

nakład 15 680 egz. ISSN 1897-7782

Galiczyjska Gazeta Lekarska

PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

2024

5/200

październik-grudzień



Jubileusz w cieniu konfliktu



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W KRAKOWIE

XXVI BAL LEKARZA

MUZYKA
NA ŻYWO





CENA:
700,00 zł
OSOBA

SOBOTA, 11 STYCZNIA 2025

GODZ. 20.30

Rezerwacja i sprzedaż biletów (biuro OIL w Krakowie)

 Agata Bartoszek tel. 12 619 17 06

 Agnieszka Żylińska-Fularz tel. 12 619 17 10

 bal@oilkrakow.org.pl



Centrum Konferencyjne Fabryczna CKF_13, ul. Fabryczna 13

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej do odwołania

Szanowni Państwo, dzieją się rzeczy bez precedensu w historii samorządu lekarskiego, dlatego też wyjątkowo pierwsza strona naszej gazety wygląda inaczej niż zwykle...

20 listopada, na nadzwyczajnym posiedzeniu, Okręgowa Rada Lekarska w Krakowie jednogłośnie przyjęła dwie uchwały. Pierwsza to wniosek o odwołanie z funkcji prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej lek. Łukasza Jankowskiego. Druga dotyczy zwołania w tym celu Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy. Mniej więcej w tym samym czasie podobne uchwały przyjęto w izbach lekarskich w Katowicach, Koszalinie, Wrocławiu i Poznaniu.

Od początku tej kadencji samorządu lekarskiego współpraca z nowym prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej Łukaszem Jankowskim dla części okręgowych izb była bardzo trudna. Jak to wyglądało w praktyce, można przeczytać m.in. w naszej relacji z ostatniego Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy, jaki odbył się w maju („GGL” nr 3/2024). Atmosfera gęstniała. Z każdym miesiącem, nie tylko „pocztą pantoflową”, krążyło coraz więcej informacji o co najmniej kontrowersyjnych działaniach naczelnych władz samorządu skierowanych przeciw wszystkim krytykom, niepokornym pracownikom biura NIL i w końcu – kolegom lekarzom czy wręcz całym okręgowym izbom, które miały odwagę kwestionować decyzje NRL. Jako pierwszy wniosek o odwołanie prezesa Jankowskiego złożył lek. Przemysław Jaczun z Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu, ale w połowie listopada Krajowa Komisja Wyborcza uznała, że nie ma podstaw do jego dalszego procedowania (wg KKW pojedynczy lekarz nie ma prawa domagać się zwołania zjazdu). Tymczasem „wypłynęły” materiały, wobec których nie można pozostawać obojętnym. Niektóre okręgowe izby mówią więc „dość!”.

20 listopada odbyło się przy Krupniczej zwołane w trybie nadzwyczajnym posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie. Celem było przyjęcie dwóch dokumentów. Pierwszy to uchwała w sprawie skierowania do Krajowej Komisji Wyborczej wniosku o odwołanie ze stanowiska prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. W uzasadnieniu

podkreśla się, że Łukasz Jankowski utracił zdolność do sprawowania ustawowych obowiązków – określonych w ustawie, a więc do kierowania pracą Rady i Prezydium Rady oraz do przewodniczenia obradom Rady i jej Prezydium. Wymienione są przykłady nieakceptowalnych działań, o które oskarżony jest prezes Jankowski – próby naruszenia niezależności organów samorządu, a także poszczególnych ich członków, przekraczanie uprawnień, podejrzenie o działanie na szkodę jednej z okręgowych izb, osłabianie roli Konwentu Prezesów okręgowych rad lekarskich i brak chęci współpracy z krytycznymi wobec obecnych władz NIL izbami, a także brak współpracy w samej Naczelnej Radzie. Niepokoi też fakt zwolnienia lub rezygnacji z dalszej pracy bardzo wielu doświadczonych, wieloletnich pracowników biura NIL.

„Dalsze zajmowanie stanowiska Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej przez Łukasza Jankowskiego będzie skutkować postępującym podziałem w ramach lekarskiego samorządu zawodowego, co w sposób istotny zmniejszy siłę oddziaływania samorządu na sprawy istotne w kontekście wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry...” – czytamy w uchwale.

Prezes Robert Stępień przedstawił członkom ORL także fakty, których na łamach gazety prezentować jednak nie będziemy. Po szerokim uzasadnieniu uchwała w sprawie skierowania do KKW wniosku o odwołanie prezesa Jankowskiego została przyjęta jednogłośnie.

Jednogłośnie Okręgowa Rada Lekarska w Krakowie przyjęła też związaną z powyższym uchwałę „w sprawie wniosku o zwołanie przez Naczelną Radę Lekarską Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy w celu odbycia dyskusji w przedmiocie działalności samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów IX kadencji oraz w celu odwołania ze stanowiska Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej”.

Na zwołanie Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy Naczelna Rada Lekarska ma trzy miesiące.

(JGH)

W numerze m.in.:

Okręgowa Izba Lekarska
w Krakowie ma 35 lat (7-10)

II Forum OIL „Pomagamy”
– K. Domin (11)

Relacja z Konferencji Rytyro 2024
– J. Grzelak-Hodor (13)

O demografii i pieniądzu
z dr Ewą Kocot rozmawia S. Ciepły (17)

Nowe nadzieje w walce z chorobami
neurodegeneracyjnymi – J. Sieradzka (21)

Uwaga na hydroksyzynę – ostrzegają
dr hab. J. Woron i prof. R. Korbut (28)

Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy
w Tenisie za nami (30)

Wielcy matematycy w medycynie
– z prof. J. Skalskim rozmawia
S. Ciepły (32)

Co dalej z kursem dla niektórych lekarzy
POZ – wyjaśnia mec. A. Gut (37)

Na wystawę Banksy'ego i nie tylko
zaprasza M. Huzarska-Szumiec (46-48)

Kartka z Nepalu od dr. J. Friedigera (49)

Mamy 200 numerów! – wspomnienia
red. S. Ciepłego z wieloletniej pracy
w naszej redakcji (55)

Pożegnania:
lek. dent. Franciszek Dynowski,
lek. dent. Zofia Suwała (58)

Nasza okładka



fot. Katarzyna Domin



Prezesowi NRL mówimy „Dość”!

Mamy 35 lat – w listopadzie minęła rocznica pierwszego zjazdu lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie. Wkroczyliśmy więc w najlepszy wiek. Czy na pewno? Gdzie jesteśmy dzisiaj jako samorząd? Nie sposób odpowiedzieć jednym zdaniem, ale bezspornie jesteśmy jedną z najliczniejszych grup zawodowych w Polsce, z najwyższym statusem wykształcenia, z prestiżem godnym pozazdrosczenia. I ten prestiż powinniśmy pielęgnować, zamiast go osłabiać wewnętrznymi konfliktami.

