętnic obwodowych lub chorobą naczyń mózgowych. Europejska Agencja Leków zaleciła też, by pacjenci z podwyższonym ryzykiem wystąpienia zdarzeń sercowo-naczyniowych, tj. w hiperlipidemii, nadciśnieniu, paleniu tytoniu lub w cukrzycy, mieli włączane leczenie diklofenakiem po starannej ocenie stosunku korzyści do ryzyka takiego postępowania. Z powodu interakcji z enzymami CYP3A4 nie należy leku stosować u pacjentów przyjmujących jednoczasowo NOAC – rywaroksaban i apiksaban.
Aceklofenak	Komunikat bezpieczeństwa jest analogiczny do diklofenaku.
Ondansetron	Pojedyncza dawka ondansetronu w zależności od wieku pacjenta nie może przekraczać 8-16 mg. Wskazane jest podawanie leku we wlewie dożylnym 15-minutowym. Istnieje ryzyko wydłużenia QT w trakcie podawania leku.
Alprazolam	Alprazolam jest wskazany w krótkotrwałym leczeniu objawowym stanów lękowych u osób dorosłych. Jest wskazany wyłącznie w przypadku ciężkich zaburzeń, w których objawy są nasilone, uniemożliwiają pacjentowi prawidłowe funkcjonowanie lub są dla niego bardzo uciążliwe. Czas trwania leczenia – należy stosować w najmniejszej możliwej skutecznej dawce, przez możliwie najkrótszy czas i maksymalnie przez 2-4 tygodnie. Należy często oceniać stan pacjenta i potrzebę przedłużania leczenia, szczególnie, jeśli nasilenie objawów występujących u pacjenta zmniejsza się lub objawy ustąpią. Nie zaleca się długotrwałego leczenia. Ryzyko uzależnienia może wzrastać wraz z dawką i czasem trwania leczenia.

Nie wszystkie bezpłatne leki 65+ są za darmo

1 września 2023 r. rozszerzono krąg osób uprawnionych do otrzymywania darmowych leków. Do tej pory za darmo niektóre leki refundowane mogli otrzymać seniorzy w wieku powyżej 75 lat. Obecnie uprawnione są także dzieci do lat 18 oraz osoby powyżej 65. roku życia.

Nabyły one prawo do darmowych leków, podkreślmy – przy określonych wskazaniach z listy ogłoszonej przez Ministra Zdrowia, w wyniku nowelizacji ustawy z 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Niestety, przy wprowadzaniu tych przepisów powstało spore zamieszanie, ponieważ nowelizacja ustawy weszła w życie 30 sierpnia 2023 r., natomiast lista leków, ogłoszona w obwieszczeniu, zaczęła obowiązywać dwa dni później, czyli od 1 września. Warunkiem bezpłatnego zrealizowania „darmowej" recepty już od 30 sierpnia było umieszczenie na niej odpowiedniego kodu: „S" – w przypadku recept wystawianych dla seniorów, i „DZ" – w przypadku recept wystawianych dla dzieci i młodzieży. Lekarze mogli wystawić dla grup nowo uprawnionych recepty z kodami „DZ" i „S" już w tym właśnie dniu, jednak dopiero 1 września zaczęła obowiązywać nowa lista leków refundowanych. W konsekwencji w dniach 30-31 sierpnia dzieci do lat 18 nie otrzymały bezpłatnych leków ze względu na brak możliwości realizacji recepty, a pacjenci 65+ mogli skorzystać ze „starej", obowiązującej jeszcze do 1 września listy leków bezpłatnych, tylko jeśli przepisany lek się na niej znajdował i jednocześnie spełniał wskazania refundacyjne z nowej listy. W tym czasie farmaceuta nie mógł zrealizować recepty, także jeśli została ona wystawiona ze starym kodem.

Zmiany w obowiązujących przepisach zrodziły również duże wątpliwości dotyczące tego, kto ma prawo wystawiania recept na leki bezpłatne dla tych dwóch szczególnych grup pacjentów. Wyjaśnić należy, że uprawnionym jest lekarz udzielający świadczeń w ramach umowy z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zawartej z NFZ, i to każdy lekarz, który realizuje umowę na POZ, nie tylko ten, który przyjmuje deklaracje wyboru. Uprawnieni do wypisania takiej recepty (tylko w formie elektronicznej) w ramach realizacji umów z NFZ są również: lekarz udzielający świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lekarze udzielający świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego oraz w ramach tzw. sieci szpitali, a także lekarz, który zaprzestał wykonywania zawodu i wystawia receptę *pro auctore* i *pro familiae*. Katalog osób uprawnionych nie obejmuje jednak lekarzy dentystów, lekarzy udzielających świadczeń w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej, świadczeń komercyjnych (w danym momencie), a także – co ważne – lekarzy, którzy nie zaprzestali wykonywania zawodu, a zamierzają wystawić receptę *pro auctore* i *pro familiae*.

Na zakończenie warto przypomnieć, iż sam wiek nie gwarantuje pacjentowi, że otrzyma bezpłatnie leki refundowane, jeśli nawet znajdują się one na liście Ministra Zdrowia. Refundacja należy się tylko wtedy, gdy lek jest przepisany na określone schorzenie – tzw. wskazanie refundacyjne. Refundacja nie jest należna we wszystkich wskazaniach do stosowania danego leku, lecz tylko w tych wybranych, które znalazły się na liście MZ dedykowanej dla dzieci do 18. roku życia i osób 65+.

mec. Anna Gut

Dane osobowe – „Kodeks postępowania dla sektora ochrony zdrowia"

Według danych rejestrowych na koniec stycznia w Polsce było ponad 200 tys. podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Kategoria ta obejmuje zarówno podmioty lecznicze, jak i praktyki zawodowe: lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów i diagnostów laboratoryjnych. W ramach swej działalności wszystkie ww. jednostki przetwarzają dane osobowe, w tym ich szczególną kategorię, jaką są dane medyczne. Przetwarzanie danych jest obostrzone szeregiem rygorów. Podstawowe standardy w tym zakresie określa *Rozporządzenie 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 („RODO")*.

Ponieważ poszczególne rodzaje działalności gospodarczej w zakresie przetwarzania danych mogą mieć własną specyfikę, RODO dopuszcza możliwość tworzenia kodeksów branżowych

dla danych sektorów. Kodeksy takie mogą rozszerzyć albo doprecyzować zastosowanie RODO. Mają one charakter „narzędzi elastycznych", dających *„możliwość modyfikacji przyjętych rozwiązań, z uwzględnieniem nowych zagrożeń dla ochrony danych lub też rozszerzenia kodeksu o zupełnie nowe treści, np. poprzez wprowadzenie postanowień dotyczących wcześniej nieanalizowanych problemów dotyczących przetwarzania danych"*[*], a stosowanie takich kodeksów przynosi korzyści zarówno administratorom, jak i osobom, których dane dotyczą.

Realizując wyżej omawiane regulacje RODO, 11 grudnia 2023 r. prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych zatwierdził „Kodeks postępowania dla sektora ochrony zdrowia", przygotowany przez Polską Federację Szpitali. Jak podkreślono w komunikacie UODO dotyczącym zatwierdzenia Kodeksu *„(...) podpisany dokument to pierwszy w Europie kodeks obejmujący podmioty publiczne i prywatne z sektora medycznego (...)*". Ponadto, *„podmioty, które będą go stosowały, mogą mieć gwarancję prawidłowości używania określonych rozwiązań, zatwierdzonych przez organ nadzoru*".

Kodeks reguluje zasady przetwarzania danych osobowych przez wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, czyli zarówno podmioty lecznicze, jak i praktyki zawodowe osób wykonujących działalność medyczną, bez względu na ich rodzaj, zakres działalności, formę prawną czy uczestnictwo w systemie opieki zdrowotnej finansowanym ze środków publicznych. Reguluje on zarówno procesy przetwarzania medycznych danych osobowych, jak również tych danych, które pozyskiwane są przez podmiot w celach innych niż działalność lecznicza. W zapisach Kodeksu podkreślono jednak, że bezpośrednią podstawą prawną przetwarzania przez podmioty danych osobowych pacjentów w celach zdrowotnych są właściwe przepisy RODO wraz przepisami krajowego prawa medycznego.

W Kodeksie wskazano m.in. że:

– administratorem danych osobowych pacjentów, który samodzielnie lub wspólnie z innymi ustala cele i sposoby ich przetwarzania, jest dany podmiot wykonujący działalność leczniczą,

– co do zasady postanowienia Kodeksu mają również zastosowanie do podmiotów „przetwarzających", które na zlecenie wykonującego działalność leczniczą przetwarzają dane osobowe przez niego pozyskane.

Kolejne regulacje Kodeksu dotyczą np. kwalifikacji materiałów i próbek jako danych osobowych, zasad stosowania monitoringu wizyjnego, przekazywania informacji dotyczących pacjenta w stanach nagłych, nagrywania udzielania świadczeń zdrowotnych itd.

W rozdziale dotyczącym bezpieczeństwa przetwarzania danych wskazano, że:

– nie jest przetwarzaniem danych osobowych „na dużą skalę", jeżeli odbywa się ono w ramach indywidulanej praktyki lekarskiej,

– osoba wykonująca zawód medyczny nie może być inspektorem ochrony danych w praktyce zawodowej prowadzonej przez siebie w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej,

– przetwarzanie danych zawartych w dokumentacji medycznej może zostać powierzone innym podmiotom, a Kodeks nie ogranicza wyboru rozwiązań technicznych i organizacyjnych przy takim powierzeniu – z oczywistym zastrzeżeniem konieczności spełnienia prawnych wymogów,

– niezbędnym elementem systemu bezpieczeństwa przetwarzania danych jest utrzymywanie odpowiedniego poziomu kwalifikacji personelu w tym zakresie przez m.in. zróżnicowane, adekwatne do poziomu ryzyka i dokumentowane cykliczne szkolenia.

Dalsze przepisy dotyczą m.in. komunikacji z pacjentem polsko- i obcojęzycznym, trybu weryfikacji tożsamości pacjenta, zasad udostępniania, poprawiania, przenoszenia i usuwania danych oraz obowiązków informacyjnych ciążących na podmiocie.

W obszernej części dotyczącej praw pacjentów wyraźnie zaakcentowano, że prawo dostępu do danych osobowych jest czymś innym niż prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia i jego prawo dostępu do dokumentacji medycznej.

Interesujące są dołączone do Kodeksu załączniki, m.in. wzór zgody na przetwarzanie danych (*opatrzony szerokim komentarzem w przypisach*), katalog danych jednoznacznie identyfikujących osobę wraz ze wskazaniem przykładowego wzoru upoważnienia, zasady postępowania w wybranych sytuacjach związanych ze zwiększonym ryzykiem naruszenia praw pacjentów w związku z przetwarzaniem ich danych osobowych (*materiał oparty na formule pytań i odpowiedzi, np. czy lekarz może na sali chorych zwracać się do pacjentów po imieniu i nazwisku albo czy na drzwiach gabinetu można zamieścić imiona nazwiska oraz specjalizacje lekarzy*), przykładowa metodyka analizy ryzyka, rekomendacje w zakresie bezpieczeństwa oraz rozwiązań technologicznych stosowanych podczas przetwarzania danych, wzory wniosków o uzyskanie statusu podmiotu przestrzegającego Kodeksu.

Co warte podkreślenia, stosowanie Kodeksu jest dobrowolne i nie wymaga przystąpienia do jakiejkolwiek organizacji czy zrzeszenia. Wydaje się, że dokument ten może być pomocny zarówno dla tych, którzy zdecydują się na jego formalne przestrzeganie, jak również dla tych podmiotów, które będą chciały wykorzystać jego regulacje jedynie pomocniczo, dla poprawy standardów przetwarzania danych osobowych w swojej działalności.

mgr Dariusz Dziubina

Z pełnym tekstem Kodeksu można zapoznać się na stronie internetowej Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

** RODO. Ogólne rozporządzenie o ochronie danych. Komentarz, red. E. Bielak-Jomaa, D. Lubasz, Warszawa 2018*

Wesołe jest życie Emeryta!

Przy każdej Okręgowej Izbie Lekarskiej działa Komisja ds. Lekarzy Seniorów. U nas też. Przejście w stan spoczynku to jednak przeżycie. Jest trochę zawirowań, trzeba się przestawić i nie zawsze własne zainteresowania czy nowe „cywilne" obowiązki zapełniają nagły ogrom wolnego czasu. Wiedzą to chyba wszyscy emeryci, których zawodowe życie było bardzo aktywne. Dlatego powstał Klub Seniora – by wypełnić czas, nawiązywać nowe znajomości, poznać nowe aspekty życia, na które dotąd nie było czasu.

Klub Seniora to nasza nieoficjalna nazwa. Trafiłam tu pierwszy raz 14 lat temu. Początkowo, gdy nasza Izba nie miała całego budynku, spotykaliśmy się w maleńkiej sali konferencyjnej, gdzie ciasnota była ogromna, ale było gwarnie i radośnie, chociażby z powodu serwowanych pod koniec spotkania drożdżówek. Tyle cukru dla Seniora?! A co tam – w pewnym wieku można więcej.

Od początku naszych spotkań w Klubie Seniora mieliśmy możliwość uczestniczenia w wykładach z różnych dziedzin nauki. Ten, który zapamiętałam szczególnie, dotyczył malarstwa Stanisława Wyspiańskiego i sekretów powstawania niektórych dzieł. Prelekcja prowadzona przez specjalistę pięknym i jasnym językiem, z dobrą dykcją (co w przypadku dotykającego większość seniorów ubytku słuchu jest szczególnie istotne), a przede wszystkim na temat, który interesował mnie zawsze, a na który nie starczało czasu – malarstwa.

W miarę odzyskiwania pomieszczeń przy Krupniczej nasze spotkania odbywały się w coraz większych salach. Uczestniczyło w nich ponad 70 osób. Myślę, że każdy odnajdywał temat szczególnie mu bliski i ciekawy. Spotykamy się także z okazji świąt Bożego Narodzenia i Wielkiej Nocy. Nie ma co ukrywać, czasami to także pewna odskocznia od samotności, którą dla wielu osób przynoszą przemijające lata.

Nasz Klub Seniora to także wycieczki – dawniej, gdy mieliśmy ciut mniej lat, były one kilkudniowe, a nawet i zagraniczne. Teraz jest trochę gorzej. W dużym stopniu przyczyniła się do tego pandemia, bo nasze szeregi mocno się przerzedziły. Na zebrania przybywa połowa z poprzedniej liczby osób. Ale spotykamy się dalej i nie zamierzamy przestać! Nie poddajemy się czasowi. Było spotkanie wigilijne, w lutym planowaliśmy też kulig. A gdy wiosna nas rozgrzeje, będą wycieczki krajoznawcze, głównie jednodniowe. Oczywiście, plany i trasy są ustalane pod nasze siły fizyczne, bo mimo że jesteśmy młodzi duchem, to jednak realnie oceniamy nasze możliwości. Wszystkie wyjazdy opłacamy indywidualnie.

A. Krawczyk

Spotkanie wigilijne Klubu Seniora

Na początku naszej działalności dominowała trochę oficjalna atmosfera. Po latach, w czasie ubiegłorocznego ogniska, uzgodniliśmy, że wszyscy jesteśmy na „ty". Ale przymusu nie ma. Oficjalnie też może być.

W imieniu wszystkich Koleżanek i Kolegów z naszego Klubu w Krakowie zachęcam Was – nowych i bardziej już okrzepniętych w realiach pozazawodowych lekarzy rencistów i emerytów – do zapisania się do nas. Przyłączcie się do grupy, która ma duże poczucie humoru, dystans do siebie i świata, a przede wszystkim radośnie spędza ze sobą wolny czas. ***Nasze spotkania obecnie odbywają się w drugi i czwarty poniedziałek miesiąca o godz. 14.00 w siedzibie Izby przy ul. Krupniczej 11a w Krakowie.*** *Zapraszamy i czekamy!*

Irena Masłoń
Stomatolożka na zasłużonej emeryturze

Taki był karnawał 2024...

Krótki był tegoroczny karnawał, ale w naszej Izbie bardzo intensywny. Odbyły się aż cztery bale – dwa dla dzieci z lekarskich rodzin i dwa dla dorosłych – lekarzy i lekarzy dentystów.

13 stycznia już po raz 25. członkowie OIL spotkali się na krakowskim Balu Lekarza, a 27 stycznia na 45. Balu Lekarza w Zakopanem. Dzieci (lub wnuki) lekarzy i lekarzy dentystów krakowskiej Izby przeżyły wspaniałe chwile na zabawach w Nowym Sączu – 20 stycznia, i Krakowie – 9 lutego.

Kto nie skorzystał, niech żałuje, bo – jak widać na zdjęciach obok – zabawa była przednia. Ale kolejny karnawał niebawem – tylko za ok. 10 miesięcy.

Krosno

W dniach 9-10 grudnia 2023 r. na kortach Miejskiego Ośrodka Sportu i Rekreacji w Krośnie odbył się turniej tenisowy w grach deblowych lekarzy i ich rodzin. Pary zostały dobrane przez samych uczestników, jak również wskazane przez sędziego zawodów. Wszyscy rywalizowali w dwóch grupach, bez podziału na grupy wiekowe. Okazało się to bardzo trafnym rozwiązaniem, czego najlepszym dowodem jest udział juniora Jana Okońskiego (lat 12), który w parze z tatą, dr. Marcinem Okońskim zajął trzecie miejsce. Grał wspaniale. Ostatecznie w dwudniowych zawodach zwyciężyli Tadeusz Ślączka w parze z Włodzimierzem Zdunkiem, drugie miejsce wywalczył duet Marek Zawadowicz z Beniem Niżnikiem.

Mamy nadzieję, że w przyszłym roku wszyscy, którzy zapiszą się na turniej, odsuną wszelkie przeszkody i wezmą w nim udział. Warto w sympatycznej, koleżeńskiej atmosferze uczestniczyć w takiej sportowej rywalizacji.

(lek. dent. Wojciech Kolanko)

24 stycznia 2024 r. uroczyście otwarto nową pracownię tomografii komputerowej w krośnieńskim szpitalu. Nowoczesny tomograf podniesie poziom bezpieczeństwa pacjentów dzięki mniejszej dawce promieniowania potrzebnego do badania. Ponadto umożliwia on automatyczne pozycjonowanie pacjenta oraz rekonstrukcję obrazu. Koszt zakupu nowego aparatu i dostosowania pomieszczeń wyniósł około 4,6 mln zł, w tym dotacja Urzędu Marszałkowskiego – około 4,5 mln. Wkład własny szpitala wyniósł około 107 tys. zł. Wykonawcą inwestycji była firma Alteris S.A.