Otóż jest jakaś tajemnica w pożądaniu władzy. Można np. być prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej, stać na czele dwustu tysięcy lekarzy i jednocześnie przeżywać władzy niedosyt. A to się właśnie przydarzyło Łukaszowi Jankowskiemu, prezesowi NRL, któremu na przeszkodzie stanęły jakieś okręgowe izby ze swoimi prezesami, tworzącymi opiniodawczy „konwent”, jacyś kłopotliwi urzędnicy przy ul. Sobieskiego 110 w Warszawie, radcy prawni, informatycy, wreszcie niesforni redaktorzy gazet, które w ogóle są zbędne. Ba, nawet historyczne logo instytucji może być zawadą.

Zazwyczaj przeszkód w sprawowaniu władzy w samorządzie dostarczali dotąd przedstawiciele MZ lub NFZ. Problemem tego prezesa okazały się struktury wewnętrzne, więc postanowił wznieść własny mur. I wszyscy w kraju już wiedzą, że znalazł się lekarz – delegat na Krajowy Zjazd, który nie wyraża zgody na taką politykę władz samorządu. Co więcej, zażądał zwołania zjazdu w celu odwołania prezesa NRL. Jego nie posłuchano, ale fali niezadowolenia nic nie powstrzyma, niektóre okręgowe izby zaczęły się jednoczyć, zajęły stanowiska. Nasza zajęła oczywiście. Z tym prezesem nam nie po drodze. Jak się to dalej potoczy, będziemy informować na stronach internetowych, świętując Boże Narodzenie, Nowy Rok i nasze jubileusze.

Bowiem swój jubileusz obchodzi też „Galicyjska Gazeta Lekarska”, której 200. numer trzymacie Państwo w ręku. Na dalszych stronach znaleźć można teksty wspomnieniowe zarówno pierwszego prezesa ORL dr. Jana Ciećkiewicza, jak i red. Stefana Ciepłego, który związał się z nami zawodowo przed ponad 20 laty. I choć podobno nikt nie czyta dzisiaj gazet, w przypadku „GGL” ta teza się nie sprawdza, co sami Państwo potwierdzacie czytając te słowa. W imieniu władz Izby serdecznie Zespołowi Redakcji gratuluję.

Idą święta, dobrze być serdecznym, jednak nie byłbym sobą, gdybym na koniec nie wyraził pewnej uszczypliwości. Oto na mocy uchwały Zjazdu postanowiliśmy finansować szczepienia ochronne dla lekarzy naszej Izby. Cztery wybrane szczepionki są całkowicie bezpłatne. Szczepienia realizuje szereg placówek. I co? Lekarze się umawiają, a potem nie przychodzą i drogie szczepionki się marnują. I jak potem mieć pretensje do pacjentów, którzy nie odwołali wizyty? Po prostu wstyd.

Wszystkim Koleżankom i Kolegom życzę wesołych świąt i szczęśliwego Nowego Roku!

ROBERT STĘPIEŃ

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie

*Z okazji Świąt
Bożego Narodzenia
dużo zdrowia i pogody ducha
oraz samych dobrych chwil
w Nowym Roku*

*życzy redakcja
Galicyjskiej Gazety Lekarskiej*



Przyjmowanie materiałów do numeru zakończono 23 listopada 2024 r.

W skrócie

WOŚP dla onkologii dziecięcej

■ 33. Finał Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy odbędzie się już 26 stycznia 2025 roku. Dochód z tegorocznej zbiórki zostanie przeznaczony na walkę z chorobami nowotworowymi u dzieci.

W Polsce to po wypadkach naczęstsza przyczyna zgonów dzieci. Rocznie wykrywa się ok. 1100 nowych zachorowań. Obecnie liczba wyleczeń jest u nas porównywalna z krajami Zachodu – to ponad 80 proc., jednak konieczne jest stałe inwestowanie w tę dziedzinę medycyny. Za uzyskane pieniądze WOŚP zamierza kupić m.in. nowoczesny sprzęt dla oddziałów chirurgii onkologicznej (np. roboty chirurgiczne), neurochirurgii (m.in. egzoskopy neurochirurgiczne), aparaturę diagnostyczną (np. urządzenia do mapowania magnetycznego mózgu), aparaturę

potrzebną patomorfologom oraz w hospicjach dziecięcych.



Cyfrowa Polska

■ O dziwo Polska znalazła się na piątym miejscu w Unii Europejskiej pod względem dostępu obywateli do elektronicznych kart zdrowia. Dostęp taki jest jednym z celów Polityki Cyfrowej UE na lata 2024-2030. W ostatnim raporcie nt. zaawansowania realizacji projektu nasz kraj osiągnął wynik 90 proc., jeśli chodzi o dostęp obywateli do usług e-zdrowia. Średni wynik w UE to 79 proc. 100-proc. wynikiem pochwalić

się może tylko Belgia, 98 proc. osiągnęły Dania i Estonia, 95 – Litwa. A potem jesteśmy my. Najmniej rozwinięte kategorie danych w UE to obrazowanie medyczne (26 proc.) oraz informacje o urządzeniach medycznych i implantach (52 proc.). (rynekzdrowia.pl)

GRAS 2024

■ Ogłoszono wyniki najnowszego zestawienia dziedzinowego najlepszych szkół wyższych na świecie – Global Ranking of Academic Subjects. W dwóch kategoriach – *Clinical Medicine* oraz *Pharmacy & Pharmaceutical Sciences* – Collegium Medicum UJ uplasowało się na najwyższej pozycji spośród wszystkich polskich uczelni medycznych uwzględnionych w tym zestawieniu.

Wymienione dyscypliny prowadzone w UJ CM w tym roku znalazły się na liście →

→ na pozycjach między 201 a 300 (dokładne miejsca przyznawane są jedynie pierwszej setce uczelni). GRAS to jeden z dwóch – obok ARWU (Academic Ranking of World Universities) – elementów składających się na Shanghai Ranking, znanego jako Lista Szanghajska. Tegoroczna edycja GRAS objęła ponad 1900 uczelni z 96 krajów, oceniając 55 różnych dyscyplin. (cm-uj.krakow.pl)

Mamo, nie pij!

■ Miasto Kraków rozpoczyna kampanię informacyjną na temat FASD, czyli Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych. Kampania „Mamo nie ryzykuj” skierowana jest do młodych kobiet, uczniów szkół ponadpodstawowych i ma na celu edukację na temat ryzyka związanego z piciem alkoholu w czasie ciąży. Bo nawet symboliczna jego dawka może mieć szkodliwy wpływ na rozwój dziecka, przede wszystkim na rozwój ośrodkowego układu nerwowego.