W 2024 r. w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie będzie realizowany program wczesnego wykrywania raka prostaty, skierowany do panów w wieku powyżej 45 lat. Poinformowali o tym marszałek województwa podkarpackiego Władysław Ortyl i dr Dariusz Sobieraj, ordynator Oddziału Urologii i Urologii Onkologicznej. Na profilaktykę woj. podkarpackie przeznaczy ok. 200 tys. zł, ale możliwe będzie uzyskanie wsparcia finansowego np. z Ministerstwa Zdrowia czy funduszy unijnych.

– Inicjatywę zgłosił dr Dariusz Sobieraj, radny naszego Sejmiku Wojewódzkiego. I zdecydowaliśmy, że ten niezwykle ważny dla mężczyzn program będzie realizowany w podkarpackich szpitalach, oczywiście również w Krośnie – zaznaczył marszałek Ortyl.

(portal terazKrosno)

W przeddzień Światowego Dnia Walki z Rakiem (3 lutego) ponad 150 osób skorzystało w Ośrodku Onkologicznym w Brzozowie z darmowych badań profilaktycznych, konsultacji lekarzy onkologów, ginekologów i hematologów. Bez skierowania i większych kolejek, bo na chętnych od rana czekano w kilkunastu gabinetach i pracowniach diagnostycznych.

W sumie wykryto kilkanaście przypadków różnych nieprawidłowości, które trzeba będzie dalej diagnozować.

Janusz Kulon
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Krośnie

Nowy Sącz

Zarząd Powiatu Nowosądeckiego powołał nowego dyrektora Szpitala im. J. Dietla w Krynicy-Zdroju. Został nim **Łukasz Rachtan**, który ukończył m.in. Wydział Prawa na Uniwersytecie Rzeszowskim oraz Szkołę Główną Menadżerską – MBA – zarządzanie w ochronie zdrowia. Natomiast pełnienie funkcji dyrektora Szpitala Specjalistycznego im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu Zarząd Województwa Małopolskiego powierzył na kolejną, sześcioletnią kadencję obecnej dyrektor **Lidii Zelek**.

1 lutego w Nowym Domu Zdrojowym w Krynicy-Zdroju odsłonięto tablicę upamiętniającą prof. Tadeusza Tempkę, wybitnego lekarza i uczonego, w 50. rocznicę jego śmierci. Postać prof. Tempki przybliżył prof. Artur Jurczyszyn, kierownik Ośrodka Leczenia Dyskrazji Plazmocytowych w Katedrze i Klinice Hematologii UJ CM w Krakowie.

(więcej na str. 46)

20 stycznia w Delegaturze Nowosądeckiej zorganizowano zabawę karnawałową dla dzieci lekarzy i lekarzy dentystów. Poprowadzili ją jak zwykle niezawodni animatorzy z Nowosądeckiego Stowarzyszenia Sursum Corda. Wśród atrakcji znalazły się m.in. sesja fotograficzna w „fotobudce" oraz kącik tatuaży i malowania twarzy.

Nowy rok dla naszych lekarzy z Nowosądeckiego Klubu Lekarza Seniora rozpoczął się bardzo muzykalnie. Uczestniczyli w Koncercie Noworocznym w Nowym Sączu, koncercie dedykowanym Ewie Demarczyk i Markowi Grechucie w Krakowie oraz koncercie „Gregorian Grace" w Nowym Targu. W najbliższym czasie wyjeżdżają na operę „Nabucco" do Opery Krakowskiej.

Krzysztof Wróblewski
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Nowym Sączu

Przemyśl

12 grudnia 2023 r. członkowie Klubu Lekarza Seniora przy przemyskiej Delegaturze uczestniczyli w spotkaniu opłatkowym w restauracji Szara Strefa. W miłej, koleżeńskiej atmosferze składano sobie życzenia oraz delektowano się świątecznymi potrawami.

21 grudnia Klub Seniora odwiedził Filharmonię Podkarpacką im. Artura Malawskiego w Rzeszowie. Nasi lekarze wysłuchali Koncertu Adwentowego – oratorium ,,A kto się odda w radość" z muzyką Włodzimierza Korcza, tekstem Ernesta Brylla, w wykonaniu Alicji Majewskiej, Olgi Bończyk, Łukasza Zagrobelnego, Andrzeja Lamperta, Włodzimierza Korcza i Andrzeja Ferenca.

Oratorium to oparte jest na wielowiekowej polskiej tradycji pisania kolęd i pastorałek. Poruszająca muzyka i tekst pozostawiają niezapomniane wrażenia.

15 stycznia 2024 r. SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie otrzymał wyróżnienie na podstawie opinii i ocen matek uczestniczących w kampanii społecznej ,,Głos Matek" i znalazł się po raz kolejny w czołówce najlepszych szpitali w województwie podkarpackim w rankingu ,,Rodzić po ludzku – 2023". Jest to szczególne docenienie pracy personelu medycznego oddziału ginekologiczno-położniczego i neonatologicznego.

25 stycznia miało miejsce uroczyste otwarcie zmodernizowanych oddziałów dziecięcych w Szpitalu Wojewódzkim im. Św. Ojca Pio w Przemyślu.

W ramach remontu m.in. zmodernizowano instalacje, wymieniono okładziny podłogowe, ścienne, stolarkę drzwiową i okienną, przebudowano ścianki działowe, wymieniono osprzęt elektroinstalacyjny i sanitarny. Uzyskano też dodatkową przestrzeń, np. do ewentualnego podziału na część dla pacjentów z chorobami zakaźnymi i bez.

Oddziały chirurgii dziecięcej oraz chorób dzieci są teraz w bezpośrednim sąsiedztwie, co ułatwi diagnostykę i konsultacje medyczne.

Jak poinformował Szpital na swojej stronie internetowej, koszt inwestycji to 6,5 mln zł, w tym 5,5 mln zł dofinansował Samorząd Województwa Podkarpackiego.

Marek Zasadny
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Przemyślu

UCHWAŁĄ RADY DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO ZOSTAŁ NADANY STOPIEŃ DOKTORA HABILITOWANEGO W DZIEDZINIE NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU W DYSCYPLINIE NAUKI MEDYCZNE W DNIU 12 GRUDNIA 2023 R.

dr Małgorzacie Konieczyńskiej

dr. Krzysztofowi Wójcikowi

W DNIU 16 STYCZNIA 2024 R.

dr Annie Starowicz-Filip

WYKAZ STOPNI NAUKOWYCH DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU NADANYCH PRZEZ RADĘ DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO W DNIU 12 GRUDNIA 2023 ROKU

1. lek. Monika Drożdż
„Metabolic syndrome in children with chronic kidney disease including organ damage" („Zespół metaboliczny u dzieci z przewlekłą chorobą nerek z uwzględnieniem powikłań narządowych") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Dorota Drożdż

2. mgr Justyna Hobot
„Neural underpinnings of visual awareness investigated with transcranial magnetic stimulation" („Neuronalne podstawy świadomości wzrokowej badane za pomocą przezczaszkowej stymulacji magnetycznej") – cykl publikacji
Promotorzy: prof. dr hab. Michał Wierzchoń, prof. Kristian Sandberg

3. mgr Anna Kiepura
„The role of the fatty acid receptor FFAR4 in the inhibition of atherosclerosis and nonalcoholic fatty liver disease" („Rola receptora dla kwasów tłuszczowych FFAR4 w hamowaniu miażdżycy oraz niealkoholowego stłuszczenia wątroby") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Rafał Olszanecki

4. lek. Łukasz Kluczyński
„Assessment of the health status of adult patients with hypopituitarism of various etiology and disease onset – long-term observation" („Ocena stanu zdrowia dorosłych pacjentów z niedoczynnością przysadki o różnej etiologii i początku choroby – obserwacja długoterminowa") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Aleksandra Gilis-Januszewska, prof. UJ

5. lek. Paweł Kopacz
„Overkilling" – analysis of homicides with more injuries inflicted than needed to kill" („Overkilling" – analiza zabójstw z zadawaniem większej liczby obrażeń niż w celu pozbawienia życia") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Tomasz Konopka

6. mgr inż. Magdalena Kopytek
„Factors modulating the progression of aortic stenosis – association with inflammation, activation of the coagulation/fibrinolysis system and calcification" („Czynniki modulujące progresję stenozy aortalnej – związki z zapaleniem, aktywacją układu krzepnięcia/fibrynolizy i kalcyfikacją") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Joanna Natorska, prof. UJ

7. lek. Jadwiga Kosowska
„Badanie nad wpływem stylu życia, współistniejących chorób oraz czynników psychologicznych na rozwój powikłań neurologicznych w cukrzycy typu pierwszego" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Agnieszka Słowik

8. lek. Sabina Lichołai
„MicroRNA as potential biomarker of abdominal aortic aneurysms" („MikroRNA jako potencjalny marker tętniaków aorty brzusznej") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Marek Sanak

9. lek. Kamila Migacz-Gruszka
„Genetyka oraz tempo starzenia pacjentów ze zdiagnozowanym czerniakiem złośliwym skóry" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Anna Wojas-Pelc

10. lek. Anna Pachołek
„Analysis of the possibility of using comprehensive geriatric assessment in primary health care" („Analiza możliwości wykorzystania całościowej oceny geriatrycznej w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Tomasz Tomasik, prof. UJ
Promotor pomocniczy: dr Karolina Piotrowicz

11. lek. Jan Pęksa
„Control of cardiovascular risk factors and health-promoting behaviors in patients hospitalized due to ischemic heart disease" („Kontrola czynników ryzyka sercowo-naczyniowego i zachowania prozdrowotne u pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby niedokrwiennej serca") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Danuta Czarnecka

12. lek. Katarzyna Słodowska
„Morphological features of the left atrial appendage in light of its prothrombogenic and proarrhythmogenic properties" („Cechy morfologiczne uszka lewego przedsionka w świetle jego właściwości prozakrzepowych i proarytmogennych") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Mateusz Hołda

13. lek. Jarosław Świrta
„Ocena ekspresji miRNA w osoczu oraz w tkance guza u chorych z rozpoznaniem biopsyjnym podejrzenie nowotworu pęcherzykowego tarczycy w poszukiwaniu biomarkerów różnicujących zmiany łagodne i złośliwe przed zabiegiem operacyjnym" – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Marcin Barczyński

W DNIU 16 STYCZNIA 2024 ROKU

1. lek. Grzegorz Biedroń
„Treatment and its side effects in patients with ANCA- associated vasculitides – retrospective analysis, based on the multicentre data registry" („Leczenie i jego powikłania u pacjentów z zapaleniami naczyń związanymi z przeciwciałami przeciw cytoplazmie neutrofilów (ANCA) – retrospektywna analiza na podstawie wieloośrodkowego rejestru chorych") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Wojciech Szczeklik

2. lek. Anna Dzieża-Grudnik
„Etiopathogenesis of hypertension" („Etiopatogeneza nadciśnienia tętniczego") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Tomasz Grodzicki
Promotor pomocniczy: dr Jolanta Walczewska

3. mgr Adrianna Gałuszka-Bulaga
„Effect of air pollution on the activity of human immune cells – implications for pathogenesis of autoimmune disorders" („Wpływ zanieczyszczeń powietrza na aktywność komórek układu odpornościowego człowieka – implikacje dla patogenezy chorób autoimmunizacyjnych") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Jarosław Baran, prof. UJ

4. lek. dent. Konrad Kisielowski
„Clinico-morphological analysis of sporadic and syndromic odontogenic keratocysts of the jaws" („Kliniczno-morfologiczna analiza sporadycznych i zespołowych postaci torbieli rogowaciejących kości szczękowych") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Tomasz Kaczmarzyk

5. lek. Piotr Kuszmiersz
„Coagulation activation and endothelial dysfunction in patients with selected systemic connective tissue diseases" („Zaburzenia aktywacji układu krzepnięcia oraz czynności śródbłonka w przebiegu wybranych układowych chorób tkanki łącznej") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Jerzy Dropiński, prof. UJ

6. lek. Oleksiy Lopatin
„Skeletal and dental age assessment for the purpose of forensic medicine identification of individuals using posmortem computed tomography evaluation" („Oznaczenie wieku szkieletowego i zębowego człowieka dla celów sądowo – lekarskiej identyfikacji osobniczej z wykorzystaniem pośmiertnej tomografii komputerowej") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Krzysztof Woźniak

7. lek. stom. Magdalena Łoboda
„Skuteczność oczyszczania powierzchni zębowych z użyciem manualnych, oscylacyjno-rotacyjnych i sonicznych szczoteczek do zębów" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Marta Cześnikiewicz-Guzik

8. lek. Magdalena Polaczyk
„Drug intolerance in patients with hypertension, its prevalence and determining factors" („Nietolerancja leków u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, częstość jej występowania i czynniki determinujące" – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Katarzyna Stolarz-Skrzypek

9. lek. Iwona Popiołek
„Safety use of non-opioid analgesic medications" („Bezpieczeństwo stosowania nieopioidowych leków przeciwbólowych") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Grzegorz Porębski
Promotor pomocniczy: dr Piotr Hydzik

KURSY SPECJALIZACYJNE DLA SPECJALNOŚCI LEKARSKICH ORGANIZOWANE PRZEZ MEDYCZNE CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO COLLEGIUM MEDICUM W OKRESIE MARZEC – MAJ 2024

Alergologia

Profilaktyka i leczenie chorób alergicznych
21-22.03.2024
Kierownictwo naukowe:
prof. Ewa Czarnobilska

Chirurgia ogólna

Podstawy chirurgii
25-29.03.2024
Kierownictwo naukowe:
dr Anna Zub-Pokrowiecka

Chirurgia szczękowo-twarzowa

Choroby zatok szczękowych – ich rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie
13-15.03.2024
Kierownictwo naukowe: dr hab. Grażyna Wyszyńska-Pawelec, prof. UJ

Zaburzenia potencjalnie złośliwe, cechy nowotworów łagodnych i złośliwych jamy ustnej oraz części twarzowej czaszki – ich rozpoznawanie i leczenie / Stany przedrakowe, cechy nowotworów łagodnych i złośliwych jamy ustnej oraz części twarzowej czaszki - ich rozpoznawanie i leczenie
17-18.04.2024
Kierownictwo naukowe: dr hab. Grażyna Wyszyńska-Pawelec, prof. UJ

Złamania szkieletu czaszkowo-twarzowego – ich rozpoznawanie, klasyfikacja i leczenie
22-24.05.2024
Kierownictwo naukowe: dr hab. Grażyna Wyszyńska-Pawelec, prof. UJ

Hipertensjologia

Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie hipertensjologii
4-7.03.2024
Kierownictwo naukowe: prof. Marek Rajzer

Nadciśnienie tętnicze u dzieci, młodzieży i kobiet
11-12.03.2024
Kierownictwo naukowe: prof. Marek Rajzer

Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa w hipertensjologii
18-19.03.2024
Kierownictwo naukowe: prof. Marek Rajzer

Leczenie nadciśnienia tętniczego
15-18.04.2024
Kierownictwo naukowe: prof. Marek Rajzer

Kardiologia

Nadciśnienie tętnicze
7-8.03.2024
Kierownictwo naukowe: prof. Marek Rajzer

Nadciśnienie płucne i niewydolności prawej komory serca
15.03.2024
Kierownictwo naukowe:
prof. Grzegorz Kopeć

Elektrofizjologia i elektroterapia
13-17.05.2024
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Andrzej Ząbek

Onkologia i hematologia dziecięca

Diagnostyka i leczenie nowotworów litych u dzieci
11-15.03.2024
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Szymon Skoczeń, prof. UJ

Położnictwo i ginekologia

Endoskopia – kurs praktyczny indywidualny
4-8.03.2024,
8-12.04.2024,
13-17.05.2024
Kierownictwo naukowe:
dr Krzysztof Skotniczny

Ultrasonografia – kurs praktyczny indywidualny
4-8.03.2024,
8-12.04.2024,
13-17.05.2024
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Marcin Wiecheć

Patofizjologia ciąży, porodu i połogu
4-8.03.2024
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Diagnostyka i leczenie chorób nowotworowych narządów płciowych
13-17.05.2024
Kierownictwo naukowe:
prof. Kazimierz Pityński

Psychiatria

Wprowadzenie do psychoterapii
15-19.04.2024
Kierownictwo naukowe:
prof. Krzysztof Rutkowski

Psychiatria dzieci i młodzieży

Kompleksowe leczenie najważniejszych zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży
13-17.05.2024
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Maciej Pilecki

Transplantologia kliniczna

Zakażenia po przeszczepieniu narządów i komórek krwiotwórczych
15.04.2024
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Katarzyna Krzanowska, prof. UJ

Dobór immunologiczny
16.04.2024
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Katarzyna Krzanowska, prof. UJ

Leczenie immunosupresyjne i jego powikłania
17-18.04.2024
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Katarzyna Krzanowska, prof. UJ

KURSY SPECJALIZACYJNE DLA SPECJALNOŚCI LEKARSKO-DENTYSTYCZNYCH

Ortodoncja

Mechanika
cz. I 18.03.2024, cz. II 25.03.2024
Kierownictwo naukowe:
prof. Bartłomiej W. Loster

Zespołowe leczenie wrodzonych i nabytych wad części twarzowej czaszki/ Zespołowe leczenie wrodzonych wad części twarzowej czaszki
cz. I 29.03.2024; cz. II 2.04.2024
Kierownictwo naukowe:
prof. Bartłomiej W. Loster

Analiza zdjęć rentgenowskich i cefalometria
cz. I 15.04.2024; cz. II 22.04.2024
Kier. naukowe: prof. Bartłomiej W. Loster

Postępowanie ortodontyczne w chorobach nowotworowych w obrębie narządu żucia,
cz. I 16.05.2024, cz. II 23.05.2024
Kier. naukowe: prof. Bartłomiej W. Loster

Stomatologia zachowawcza z endodoncją
Leczenie zachowawczo-chirurgiczne zębów z chorobami miazgi i tkanek okołowierzchołkowych
7-8.03.2024
Kier. naukowe: prof. Joanna Zarzecka

Leczenie endodontyczne zębów wielokanałowych
13-15.03.2024
Kier. naukowe: prof. Joanna Zarzecka

KURSY ORGANIZOWANE PRZEZ KOMISJĘ KSZTAŁCENIA MEDYCZNEGO ORL W KRAKOWIE

Kurs Ratownictwo medyczne
Kurs specjalizacyjny jednolity przeznaczony dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się według modułowych programów specjalizacji (zakwalifikowani do specjalizacji po 1.10.2014 r.) dla wszystkich specjalizacji. Terminy: 8-12.04.2024 r. Numer kursu: 05-712/3-41-041-2024, 14-18.10.2024 r. Numer kursu: 05-712/3-41-042-2024. Zgłoszenia na kurs: Lekarze posiadający EKS zgłaszają się przez SMK, pozostali przez profil na stronie CMKP

Informacje szczegółowe, programy i zapisy: www.oilkrakow.pl w zakładce Kształcenie / Kursy OIL

Wampiry energetyczne. Jak je rozpoznać i uwolnić się od szkodliwych relacji?
7.03.2024 r. godz. 16.00-19.00

Jak skutecznie bronić się przed agresywnym pacjentem? Środki przymusu bezpośredniego w praktyce medycznej – jak je efektywnie, a zarazem bezpiecznie stosować
14.03.2024 r. godz. 15.00-18.00

NLS – resuscytacja noworodka
17.03.2024 r. godz. 8.00-19.00

ITLS (International Trauma Life Support) Zaawansowane zabiegi ratujące życie w obrażeniach ciała w opiece przedszpitalnej
22-24.03.2024 r. godz. 8.00-19.00

Lekarz w trybach młynów wymiaru sprawiedliwości – jak przygotować się do roli świadka, podejrzanego czy oskarżonego w postępowaniu karnym
4.04.2024 r. godz. 15.00-18.00

Ochrona Radiologiczna Pacjenta
6.04.2024 r.