Niestety, brak świadomości ciąży bywa przyczyną nieumyślnego narażenia dziecka na ryzyko FASD. Władze miasta wspólnie z Woj. Specjalistycznym Szpitalem Dziecięcym im. św. Ludwika zapowiadają również łatwiejszy i szybszy dostęp dla rodzin z Krakowa dotkniętych FASD do Centrum Diagnostyczno-Terapeutycznego w tym Szpitalu. W Polsce 2 proc. dzieci ma zdiagnozowane FASD. (krakow.pl)

Z myślą o seniorach

■ Dzięki staraniom Fundacji Pomocy Chorym Psychicznym im. T. Deza na terenie Szpitala Klinicznego im. Babińskiego w Krakowie powstał Ogród dla Seniora, zlokalizowany przy budynku, w którym mieszczą się dwa oddziały psychogeriatryczne. Szpital otoczony jest pięknym, zabytkowym parkiem, jednak nie wszystkie tereny były przystosowane do potrzeb ludzi starszych z ograniczoną sprawnością fizyczną.

Ogród pełni funkcję rekreacyjną, ale też terapeutyczną.

Natomiast w Pracowni Badań nad Starzejącym się Społeczeństwem UJ CM, gdzie realizowany jest międzynarodowy projekt EU Navigate skierowany do seniorów, u których zdiagnozowano chorobę nowotworową lub są w trakcie leczenia onkologicznego, powstał internetowy informator pozwalający wyszukać m.in. placówki medyczne, apteki czy miejsca, gdzie oferowana jest pomoc społeczna lub zajęcia edukacyjne dla seniorów dostępne w Krakowie. Bazę danych opracowano z myślą o osobach starszych i ich opiekunach. Informator i szczegóły dotyczące działalności Pracowni można znaleźć na stronie www.pbss.cm-uj.krakow.pl

Wyróżnienia dla lekarzy Pogotowia

■ Z okazji Dnia Ratownictwa Medycznego, który obchodzony jest 13 października, odznaczeniami państwowymi oraz samorządowymi uhonorowani zostali zasłużeni lekarze pracujący w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym.

Zbigniew Liszka otrzymał Odznakę Honorową za Zasługi dla Ochrony Zdrowia, **Markowi Hubertowi** przyznano odznakę Honoris Gratia, a **Ryszardowi Sendurowi** i **Krzysztofowi Troczyńskiemu** – Srebrny Krzyż Małopolski.

Prof. Roman Jaeschke doktorem honoris causa UJ

■ **Prof. Roman Jaeschke**, wybitny specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, epidemiolog, biostatystyk, otrzymał tytuł doktora honoris causa Uniwersytetu Jagiellońskiego, m.in. za badania naukowe prowadzone w zakresie intensywnej terapii, w szczególności nad sepsą, działalność na rzecz UJ oraz wspieranie rozwoju młodych naukowców. Uroczystość wręczenia tytułu odbyła się w auli Collegium Maius UJ 28 października.



W skrócie

Kronika personalna

■ **Prof. dr hab. Tomasz Grodzicki**, w poprzedniej kadencji prorektor UJ ds. CM, kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJ CM oraz ordynator Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych SU, został konsultantem wojewódzkim w dziedzinie chorób wewnętrznych.

Prof. Grodzicki w październiku otrzymał też zaszczytną funkcję zastępcy dziekana Wydziału V Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk.

■ **Prof. dr hab. Piotr Fudalej**, kierownik Zakładu Ortodoncji UJ, został prezydentem istniejącego od 1907 r. Europejskiego Towarzystwa Ortodontycznego. Tym samym będzie też gospodarzem zaplanowanego na czerwiec 2025 r. w Krakowie 100. Kongresu ETO.

Prof. Fudalej ukończył, jako pierwszy w historii lekarz dentysta z Polski, studia specjalizacyjne z ortodoncji w USA na University of Washington.

Gloria Medicinae dla krakowskich lekarzy



Lidia Sulikowska „Gazeta Lekarska”

■ 5 października, podczas uroczystej gali na Zamku Królewskim w Warszawie, wręczone zostały najważniejsze odznaczenia Polskiego Towarzystwa Lekarskiego – medale Gloria Medicinae.

Wśród dziewięciorga uhonorowanych tym wyróżnieniem lekarzy – nadawanym od 1990 r. z inicjatywy prof. Jerzego Woy-Wojciechowskiego – znalazło się trzech członków krakowskiej Izby Lekarskiej:

prof. Waldemar Hładki (prezes Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, były przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego), **prof. Stanisław Kwiatkowski** z Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego oraz **prof. Jacek Legutko** z Instytutu Kardiologii UJ CM.

Natomiast tytuł członka honorowego PTL otrzymał m.in. **dr Adam Wiernikowski**, wieloletni działacz krakowskiego samorządu lekarskiego.

Anna Wojnar-UJ CM



Prof. Jaeschke jest krakowianinem. W 1981 r. ukończył AM w Krakowie, po czym wyjechał na staż na Uniwersytecie w Heidelbergu w Niemczech, gdzie zastało go wprowadzenie w Polsce stanu wojennego. Po obronie doktoratu na tej uczelni wyjechał do Kanady, gdzie podjął pracę naukową na McMaster University w Hamilton (Ontario), z którym jest związany do dziś. Uczestniczył w tworzeniu koncepcji medycyny opartej na danych naukowych (*Evidence Based Medicine*). Jest głównym autorem pierwszego opublikowanego w Polsce w latach 1998-2000 cyklu artykułów przedstawiających metodologię EBM i współtwórcą Polskiego Instytutu Evidence Based Medicine (PIE-BM). (cm-uj.krakow.pl)

Życzymy 120 lat!

■ **Doktor Maria Magdalena Wolska-Sorokoput**, członkini krakowskiej Izby Lekarskiej, została przez samorząd uhonorowana specjalnym dyplomem z okazji ukończenia 100 lat.

Pani Doktor karierę zawodową zakończyła w 72. roku życia, w poradni przeciwgruźliczej na os. Krakowiaków w Nowej Hucie. Były kwiaty, prezenty, ale nie śpiewano tradycyjnego „Sto lat”, bo tyle to Pani Doktor już ma za sobą...



Szanowne Koleżanki i Koledzy

Chciałoby się napisać, jak w popularnym powiedzeniu: „Miało być tak pięknie, a wyszło jak zawsze”. Nie minąłbym się z prawdą. I nie ma się czemu dziwić.

Zmiany, których wprowadzenie niektórym krajom zajęło lata, my chcemy wprowadzić w ciągu kilku tygodni. Co więcej, nieprzygotowane, nieuzgodnione, niekompletne i „po łebkach”. A zmiany w pierwszej kolejności muszą dotyczyć szpitali powiatowych. Dlaczego? Wystarczy popatrzeć na wyniki finansowe i na obciążenie polskich szpitali. Nie trzeba być finansistą, aby stwierdzić, które szpitale zadłużają się najbardziej, gdzie pieniędzy brakuje, a gdzie ich wystarcza. W najgorszej sytuacji są właśnie szpitale powiatowe prowadzące podstawowe oddziały – ginekologię i położnictwo, internę, chirurgię i pediatrię. Dlaczego? Nie trzeba być ekonomistą, żeby to wyjaśnić. Wystarczy popatrzeć na wycenę świadczeń. Dlaczego szpitale powiatowe starają się o kontrakty w najdziwniejszych specjalnościach? Żeby znaleźć lukę, dzięki której być może uda się uciąć chociaż kilka groszy więcej. Że poziom świadczeń będzie kiepski? Przecież tego nikt nie ocenia. Kogo obchodzi jakiś tam „poziom świadczeń”. Byłoby zrobić procedurę i wziąć za nią pieniądze.

Wszelkiej racjonalizacji sprzeciwiają się lokalni politycy. Bo przecież nie można nie mieć „porodówki”, nawet kiedy brakuje położników i nie sposób spełnić wymagań. Choć nie da się dobrze prowadzić oddziału operacyjnego, który nie wykonuje nawet jednego zabiegu dziennie, terenowi działacze nie chcą tego przyjąć do wiadomości.

Wciąż nie wiemy, gdzie, ile i jakich łóżek nam potrzeba. Na jednych oddziałach mamy więc puste sale, na innych łóżek dla pacjentów brakuje. Nie ma znaczenia, ile zrobimy konferencji i sympozjów, na których będzie się „tłukło” to samo i o tym samym – i tak nic z tego nie wyjdzie, podobnie jak nic nie wyszło z nieśmiałej próby racjonalizacji liczby łóżek położniczych. Moim zdaniem, jeśli nie

ograniczy się wpływu lokalnych polityków i różnych działaczy na kształt systemu ochrony zdrowia, nigdy go nie zracjonalizujemy, zwłaszcza w zakresie lecznictwa szpitalnego. W tej materii konieczne jest przekazanie kompetencji władzom wojewódzkim, a konkretnie wojewodom. Wojewodom, ponieważ nie posiadając własnych szpitali, będą mogli zachować trzeźwą ocenę potrzeb i możliwości. Prawdopodobnie i tak nie ustrzeżemy się tego, że ktoś lepiej ustawiony uzyska coś więcej, lecz skala zjawiska będzie niepomernie mniejsza. Dzisiaj na przykład wojewodowie odpowiadają za ratownictwo medyczne i zarządzanie kryzysowe, ale narzędzia, jakim są pieniądze, w ręku nie mają. Pieniędźmi w ochronie zdrowia zarządza NFZ i nikt nie zamierza tego zmienić. Oddziałami szpitalnymi zarządzają dyrektorzy, którzy niestety nie zawsze kierują się tzw. dobrem społecznym. Wprawdzie nowi decydenci ochrony zdrowia widzą sytuację i zamierzają coś zrobić, jednak mimo szumnych zapowiedzi wciąż nie wiadomo, co i kiedy. A czasu nie ma.

Tymczasem mimo deklaracji premiera, że nie będzie (jak zwykle) nagonki na żadne środowisko, trudno się oprzeć wrażeniu, że nagonka na środowisko lekarskie już się rozpoczęła. Wszak sama pani minister powiedziała o zarobkach „niektórych” lekarzy sięgających ponad 200 tys. zł miesięcznie. I nikt już nie ma wątpliwości, kto jest winien narastającego zadłużenia szpitali – oczywiście lekarze, bo za dużo zarabiają. Ale do tego już się przyzwyczaiłem.

Z tymi swoimi przemyśleniami pozostawiam Państwa, życząc wszystkiego najlepszego z okazji zbliżających się świąt Bożego Narodzenia i wiele szczęścia w Nowym Roku 2025 – dla Was i Waszych Bliskich. Niech w nowym roku rozwiążą się wszystkie problemy, a nawet problemoidy.

JERZY FRIEDIGER

Redaktor Naczelny „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej”

35 lat Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie

Na początku był Okrągły Stół ...

10 listopada 1989 roku odbył się pierwszy, organizacyjny zjazd Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, ale historia krakowskiej Izby zaczęła się nie 35, lecz 131 lat temu, w roku 1893. W 2024 roku samorząd lekarski obchodzi natomiast odrodzenie izb lekarskich, których działalność komunistyczne władze zawiesiły w roku 1950, przejmując też ich majątek. Kolejne pokolenia lekarzy pragnęły odbudowy samorządności, lecz stało się to możliwe dopiero w 1989 roku, od obrad Okrągłego Stołu. Już na początku rozmów przy okrągłym stole zgłoszono propozycję powołania samorządu lekarskiego jako „wyłonionego w sposób demokratyczny, obdarzonego zaufaniem społecznym, niezależnego i samorządnego organu środowiska lekarskiego”. W kwietniu 1989 roku, tuż przed końcem IX kadencji Sejmu, grupa posłów lekarzy przeforsowała rozpatrzenie stosownego projektu i tak, 17 maja 1989 roku, jednogłośnie przyjęto Ustawę o izbach lekarskich, opracowaną na podstawie odpowiednich przepisów prawa z okresu międzywojennego.

19 czerwca 1989 roku powołano Komitet Organizacyjny Izb Lekarskich. W jego pracach brali udział m.in. profesorowie Józef Bogusz i Zbigniew Chłap, doktorzy Jan Ciećkiewicz, Janusz Fortuna, Artur Hartwich i Zbigniew Żak. Zaproponowano, by siedzibami izb było 11 miast akademickich, co przy ówczesnym podziale Polski na 49 województw nie wszystkim się spodobało. Przewidywano także powołanie trzech izb resortowych. Izba krakowska, według pierwotnego planu, miała obejmować ówczesne województwa krakowskie, kieleckie, nowosądeckie, tarnowskie, krośnieńskie, przemyskie i rzeszowskie. Jednak lekarze z ówczesnych województw kieleckiego, tarnowskiego i rzeszowskiego od razu domagali się własnych izb, więc ostatecznie krakowska Izba objęła swym zasięgiem ówczesne województwa krakowskie, nowosądeckie, krośnieńskie i przemyskie.

Jesienią zorganizowano wybory przedstawicieli na Zjazd Lekarzy Delegatów OIL, który odbył się 10 listopada 1989 roku w Nowohuckim Centrum Kultury w Krakowie. Uczestniczyło w nim 639 osób wybranych przez



W 2018 r. prof. Zbigniew Chłap otrzymał Honorową Statuetkę im. Macieja Leona Jakubowskiego OIL w Krakowie.

Jerzy Sawicz

swoje środowiska zawodowe. Pierwszym prezesem odrodzonej Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie został dr Jan Ciećkiewicz, rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej – dr Jan Deszcz. Pierwsze posiedzenie krakowskiej Okręgowej Rady Lekarskiej miało miejsce 24 listopada 1989 roku. Dość szybko zorganizowano też struktury Izby, m.in. tworząc delegatury OIL w Nowym Sączu, Krośnie i Przemyślu.