Szczepienia ochronne
9.04.2024 r. godz. 13.00-20.00

Indywidualne sposoby radzenia sobie ze stresem w pracy jako profilaktyka wypalenia zawodowego
11.04.2024 r. godz. 16.00-19.00

Stany nagłe w gabinecie stomatologicznym
14.04.2024 r. godz. 8.00-16.00

Obrazowanie rentgenowskie w medycznych procedurach stomatologicznych
17.04.2024 r.

Praktyczne wskazówki dotyczące leków stosowanych przez lekarzy internistów
20.04.2024 r.

Lekarz przed prokuratorem oraz przed sądem – zajęcia warsztatowe
25.04.2024 r. godz. 15.00-18.00

NLS – resuscytacja noworodka
27.04.2024 r. godz. 8.00-19.00

Kurs ILS (Immediate Life Support) Natychmiastowa pomoc w stanach zagrożenia życia
28.04.2024 r. godz. 8.00-19.00

Jak przygotować się do obrony przed roszczeniami odszkodowawczymi pacjentów z tytułu błędów lekarskich i jak sprostać roli świadka w sprawach cywilnych?
9.05.2024 r. godz. 15.00-18.00

Ochrona Radiologiczna Pacjenta
11.05.2024 r.

Kurs EPALS (European Paediatric Advanced Life Support) Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u dzieci
11-12.05.2024 r. godz. 8.00-19.00

Dynamika konfliktu. Jak zdążyć przed katastrofą?
16.05.2024 r. godz. 16.00-19.00

Praktyczny kurs EKG
18.05.2024 r.

Warsztat sądowy na sali rozpraw – lekarz jako pozwany lub świadek (case study)
23.05.2024 r. godz. 15.00-18.00

Kurs ALS (Advance Life Support) Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych
25-26.05.2024 r. godz. 8.00-19.00

Kursy w Delegaturach
Delegatura w Krośnie
Psychologia bólu i psychologiczne aspekty jego leczenia
24.05.2024 r. godz. 16.00-19.00

Osobowościowe uwarunkowania komunikacji w relacji z pacjentem i współpracownikami
25.05.2024 r. godz. 10.00-13.00

Szczepienia ochronne
15.06.2024 r. godz. 10.00-17.00

Delegatura w Nowym Sączu
Kurs prawny
25.05.2024 r. godz. 10.00-14.00

Stany nagłe w gabinecie stomatologicznym
16.06.2024 r. godz. 8.00-16.00

O różnych wymiarach sztuki

Dwa ostatnie spotkania Klubu Dyskusyjnego OIL, grudniowe i styczniowe, tematycznie wpisały się w klimat noworoczno-karnawałowy, bo przecież z tym okresem kojarzą nam się wino i muzyka. Erudycja i artystyczna wirtuozeria gości prof. Janusza Skalskiego sprawiły, że była to intelektualna uczta na najwyższym poziomie.

K. Domin

Prof. Grzegorz Gajos, prof. Janusz Skalski i prowadząca spotkanie red. Urszula Drukała

Czy wino nam szkodzi, czy wręcz przeciwnie – spożywane w umiarkowanych ilościach może pozytywnie wpłynąć na stan naszego zdrowia? Na to nurtujące zapewne wielu z nas pytanie podczas grudniowego spotkania starał się odpowiedzieć w klarowny i przede wszystkim niezmiernie ciekawy sposób prof. Grzegorz Gajos z Kliniki Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca Instytutu Kardiologii CM UJ, prodziekan Wydziału Lekarskiego UJ CM ds. rozwoju i badań naukowych. Profesor jest nie tylko doświadczonym lekarzem, lecz także wybitnym, dyplomowanym znawcą wina – posiada certyfikat londyńskiej szkoły Wine and Spirits Education Trust oraz jest absolwentem Weinakademie Österreich w Rust.

W swoim wykładzie profesor skupił się nie tyle na samym winie, co na zagadnieniu zdrowego odżywiania, sporo uwagi poświęcając diecie śródziemnomorskiej. Zwrócił jednak uwagę, opierając się na danych naukowych, że w krajach takich jak Włochy, Francja czy Hiszpania, gdzie spożycie czerwonego wina jest duże, odnotowuje się mniejszą zachorowalność na niektóre choroby. Ale oczywiście tylko wtedy, gdy zachowuje się właściwą kulturę spożywania alkoholu.

Niezmiernie ciekawa była podróż przez historię wina, która ma już ponad 8 tys. lat. Jak opowiadał prof. Gajos, rozpoczęła się ona w Gruzji, gdzie wino wytwarzane było w wyjątkowy sposób. Zgniecione winogrona wraz z szypułkami wkładało się do glinianych naczyń zwanych kwewriami, następnie zakopywano je w ziemi i zaklejano gliną. Wino sporządzone w taki tradycyjny sposób, nawet białe, zawiera wiele ważnych dla organizmu flawonoidów.

Dyskusja dotyczyła także łączenia wina z poszczególnymi potrawami. Piękna była historia o tym, jak to winiarze z lokalnych winnic zawsze starają się „dopasować" do regionalnej kuchni. Natomiast o polskich zwyczajach spożywania wina, bazując na „Opisie obyczajów i zwyczajów za panowania Augusta III" Jędrzeja Kitowicza, opowiadał prof. Janusz Skalski.

Całe spotkanie było fantastyczną okazją do dzielenia się opowieściami o różnych gatunkach wina, krajach ich pochodzenia i degustacji, która podobnie jak wytwarzanie wina też może być sztuką.

Natomiast miesiąc później odbyło się słowno-muzyczne spotkanie, w którym wzięła udział dr hab. Dorota Imiełowska, wiolonczelistka, kompozytorka, wykładowczyni Akademii Muzycznej im. Krzysztofa Pendereckiego w Krakowie, laureatka wielu prestiżowych, międzynarodowych nagród oraz ceniona interpretatorka muzyki żydowskiej.

A. Bartoszek

Łukasz Pawlikowski i Dorota Imiełowska

Dyskusja przeplatana była występami prof. Imiełowskiej, która wraz z synem Łukaszem Pawlikowskim (debiutującym w roli brata kurkowego) wirtuozersko wykonała kilka utworów, w tym impresję Stanisława Radwana, a także hiszpańską sarabandę.

Zapewne czytając ten tekst, zastanawiają się Państwo, czy ma sens organizowanie koncertu wiolonczelowego w ramach klubu dyskusyjnego. Oczywiście, że tak, tym bardziej że Dorota Imiełowska wyznała: „Język dźwięków jest dla mnie bardziej zrozumiały. Mogłabym państwu coś zagrać i zakładam, że wszystko byłoby zrozumiałe, co mam do powiedzenia".

Fascynujące było zarówno słuchanie opowieści prof. Imiełowskiej o jej intymnych przeżyciach i doświadczeniach związanych z muzyką, w tym walce o powrót do grania po kontuzji palca, jak i wykonywanych przez nią utworów. Kojący dźwięk wiolonczeli, jeśli chodzi skalę, jest najbliższy ludzkiemu głosowi, co sprawia, że jest bardzo dobrze przyjmowany przez osoby, które mają zaburzenia psychiczne czy nerwice. A ponieważ słuchanie muzyki może przynieść ulgę cierpiącym, Dorota Imiełowska od lat charytatywnie występuje w szpitalach, m.in. grając ze swoimi studentkami na oddziałach onkologicznych. Jak przyznaje, taki występ „nie może się równać z żadnym koncertem".

Oczywiście podczas spotkania nie zabrakło dyskusji o terapeutycznej roli muzyki, na którą zwracał uwagę już Hipokrates, o słuchaniu muzyki podczas skomplikowanych operacji kardiochirurgicznych czy perypetiach zdrowotnych znanych kompozytorów, których jak Mozarta czy Chopina ówczesna medycyna nie była w stanie uchronić przed przedwczesną śmiercią.

– Zadaniem lekarza jest cenić możliwości i talent wirtuoza, a medycyna powinna zrobić wszystko, by mógł on dać z siebie tak wiele i by żadna choroba nie przeszkodziła mu w wykonywaniu tego fantastycznego zawodu – stwierdził na koniec prof. Skalski.

KD

Nowy zawód w ochronie zdrowia

Od 17 marca 2024 r. będą obowiązywać regulacje zawarte w dokumencie Ustawa o niektórych zawodach medycznych. Zdefiniowano w niej 17 zawodów medycznych, określając warunki i zasady ich wykonywania. Położono przy tym nacisk na zasady doskonalenia zawodowego i odpowiedzialności zawodowej. Zawody te to: asystentka stomatologiczna, elektroradiolog, higienistka stomatologiczna, instruktor terapii uzależnień, opiekun medyczny, optometrysta, ortoptystka, podiatra, profilaktyk, protetyk słuchu, technik farmaceutyczny, technik masażysta, technik ortopeda, technik sterylizacji medycznej i terapeuta zajęciowy.

Wśród tych 17 zawodów pojawił się nowy – elektroradiolog. Dotąd funkcjonowało określenie technik elektroradiologii. Należy więc wyjaśnić, że obecnie elektroradiologiem można zostać po ukończeniu 2,5-letniej szkoły policealnej lub 3-letnich studiów licencjackich na kierunku elektroradiologia. W tym drugim przypadku absolwent określany jest jako licencjat elektroradiolog. Jeżeli absolwent ukończy kolejne 2-letnie studia magisterskie, przysługuje mu tytuł magister elektroradiolog. Otwiera się wtedy przed nim droga do uzyskiwania dalszych stopni naukowych. Elektroradiologa nie należy mylić z radiologiem, bowiem radiolog to lekarz, który ukończył 6-letnie studia na kierunku lekarskim, a także 5-letni staż specjalizacyjny z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej.

Elektroradiolog może obsługiwać aparaturę w zakresie radiologii, radiologii zabiegowej, medycyny nuklearnej, radioterapii oraz elektrofizjologiczną i elektromedyczną w różnym zakresie. Samodzielnie może wykonywać badania radiograficzne, czyli zdjęcia RTG ogólne, stomatologiczne oraz mammograficzne, a także badania EKG, EEG, EMG. W przypadku pozostałych procedur konieczny jest nadzór lekarzy specjalistów – odpowiednio radiologii-diagnostyki obrazowej, medycyny nuklearnej lub radioterapii. Elektroradiolodzy pracują najczęściej w zespołach, w skład których wchodzą lekarze specjaliści ww. specjalności, pielęgniarki i fizycy/inżynierowie medyczni. Taka zespołowa praca gwarantuje właściwe wykonywanie procedur diagnostycznych bądź terapeutycznych. Elektroradiolodzy pracują także w zespołach z lekarzami innych specjalności, wszędzie tam, gdzie używa się promieniowania jonizującego do celów medycznych. Jak więc widać, ich rola jest bardzo ważna i odpowiedzialna.

(AU)

Regres, ciemnota, zapaść

Prof. Janusz Skalski o medycynie czasów saskich

Czasy saskie mają w dziejach Polski fatalną opinię. Jednak Panie Profesorze, czy przynajmniej w medycynie, zważywszy na związki dynastyczne Wettynów z wieloma dworami europejskimi, uniknęliśmy zapaści?

– Dla losów Rzeczpospolitej były to złe czasy. I fatalnie się zapisały. W dziewięć lat po śmieci Augusta III, w sierpniu 1772 roku miał miejsce pierwszy rozbiór Polski, do którego król zdecydowanie się przyczynił. Natomiast zgodnie z założeniem naszego cyklu mówić tu będziemy tylko o lekarzach królewskich. Obaj królowie z saskiej dynastii Wettynów – August II zwany Mocnym i August III zwany Otyłym lub Gnuśnym – mieli poważne zaburzenia endokrynne. I na tych postaciach się skupmy, bo rzeczywiście mieli całe grono lekarzy...

Polskich czy zagranicznych, ściągniętych zwłaszcza z Saksonii?

– W większości nie byli to polscy lekarze. Jeśli chodzi o Augusta II, to miał on niewątpliwie cukrzycę, która na pewno skróciła mu życie. Był wysokim, mocnym mężczyzną, miał imponującą posturę, chociaż historie o jego diabolicznej sile, pozwalającej rękoma giąć żelazo, były mocno przesadzone. W dodatku przez długie lata ciągnęła się za nim banalna sprawa uszkodzenia palucha u nogi. Mianowicie jeszcze w młodości spadł mu na stopę, na palec, ciężki, prawdopodobnie marmurowy blat stołu. Ten palec do końca życia stanowił bolesną dolegliwość...

Nie amputowano go?

– Amputowano, ale dopiero w styczniu 1727 roku, kiedy król miał już 57 lat, a jego konsyliarzem był wtedy wielkiej sławy lekarz francuski Jean Louis Petit, dyrektor Narodowej Akademii Chirurgii, założonej 1731 roku w Paryżu, członek Royal Society w Londynie. Petit w dziejach medycyny zapisał się różnymi oryginalnymi pomysłami, a do najciekawszych zaliczyłbym zakładanie opaski uciskowej przy krwawieniach z kończyn (nosiła latami jego imię). On też wprowadził mastoidektomię, to jest otwarcie wyrostka sutkowatego w zapaleniach ucha środkowego, która to metoda stosowana jest do dzisiaj. W kwestii amputacji królewskiego palucha mam tutaj dziełko Petita, z pięknymi ilustracjami. To jest dokument z epoki, choć sam Petit, mimo że przyjechał do Warszawy, operacji tej nie wykonywał, powierzając ją swojemu uczniowi. Całą tę historię opisał Józef Ignacy Kraszewski w powieści „Brühl”*), stanowiącej część drugą Trylogii Saskiej, znanej pt. „Hrabina Cosel”.

Kraszewski, który był fenomenalnym, skrupulatnym historykiem, sprawdził dokładnie w źródłach przebieg zabiegu i tak go opisał: „Król August Mocny od owych czasów, gdy tak dzielnie dokazywał z kielichem, koniem i szablą, znacznie się postarzał. Herkulesową, zawsze wspaniałą miał postać, lecz już nie jego siłę; nie bawił się ani łamaniem podków, ani ścinaniem łbów koni. Strojny, uśmiechnięty, chodził o lasce, gdy dworując przy damach, dłużej nieco stać musiał, szukał oczyma taboretu i przypominało mu się w nodze to miejsce, od którego ocalając życie Panu, lejbchirurg króla Weiss, odciął palec Herkulesowi, stawiając w zakład swoją głowę za palec. Głowa ocalała, palca nie było, a stać długo na tej nodze król nie mógł”.

Rzeczywiście ów Weiss, uczeń Petita, ryzykował własną głową w wypadku nieudanej operacji. Takie były ustalenia. A Petit jedynie nadzorował zabieg. Udał się, niemniej król nadal nie mógł stać długo na tej nodze, bo goiło się marnie, gdyż August II miał neuropatię cukrzycową, przy której nie czuje się bólu. A przytaczam tę historię, gdyż prawdopodobnie była to pierwsza odnotowana w Polsce operacja wykonana w znieczuleniu, w skutecznej analgezji. Wcześniejszego opisu znieczulenia w polskiej medycynie nie ma.

Konsyliarzem, który na co dzień zajmował się znieczulaniem króla Augusta Mocnego opiatami był Christian Tralles z Wrocławia. Jego wnuk Balthasar Ludwig opisał je w dziele o zastosowaniu opium „Usus opii". Mam tu wydanie tej książki z 1757 roku, dzięki czemu wiemy, jak to wówczas przeprowadzano. Notabene, w 1733 roku kolejne nieszczęście trafiło Augusta II, który jadąc na posiedzenie Sejmu w Warszawie, gdy wysiadał z karety, zawadził o stopień chorą nogą i poważnie ją uszkodził. Rozerwał sobie jakieś naczynia i rana krwawiła. Była połowa stycznia, od tego momentu żył zaledwie dwa tygodnie. Zmarł 1 lutego, a najpierw obficie krwawił. Dzisiaj wiemy, że wystarczy ucisnąć i trzymać ręką krwawiące miejsce, by zapobiec krwotokowi. Ale wtedy nikomu to nie przyszło do głowy, mimo że tylu mądrych cyrulików było obok.

To się działo w Warszawie?

– To się działo, gdy dojeżdżał do Warszawy. Przywieziono go ledwo żywego, rozwinął się poważny stan zapalny, zgorzel stopy postępowała piorunująco. Prawdopodobnie całe podudzie było zajęte. Gangrena. Zgon króla nastąpił w strasznych mękach. Taka jest historia odejścia z tego świata Augusta II, który był silnym mężczyzną i miał niesłychany temperament seksualny. Mówię to z przekąsem, ale w Warszawie twierdzono, że pozostawił po sobie około 300 nieślubnych dzieci. Miał też swoje stałe kochanki, jak mówiono metresy, niektórzy podają, że było ich 9, inni że 11. W każdym razie miał 9 oficjalnych dzieci z nieprawego łoża, które uznał za swoje. Natomiast z prawowitą małżonką Eberhardyną miał jednego syna, który później został królem Polski, Augustem III. Nawiasem mówiąc, jedną z kochanek Augusta Mocnego była szwedzka hrabianka Aurora Koenigsmarck, która urodziła syna, późniejszego marszałka Francji. A ten marszałek z kolei był dziadkiem George Sand, przyjaciółki Chopina. Tak się to plotło w historii, ale przejdźmy do Augusta III.

Ale pominęliśmy Stanisława Leszczyńskiego, wprawdzie królem był zaledwie kilka burzliwych lat, niemniej stał się swego rodzaju prekursorem oświecenia.

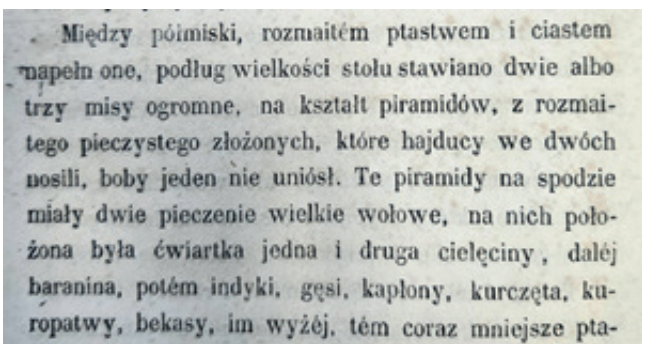
– Chronologia dziejowa to jedna racja, natomiast spójność rodzinna Wettynów zdaje się dominować w charakterystyce epoki. I stąd pozostańmy przy nich, „piastowskiego" króla odkładając na później, gdyż miał wady, ale też liczne przymioty, do dziś znaczące w historii, także Francji. A żył 89 lat, co było rekordem na owe czasy. Natomiast co się tyczy elektorów saskich, to obaj mieli zaburzenia endokrynne, a ten drugi był ucieleśnieniem najgorszych cech władcy....