Izba wróciła, choć tylko jako lokator, na ul. Krupniczą 11a, którą to kamienicę krakowscy lekarze kupili przed II wojną światową. Niestety, odrodzenie samorządności w 1989 roku nie oznaczało uznania ciągłości prawnej z izbami przedwojennymi i tym samym ich prawa własności. Na formalne odzyskanie budynku trzeba było czekać do października 2010 roku. Dziś pięknie odnowiona, zmodernizowana „Krupnicza” jest chlubą krakowskiej Izby. A w ostatnim 35-leciu Izba wzbogaciła się o kolejne dwie nieruchomości – budynek Delegatury w Krośnie, kupiony od gminy w 2001 roku, oraz nieruchomość zajmowaną przez Delegaturę w Nowym Sączu, odkupioną w 2006 roku od SPZOZ Szpitala im. J. Śniadeckiego. I już niebawem rozpocznie się długo oczekiwana budowa siedziby dla Delegatury OIL w Przemyślu, która obecnie mieści się w wynajmowanych pomieszczeniach. OIL do dziś nie odzyskała →



Podczas manifestacji o naprawę systemu ochrony zdrowia w Polsce, Warszawa 1995 r.

⇒ natomiast należącej do niej do lat 50. ubiegłego wieku, bardzo cennej Kamienicy Pod Gruszką, położonej u zbiegu ul. Szczepańskiej i Rynku Głównego w Krakowie. Starania o to cały czas trwają.

35. rocznica odrodzenia samorządu lekarskiego w Polsce przypadła w połowie jego IX kadencji. Na czele władz krakowskiej Izby już drugą kadencję stoi lek. dent. Robert Stępień, który po raz pierwszy objął funkcję prezesa ORL w marcu 2018 roku. Jego poprzednikami byli wspomniany już pierwszy prezes Izby dr Jan Ciećkiewicz (w latach 1989-1993 i 1993-1997), następnie dr Bogdan Badowski (1997-2001), dr Jerzy Friediger (2001-2005 i 2005-2009) oraz prof. Andrzej Matyja (2009-2013 i 2013-2018). W każdej z tych kadencji, w całej historii krakowskiej Izby nie brakowało przełomowych momentów. Ale z ostatnich pięciu lat na zawsze pozostaną w pamięci czas pandemii, kiedy lekarze walczyli o życie pacjentów narażając, a nawet tracąc życie własne, i początek wojny w Ukrainie, kiedy to bezpośrednio

na teren Izby, przez granicę w Medycie zaczęły napływać dziesiątki tysięcy uchodźców.

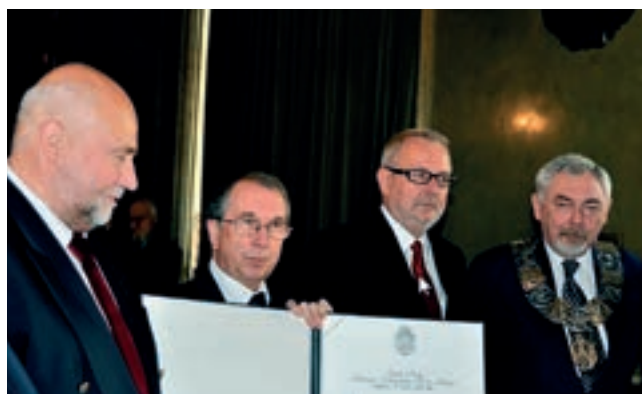
Czy kolejne lata będą spokojne, czy los znów postawi lekarzy przed wyzwaniem, których dotąd sobie nie wyobrażaliśmy? Nikt tego nie wie, ale codzienność to po prostu mrówcza praca. Krakowska Izba jest trzecią

co do wielkości w kraju. Liczba jej członków systematycznie rośnie, na przestrzeni 35 lat podwoiła się, przekraczając obecnie 19 tysięcy. Choć kompetencje i cele działania samorządu lekarskiego są od lat niezmiennie, znacznie poszerza się sfera, w której Izba podejmuje wyzwania. Na tle innych tę krakowską wyróżnia doskonała współpraca między lekarzami i lekarzami dentydami. Lekarze dentyści mają zagwarantowany udział we władzach i wszystkich organach Izby. Podobne gwarancje mają członkowie OIL z poszczególnych Delegatur. To druga z wyjątkowych cech krakowskiej Izby.

Funkcjonuje w niej obecnie 13 komisji i 5 zespołów problemowych

OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W KRAKOWIE

od lat jest trzecią co do wielkości w kraju. Na koniec listopada br. liczyła 19 714 członków i członków, w tym 15 427 lekarzy, 4 254 lekarzy dentydów oraz 33 osoby o podwójnym prawie wykonywania zawodu. Liczba kobiet w OIL wynosiła 12 661, mężczyzn – 7 053. Z tych osób wykonywało zawód 15 002 lekarzy i 4 045 lekarzy dentydów. Patrząc na strukturę wiekową, najwięcej członków i członków OIL to osoby w wieku 31-40 lat (4 214 osób), następnie 51-60 lat (3 471 osób) oraz 41-50 (3 193 osoby). Prawie trzy tysiące liczy też grupa osób w wieku ponad 70 lat. Co ciekawe, w listopadzie br. nadal pracowało 91 lekarek i lekarzy należących do OIL i liczących ponad 90 lat. Do krakowskiej Izby należało także 531 lekarzy cudzoziemców.



Wręczenie Medalu Cracoviae Merenti dla OIL w Krakowie, 2013 r.



Uroczyste otwarcie siedziby Delegatury w Krośnie, 2001 r.



Okręgowej Rady Lekarskiej, dedykowanych chyba wszystkim sferom działalności samorządu. Każda z komisji i zespołów ORL działa odrębnie, jednak wszystkie realizują wspólny cel, jakim jest służyć lekarzom i lekarzom denty stom. Liczba i zakres podejmowanych inicjatyw są tak duże, że nie sposób ich tu przedstawić, zwłaszcza że prawie każdy dzień przynosi coś nowego. Informujemy o tym na bieżąco na naszych łamach i w mediach społecznościowych OIL.

Niestety, wielu lekarzy i lekarzy denty stomów nie docenia tego, co im się oferuje. Dla niektórych symbolami samorządu lekarskiego są składki i rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Czasem też lekarski sąd. Jednak nie wolno zapominać, że sądownictwo korporacyjne to przywilej, a nie kara, a działalność rzecznika i sądu nie jest skierowana przeciwko członkom samorządu, lecz służy dbaniu o rangę i etos zawodu lekarza i lekarza denty stomy. Co do składek – z mocy ustawy mają obowiązek je płacić wszyscy lekarze i lekarze denty stomi, bo z tych pieniędzy finansowana jest działalność samorządu lekarskiego. Jeśli ktoś nadal czuje niezadowolenie z powodu ostatniej podwyżki, wprowadzonej w 2023 roku, przypomni mi pewien zapomniany fakt. Otóż przez pierwsze 10 lat, na mocy uchwały z grudnia 1989 roku obowiązkowa, podstawowa składka wynosiła „2% wysokości zasadniczego uposażenia lekarzy zatrudnionych w stosunku pracy lub służby w społecznej służbie zdrowia...”. 6 proc. najniższego uposażenia w gospodarce uspołecznionej płacili lekarze „wykonujący zawód wyłącznie w formie praktyki prywatnej”. Ile by to było teraz...?