August III zwany był też Otyłym albo Gnuśnym...

– Określenia były rozmaite. Był nieciekawą postacią tak pod względem umysłowym, jak fizycznym. Miał niedoczynność tarczycy, a w efekcie obrzęk śluzowaty albo jak mówią śluzakowaty. Do tego charakteryzowało go niepohamowane łakomstwo i otyłość. W efekcie miał różne niedyspozycje przewodu pokarmowego, nękały go bóle wątroby, krwawienia z hemoroidów. Miał też podagrę. Był ospały, nic mu się nie chciało, tył stale, zajęty był przede wszystkim samym sobą...

I „robieniem dzieci"?

– Nie miał temperamentu takiego jak ojciec, niemniej spłodził tych dzieci mnóstwo. Mówię z pamięci, chyba 7 synów i 7 córek, ale wszystkie z jedną małżonką Marią Józefą Habsburg. Nie miał kochanek, a jego małżonka była akurat wyjątkowo mało atrakcyjna. Jak on to robił przy tej niezwykłej otyłości? Z czasem zaprzestał wychodzenia ze swojego pokoju, tak był opasły. A że uwielbiał polowania, sprowadzano mu pod okno pałacu w Dreźnie, na dziedziniec, niedźwiedzie, których potrafił ustrzelić nawet sześć w ciągu jednego dnia. Swoją drogą August III podczas 30 lat panowania w Polsce przebywał niespełna 2 lata. Jestem przygotowany na tę rozmowę o czasach saskich, więc pozwolę sobie przytoczyć fragment słynnej książeczki z owych lat, zatytułowanej „Opis obyczajów i zwyczajów za panowania Augusta III", autorstwa ks. Jędrzeja Kitowicza. Wiadomo z niej, jak się objadała w czasach saskich polska szlachta. To kulminacja narodowego obżarstwa i opilstwa. Oto maleńki fragment:



Między półmiski, rozmaitém ptastwem i ciastem napełn one, podług wielkości stołu stawiano dwie albo trzy misy ogromne, na kształt piramidów, z rozmaitego pieczystego złożonych, które hajducy we dwóch nosili, boby jeden nie uniósł. Te piramidy na spodzie miały dwie pieczenie wielkie wołowe, na nich położona była ćwiartka jedna i druga cielęciny, daléj baranina, potém indyki, gęsi, kapłony, kurczęta, kuropatwy, bekasy, im wyżéj, tém coraz mniejsze pta-

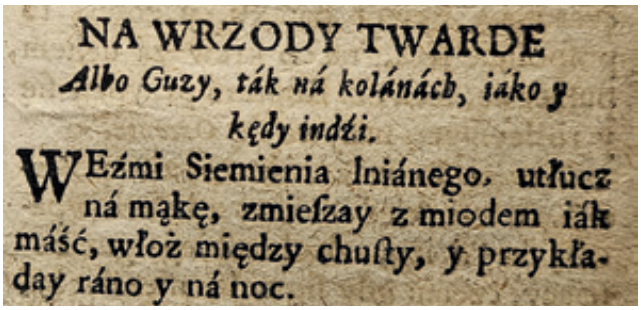
To jest dokument z epoki, tak żarli. Czy w takim razie lekarze byli w stanie utrzymać przy zdrowiu obu tych władców? Nie byli. W wypadku Augusta II w grę wchodziło zaniedbanie. Natomiast co można było zrobić z tym nieszczęsnym

Augustem III? Lekarzy było co niemiara. Wymieniłem tu Christiana Trallesa i jego wnuka Baltazara Ludwika Trallesa. Było ich wielu z Zachodu. Z „ziemi polskiej" był Jan Jerzy Kulmus, brat Adama, wspaniałego gdańskiego lekarza, a także Henryk von Lölhöffel von Löwensprung, dziadek historyka Joachima Lelewela. Jego nazwisko spolszczono dopiero w 1777 roku, kiedy rodzina otrzymała od króla indygenat. Miał szereg wspaniałych pomysłów, m.in. założył w Warszawie prosektorium i rozpoczął wykłady anatomii dla szkolących się cyrulików, z demonstracją na zwłokach straconych przestępców. Tego już społeczność warszawska nie zniosła, wypędzono go, a nauki anatomii zaprzestano. Szkoda, był to uczeń Hermana Boerhaave, słynnego Holendra, który był twórcą medycyny klinicznej, prezentował więc na ziemiach polskich najnowocześniejszą medycynę w Europie.

Równolegle do dworu królewskiego aktywny w sferze medycyny był też dwór Radziwiłłów w Nieświeżu.

– Owszem, konsyliarzami w Nieświerzu było wielu doskonałych lekarzy, chociażby Fryderyk Teodor Oehme, słynny chirurg działający w XVIII w. Konsyliarzem dworu w Nieświeżu był m.in. Kacper Bauhin, ten od zastawki krętniczo-kątniczej Bauhina, przy wyrostku robaczkowym. On był konsyliarzem, ale korespondencyjnie. Jeżdżono do niego i udzielał porad, z czasem jedno ze swych dzieł dedykował Radziwiłłom.

Ale nie rozpraszajmy się, bo mówimy o tych najbardziej światłych na dworze Augusta II, jak i Augusta III. Kolejny, wymagający przypomnienia lekarz warszawski to Wawrzyniec Mizler de Koloff, który założył czasopismo popularnonaukowe „Monitor", był jego redaktorem. Powiedzmy, że nie był stałym lekarzem Augusta III, ale jego konsyliarzem. Dalej koniecznie należy tu wymienić Chrystiana Henryka Kirchheima, który był cyrulikiem cechowym, kształcił się i doktoryzował w Erfurcie. Jego pierwsza rozprawa była o dżumie. To był wyjątkowego charakteru człowiek, uparty i honorowy. Opublikował pierwszy podręcznik anatomii po polsku, „Vade mecum anatomicum", w którym przedstawił m.in. fizjologiczną rolę płuc. Czyli już w roku 1713 znał odkrycia Malpighiego, który opisywał, w jaki sposób dokonuje się w płucach pobieranie powietrza do krwiobiegu, przy czym pierwowzór książki był w języku niemieckim. Jednak on uparł się, że skoro mieszka w Polsce, to rzecz przetłumaczy. I uczył się w tym celu języka polskiego. Ja tu przygotowałem książeczkę jego autorstwa po polsku, gdzie są kapitalne ciekawostki medycyny tamtych czasów, z zaleceniami: „Na smród z nosa", „Na glisty dla dzieci", „Na dworską chorobę", czyli syfilis, „Na głuchotę", „Na gangrenę". „Na powietrze zaraźliwe", „Na świerzb i parchy", „Na wiatry", Na oczy", „Na wypędzenie płodu nieżywego" itd. Jest też „Wódka cyrulicka", ale brakuje mi niestety strony tytułowej. Rzecz została wydana w 1722 roku w formie i kształcie małego modlitewnika. To moim zdaniem najwybitniejszy z wszystkich konsyliarzy z czasów Wettynów.


NA WRZODY TWARDE
Albo Guzy, ták ná kolánách, iáko y kędy indźi.
WEźmi Siemienia Iniánego, utłucz ná mąkę, zmieſzay z miodem iák máść, włoż między chuſty, y przykładay ráno y ná noc.

Z Wikipedii wypisałem kilkanaście innych nazwisk: Remmers, Moehring, Hammen, Cziachowski, Klejnow, Rurock, wspomniany wcześniej Oehme,...

– To byli znakomici lekarze działający w Polsce w owych czasach, ale nie królewscy...

Może więc te czasy saskie nie były takie złe, skoro ich tak wielu?

– Nie charakteryzowaliśmy epoki, a jedynie lekarzy królewskich czasów saskich, przemilczając lata panowania Stanisława Leszczyńskiego, nie mówiąc o oświeceniu, o działalności Komisji Edukacji Narodowej i panowaniu Stanisława Augusta Poniatowskiego. Tym ostatnim władcom trzeba poświęcić odrębne odcinki. Natomiast do charakterystyki epoki dodam, że w takim Krakowie nauczanie medycyny uległo tragicznemu pogorszeniu. Dopiero czasy Andrzeja Badurskiego i Komisji Edukacji Narodowej przyniosły postęp, ale to już druga połowa wieku XVIII, wcześniej panuje regres, ciemnota, zapaść.

Natomiast to, co działo się wokół królów, jest zupełnie inną sprawą. W ich otoczeniu działali najlepsi lekarze, tyle że usług medycznych udzielali najczęściej poza Polską. Taki Jean Lous Petit był jednym z najlepszych w Europie, podobnie liczyli się Jacob Emilian Camuset, lekarz francuski, sprowadzony do Warszawy dla Wettynów, Karol Filip Gesner z Niemiec, Justus Gottfried Guntz, uniwersytecki profesor anatomii i chirurgii w Lipsku, który z królem przebywał głównie w Dreźnie i tam leczył Augusta III. Bywali zatem znakomici, ale nie dla wszystkich.

Rozmawiał: Stefan Ciepły

* Henryk Brühl (1700-1763), gł. minister Augusta III; w 1756 r. zakupił od Ossolińskich pałac, w którym urządził m.in. Ambasadę Rosji; po jego śmierci przebudowany (1787) przez Dominika Merliniego (projektanta Łazienek); podczas zaborów siedziba ks. Konstantego oraz Nowosilcowa; po odzyskaniu niepodległości rezydencja MSZ; w grudniu 1944 r. wysadzony przez Niemców; ob. rozważana odbudowa.

Dla dobra małych pacjentów i polskiej medycyny

Pionierem pediatrii w Polsce był prof. Maciej Leon Jakubowski (1837-1915), rektor UJ, dziś patron krakowskiej OIL. Po nim przyszli inni, m.in. twórcy Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego...

***

Historia Oddziału Krakowskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, spisana z inicjatywy prof. Doroty Drożdż, przewodniczącej Oddziału, w 75. rocznicę jego utworzenia.

Towarzystwo Pediatryczne istnieje w Polsce już ponad 100 lat. Za datę jego powstania uznaje się inauguracyjne posiedzenie Sekcji Lekarzy Pediatrów przy Łódzkim Towarzystwie Lekarskim, zorganizowane 24 października 1908 r. z inicjatywy dr. Józefa Polikarpa Brudzińskiego, który został też pierwszym przewodniczącym Sekcji. W kolejnych latach powstało pediatryczne towarzystwo naukowe i jego oddziały w innych miastach, w tym w Krakowie.

Sekcja Lekarzy Pediatrów była zawiązkiem pierwszego w Polsce i jednego z pierwszych w Europie (po Berlinie – 1883, Paryżu – 1889 i Londynie – 1900 r.) stowarzyszenia pediatrów. Dążono jednak do stworzenia niezależnego, scentralizowanego towarzystwa, formalnie zrzeszającego lekarzy chorób dziecięcych. Z inicjatywy dr. Ludwika Andersa doszło do podpisania projektu takiej ustawy, a następnie, 19 marca 1917 r., zatwierdzenia statutu nowego, naukowo-zawodowego, specjalistycznego stowarzyszenia pod nazwą Polskie Towarzystwo Pediatryczne (1,2), które planowo realizowało swoje cele aż do wybuchu wojny.

W Krakowie tuż po wyzwoleniu spod okupacji hitlerowskiej, 19 marca 1945 r. zainaugurowano rok akademicki i zaraz potem rozpoczęto zajęcia dydaktyczne, m.in. w 40-łóżkowej Klinice Chorób Dzieci, w ramach Katedry Pediatrii mieszczącej się w Szpitalu Dziecięcym przy ul. Strzeleckiej 2. Kierownikiem Katedry i Kliniki został prof. Ksawery Lewkowicz, a od 1 grudnia 1948 r. funkcję szefa Kliniki i Szpitala objął prof. Władysław Bujak. (3). I właśnie z jego inicjatywy ostatecznie we wrześniu 1948 r. powstał Oddział Krakowski PTP. 11 listopada 1948 r., w obecności 28 osób, odbyło się zebranie organizacyjne, podczas którego wybrano Zarząd Oddziału z prof. Bujakiem jako prezesem. Wiceprezesem został doc. Włodzimierz Rawicz-Mikułowski. Liczba zarejestrowanych członków Oddziału wynosiła na początku 26 (2,3).

18 listopada1950 r. kolejnym przewodniczącym został prof. Włodzimierz Mikułowski. Wówczas Oddział liczył już 58 członków. Prof. Mikułowski kierował nim do 1963 r.

W kolejnych latach przewodniczącymi Oddziału Krakowskiego PTP byli profesorowie Jadwiga Sekułowa (1963-1967), Tadeusz Giza (1967-1971), Bogusław Halikowski (1971-1974), Barbara Kańska (1974-1984), Maria Popczyńska-Marek (1984--2010), Krzysztof Fyderek (2010-2019), a od 2019 r. kieruje nim prof. Dorota Drożdż.

W historii PTP Kraków m.in. był kilkakrotnie gospodarzem ogólnopolskich zjazdów Towarzystwa – VIII w 1950 r. (500 uczestników), w 1964 r. XIV Zjazdu Pediatrów w ramach Roku Jubileuszowego 600-lecia Uniwersytetu Jagiellońskiego, w 1989 r. – XXII, w 2013 r. – XXXII (uczestniczyło w nim 1287 osób, w tym 78 proc. stanowili lekarze pediatrzy, 11 proc. lekarze rodzinni i 11 proc. lekarze innych specjalności oraz studenci).

W 1989 r., dzięki prezydenturze prof. Jacka J. Pietrzyka, Kraków był miejscem dorocznego międzynarodowego kongresu European Society for Pediatric Research (ESPR).

Krakowski Oddział PTP działa nieprzerwanie od dziesięcioleci, jedynie w stanie wojennym ograniczył swą aktywność tylko do organizacji szkoleń. Co miesiąc odbywają się zebrania naukowe, czasem, w związku z dużą liczbą „wydarzeń medycznych" w Krakowie, połączone z innymi konferencjami (np. doroczne konferencje Wiosna i Jesień Pediatryczna, Kontrowersje w Pediatrii, Spotkania Chirurgów Dziecięcych z Pediatrami, konferencje Praktycy Praktykom).

Ponieważ celem Towarzystwa jest integracja środowiska pediatrycznego Krakowa i Małopolski, aby umożliwić wszystkim zainteresowanym lekarzom i członkom Towarzystwa udział w zebraniach naukowych, obecnie spotkania te odbywają się hybrydowo, także online.

Liczba członków Oddziału Krakowskiego PTP systematycznie wzrasta, obecnie zrzesza on 150 lekarzy. Członkowie naszego oddziału są nagradzani i wyróżniani za swoją działalność na rzecz dzieci. Z inicjatywy Oddziału wręczane są też nagrody i wyróżnienia dla lekarzy rezydentów za ciekawe prezentacje i wystąpienia na zebraniach i konferencjach naukowych Towarzystwa.Przedstawiciele Oddziału zawsze pełnili ważne funkcje we

władzach Towarzystwa. Profesorowie Władysław Bujak i Maria Popczyńska-Marek byli honorowymi członkami PTP, prof. Popczyńska-Marek była też członkinią Zarządu Głównego, a w latach 1986-1996 wiceprezes Towarzystwa. Prof. Krzysztof Fyderek był członkiem Zarządu Głównego PTP w latach 2011-2015, a w latach 2015-2017 – członkiem Komisji Rewizyjnej. Dr Stanisław Januś był w latach 1987--1991 członkiem Komisji Rewizyjnej ZG PTP.

Przed Towarzystwem i jego krakowskim Oddziałem kolejne wyzwania.

dr Małgorzata Klimek, Ewa Tkaczyk

W przygotowaniu artykułu korzystano m.in. z:
1. Milanowski A., Peregud-Pogorzelski J.; „Sto dziesięć lat Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego", „Przegląd Pediatryczny" 2019; 48; 1; 8-11
2. Mikułowski W.; „Zarys historii Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego", „Przegląd Lekarski" 1971; 3; 293-296
3. Lejmbach Z., „Katedra i Kliniki Pediatrii oraz Polskie Towarzystwo Pediatryczne w okresie XXX-lecia Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej", „Pediatria Polska" 1974, 793-797

Psychologia

Czy lekarz może mieć emocje

czyli o inteligencji emocjonalnej w pracy lekarza

W ostatnich latach, m.in. za sprawą publikacji Daniela Golemana (np. „Inteligencja emocjonalna" 1997), mamy do czynienia z ogromnym wzrostem zainteresowania emocjami i uczuciami. W pracy lekarza inteligencja emocjonalna jest szczególnie istotna, ponieważ w znacznym stopniu decyduje o sukcesie zawodowym oraz o zachowaniu równowagi i zdrowia psychicznego w radzeniu sobie z ogromnym obciążeniem emocjonalnym i stresem.

Inteligencja emocjonalna to odmienny rodzaj mądrości, na którą składają się takie umiejętności jak: samoświadomość, znajomość własnych uczuć oraz umiejętność ich komunikowania, kierowanie i zarządzanie emocjami, które stanowi podstawę sprawnego funkcjonowania społecznego, oraz zdolności empatyczne i umiejętność rozpoznawania uczuć innych. Umiejętności z zakresu inteligencji emocjonalnej niestety nie zawsze są doceniane i odpowiednio rozwijane, a świat emocji ma ogromny wpływ na poczucie własnej wartości, na kreowany wizerunek i zadowolenie, poczucie szczęścia w życiu.

Kompetencje zaliczane do inteligencji emocjonalnej opisuje wielu badaczy. W kontekście pracy lekarzy najbardziej adekwatna wydaje się koncepcja wyróżniająca trzy główne grupy kompetencji:

Kompetencje psychologiczne (relacje z samym sobą), m.in.:

– samoświadomość: np. umiejętność rozpoznawania własnych stanów emocjonalnych, wiedza o własnych uczuciach, wartościach,

– samoocena: np. poczucie własnej wartości, świadomość swoich możliwości oraz ograniczeń, umiejętność weryfikowania własnych potrzeb niezależnie od sądów innych ludzi,

– samokontrola: np. zdolność świadomego reagowania na bodźce zewnętrzne, umiejętność radzenia sobie ze stresem i kształtowania własnych emocji w zgodzie z samym sobą.

Kompetencje społeczne (relacje z innymi), m.in.:

– empatia,

– postawa nastawiona na pomaganie i wspieranie innych osób; zdolność odczuwania i rozumienia relacji społecznych,

– asertywność,

– perswazja: umiejętność wywoływania u innych pożądanych zachowań i reakcji, czyli wpływania na innych, zdolność łagodzenia konfliktów;

– przywództwo: m.in. zdolność tworzenia wizji i pobudzania ludzkiej motywacji do jej realizacji,

– współpraca: zdolność tworzenia więzi i współdziałania z innymi,

– umiejętność pracy w grupie na rzecz osiągania wspólnych celów.

Kompetencje prakseologiczne (inaczej kompetencje działania – nasz stosunek do zadań), m.in.:

– motywacja: własne zaangażowanie, skłonności emocjonalne, które prowadzą do nowych celów lub ułatwiają ich osiągnięcie, umiejętność dążenia do sukcesu, inicjatywa i optymizm,

– zdolności adaptacyjne: np. elastyczność w dostosowywaniu się do zmian w otoczeniu, zdolność działania i podejmowania decyzji pod wpływem stresu,

– sumienność, umiejętność czerpania zadowolenia z wykonywanych obowiązków, konsekwencja w działaniu, w zgodzie z przyjętymi przez siebie standardami. (m.in. Goleman 1997, 2016, Krokowski 2004)

Skąd się biorą emocje?

Emocje rodzą się w mózgu człowieka i są pewnego rodzaju informacją. Mózg syntezuje to, co myślimy o faktach, w subiektywną rzeczywistość wewnętrzną i właśnie

ta rzeczywistość wywołuje nasze uczucia i działania. Każdą sytuację oceniamy na jeden z trzech sposobów: jako pozytywną dla naszego istnienia, naszych celów (powstają wtedy emocje pozytywne), jako negatywną (pojawiają się emocje negatywne) oraz jako neutralną. Istnieje zatem ścisła korelacja pomiędzy naszym sposobem myślenia a emocjami, jakie odczuwamy. Jeśli nasze myślenie jest negatywne, nasze emocje też będą negatywne.

Emocje są bodźcami do działania i podtrzymywania życia. Możemy próbować je ignorować, ale to nie działa. Możemy starać się je ukrywać, ale nie wychodzi nam to tak dobrze, jak sądzimy. Dobre decyzje muszą zawierać w sobie komponent emocjonalny, by były autentyczne i zgodne z naszymi potrzebami. Dzięki emocjom mobilizujemy się do podejmowania konkretnych działań, mimowolnie z minimalnym udziałem świadomości, podczas gdy racjonalne myślenie o podjęciu decyzji wymaga często o wiele więcej czasu. Emocje pojawiają się wtedy, gdy dzieje się dla danej osoby coś istotnego, uruchamiają się automatycznie i powodują reakcje fizjologiczne w naszym ciele i niejako przygotowują daną jednostkę do działania. Ich trwałość jest jednak krótka, bowiem szybko tracą na intensywności i wyczerpują się. Czasem jednak, na skutek przeżytej traumy, uszkodzenia mózgu lub wychowania w chłodzie emocjonalnym obserwujemy zjawisko zwane **aleksytmią**, czyli brakiem dostępu do własnych emocji. Aleksytmię można określić jako pewnego rodzaju analfabetyzm emocjonalny, brak świadomości emocjonalnej oraz nieumiejętność komunikowania, rozpoznawania oraz nazywania swoich emocji.

Różnorodność emocjonalna, czyli emocjonalny ekosystem lekarza

Przez lata badań nad emocjami obserwujemy pewnego rodzaju ewoluowanie podejścia do przeżywania emocji. W ostatnich latach coraz więcej mówi się o koncepcji emocji mieszanych, bo przecież każdy człowiek doświadcza całego spektrum uczuć. Pojawiła się koncepcja różnorodności emocjonalnej (emoróżnorodności – ang. *emodiversity*). Jest to nazwa, którą badacze nadali umiejętności doświadczania szerokiego zakresu emocji. Badania (przeprowadzone w 2014 r. na dużej grupie Belgów i Francuzów) wskazują, że wręcz rozkwitamy i mamy większy poziom dobrostanu, gdy przeżywamy pełen zakres uczuć – od niepokoju i smutku po radość i wdzięczność.

Jak zarządzać i regulować swoje emocje?

Inteligentne zarządzanie emocjami oznacza umiejętne kierowanie nimi tak, aby zachować nad nimi kontrolę i równowagę emocjonalną. Regulacja emocji to coś, czego się uczymy – najczęściej w dzieciństwie, poprzez interakcje z rodzicami, opiekunami, rówieśnikami i innymi dorosłymi, a następnie przenosimy te schematy na życie dorosłe. Jeśli jesteśmy w równowadze emocjonalnej i mamy poczucie, że doświadczamy całego spektrum emocji w sposób świadomy, jesteśmy bardziej skuteczni i produktywni w działaniu i mamy poczucie skuteczności własnego działania.

W literaturze najczęściej wyróżniamy dwa rodzaje strategii regulacji emocjonalnej: adaptacyjne i nieadaptacyjne. Strategie adaptacyjne wpływają na zmianę zachowania w trudnych i przykrych sytuacjach. Wyróżniamy wśród nich: akceptację, koncentrację na planowaniu, koncentrację na czymś pozytywnym, czyli myślenie o przyjemnych i radosnych rzeczach i zdarzeniach, zamiast rozmyślania o tym, co się właśnie stało – czyli próba znalezienia pozytywnej wartości w negatywnym zdarzeniu.

Z kolei strategie nieadaptacyjne, które niestety często stosujemy, to takie, które prowadzą do usztywnienia zachowania i w konsekwencji zagrażają zdrowiu psychicznemu jednostki. Wśród najczęściej stosowanych wyróżniamy: obwinianie siebie – przypisywanie sobie winy za to, co się wydarzyło; projektowanie winy na innych, ruminację, czyli ciągłe myślenie i przeżywanie uczuć związanych z negatywnym zdarzeniem, oraz katastrofizację.

W pracy lekarza obserwujemy zatem dwa sposoby regulacji emocjonalnej:

- reaktywna (dystansowanie emocjonalne)
- proaktywna (świadomość emocjonalna), która w zdecydowanie bardziej pozytywny sposób wpływa na dobrostan.

Jak zatem w praktyce regulować emocje w sposób adaptacyjny?

Zarządzanie i regulację emocjonalną należy rozpocząć od akceptacji wszystkich pojawiających się emocji bez klasyfikowania ich na dobre i negatywne. Akceptacja pojawiających się emocji to jedno z głównych założeń coraz bardziej popularnej oraz potwierdzającej swą skuteczność terapii ACT – Terapia Akceptacji i Zaangażowania, która zakłada, że zdrowie psychiczne nie polega na braku negatywnych myśli i przykrych uczuć, niezależnie od ich źródła, lecz na poczuciu prowadzenia życia zgodnego z własnymi wartościami. Unikanie bowiem doświadczania, czyli ucieczka przed własnymi uczuciami i walka z zawartością własnego umysłu, pochłania czasem całą energię i organizuje większość czasu. Gdy zaczynamy rozpaczliwie unikać tego, czego nie chcemy czuć lub myśleć, łatwo możemy zapomnieć o tym, czego tak naprawdę pragniemy i co jest dla nas ważne.

Akceptacja własnych myśli, uczuć i doznań fizycznych oznacza zgodę na doświadczanie również tego, co może

być trudne i nieprzyjemne. Akceptacja nie oznacza jednak aprobaty lub rezygnacji czy poddania się nieuchronności zdarzeń. To po prostu wolny i w pełni świadomy wybór doświadczania tego, co trudne i nieprzyjemne wtedy, gdy doświadczenie takie jest zgodne z własnymi wartościami i osiąganiem własnych, osobistych celów. Warto zatem zrozumieć, że pewne bodźce sprzyjają określonym emocjom i jest to zjawisko nieuniknione. Jeśli odczuwamy strach, to jest to pewnie odpowiedź na rzeczywiste lub wyobrażone zagrożenie. Gdybyśmy tego rodzaju emocji nie doświadczali, łatwo popadalibyśmy w lekkomyślne, zagrażające życiu zachowanie. Gniew czy złość również mogą być reakcją obronną. Dlatego też nie można dzielić emocji na „dobre" i „złe". Należy zrozumieć, że wszystkie są mniej lub bardziej pożyteczne.

Aby nauczyć się radzić sobie z nimi, ważne jest, aby dowiedzieć się, jak interpretować to, co każda z nich chce nam przekazać. Emocje w pewnym uproszczeniu mówią nam, że stoimy przed jakimś zadaniem lub problemem, które w jakiś sposób należy rozwiązać. Zarządzanie emocjami to również zezwolenie na ich świadome odczuwanie. Niestety, w trakcie edukacji medycznej nie uczono kandydatów na lekarza, jak radzić sobie z emocjami. Przeciwnie, często panuje przekonanie, że warto pewnych emocji i uczuć unikać. A tłumienie emocji często prowadzi do zaburzeń lękowych i depresyjnych. Brak akceptacji powoduje, że możemy w dysfunkcyjny i nieadekwatny sposób zachowywać się w różnych sytuacjach, odreagowując wcześniej skumulowane emocje.

Akceptacja własnych emocji to zatem pierwszy krok do ich regulacji. Kolejnym etapem jest ich **zrozumienie**, które wymaga uważnej obserwacji siebie i swoich zachowań. Uważność pozwala już niejako regulować i modulować przeżywane uczucia. Jeśli z uwagą przeanalizujesz, co czujesz, i określisz, jakie to uczucie i z czego wynika, to poddajesz swoje emocje pewnego rodzaju obróbce, która jest już elementem zarządzania własnymi emocjami.

Jak już wspomniałam wcześniej, emocje są konsekwencją naszych myśli, które nie są niczym innym, jak naszą interpretacją odbieranej rzeczywistości. Jeśli na przykład przychodzi do nas pacjent, który jest poirytowany, nieuprzejmy, to możemy to zachowanie zinterpretować w różny sposób. Możemy pomyśleć, że jest to atak agresji w naszą stronę i pojawi się np. refleksja: „Ja się staram, jak mogę, by pomóc pacjentowi, a on jest niewdzięczny i agresywny". Jeśli pojawi się taka myśl, to konsekwencją będzie odpowiednia emocja. Prawdopodobnie pojawi się frustracja, agresja lub zniechęcenie. A jeśli pomyślelibyśmy: „Pacjent jest nieuprzejmy, wręcz agresywny, bo z pewnością jest przerażony swoją chorobą albo koniecznością przebywania w szpitalu", to jakie emocje będą temu towarzyszyć? Z pewnością będą one inne niż frustracja czy agresja. **Tak naprawdę nie ma znaczenia, dlaczego pacjent jest nieuprzejmy – ważne jest, jak Ty zinterpretujesz tę sytuacje, to Twój wybór, co pomyślisz i jak się poczujesz, a w konsekwencji jak się zachowasz i na ile zadbasz o swoje zdrowie psychiczne.**

Model ABCD emocji

A	B	C	D
fakt	myśl	emocja	zachowanie

To prosty schemat zaczerpnięty z psychologii behawioralno-poznawczej. Regulacja emocji to wybór, jakie emocje odczuwamy. Dlatego kolejną sprawą, niezwykle istotną, jest wzbudzanie nieufności wobec własnych myśli, które nie zawsze są odbiciem obiektywnej prawdy, a jedynie subiektywną interpretacją postrzeganej rzeczywistości. Nasze myśli są wynikiem naszych przekonań, które często w zupełnie nieświadomy sposób prowadzą do różnego rodzaju błędów i pułapek poznawczych. Warto poświęcić chwilę na refleksję i zadać sobie pytanie, czy Twoje życie toczy się wokół ważnych dla Ciebie wartości, czy znasz swoje wartości, czy pozwalasz, by wyznaczały kierunek Twoich działań? A jeśli nie, to z jakiej mapy korzystasz? Jakie są Twoje przekonania, czy są wspierające, czy raczej ograniczające rozwój ?

Świadomość siebie pozwala nam lepiej reagować na sytuacje, w których się znajdujemy, i w bardziej uważny sposób zarządzać swoją energią emocjonalną.

Alicja Gałązka

Jeśli chcesz dowiedzieć się więcej o tym, jak zarządzać swoim kapitałem emocjonalnym, zapraszam na szkolenia, które odbywają się w Okręgowej Izbie lekarskiej w Krakowie oraz w Delegaturze OIL w Krośnie

Bibliografia (wersja skrócona):
1. Bar-On R., Parker J.D.A. (red.), The handbook of emotional intelligence,
2. Garnefski N., Kraaij V., Spinhoven Ph., Negativ life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personalisty and Individual Differences
3. Goleman D., Inteligencja emocjonalna
4. Goleman D., Inteligencja emocjonalna w praktyce
5. Krokowski M. i Rydzewski P., Inteligencja emocjonalna
6. Mayer J. D., Salovey P., Czym jest inteligencja emocjonalna?
7. Sluyter D.J. (red.), Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna

Dwa gwizdki i DEMO-pułapka

Prawidłowe przekazanie informacji i jej właściwe zrozumienie mają kluczowe znaczenie we wszelkich działaniach, również w opiece zdrowotnej. Nawet najbardziej kompetentny lekarz, dysponujący wymaganą wiedzą, może spowodować zdarzenie niepożądane, podejmując decyzję w oparciu o błędne lub błędnie odebrane informacje o stanie pacjenta. Błędny odbiór informacji często bywa wymuszony przez źle zaprojektowany interfejs informacyjny lub okoliczności zakłócające odbiór informacji.

Błędne odebranie istotnej informacji	Decyzja adekwatna do odebranej informacji	Zdarzenie niepożądane KATASTROFA
Przykład* Glukometr wskazuje 55 mg%	Lekarz odczytuje 55 mmol/l	Lekarz zaleca podanie insuliny

*Podobne przypadki zdarzały się we Włoszech, gdzie glikemię oznaczano w mg%, a jeden z 6 dostępnych glukometrów należało zaprogramować przed badaniem: mg% lub mmol/l.

Wśród cech prawidłowej informacji i warunków jej prawidłowego odbioru można wymienić:

– dostępność (wiem, gdzie szukać);

– zwięzłość i treściwość;

– zrozumiałość: język powszechnie zrozumiały przez potencjalnych odbiorców, z unikaniem wyrażeń slangowych, akronimów, symboli cyfrowych i cyfrowo-literowych (o ile to możliwe);

– przejrzysty układ;

– czytelność liternictwa i pisma ręcznego.

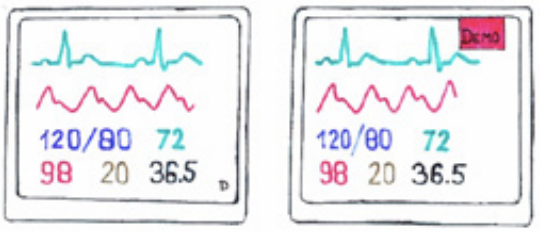
Warunki akustyczne i oświetlenie otoczenia nie powinny utrudniać odbioru, maskować i zniekształcać sygnałów. Duży problem występuje w przestrzeniach nasyconych aparaturą. Zwykle większość urządzeń wyposażona jest w sygnały alarmowe. Zdarza się, że kilka z nich zadziała jednocześnie. Wskazane jest, aby alarmowi dźwiękowemu towarzyszył sygnał świetlny pozwalający na lokalizację alarmu. Inne czynniki środowiska też mogą odgrywać rolę. Silne wibracje (śmigłowiec) mogą utrudniać lub uniemożliwiać odczytanie informacji.

Szczególny przypadek przekazu istotnej informacji opisał Melchior Wańkowicz w książce „Monte Cassino": Odprawa przed atakiem na S. Angelo. Na pytanie jednego z oficerów: „Jakie będą sygnały umowne?", dowódca natarcia, major Baczkowski, odpowiada: „DWA GWIZDKI. To będzie znaczyło – NAPRZÓD!"

Jeszcze przykład medyczny. Pragnę zwrócić uwagę Państwa na programy DEMO, w które wyposażone są zwykle skomplikowane systemy medyczne. Programy DEMO są bezcenne dla edukacji użytkowników, mogą być jednak w niektórych przypadkach przyczyną zdarzeń niepożądanych.

Szpital za oceanem. Nieprzytomny pacjent jest przewożony z sali szpitalnej na OIOM. Ma podłączone dwie pompy infuzyjne i jest monitorowany. Monitor wskazuje stale 120/80 mmHg i 72/min. Pielęgniarka zwraca się do towarzyszącego jej studenta: „Wyjątkowo stabilny". Student (4. roku) policzył oddechy – 24/min wydało mu się zbyt dużo. Na OIOM stwierdzono: 80/60mmHg i 140/min. System pracował w trybie DEMO. Świadczyła o tym bardzo mała litera D w dolnym prawym rogu. Nikt jej nie zauważył.

Zalecam Koleżankom i Kolegom dużą ostrożność wobec takich urządzeń. Informacja o trybie DEMO powinna – przepraszam za wyrażenie – „walić po oczach".



Oba monitory pracują w trybie DEMO. By to stwierdzić, w przypadku monitora po prawej stronie wystarczy jeden rzut okiem (rys. J. Pokorski).

U nas w kraju też zdarzały się podobne przypadki. Od serwisanta EKG dowiedziałem się, że w jednej z przychodni dużego, uniwersyteckiego miasta aparat EKG przez tydzień powtarzał ten sam zapis z pamięci urządzenia. Informacja o trybie pracy była „skutecznie" ukryta pomiędzy innymi, dotyczącymi prędkości przesuwu taśmy, cechy, filtrów.

Jeszcze raz o wojsku. Obowiązuje tam zasada powtórzenia rozkazu po jego otrzymaniu. Wydający rozkaz ma się przekonać, że został właściwie zrozumiany. Znany jest mi przypadek dożylnego podania niemowlęciu zawartości strzykawki, która miała pójść do PEG-u. Być może zasada powtórzenia otrzymanego polecenia mogłaby temu zapobiec.

Janusz Pokorski

Balonem nad Alpami

Marzycie czasami o tym, by wznieść się w przestworza i zapomnieć o przyziemnych kłopotach? Jeżeli tak, powinniście koniecznie wybrać się do Filzmoos, austriackiej wioski u podnóża Alp, skąd startują balony na ogrzewane powietrze. Spróbowałam i daję słowo, że to niezwykle ekscytujące przeżycie.

O tym, żeby przelecieć się balonem, myślałam od dłuższego czasu. Ale nie interesował mnie taki przywiązany do liny, którym można wznieść się choćby nad Krakowem. Chciałam pofrunąć w podniebne przestrzenie jak bohaterowie książki Juliusza Verne'a, którzy przemieszczali się powietrzną drogą nad Afryką. Po co jednak wybierać się tak daleko, kiedy można zrobić to o wiele bliżej i w równie ciekawych, a może i ciekawszych okolicznościach przyrody. Wystarczy wybrać się do Filzmoos, miejscowości położonej na ziemi salzburskiej, gdzie na spragnionych mocnych wrażeń przyjezdnych czekają gotowe do startu balony. Należy tylko nieco wcześniej zarezerwować przez internet lot i już niezapomniane przeżycie mamy w zasięgu ręki.