JOLANTA GRZELAK-HODOR

W tekście wykorzystano informacje z albumu „Okreęgowa Izba Lekarska 1989-2015. Wypisy z dziejów samorządu lekarskiego i medycyny w Krakowie” pod red. Stefana Ciepłego. Zdjęcia pochodzą z archiwum „GGL”.

Kiedy dziś myślę o krakowskiej Izbie Lekarskiej...

Dr Jan Ciećkiewicz, pierwszy prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, pełniący tę funkcję w latach 1989-1993 oraz 1993-1997



Katarzyna Domin

Moje spojrzenie na pewno ma charakter subiektywny, co częściowo wynika z uwarunkowań rodzinnych. Mój ojciec przed wojną i po niej był bardzo zaangażowany w działalność naszego samorządu i boleśnie przeżył jego zlikwidowanie w okresie budowania socjalizmu. Po 1956 roku, już w ramach prac Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, brał udział w przygotowaniach kolejnych projektów ustaw mających przywrócić do życia izby lekarskie oraz przy tworzeniu Zasad Etyczno-Deontologicznych, będących substytutem Kodeksu Etyki Lekarskiej. W sposób oczywisty w okresie dorastania, studiów i wczesnych lat pracy byłem dobrze zaznajomiony z tymi problemami, wiedziałem, czego można, a czego nie można oczekiwać od samorządu. Dlatego kiedy pojawiła się możliwość jego odtworzenia, włączyłem się do pracy pełen entuzjazmu, ale i z poczuciem realizmu.

Patrząc wstecz na lata 90., które z jednej strony były pełne niecierpliwych oczekiwań, a z drugiej borykania się ze zrujnowaną ekonomią i mnóstwem poważnych problemów, jaśniej niż wtedy widać ogrom zmian i to, że następowały one względnie szybko, a także ogromny udział w tym izb lekarskich, postrzeganych wtedy jako element przywróconej wolności. Na pewno podmiotowość zawodu lekarza została odzyskana.

Kiedy dzisiaj patrzę na Izbę Lekarską, to przede wszystkim odczuwam wdzięczność dla wszystkich, którzy po nas przejęli ster, że nic z tego, co z grupą podobnych do mnie entuzjastów budowaliśmy od podstaw, nie zostało zmarnowane, a wręcz przeciwnie, stale jest twórczo rozwijane. Podoba mi się znowelizowany Kodeks Etyki Lekarskiej, w którym wszystko, co przez wieki było ważne, zostało

zachowane i odpowiada on także na zupełnie nowe dylematy stojące przed współczesnym lekarzem. Podobają mi się odnowione i budowane od nowa siedziby izb, odpowiadające prestiżowi naszego zawodu. Podoba mi się i to, że w coraz większym stopniu stają się one nie tylko urzędem, lecz miejscem spotkań, nie tylko tzw. działaczy, ale i chcących w różny sposób rozwijać swoje zainteresowania, także te pozazawodowe. Z przyjemnością biorę do ręki ciekawie redagowany nasz biuletyn, dziś pod nazwą „Galicyjska Gazeta Lekarska”, jakże inny od pierwszych, powielaczowych egzemplarzy tworzonych przez Janka Kowalczyka. Chętnie czytałbym w nim spostrzeżenia i dyskusje, a może i podpowiadane przez lekarzy rozwiązania aktualnych problemów.

Jest rzeczą zupełnie naturalną, że pojawiają się i będą się pojawiać nowe oczekiwania środowiska lekarskiego, a co gorsza nowe pomysły rządzących, na które trzeba będzie odpowiadać.

Nie podoba mi się natomiast, a nawet martwi obserwowana absencja na zjazdach Izby. Trudno mi zrozumieć sposób myślenia kogoś wybranego delegatem na zjazd, a więc obdarzonego zaufaniem określonej grupy Koleżanek i Kolegów, kto nie poczuwa się do ich reprezentowania, do obowiązku wyrażania tam ich poglądów i oczekiwań, czy to w formie wystąpienia, czy przez głosowanie.

Ten jubileusz niech będzie okazją do przekazania obecnym oraz następnym Koleżankom i Kolegom, obdarzonym zaufaniem i podejmującym się pracy w naszym samorządzie, życzeń sukcesów i satysfakcji podobnej do odczuwanej obecnie przeze mnie.

JAN CIEĆKIEWICZ



Pomaganie musi być przemyślane

O tym, jak zacząć działać w ramach pomocy humanitarnej i rozwojowej za granicą oraz dlaczego warto to robić dyskutowano podczas **II Forum „Pomagamy”**, zorganizowanego 23 listopada przez Okręgową Izbę Lekarską w Krakowie.

Udzielanie pomocy humanitarnej zarówno w kraju, jak i za granicą, w regionach słabo rozwiniętych nie może być jedynie potrzebą serca, ale przemyślanym działaniem wymagającym przygotowania osobistego i logistycznego. Stąd pomysł Komisji ds. Współpracy Zagranicznej i Obcokrajowców ORL i jej przewodniczącej Marzeny Ksel-Teleśnickiej na organizację Forum, dającego możliwość zaprezentowania działalności pozarządowych organizacji pomocowych oraz wymiany doświadczeń między osobami działającymi w ich ramach. Prócz przedstawicieli tych organizacji oraz lekarzy-wolontariuszy w spotkaniu wzięła udział Zuzanna Kierzkowska, dyrektor Departamentu Współpracy Rozwojowej Ministerstwa Spraw Zagranicznych, która mówiła o współpracy Polski w ramach Unii Europejskiej, dotyczącej udzielania krajom rozwijającym się pomocy rozwojowej. Zwróciła uwagę, że UE jest największym donatorem, jeśli chodzi o udzielanie pomocy na zewnątrz. Tylko nasz kraj w 2023 r. przeznaczył na ten cel blisko 20 mln zł. Nakłady te stale rosną, zwłaszcza po wybuchu wojny w Ukrainie. W ramach Wieloletniego Programu Współpracy Rozwojowej na lata 2021-2030 priorytetem dla Polski jest Europejska Pomoc Sąsiedzka, czyli pomoc takim krajom jak Białoruś, Mołdawia i Ukraina. Ale na liście tzw. priorytetów geograficznych są także Liban,

Palestyna, Etiopia, Kenia, Senegal i Tanzania.