Balony nadmuchiwane są od rana. Kiedy doszłam do miejsca, gdzie miała zacząć się przygoda, stały one już na uwięzi, a w środku buchał ogień, dzięki któremu za chwilę unieśliśmy się do góry. Na początek jednak trzeba było usadowić się w wiklinowym koszu, podzielonym na cztery komory. W każdej mieściło się kilka osób. Start był niezwykle łagodny. Balon unosił się powoli, tak że najpierw mogliśmy zaglądać do okien ludziom mieszkającym w pobliskich domach. Za chwilę oglądaliśmy już tylko dachy budynków i konary drzew, które oddalały się coraz bardziej. Nie było to na tyle gwałtowne, by odczuwać zaniepokojenie.

Bardziej niż wysokości obawiałam się zimna, które może panować na górze. Okazało się jednak, że używany przez sterującego pilota ogień ogrzewa nas na tyle mocno, że co niektórzy zaczęli rozpinać kurtki. Gorzej było z nogami, które nieco mi zmarzły, mimo że przewidująco ubrałam grube skarpety. Ale kto by zwracał uwagę na takie drobiazgi, kiedy z minuty na minutę wznosiliśmy się coraz wyżej, a przed naszymi oczami zaczynały się roztaczać tak niesamowite widoki, że rozgadane do tej pory, międzynarodowe towarzystwo z wrażenia ucichło.

Niczym na filmowym ekranie wyłaniały się przed nami górskie pasma, pokryte idealnie białym śniegiem. Takiej wyrazistości kolorów chyba nigdy wcześniej nie widziałam. Nie widziałam też z bliska szczytów gór. Owszem, lecąc samolotem nad Alpami, można czasami dojrzeć przez okienko ich fragmenty, ale to zupełnie co innego. Teraz, unoszeni prądami wiatru, podlatywaliśmy do skalistych wierzchołków Dachsteinu i Bischofsmütz, mając je na wyciągnięcie ręki. Na ich stokach lśniły w słońcu niedostępne dla zwykłego turysty miejsca, które rozbudzały moją wyobraźnię i marzenia o zdobyciu tego, co nieosiągalne. Szczególnie, kiedy przekroczyliśmy magiczną wysokość 3 tys. metrów, o czym z dumą poinformował nas pilot sterujący balonem.

Niebawem trzeba było jednak wracać na ziemię. By to było możliwe, pilot musiał znaleźć odpowiednie prądy powietrza. Obiecał, że lądowanie będzie łagodne. Mieliśmy tylko trzymać się specjalnych otworów na ręce, gdyby doszło do jakiegoś niekontrolowanego huśtania. Nic takiego się nie stało i nikomu z pasażerów uśmiech nie zszedł z twarzy do końca lotu, zakończonego przed oborą miejscowego rolnika, który zdawał się być przyzwyczajony do tego typu sytuacji.

A nas czekał jeszcze chrzest i wręczenie certyfikatu przelotu balonem nad Alpami, co oczywiście nie mogło obyć się bez kieliszka prosecco. Potem nastąpiły dyskusje, co zrobić

z tak pięknie rozpoczętym dniem. Na szczęście we Filzmoos atrakcji nie brakuje. Oczywiście główną są stoki narciarskie, które może nie zajmują tu jakichś gigantycznych przestrzeni, jednak by cieszyć się białym szaleństwem, absolutnie wystarczają 20-kilometrowe trasy, o zróżnicowanym poziomie trudności. Kilka z nich przystosowanych jest dla dzieci, które z radością mijają bajkowe przeszkody, stawiając tu pierwsze kroki na deskach.

Gdyby komuś jeszcze to nie wystarczyło, można pojeżdżać specjalnym torem na sankach albo wyruszyć z przewodnikiem na ekscytującą wyprawę na rakietach śnieżnych. Maszeruje się wówczas poza trasami, po śnieżnobiałym puchu, podziwiając dziką przyrodę tutejszych gór. A wieczorem można wsiąść do sań i wybrać się w świetle księżyca na konny kulig, który wiedzie przez uśpiony las aż pod majestatyczną górę Bischofsmütz. W tamtejszej gospodzie czekają na przybyszy regionalne dania, wśród których króluje dziczyzna. Wegetarianie powinni skosztować Käsespätzle, czyli austriackich kluseczek z serem i przysmażaną cebulką. Po tylu atrakcjach smakuje jak nic na świecie.

Tekst i zdjęcie Magda Huzarska-Szumiec

Pamięci Profesora Tempki

1 lutego w holu Nowego Domu Zdrojowego w Krynicy-Zdroju odsłonięto tablicę upamiętniającą 50. rocznicę śmierci prof. Tadeusza Tempki. Inicjatorem wydarzenia był prof. Artur Jurczyszyn z Katedry i Kliniki Hematologii UJ CM, który również wygłosił tego dnia wykład pt. „Profesor Tempka – wybitny lekarz i wszechstronny uczony". Natomiast laudację wygłosił prof. Ryszard W. Gryglewski, kierownik Katedry Historii Medycyny UJ CM.

W uroczystości wzięli udział m.in. Marcin Krzemiński, prezes Uzdrowiska Krynica Żegiestów, burmistrz Krynicy-Zdroju Piotr Ryba, prof. Stanisław Kwiatkowski, pełnomocnik prorektora UJ CM, doktor Ewa Svejda-Hutnikiewicz, małopolska konsultant w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej, a także Teresa Jaromin, siostra oddziałowa w Nowym Domu Zdrojowym, która współpracowała z prof. Tempką, oraz pamiętający jego wykłady lekarze Uzdrowiska.

Tadeusz Tempka (1885-1974) był lekarzem i wybitnym naukowcem, autorem około 100 publikacji, poliglotą. Wydział Lekarski UJ ukończył w 1909 r. Od 1925 r. pracował w I Klinice Chorób Wewnętrznych UJ. Badania, które prowadził przed wojną, były przełomowe i uznawane w Europie. W 1939 r., w ramach Sonderaktion Krakau, został aresztowany i przewieziony do obozu koncentracyjnego w Sachsenhausen, z którego został uwolniony w lutym 1940 r. Po wojnie kierował II Kliniką Chorób Wewnętrznych i przyczynił się do powstania Polskiego Towarzystwa Hematologicznego. Jest autorem pierwszego polskiego podręcznika do hematologii.

Miał także olbrzymie zasługi w dziedzinie balneologii i lecznictwa uzdrowiskowego. W 1937 r. założył ,,Acta Balneologica Polonica". Po wojnie objął patronatem naukowym sanatorium Lwigród w Krynicy. W 1954 r. zorganizował Ośrodek Naukowo-Badawczy Chorób Wewnętrznych

w sanatorium Nowy Dom Zdrojowy. Praca naukowa profesora dotyczyła również leczniczych właściwości wód mineralnych. W Nowym Domu Zdrojowym funkcjonował 30-łóżkowy oddział szpitalny, gdzie pacjenci byli kierowani z krakowskiej kliniki w celu kontynuacji leczenia. Prof. Tempka badał ich osobiście, zwykle dwa razy podczas turnusu, natomiast codzienny nadzór nad oddziałem sprawowali inni lekarze. Krynica upamiętniła już raz zasługi profesora nadając jednemu ze źródeł imię – Tadeusz.

Jak napisał w monografii dr D. Reśko: ,,Przez prawie 50 lat prof. Tempka transmitował Krynicy uniwersytecką wiedzę lekarską oraz swym autorytetem naukowym utrwalał i nobilitował wysoki poziom tutejszej balneologii; woda nazwana imieniem Tadeusz symbolicznie spłaca profesorowi uzdrowiskowy dług".

(źródło: www.uzdrowisko-krynica-zegiestow.pl)
Fot. Ewa Svejda-Hutnikiewicz

Melvyn Conroy

Nazistowska eugenika. Prekursorzy, zastosowanie, następstwa

Brytyjski lekarz i antropolog, znany również jako prekursor badań nad inteligencją Francis Galton, *nota bene* kuzyn Karola Darwina, jednym z kluczowych przedmiotów własnych poszukiwań naukowych uczynił problem miejsca, jakie zajmuje człowiek w świecie przyrody. Pod wpływem lektury darwinowskiej książki „O pochodzeniu gatunków", wydanej w 1859 r., Galton zaczął rozważać, czy oprócz cech fizycznych człowiek może również dziedziczyć po swoich rodzicach cechy charakteru i inteligencję, ostatecznie dochodząc do wniosku, że tak jest w istocie.

W 1883 r. ukazała się jego praca zatytułowana „O ludzkich zdolnościach i ich rozwoju", prezentująca poglądy, które autor określił mianem eugeniki, wywodząc je z greckiego słowa *eugenes*, co tłumaczył jako „dobry z pochodzenia". W eugenice Galton widział nową naukę opisującą warunki dla zapewnienia zdrowego i dominującego pod względem intelektualnym potomstwa, co w konsekwencji miało wzmocnić i zapewnić pomyślność gatunku. Tak ogólnie nakreślona idea stała się przedmiotem dyskusji nie tylko w kręgu przyrodników, lecz weszła w obieg społeczny, nieco później i polityczny, przybierając różne formy. Jest to o tyle zrozumiałe, że od samego początku eugenika nie miała uściślonej definicji.

Działania przynależne higienie lekarskiej, zwalczanie chorób społecznych, w tym wenerycznych, wychowanie dzieci czy propagowanie zachowań prozdrowotnych były stałym przedmiotem zainteresowania eugeników zarówno w Europie, jak i Stanach Zjednoczonych już u schyłku XIX wieku. Przy czym dominujący, przynajmniej na początku, był nurt tzw. eugeniki pozytywnej, dążącej do wzmacniania tych działań, które w założeniu miały działać korzystnie na rozwój człowieka. O wykluczeniu i eliminacji jednostek początkowo nie było mowy, przynajmniej nie oficjalnie. Do czasu. Wszak już Galton wspomina o tzw. eugenice negatywnej. Wizja zdrowego i rozumnego społeczeństwa, dana już starożytnym, była kusząca, stając się dla wielu nadrzędnym celem, jaki winien przyświecać wszystkim, co wymagało nie tylko ciężkiej pracy uświadamiającej, ale również gotowości do ograniczenia, a nawet rezygnacji z szeregu praw przynależnych każdemu człowiekowi. W USA stopniowo w kolejnych stanach przyjmowano zakaz udzielania ślubu osobom cierpiącym na epilepsję, by w latach 20. XX wieku, wykorzystując argumentację eugeniczną, ograniczyć liczbę przybywających do Ameryki Północnej emigrantów. W 1927 roku stan Wirginia uzyskał prawo przymusowej sterylizacji osób, które komisyjnie uznano za niedostosowane lub nieprzydatne społeczeństwu. Eugenika stawała się narzędziem inżynierii społecznej i uzasadnieniem dla procedur medycznych, na które wcześniej nie byłoby przyzwolenia. Podobne mechanizmy „eugenicznej selekcji" i „sterylizacyjnej eliminacji z kręgu społeczeństwa" wykorzystywano m.in. w Szwecji, Norwegii oraz Danii. Najgroźniejsze wcielenie eugenika zyskała w hitlerowskich Niemczech.

Książka Melvyna Conroya jest właśnie poświęcona źródłom narodzin i ewolucji ruchu eugenicznego w III Rzeszy, akceptacji wśród jego zwolenników i propagatorów metod fizycznej eliminacji tych, których uznano za nieprzystających do kryteriów rasowych, prawnym i organizacyjnym podstawom wprowadzania „eugeniki urzędowej", wraz z omówieniem kolejnych etapów wprowadzania kryteriów, jakie przyjmowano dla metod przymusowej separacji, sterylizacji, wreszcie eutanazji. Conroy w schemacie wprost ewolucyjnym pokazuje, jak przy zachowaniu zewnętrznych pozorów argumentów naukowych, w zgodzie z zasadami przyjętej oficjalnie w Niemczech doktryny higieny rasowej budowano uzasadnienie dla ludobójstwa. Takie były źródła Akcji T-4, w ramach której postanowiono pozbawić życia pacjentów niemieckich klinik psychiatrycznych oraz osoby obarczone nieuleczalnymi wadami wrodzonymi. Doświadczenia wykorzystano w organizowaniu planowej zagłady psychicznie chorych i niepełnosprawnych więźniów obozów koncentracyjnych. Ta akcja ukrywała się pod kryptonimem 14f13. Nie ulega też wątpliwości, że obie powyższe wiązały się z Akcją Reinhardt, czyli zagładą ludności żydowskiej na terenie Generalnego Gubernatorstwa oraz Okręgu Białostockiego.

Conroy podjął się również zadania sportretowania, w formie krótkich biogramów, sylwetek osób, których poglądy lub działania przyczyniły się do wprowadzenia zasad eutanazji negatywnej na niespotykaną wcześniej skalę, przybierając ostatecznie formę zorganizowanej i upaństwowionej zbrodni. Rzecz z pewnością warta uwagi. Ku przestrodze.

Ryszard W. Gryglewski

Melvyn Conroy, „Nazistowska eugenika. Prekursorzy, zastosowanie, następstwa", tłum. z ang. Wydawnictwo Sonia Draga, Katowice 2021, s. 662.

Magda Huzarska-Szumiec

Niusia z listy Schindlera. Historia ocalenia

Czy utratę węchu można przyjąć ze spokojem, a nawet swego rodzaju radością? Można, jeśli przez całe życie prześladuje cię zapach palonego ciała, pojawiający się nagle i przywołujący najtragiczniejsze wspomnienia z dzieciństwa. To właśnie przydarzyło się Niusi Horowitz-Karakulskiej, bohaterce książki Magdy Huzarskiej-Szumiec „Niusia z listy Schindlera. Historia ocalenia", jednej z ostatnich żyjących osób uratowanych przez Oskara Schindlera.

„Niusia..." jest prawdziwą historią małej dziewczynki i jej żydowskiej rodziny, która nie chciała się poddać hitlerowskiej zagładzie. Opowieść zaczyna się jednak od pewnego powojennego zdarzenia, kiedy to dorosła, zamężna już Niusia (właściwie Bronisława, lecz pani Niusia nienawidzi tego imienia i nigdy nie chciała go używać) na skutek wypadku traci węch. Pomoc ma natychmiastową, konsultacji wiele, bowiem mężem pani Bronisławy jest (do dziś już od ponad 68 lat) doktor Tadeusz Karakulski, krakowski lekarz radiolog, którego być może niektórzy nasi starsi czytelnicy znają osobiście. Diagnoza powinna przerazić, lecz nie Niusię.

Pamięć zapachów i tak pozostanie. Jej rodzinny dom w Krakowie pachniał przed wojną chałką i przysmażaną wątróbką. Smakowicie pachniały też bułeczki z makiem i karp po żydowsku. Nagle ulubione zapachy zniknęły, pojawiły się inne, obce, złe. Runął znany świat. Jednak z perspektywy małej dziewczynki nie 1 września 1939 roku, ale w chwili, gdy jeden z wściekłych hitlerowców, którzy wpadli do mieszkania zajmowanego przez jej rodzinę na trzecim piętrze kamienicy na Kazimierzu, wyrzucił przez okno ukochaną zabawkę – małą przyjaciółkę ze szmacianą buzią. Niusia miała wtedy siedem lat. Do dziś pamięta każdy szczegół krakowskiego stroju swojej lalki, jej piękne czerwone korale. Pamięta, że właśnie wtedy, gdy zabrano jej tę lalkę, zaczęła się dla niej wojna. Skończyło się dzieciństwo. Potem świat kończył się każdego dnia. Krakowskie getto, obóz w Płaszowie, Auschwitz. Ludzie, którzy byli obok i których nie było. I wciąż ten zapach śmierci...

Holokaust widziany oczami dziecka musi przerażać, jednak nie jest to historia zagłady. To także opowieść o przynoszącej ocalenie woli życia, walce o każdy kolejny dzień i życiu na nowo. Magda Huzarska-Szumiec nadaje wspomnieniom pani Niusi również taki wymiar. Historia się nie kończy, trwa do dzisiaj, choć bohaterka przez wiele lat nikomu nie chciała jej opowiadać. Dopiero spotkanie ze Stevenem Spielbergiem, kiedy przyjechał do Krakowa kręcić „Listę Schindlera", i wizyta na planie filmu przekonały panią Niusię, że nie może dalej milczeć. Mimo ponad 90 lat, wciąż spotyka się więc z młodymi ludźmi, „żeby historia nigdy się już nie powtórzyła".

Magdzie Huzarskiej-Szumiec opowiedziała także o swoim kolejnym życiu, tym szczęśliwym. Na przykład jak psocili zaraz po wojnie jej młodszy brat Ryszard Horowitz i jego przyjaciel Roman Polański czy jak z Tadeuszem długo ukrywali swą miłość przed rodzicami, którzy choć nie mieli uprzedzeń i nie byli zbyt religijni, raczej nie pobłogosławiliby związku z kimś innej wiary. I jak „zagrała" w finałowej scenie „Listy Schindlera", idąc za rękę z dziewczynką, która w filmie wystąpiła w roli Niusi Horowitz.

Opowieść wciąga czytelnika tak, że czyta się ją wręcz całym sobą, co jest niewątpliwą zasługą także autorki. Magda Huzarska-Szumiec jest absolwentką teatrologii, dziennikarką zajmującą się od wielu lat tematyką kulturalną, prowadzi dział kultury w miesięczniku „Kraków i Świat". Publikuje również w innych tytułach, regularnie także na łamach naszej gazety. „Niusia z listy Schindlera. Historia ocalenia" to jej pierwsza książka, ale mam nadzieję (podobnie jak chyba wszyscy, którzy ją już przeczytali), że wkrótce napisze kolejne.

Jolanta Grzelak-Hodor

Magda Huzarska-Szumiec, „Niusia z listy Schindlera. Historia ocalenia", Wielka Litera, Warszawa 2024, s. 325

Gdyby hipokryzja mogła fruwać, latałaby nad Krakowem

Twórcy spektaklu „Proszę Państwa, Wyspiański umiera" dokonują wiwisekcji życia autora „Wesela", szukając w dzisiejszych czasach analogii do tego, co spotkało artystę.

„Kraków wolny od syfilisu, Kraków wolny od syfilisu" – wykrzykują ze sceny Teatru im. J. Słowackiego przywdziane w złoto postaci z ołtarza Wita Stwosza, dodając, że Wyspiański nie mógł zarazić się przecież chorobą weneryczną w szacownym grodzie Kraka. Na pewno przywiózł to świństwo z Paryża – przekonują ożywione figury, u których *nota bene* specjaliści dopatrzyli się także śladów wstydliwej choroby. To niemal sam początek spektaklu Agaty Dudy-Gracz, zatytułowanego „Proszę Państwa, Wyspiański umiera". Wywołujące śmiech sceny przeplatają się tu z poruszającymi momentami, czasami wręcz ściskającymi za serce. Prowadzą one do konkluzji, iż artysta nie jest w stanie odnaleźć się w społeczeństwie hipokrytów, którzy każdej odstającej od przeciętności jednostce podkładają kłody pod nogi. Stanisław Wyspiański był tego najlepszym przykładem.