Punktem wyjścia do rozmów uczestników Forum było pytanie postawione przez moderatorkę spotkania lek. Annę Płotek, przedstawicielkę Komisji Współpracy Zagranicznej ORL i wiceprezeskę stowarzyszenia Leczymy z Misją, o motywacje do wyjazdu. Wśród odpowiedzi pojawiły się „potrzeba przygody”, „chęć zrobienia czegoś, co ma znaczenie”, „zmierzenia się z prawdziwymi problemami”, ale też „porażenie biedą”, np. w czasie wcześniejszych wyjazdów turystycznych, oraz uświadomienie sobie, że czasem niewiele potrzeba, by poprawić los cierpiącego człowieka. Agnieszka Lembowicz z organizacji Okuliści dla Afryki opowiadała, że patrząc na biedę w krajach azjatyckich, wydawało jej się, że jako optometrystka nie potrafi tym ludziom pomóc. Zmieniła zdanie, gdy poznała dentystę, który gdzieś na końcu świata, pod drzewem wrywał mieszkańcom bolące zęby. Są kraje, w których nawet tak prosty zabieg i każda złotówka mają znaczenie. Przekonał się o tym Wojciech Zięba, prezes i założyciel Polskiej Fundacji dla Afryki, która wspiera finansowo lokalne organizacje wiedzące lepiej, jak spożytkować otrzymane środki i jakie projekty warto zrealizować.

Podobnymi doświadczeniami podzieliła się dr Lidia Stopyra, kierownik Oddziału Chorób Infekcyjnych i Pediatrii Szpitala im. Żeromskiego w Krakowie. „Wszystkie choroby, z powodu których ci ludzie niewiarygodnie cierpią i umierają, potrafimy za stosunkowo niewielkie pieniądze wyleczyć, np. leczenie trądu kosztuje 200 zł. Nie jest też prawdą, że najgroźniejszą chorobą w Afryce jest np. malaria, bo my

⇒ możemy ją zdiagnozować za pomocą testów i włączyć leczenie. Większym problemem są udar i zawał serca, ponieważ na miejscu nie ma kardiologii interwencyjnej”. Bardzo ważną podczas takich wyjazdów jest edukacja zdrowotna, a jeszcze ważniejsze – szkolenie personelu, który po wyjeździe wolontariuszy z problemami i obsługą podarowanego sprzętu będzie musiał sobie radzić sam. W jednym z odwiedzonych przez dr Stopyrę szpitali w Kamerunie wcześniak leżał w nowoczesnym inkubatorze, ale nie był podpięty do kardiomonitora, bo nikt nie umiał tego zrobić. Inna sprawa, że sam inkubator nie był potrzebny, ponieważ w pomieszczeniu było około 34 stopni...



Obserwacje, jak bezcelowa bywa pomoc humanitarna, skłoniły lek. Marcina Kiszkę do założenia Stowarzyszenia Leczymy z Misją. W czasie pobytu w szpitalu w Kenii, w którym brakowało nawet aparatu do EKG, lekarze z Polski przypadkowo odkryli kontenery z napisem „USA”, z mnóstwem specjalistycznego sprzętu. Nieużywany stał się mieszkaniem dla insektów i w większości nie nadawał się już do niczego. Nikt nie przeszkolił pracowników szpitala z jego obsługi. Dlatego dziś Stowarzyszenie zajmuje się przede wszystkim prowadzeniem szkoleń z pierwszej pomocy oraz tworzeniem systemu powiadamiania między szpitalami w Kenii.

Dr Stanisław Górski, który w latach 2007-2013 brał udział w projektach organizacji Lekarze bez Granic w Sudanie Południowym, Afganistanie i Sierra Leone, stwierdził, że nie jest łatwo pomagać efektywnie, a historie o „nierozpakowanych kontenerach” można usłyszeć w wielu zakątkach świata. Dlatego tak ważna jest kwestia profesjonalizacji danej organizacji i jej doświadczenie.

Doświadczenie – zarówno w sensie zawodowym, jak i osobistym – jest bagażem, z którym wolontariusze wracają z misji medycznych. W ich trakcie mają możliwość leczenia chorób w Polsce niewystępujących, np. – o czym opowiadał dr Górski – gorączki Lassa. Na ten sam aspekt zwróciła uwagę dr Stopyra, która pełni także funkcję kierownik Kliniki Chorób Infekcyjnych i Tropikalnych Instytutu

Nauk Medycznych na Uniwersytecie AFM w Krakowie: „Wyjeżdżając do Afryki, zdobywamy doświadczenie, by skuteczniej leczyć w kraju pacjentów z chorobami tropikalnymi, o których wcześniej uczyliśmy się z książek”.

Udział w akcjach pomocowych to także remedium na wypalenie zawodowe, źródło satysfakcji, lekcja radzenia sobie w każdej sytuacji. Ewa Piekarska-Dymus, prezes zarządu stowarzyszenia Polska Misja Medyczna, stwierdziła: „Na każdym takim wyjeździe ćwiczymy umiejętności interpersonalne i komunikacyjne, bo w niektórych miejscach musimy najpierw zbudować zaufanie człowieka, żeby on w ogóle chciał z naszej pomocy skorzystać”. Zwróciła także uwagę, że nie każda osoba ma predyspozycje potrzebne do udziału w takim wyjeździe. Przed podjęciem decyzji należy rozważyć np. czy jest się w stanie operować osobą HIV pozytywną albo czy wytrzyma się brak kontaktu z rodziną.

Długą dyskusję wywołał temat angażowania młodych lekarzy, którzy w przerwie między stażem a rezydenturą mają czas, by poświęcić się takiej pracy. Brakuje im jednak doświadczenia zawodowego, a na takich wyjazdach – pamiętajmy, że często kosztownych dla organizatora – najbardziej pożądanymi są specjaliści.

Dr Jerzy Friediger, członek Komisji Współpracy Zagranicznej, uczestnik wyjazdów pomocowych od 1978 r., m.in. w Himalaje i pięciokrotnie do Kamerunu, zaproponował, aby MSZ w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia opracowało zasady, tak by wyjazd na akcję humanitarną był w jakikolwiek sposób uwzględniany w programie specjalizacji czy stażu podyplomowego i przestał być wyłącznie prywatną sprawą lekarza, wyjeżdżającego zazwyczaj w ramach własnego urlopu. Bo dla świeżo upieczonych lekarzy też znajdują się zadania. Jak powiedział prezes stowarzyszenia Leczymy z Misją: „Zawsze staramy się stwarzać zespół osób doświadczonych i tych młodych, które prowadzą akcje edukacyjne, szkolenia czy badania przesiewowe”. Przestrzegał jednak młodych medyków przed angażowaniem się w wyjazdy, które bardziej przypominają „Adventure Tour” niż misje medyczne, np. do Indii. Pod pretekstem, że w krajach zacofanych każda pomoc jest na wagę złota, lekarz wykonuje wtedy zabiegi, do których w kraju nie ma uprawnień. „To nieetyczne i często źle się kończy dla pacjenta” – powiedział Marcin Kiszka.