Myli się jednak ten, kto sądzi, że tak działo się tylko w zmurszałym, przesiąkniętym dulszczyzną Krakowie, który ucinał śmiałe projekty artysty, nie dał mu szansy poprowadzenia teatru i na dodatek obraził się śmiertelnie na niego za „Wesele". Agata Duda-Gracz udowadnia, że niewiele w tym względzie zmieniło się do dnia dzisiejszego. „W Krakowie nie możesz być niczyj, nawet jak jesteś kimś, a jak jesteś niczyj, to jesteś nikim" – mówi Maciej Półtorak, wcielający się w przedstawieniu w Bartosza Szydłowskiego, dyrektora Teatru Łaźnia Nowa.

I ma rację, o czym doskonale wiemy wszyscy. Wiedział to też Wyspiański, który ze względu na swoją wrażliwość przeżywał to w dwójnasób. Grający go Krzysztof Wrona wychodzi na scenę w szpitalnej koszuli, z owiniętą bandażem ręką i śladami choroby wenerycznej na twarzy. Kładzie się na łóżku boleści, gdzie czeka już na niego Muza/Śmierć (Maja Kleszcz), wyglądająca, jakby wyszła wprost z obrazu Jacka Malczewskiego. Muza śpiewa, gdy artysta rozlicza się z życiem i swoją twórczością. Towarzyszy mu w tym Matka (Marta Waldera), która zmarła, gdy był dzieckiem, i ciotka (Wanda Skorny), która nie dopuszczała do siebie myśli, że jej Staś mógł się źle prowadzić. Na dodatek trudno jej przełknąć niezaprzeczalny fakt ślubu artysty z prostą chłopką.

Teatr im. J. Słowackiego/Bartek Barczyk

W spektaklu ciotka biega po Rynku i rozgłasza wiadomość, że Teosia jest zwykłą prostytutką. Wcielająca się w żonę artysty Agnieszka Przepiórska nie pozostaje jej dłużna, jak i innym krakowskim mieszczkom, obcesowo pokazując nagie pośladki. Za chwilę jednak wygłasza monolog skrzywdzonej kobiety, będący jedną z najbardziej przejmujących części spektaklu.

Tak jak wzruszające są słowa Jerzego Grzegorzewskiego, wybitnego reżysera, który całe życie mierzył się z twórczością Wyspiańskiego, swój teatr nazywał jego domem i do końca żałował, że nie zrealizował najtrudniejszej jego sztuki, czyli „Wyzwolenia". Na scenie pojawiają się także inni twórcy, dla których autor „Powrotu Odysa" był i jest niezwykle istotny. Widzimy tu zarówno Tadeusza Kantora, jak i Ludwika Solskiego w roli nieśmiertelnego Wiarusa z „Warszawianki", cudownie sparodiowanego przez Tomasza Wysockiego. Aktor udanie wciela się też w postać Krystiana Lupy, w scenie nawiązującej do debat prowadzonych przez filozofa Piotra Augustyniaka w Teatrze Słowackiego.

Bo w przedstawieniu „Proszę Państwa, Wyspiański umiera" teraźniejszość miesza się z przeszłością, tragedia artysty, jego żony i dzieci z dowcipnymi scenami nawiązującymi choćby do „Lekcji anatomii doktora Tulpa" Rembrandta, podczas których dokonuje się wiwisekcji życia twórcy. Życia, które w spektaklu kończy się przepiękną sceną rodem z obrazu Jacka Malczewskiego. Choćby dla tego niesamowitego finału warto zobaczyć to naprawdę dobre przedstawienie.

Magda Huzarska-Szumiec

Ogłoszenia

Nowy Szpital w Olkuszu Sp. z o.o.

poszukuje do pracy lekarzy specjalistów oraz w trakcie specjalizacji z zakresu: rentgenodiagnostyki, okulistyki, chirurgii, pediatrii, anestezjologii, chorób wewnętrznych, kardiologii oraz lekarzy do pracy w SOR i Opiece Nocnej i Świątecznej.
Kontakt: e-mail JKrzykawska@nowyszpital.pl, tel. 509 873 623, aslota@nowyszpital.pl, tel. 41 240 12 59

Gabinet Stomatologiczny

zatrudni lekarza dentystę zajmującego się protetyką. Wymagane minimum 3-letnie doświadczenie. Praca z asystą w bardzo dobrze wyposażonym gabinecie – m.in. pantomograf z tomografią 3D, Reciproc VDW Gold, mikroskop itp. Posiadamy własny duży parking. Zainteresowane osoby prosimy o przesłanie CV na adres mailowy: kontakt@klinikaperla.pl lub kontakt tel. 792 028 078.
Klinika Perła, ul. Brzozowa 1, 32-085 Tomaszowice (10 min od IKEA Kraków), http://www.klinikaperla.pl

Przychodnia medycyny pracy w Krakowie

na ul. Emaus 7 podejmie współpracę z lekarzem medycyny pracy, tel. 789 844 633, e-mail: przychodnia@spec-med.com.pl

NZOZ INTER MEDICUS Kraków

ul. Szwedzka 27,
zatrudni lekarzy specjalistów lub w trakcie specjalizacji: foniatrę, laryngologa, neurologa, chirurga dziecięcego, chirurga ortopedę, reumatologa.
Oferujemy bardzo korzystne warunki zatrudnienia, pracę w nowocześnie wyposażonych gabinetach, dostęp do pełnej diagnostyki, asystę pielęgniarską, dobrą atmosferę pracy.
Kontakt: intermedicus1@wp.pl, tel. 12 267 09 88 lub 505 784 111

Jeżeli czujesz, że masz problem z alkoholem, możemy Ci pomóc. Przyjdź do nas, kiedy chcesz, to nic nie kosztuje.
Zapraszamy na spotkania Grupy AA Dr Bob dla lekarzy i lekarzy dentystów, wtorek godz. 17.00, w siedzibie OIL przy ul. Krupniczej 11a.

Zadzwoń: **+48 801 033 242** – infolinia ogólnopolska
+48 502 437 567 – pomoc w problemie
+48 12 431 22 48 – punkt inf.-kontaktowy

DZIAŁALNOŚĆ MEDYCZNA / GABINETY LEKARSKIE

LOKALE DO WYNAJĘCIA

SERDECZNIE ZAPRASZAMY DO ZAPOZNANIA SIĘ Z OFERTĄ NAJMU POMIESZCZEŃ I TWORZENIA RAZEM Z NAMI MIEJSCA, W KTÓRYM ZDROWIE PACJENTÓW JEST PRIORYTETEM!

Z PRZYJEMNOŚCIĄ PREZENTUJEMY PAŃSTWU ATRAKCYJNĄ OFERTĘ WYNAJMU LOKALI USŁUGOWYCH ZLOKALIZOWANYCH PRZY UL. ALEKSANDRY POLAŃSKIEJ W MIEJSCOWOŚCI RYBNA(20 KM OD KRAKOWA). W PEŁNI DOSTOSOWANE LOKALE POD BRANŻĘ MEDYCZNĄ Z WSZYSTKIMI NIEZBĘDNYMI ODBIORAMI. PONIŻEJ PRZEDSTAWIAMY NAJWAŻNIEJSZE ATUTY TEJ NIERUCHOMOŚCI:

PONAD 240 M2 POWIERZCHNI ZAPROJEKTOWANEJ Z MYŚLĄ STWORZENIA KLINIKI MEDYCZNEJ Z SZEROKĄ OFERTĄ SPECJALIZACJI LEKARSKICH:

- 8 GABINETÓW LEKARSKICH DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWYCH
- RECEPCJA WRAZ Z POCZEKALNIĄ
- 4 POMIESZCZENIA PRZEZNACZONE NA ZAPLECZE SOCJALNO-MAGAZYNOWE ,
- WC MĘSKIE, DAMSKIE, PRACOWNICZE
- BUDYNEK WYKOŃCZONY W NAJWYŻSZYM STANDARDZIE , WNĘTRZA ZAPROJEKTOWANE Z MYŚLĄ O KOMFORCIE ZARÓWNO DLA LEKARZY, JAK I PACJENTÓW, W TYM PACJENTÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH
- NASZE LOKALE ZNAJDUJĄ SIĘ W DOGODNEJ LOKALIZACJI, ŁATWO DOSTĘPNEJ DLA PACJENTÓW I PERSONELU MEDYCZNEGO. BEZPOŚREDNI DOSTĘP Z DROGI POWIATOWEJ , GMINNEJ. BLISKA ODLEGŁOŚĆ OD TRAKTU DROGOWEGO KRAKÓW – OŚWIĘCIM (DROGA WOJEWÓDZKA 780)

SKONTAKTUJ SIĘ Z NAMI, ABY UMÓWIĆ SIĘ NA PREZENTACJĘ I POZNAĆ SZCZEGÓŁY NASZEJ OFERTY WYNAJMU GABINETÓW.

TEL. 725-995-990

Absolwenci Śląskiej Akademii Medycznej Wydział Lekarski Zabrzański, rocznik 1988-1994

W związku ze zbliżającym się 30-leciem ukończenia studiów zapraszamy do wzięcia udziału w zjeździe koleżeńskim w hotelu Pod Jedlami w Wiśle, w dn. 6-8 września 2024 r.
Zainteresowanych prosimy o rezerwację miejsc do 5.04.2024 r. wraz z pełną opłatą zjazdową (1 dzień 6/7 lub 7/8.09.2024 r. 1 osoba w pokoju 1os./2os./3os. – 650/500/460 zł; 2 dni - 1 osoba w pokoju 1os/2os/3os – 1300/1000/920zł).
Rezerwacja tel. 33 856 47 00 lub mailowo: rezerwacja@podjedlami.pl
Hasło: Zjazd 1994 oraz numer grupy.
Informacji organizacyjnych udzielają Anna Czereba-Pohl, tel. 604 775 408 oraz Bogdan Żychowicz, tel. 606 121 247.

Zapraszamy na szkolenie z zakresu medycyny estetycznej

Kurs obejmuje wiedzę teoretyczną i praktyczną z podawania toksyny botulinowej w górną część twarzy. W trakcie kursu również szkolenie z mezoterapii osoczem bogatopłytkowym. Kurs skierowany jest do lekarzy początkujących. Szkolenie jest indywidualne.
Miejsce szkolenia: Centrum Medyczne Lorens&Lorens, os. Na Lotnisku 1/U12, Kraków, tel. 530 791 791
www.lorensandlorens.com
Termin szkolenia uzgadniany indywidualnie.
Możliwe dofinansowanie do 70%

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM w Krakowie, rocznik 1974

Z okazji 50-lecia uzyskania dyplomu lekarskiego serdecznie zapraszamy na spotkanie w Krakowie w dniu 8 czerwca 2024 roku.
W programie: msza w kolegiacie św. Anny, uroczystość odebrania dyplomów w Collegium Novum UJ, obiad w hotelu Galaxy.
Szczegółowe informacje są dostępne na stronie internetowej www.absolwenci1974.jordan.pl

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM w Krakowie, rocznik 1984

Zapraszamy absolwentów Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UJ w Krakowie, rocznik 1984, na rocznicowe spotkanie koleżeńskie, które odbędzie się 15 czerwca 2024 roku w Krakowie.
Szczegółowych informacji udziela Andrzej Fugiel, kontakt telefoniczny i WhatsApp +48 604 299 111 lub e-mail: fugiel@mp.pl
Na spotkanie zapraszają organizatorzy Ewa Cichocka-Jarosz i Andrzej Fugiel

GRUPA BALINTA

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów na spotkania Grupy Balinta do swojej siedziby przy ul. Krupniczej 11a. Grupę prowadzi pani mgr Jolanta Jocz, specjalistka psychologii klinicznej, liderka Grup Balinta z wieloletnim doświadczeniem w pracy z lekarzami. Obowiązują wcześniejsze zapisy. Terminy spotkań Grupy Balinta dostępne są na naszej stronie internetowej oraz w mediach społecznościowych (Facebook i Instagram).

Dr .... dnia .....

.....

.....

dokładny adres zamieszkania

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie

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

.....

....

imię i nazwisko, adres zamieszkania osoby wskazanej

podpis i pieczątka

Lek. dent.
Bożena Dymek
ur. 16 stycznia 1952 r. w Krakowie
zm. 27 grudnia 2023 r. w Proszowicach

W mroku grudniowej nocy, tuż po świętach Bożego Narodzenia, 27 grudnia 2023 roku odeszła Bożena Dymek, lekarz stomatolog, żona, matka, babcia, artystka serca oraz jej dłoni. Odeszła po walce z chorobą, która trwała niemal dwie dekady, w której jej duch pozostawał niezłomny i pełen miłości.

Bożena Dymek, z domu Duczmal, ukończyła VI Liceum Ogólnokształcące oraz Akademię Medyczną w Krakowie, a w roku 1976 rozpoczęła swoją stomatologiczną podróż. Przez niemal pół wieku z pasją i oddaniem służyła pacjentom, zaczynając od skromnych początków w Hucie im. Lenina, gdzie pod okiem dr Kazimiery Hnatów kształtowała swój fach. Pamiętam te dni, kiedy po pracy, zmęczona, lecz uśmiechnięta, wracała do domu, po półgodzinnej wędrówce wśród pyłu Koksochemii.

Nieustannie, nawet w obliczu choroby, Bożena była ostoją dla swoich pacjentów, przyjmując ich w swoich gabinetach na osiedlu Na Skarpie i Dywizjonu 303, aż do ostatnich tygodni swojego życia. Była doceniana przez wielopokoleniowe rodziny pacjentów za fachowość i serce otwarte na potrzeby innych. Bezdomni z noclegowni w Nowej Hucie, biedniejsi emeryci – wszyscy znajdowali u niej bezpłatną pomoc i wsparcie. Za te ciepłe słowa, które jako jej mąż otrzymywałem od wielu z nich, składam głęboką wdzięczność.

Bożena utrzymywała również bliskie relacje z naszymi wspólnymi przyjaciółmi z klasy IVd VI Liceum Ogólnokształcącego oraz kolegami i koleżankami ze studiów medycznych, z którymi dzieliła wspomnienia i doświadczenia, tworząc więzi trwające przez całe życie.

Nasze drogi splecione były od dnia pierwszej komunii świętej, w kościele św. Katarzyny w Krakowie, odkryte na pamiątkowych obrazkach, świadkach naszej wspólnej drogi. Przez 49 lat, a więc niemal pół wieku, byłem jej mężem, towarzyszem życia, świadkiem jej niezwykłej miłości do rodziny, sztuki, podróży. Bożena, zawsze uśmiechnięta, cierpliwa, kochająca życie, uwielbiała podróże, fotografię, muzykę. Jej dusza artystki przejawiała się w grze na pianinie i akordeonie, w malowanych obrazach, tworzonych pamiątkach. Pozostawiła po sobie dziedzictwo piękna i dobroci.

Pozostanie na zawsze w moim sercu, sercach swoich córek Anny i Joanny, zięciów, wnuków Kubusia, Oli i Wiktorii oraz wszystkich, których życie dotknęła swoim wielkim duchem. Jej pamięć będzie wiecznie żywa w naszych wspomnieniach, w każdym uśmiechu, w każdym akordzie muzyki, w każdym promieniu słońca, który przypomina o jej cieple.

Spoczywaj w pokoju, moja kochana Bożenko. Twoje życie było poematem, którego strofy nigdy nie zbledną.

mąż Piotr Dymek

Lek. dent.
Zygmunt Feć
ur. 25 marca 1932 r. w Siedliskach
zm. 17 stycznia 2024 r. w Krakowie

W środę, 17 stycznia 2024 roku na wieczny spoczynek odszedł doktor Zygmunt Feć, lekarz stomatolog, specjalista chirurgii stomatologicznej II stopnia. Nauczyciel i mentor dla kilku pokoleń dentystów – prowadził stażystów i specjalizantów z zakresu chirurgii stomatologicznej. Nigdy nie odmawiał pacjentom w potrzebie – leczył m.in. osoby niepełnosprawne i jako pierwszy w Krakowie, już z końcem lat 70. XX w., prowadził domowe wizyty stomatologiczne u pacjentów z upośledzeniem ruchowym i psychofizycznymi. W latach 1972-74 współtworzył i organizował wyposażanie Przychodni Rejonowej na os. Złotej Jesieni w Nowej Hucie, gdzie był zastępcą kierownika Przychodni i kierownikiem Poradni Chirurgii Stomatologicznej. Wkrótce nadzorował wszystkie poradnie chirurgii stomatologicznej w Nowej Hucie. Zorganizował pracę i wyposażenie 56 gabinetów stomatologicznych w szkołach podstawowych dzielnicy.

Zygmunt Feć urodził się w 1932 r. w Siedliskach na ziemi gorlickiej. II wojnę światową przeżył w rodzinnych stronach i jako dziecko uczestniczył w akcjach AK i BCh w regionie. Jego mama Zofia z d. Sarkowicz była znaną koronczarką,

założycielką spółdzielni „Koronka" w Bobowej i Zespołu Pieśni i Tańca „Koronka", z którym m.in. zagrała w filmie „Wesele" Andrzeja Wajdy. Była laureatką wielu odznaczeń państwowych, w tym Nagrody im. Oskara Kolberga. Jego tato, Stanisław Feć, był kawalerzystą, żołnierzem Legionów Piłsudskiego, ciężko rannym w walkach I wojny światowej. Ich syn Zygmunt liceum i studia stomatologiczne ukończył we Wrocławiu, uzyskując dyplom lekarza dentysty w 1955 r., i przez pierwsze lata swoją pracę zawodową rozwijał na Dolnym Śląsku. Był także lekarzem wojskowym i organizował sieć poradni w jednostkach wojskowych w Kudowie-Zdroju, Dusznikach i Polanicy. Dosłużył się stopnia kapitana Wojska Polskiego.

Na przełomie lat 60. i 70. był przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego na ziemi kłodzkiej. W Kłodzku przyjmował w Przychodni Rejonowej oraz we własnej praktyce, by następnie kontynuować karierę w Krakowie. Od 1974 r., kiedy też uzyskał tytuł specjalisty chirurgii stomatologicznej, wykonywał pionierskie autoprzeszczepy zębów z redukcji ortodontycznych, a w ramach programu rządowego prowadził lakowanie zębów u pierwszoklasistów.

Był cenionym praktykiem specjalizującym się w ekstrakcjach zębów zatrzymanych. Jako pierwszy lekarz w Krakowie ukończył państwowy kurs z periodontologii. Konsultował przypadki i wykonywał zabiegi u pacjentów z terenu całej Małopolski. Jako pierwszy w tej części Europy wprowadził do praktyki stomatologicznej komputerowo sterowane urządzenie do znieczulania The Wand (1996), wykonywał zabiegi laseroterapii, wykorzystywał cyfrowe obrazowanie RTG i kamery wewnątrzustne.

Doktor Zygmunt Feć działał też aktywnie w samorządzie lekarskim, przede wszystkim w biurze Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, był też delegatem na Zjazd OIL. Otrzymał certyfikat Izby Lekarskiej w Krakowie dla swojej praktyki prywatnej w Nowej Hucie jako drugi w tej dzielnicy. Praca na rzecz środowiska stomatologicznego znalazła uznanie w postaci prestiżowych wyróżnień. Otrzymał srebrną i złotą odznakę PTS, medal Bene Meritus PTS. Był również laureatem Nagrody im. Andrzeja Janusza Fortuny, przyznawanej przez Okręgową Izbę Lekarską w Krakowie, oraz medalu „Za Zasługi dla Stomatologii Uniwersyteckiej w Krakowie".

Ostatnią ekstrakcję „zatrzymanej ósemki" wykonał w wieku 85 lat. Stomatologia była jego życiową pasją. Twierdził, że stomatologiem został, by oszczędzić innym bólu, którego sam doznał w trakcie wizyty u dentysty, będąc studentem pierwszego roku medycyny we Wrocławiu. Wtedy zmienił kierunek z wydziału lekarskiego na stomatologiczny.

Od dzieciństwa uwielbiał narciarstwo alpejskie i wyjazdom w góry poświęcał każdą wolną chwilę, aż do 84. roku życia. Był duszą towarzystwa – znany był z opowiadania niekończących się historii, dykteryjek i setek dowcipów. Uwielbiał tańczyć i zabawiać brać lekarską podczas imprez i bankietów towarzyszących kongresom, sympozjom i zjazdom branżowym. Pozostanie na zawsze w naszej pamięci.

Wojciech i Maciej Feć

Lek.
Anna Hulacka
ur. 9 grudnia 1984 r. w Lwówku Śląskim
zm. 30 grudnia 2023 r. w Krakowie

5 stycznia 2024 roku pełni smutku pożegnaliśmy naszą Koleżankę – lekarz Annę Hulacką, której pogrzeb odbył się w Gryfowie Śląskim.

Anna Hulacka ukończyła Liceum Ogólnokształcące im. Adama Mickiewicza w Lubaniu, w roku 2003. Następnie studiowała ukrainistykę na Uniwersytecie Jagiellońskim, uzyskując tytuł magistra filologii ukraińskiej w roku 2009. Ostatecznie jednak zdecydowała się studiować medycynę. Studia medyczne (poprzedzone studiami z zakresu analityki medycznej) odbyła w Hiszpanii, na Wydziale Medycyny Uniwersytetu Estremadury (Universidad de Extremadura), uzyskując dyplom lekarza medycyny. Jako lekarz postanowiła specjalizować się w dziedzinie patomorfologii, a na miejsce szkolenia specjalistycznego wybrała Katedrę Patomorfologii UJ CM w Krakowie. Staż specjalizacyjny miała niemal ukończony i w roku 2024 zamierzała przystąpić do egzaminu specjalizacyjnego. Niestety, gwałtownie postępująca ciężka choroba i śmierć przekreśliła te plany.

Poniżej skrót pożegnania Zmarłej, wygłoszonego w czasie uroczystości pogrzebowych przez niżej podpisanego (pełny tekst na stronie internetowej „GGL").

***

Drodzy najbliżsi i przyjaciele Doktor Ani.

W śmierci tkwi tajemnica życia? A może to w życiu tkwi tajemnica śmierci? A może życie i śmierć to dwie twarze tego samego? Chyba nic bardziej nie ujawnia i nie symbolizuje tej makabrycznej bliskości, może nawet swoistej „unitarności" tych (pseudo?) przeciwieństw, a przynajmniej nic skuteczniej nie prowadzi do skrócenia perspektywy, z jaką postrzegamy

życie i śmierć, niż śmierć osoby takiej jak Doktor Ania – pełnej ambicji, ideałów, pragnień, pełnej ciekawości życia, CIEKAWOŚCI PRAWDY... „Ciekawość prawdy" to szczególny rys osobowości naszej drogiej Zmarłej Koleżanki – lekarki, która za swój zawodowy cel postawiła sobie poszukiwanie najważniejszej chyba prawdy, jaką dla chorego człowieka jest właściwa diagnoza tej choroby, którą trzeba wypatrzyć w mikroskopie, ogniskując czujny wzrok i umysł, i analizując szczegóły morfologiczne komórek, tkanek, ale nigdy nie tracąc perspektywy całości objawów chorobowych i po prostu pacjenta jako OSOBY... Śmierć zabrała Doktor Anię tuż przed ukończeniem szkolenia specjalistycznego z zakresu patomorfologii – dyscypliny tak bardzo ukochanej przez nią i do uprawiania której wykazywała wszystkie konieczne, jak i najbardziej pożądane predyspozycje, w szczególności takie jak: niezwykła pracowitość, sumienność, gotowość do rozpracowania każdego diagnozowanego przypadku w najdrobniejszych szczegółach i z uwzględnieniem najszerszych kręgów i aspektów diagnostyki różnicowej.

Jako opiekun specjalizacji Doktor Ani wraz z wszystkimi pracownikami Katedry Patomorfologii mogłem obserwować, jak Jej ciekawość prawdy w niezmożonym trudzie wykrystalizowuje się w najwyższy status lekarza, jakim jest lekarz, do którego mamy zaufanie. Doktor Ania była też niestrudzona w angażowaniu się w działalność dydaktyczną i naukową Katedry Patomorfologii. Gdy zapadł czas pandemii COVID, z wielkim poświęceniem uczestniczyła jako lekarz w akcji szczepień prowadzonej przez Szpital Uniwersytecki.

Doktor Anię Hulacką zapamiętamy jako osobę o wielkiej wrażliwości, zawsze koleżeńską, zawsze chętną do pomocy i, co istotne, pomocy nie tylko w działaniach zawodowych, związanych bezpośrednio z pracą, ale także w akcjach i działaniach społecznych i charytatywnych. Od pierwszych dni wojny w Ukrainie z wielkim zaangażowaniem współorganizowała akcje pomocy Ukrainie, m.in. organizując transporty leków i środków sanitarnych potrzebnych rannym.

Kończąc przytoczę słowa poety Jamesa Fentona, które, jak mi się zdaje, w najlepszy i najprostszy sposób oddają prawdę ostatniego pożegnania...

„Czego zmarli chcieliby od nas, gdy spoglądają z czeluści swych grobów?

Czy życzyliby sobie, abyśmy na zawsze wyli z bólu drąc nieustannie nasze szaty? (...)

Sądzę, że umarli chcieliby od nas abyśmy zapłakali nad tym, co oni stracili (...)

I cóż więcej jeszcze chcieliby od nas niż miejsca w naszej pamięci pełnego honoru (...)

I abyśmy dalej jak przyjaciele i bliscy żyli"

(James Fenton „For Andrew Wood" – fragmenty w interpretacji niżej podpisanego)

Nie wyobrażam sobie, aby nasza droga Doktor Ania chciała i oczekiwała od nas czegoś innego niż właśnie tego, na co w pełni zasłużyła, czyli słowami poety – „miejsca w naszej pamięci pełnego honoru", i tego, abyśmy dalej żyli, jak żyją przyjaciele, naśladując jej serdeczność, i tak jak ona żyli z niezmąconą ciekawością prawdy...

Prof. dr hab. n. med. Dariusz Adamek

Lek.
Zofia Wolny
ur. 24 września 1929 r. w Stanisławowie
zm. 5 lutego 2024 r. w Krakowie

Zofia Wolny z d. Szerszeń, specjalistka chorób wewnętrznych, kardiolog, urodziła się w Stanisławowie (obecnie Iwano-Frankiwsk), ale w roku 1945 została repatriowana do Polski. W Krakowie ukończyła V Liceum Ogólnokształcące, a następnie rozpoczęła studia medyczne na Uniwersytecie Wrocławskim. Równolegle studiowała na Akademii Wychowania Fizycznego.

W roku 1952 wyszła za mąż za Ryszarda Wolnego i przeniosła się na Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Dyplom lekarza uzyskała w 1953 roku, po czym rozpoczęła pracę na oddziale chorób wewnętrznych Szpitala im. Narutowicza w Krakowie. W tym samym roku urodziła córkę, a w 1954 r. – syna. Oboje zostali lekarzami.

Z początkiem lat 60. przeniosła się do Zakładu Kardiologii, gdzie pracowała do końca lat 70. Następnie była etatowym konsultantem kardiologicznym w krakowskich zakładach pracy, prowadząc jednocześnie prywatną praktykę lekarską.

Była zawsze niepoprawną optymistką, nawet w trudnych chwilach zawsze uśmiechnięta i życzliwa dla ludzi. Nie skarżyła się na nic. Dusza towarzystwa. Bardzo lubiana przez pacjentów. Była wspaniałą mamą, babcią, prababcią i teściową.

Odeszła cichutko, w swoim mieszkaniu, wśród najbliższych...

płk. w st. sp. , dr n. med. Tomasz Wolny

Składki członkowskie

UCHWAŁA Nr 60/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 16 grudnia 2022 r.

zmieniająca uchwałę 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. z 2021 r. poz. 1342) uchwala się, co następuje:

§1

W uchwale Nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2014 r., zmienionej uchwałą Nr 38/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 października 2022 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 1 po ust. 2 dodaje się ust. 3, 4 w brzmieniu:

3. W uzasadnionych przypadkach okręgowa rada lekarska może zwolnić lekarza z obowiązku opłacania składki w wysokości połowy jej podstawowego wymiaru określonego w ust. 1, tj. 60 złotych lub w całości. Zwolnienie następuje na z góry określony czas.

4. W przypadku całkowitego zwolnienia od opłacania składki, odpis finansowy od składek tych lekarzy, nie będzie przekazywany przez okręgowe izby lekarskie na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej. W przypadku zwolnienia z opłacania składki do wysokości połowy jej podstawowego wymiaru odpis finansowy będzie przekazywany przez okręgowe izby lekarskie na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej proporcjonalnie.

§2

Tekst jednolity uchwały stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2023 r.

UCHWAŁA NR 27/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 5 WRZEŚNIA 2014 R.

w sprawie wysokości składki członkowskiej

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

§1

1. Ustala się wysokość składki obowiązującej lekarza i lekarza dentystę, członka okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej, zwanego dalej „lekarzem", w wysokości 120 zł miesięcznie.

2. Lekarz posiadający ograniczone prawo wykonywania zawodu, zwany dalej „lekarzem stażystą", opłaca składkę w wysokości połowy jej podstawowego wymiaru określonego w ust. 1, tj. 60 złotych miesięcznie.

3. W uzasadnionych przypadkach okręgowa rada lekarska może zwolnić lekarza z obowiąz ku opłacania składki w wysokości połowy jej podstawowego wymiaru określonego w ust. 1 lub w całości. Zwolnienie następuje na z góry określony czas.

4. W przypadku całkowitego zwolnienia od opłacania składki odpis finansowy od składek tych lekarzy nie będzie przekazywany przez okręgowe izby lekarskie na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej. W przypadku zwolnienia z opłacania składki do wysokości połowy jej podstawowego wymiaru odpis finansowy będzie przekazywany przez okręgowe izby lekarskie na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej proporcjonalnie.

§2

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

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

2) utracił prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki.

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

1) na konto bankowe okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej lub

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

3) w kasie okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej.

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

§3

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

1) ukończył 70 lat;

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

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

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

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

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

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

§4

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

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

§4a

Komisja Finansowo Budżetowa Naczelnej Rady Lekarskiej co najmniej raz na dwa lata dokonuje analizy wysokości składki członkowskiej, uwzględniając w szczególności poziom inflacji, stan wynagrodzeń lekarzy oraz możliwości realizacji zadań ustawowych i przedstawia wnioski co do utrzymania lub zmiany wysokości składki członkowskiej.

§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.

Załączniki do Uchwały znajdują się na stronie www.nil.org.pl

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

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

W wypadku wątpliwości prosimy o kontakt z Izbą Lekarską w Krakowie
tel: 12 619 17 32, e-mail: skladki57@oilkrakow.org.pl

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

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
ul. Krupnicza 11 A, 31-123 Kraków
www.izbalekarska.pl
Sekretariat: tel. 12 619 17 20, fax 12 619 17 30
e-mail: biuro@oilkrakow.org.pl

Biuro OIL w Krakowie oraz Delegatury – przyjmowanie stron:

poniedziałek-piątek godz. 9.00 do 15.00

• Dyrektor Biura (mgr J. Bizoń)	12 619 17 05 *j.bizon@oilkrakow.org.pl*
• Kancelaria OROZ (kierownik mgr S. Smoleń)	12 619 17 25 *s.smolen@oilkrakow.org.pl*
• Kancelaria OROZ	12 619 17 17, fax 619 17 29 *kancelariaoroz@oilkrakow.org.pl*
• Kancelaria Sądu Lekarskiego (mgr E. Kowaliczek)	12 619 17 08 *osl@oilkrakow.org.pl*
• Biuro Radców Prawnych (mgr D. Dziubina)	12 619 17 26 *d.dziubina@oilkrakow.org.pl*
• Rejestr Lekarzy	12 619 17 16 *rejestr@oilkrakow.org.pl*
• Rejestracja Indyw. Praktyk	12 619 17 13 *praktyki@oilkrakow.org.pl*
• Staże podyplomowe	12 619 17 13 *staze@oilkrakow.org.pl*
• Księgowość (mgr M. Chodór)	12 619 17 15 *ksiegowosc@oilkrakow.org.pl*
• Kasa	12 619 17 14
• Składki	12 619 17 32 *skladki57@oilkrakow.org.pl*
• Redakcja „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej”	12 619 17 27 *redakcja@oilkrakow.org.pl*
• Informatycy; strony internetowe	12 619 17 01

Komisje:

• Bioetyczna (A. Krawczyk)	12 619 17 12 *bioetyka@oilkrakow.org.pl*
• Etyki	12 619 17 13 *d.zdziechowicz@oilkrakow.org.pl*
• Kształcenia Medycznego (mgr P. Pachel)	12 619 17 22 *ksztalcenie@oilkrakow.org.pl*
• Sportu, Turystyki i Rekreacji	12 619 17 01
• Socjalno-Bytowa	12 619 17 18
• Stomatologiczna (mgr K. Trela)	12 619 17 18 *k.trela@oilkrakow.org.pl*
• Współpracy Zagranicznej i Obcokrajowców	12 619 17 05
• ds. Lek. Seniorów	12 619 17 12
• ds. Młodych Lekarzy	12 619 17 13 *kml@oilkrakow.org.pl*
• ds. Praktyk (mgr A. Chuchmacz)	12 619 17 13 *praktyki@oilkrakow.org.pl*
• Zespół ds. POZ i AOS	12 619 17 12
• Zespół ds. Epidemiologii	12 619 17 20
• Zespół ds. Szpitalnictwa	12 619 17 22
• Zespół ds. Opieki Długoterminowej i Opieki Hospicyjnej	12 619 17 16
• Zespół ds. Kultury	12 619 17 20
• Rzecznik Praw Lekarza	501 430 918 *rzecznik@oilkrakow.org.pl*
poniedziałki, środy i czwartki	godz. 10.00 do 14.00

Delegatury OIL:

w Krośnie
ul. Niepodległości 2, 38-400 Krosno
krosno@oilkrakow.org.pl tel. 13 432 18 59

w Nowym Sączu
ul. Kopernika 18, 33-300 Nowy Sącz
nowy.sacz@oilkrakow.org.pl tel. 18 442 16 47

w Przemyślu
Rynek 5, 37-700 Przemyśl
przemysl@oilkrakow.org.pl tel. 16 678 26 70

Dyżury Radców Prawnych:

Aby otrzymać pomoc prawną, należy podać nr PWZ.
radcowie@oilkrakow.org.pl **tel. 12 619 17 24**

mec. Anna Gut **tel. 601 615 606**
koordynator Zespołu Radców Prawnych
wtorek godz. 13.00 do 15.00
środa godz. 13.00 do 15.00

mec. Tomasz Pęcherz **tel. 602 227 627**
wtorek godz. 13.00 do 15.00
czwartek godz. 13.00 do 15.00

mec. Tomasz Huber **tel. 733 222 867**
poniedziałek, środa godz. 13.00 do 15.00
piątek godz. 12.00 do 14.00

Kancelaria Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

od poniedziałku do czwartku godz. 9.00 do 15.00
Sekretariat / Dziennik podawczy godz. 9.00 do 14.00
tel. 12 619 17 29

Ubezpieczenia

• Ubezpieczenia OC (Inter) Ubezpieczenia życiowe	12 619 17 15
• Ubezpieczenia OC (Inter, PZU, Uniqa)	12 619 17 16
• Ubezpieczenia OC (PZU)	12 619 17 18

Galicyjska Gazeta Lekarska
PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

Galicyjska Gazeta Lekarska – Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie • nakład 15 750 egz.
ul. Krupnicza 11a, 31–542 Kraków; tel. 12 619 17 27; www.ggl.com.pl; e-mail: redakcja@oilkrakow.org.pl

Redaguje kolegium w składzie: Redaktor naczelny – Jerzy Friediger; Sekretarz Redakcji – Jolanta Grzelak-Hodor **Członkowie:** Agata Dynkiewicz, Artur Hartwich, Marzena Ksel-Teleśnicka, Małgorzata Popławska, Andrzej Urbanik, red. Stefan Ciepły i Katarzyna Domin. **Grafika i skład:** Małgorzata Śmigla

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

WIELKANOCNY KONKURS PLASTYCZNY

DLA DZIECI I WNUKÓW
LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

W WIEKU 6-13 LAT

prace można składać w siedzibie
Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie

DO 13.03.2024

ZESKANUJ

KONKURS Z NAGRODAMI

PRACE NAGRODZONE W KONKURSIE NA KARTKĘ BOŻONARODZENIOWĄ

Kategoria 6-9 lat

I miejsce

Antonina 7 lat

II miejsce

Alicja 7 lat

III miejsce

Jakub 7 lat

Kategoria 10-13 lat

I miejsce

Adrianna 11 lat

II miejsce

Magda 10 lat

III miejsce

Lena 12 lat

LEXUS LBX

OD **1 364** NETTO ZŁ/MC
W LEASINGU **KINTO ONE**

LEXUS

KRAKÓW

Aleja Pokoju 63A
Tel: 12 416 76 66
recepcja@lexus-krakow.com.pl

LEXUS

KRAKÓW-ZAKOPIAŃSKA

ul. Zakopiańska 68
Tel: 12 390 76 45
zakopianska@lexus-krakow.com.pl