Tomasz Grzelczak, lider zespołu Polskiej Misji Medycznej Emergency Medical Team, interweniującego w sytuacjach nagłych kataklizmów i katastrof humanitarnych, dodał, że lekarze wolontariusze potrzebni są także w kraju, np. obecnie w Stroniu Śląskim, które ucierpiało w trakcie ostatniej powodzi.

Tekst i zdjęcia: **KATARZYNA DOMIN**

Mnóstwo wiedzy, nieco kontrowersji i ciut wzruszeń, czyli...

Rytró 2024

Dziesiątki pytań, wielogodzinne dyskusje, mnóstwo przemyśleń – wykładowcy zaproszeni do Rytra na tegoroczną Konferencję Naukowo-Szkoleniową Komisji Stomatologicznej ORL w Krakowie wzbudziili u słuchaczy nie tylko ogromne zainteresowanie, ale wręcz emocje. Nie brakowało informacji zaskakujących, bulwersujących, a ładunek wiedzy przekazanej uczestnikom spotkania był ogromny. Inne uczucia towarzyszyły wszystkim tylko podczas uroczystości wręczenia Nagrody im. Andrzeja Janusza Fortuny, którą w tym roku uhonorowano dr. Lesława Jacka Pypcia z Łodzi.

Już wstępny program zorganizowanej tradycyjnie w ostatni weekend października konferencji w Rytrze zapowiadał ciekawe wykłady, lecz w praktyce spotkanie chyba przeszło oczekiwania. Każde wystąpienie rodziło wiele pytań (na które eksperci wyczerpująco odpowiadali), a części naukowej towarzyszyły też warsztaty praktyczne. Tradycyjnie w hotelu Perła Południa w Rytrze pojawili się również wystawcy oferujący najnowszy sprzęt i materiały stomatologiczne. Z dala od domu i gabinetu, zainteresowani mogli spokojnie podyskutować.

Witając uczestników i zaproszonych gości, Robert Stępień, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, podkreślał wagę takich bezpośrednich spotkań.



Sesje naukowe

Pierwszą sesję naukową, prowadzoną przez Małgorzatę Jamkę-Kasprzyk, wiceprzewodniczącą Komisji Stomatologicznej ORL, i Dariusza Kościelniaka, przewodniczącego KS i wiceprezesa ORL, rozpoczął wykład dr. hab. Jarosława

Woronia, kierownika Zakładu Farmakologii Klinicznej UJ CM, który mówił o farmakologii w gabinecie lekarza dentystry. Lista błędów, jakie można popełnić w tym zakresie, jest długa. Najczęściej dotyczą one leczenia przeciwbólowego, a przecież ból jest główną dolegliwością zgłaszaną przez pacjentów trafiających na dentystyczny fotel.

– W zakresie spożycia leków jesteśmy w Polsce na jednym z pierwszych miejsc w Europie, a jednocześnie w przypadku bólu mamy jedną z największych populacji, która cierpi na ból chroniczny. Dziś rano w polskich domach dziewięciu milionom osób „dzień dobry” jako pierwszy powiedział ból. Tylko Słowenia ma więcej takich pacjentów – zauważył na wstępie prof. Woron. Dużą część wykładu poświęcił on jednak apelom o zaniechanie stosowania u pacjentów z bólem zęba paracetamolu zamiast niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ). Paracetamol jest w tym przypadku całkowicie nieskuteczny, pojawia się też ryzyko groźnych działań niepożądanych. Prof. Woron zachęcał natomiast do leczenia skojarzonego, które przynosi lepsze efekty, oraz odważniejszego dawkowanie leków – zbyt niskie dawki jedynie szkodzą. Należy pamiętać, że w leczeniu bólu nie stosuje się kodeiny, a wręcz karygodnym jest częste sięganie przez lekarzy, i to wszelkich specjalności, po hydroksyzynę. (O jej działaniach niepożądanych prof. Woron wspólnie z prof. Ryszardem Korbutem informują na łamach tego wydania „GGL” w odrębnym artykule).

Sporą dawkę wiedzy w pierwszym dniu konferencji przekazał także dr n. med. Sławomir Gabryś, który mówił o tym, jak uniknąć złamania pilnika w kanale zęba i jak wiele czynników może tu mieć znaczenie (nie tylko rodzaj pilnika i krzywizna kanału).

Drugiego dnia moderatorami sesji naukowej byli prof. Jolanta Pytko-Polończyk, pełnomocniczka prorektora Collegium Medicum UJ ds. klinicznych, członkini Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, oraz prof. Mariusz Szuta, dyrektor Instytutu Stomatologii UJ CM.

Lek. dent. Magdalena Kukurba-Setkowicz w swoim wykładzie przybliżyła problematykę MIH, czyli hipomineralizacji trzonowcowo-siekaczowej. Podkreślała, że występowanie MIH w zębach mlecznych pozwala zakładać, że ten

→ sam problem pojawi się w zębach stałych pacjenta. Niestety, jedną z charakterystycznych cech MIH jest bardzo duża nadwrażliwość zębów, skuteczne znieczulenie jest więc trudne, co z kolei może u pacjenta doprowadzić do dentofobii. Jednocześnie nadwrażliwość może też utrudniać utrzymanie prawidłowej higieny w jamie ustnej i koło się zamyka. Tak więc MIH to duży problem małych pacjentów, niestety, nie taki rzadki.

O małych pacjentach mówiła także lek. dent. Małgorzata Jamka-Kasprzyk z Instytutu Stomatologii UJ CM w wykładzie pod znamienym tytułem „Dziecko – pacjent onkologiczny w gabinecie stomatologicznym. Nie bójmy się go leczyć”. Każdego roku w Polsce wykrywa się u dzieci ok. 1000-1200 nowych zachorowań na nowotwór i każdy lekarz dentysta może się zetknąć z takim pacjentem. (Warto pamiętać, że każdy lekarz dentysta w trakcie badania stomatologicznego może też dostrzec w jamie ustnej pacjenta zmiany wymagające konsultacji onkologicznej.) Doktor Jamka-Kasprzyk podkreślała jednak, że w opiece nad dzieckiem z chorobą nowotworową lekarz dentysta nie jest sam, konsultacje interdyscyplinarne są z założenia wpisane w plan leczenia.

Całkowicie innej problematyce poświęcony był wykład lek. dent. Karoliny Kuśnierz, która mówiła o protokołach zabiegowych po zakończonym leczeniu stomatologicznym – „Jak można poprawić wygląd dolnego piętra twarzy w oparciu o spersonalizowane protokoły zabiegowe”. W czasach, kiedy wielu marzy o hollywoodzkim uśmiechu, wielu innych go obiecuje, choć nie ma odpowiedniej wiedzy, a czasem nawet wymaganych kwalifikacji. Zapewne nie tylko doktor Kuśnierz i nie tylko lekarze, patrząc na niektóre osoby, zastanawiają się „kto jej/jemu to zrobi?”...

W ostatnim wykładzie naukowej części konferencji prof. Mariusz Szuta znów poruszył problematykę farmakologii, mówiąc o polekowej martwicy kości szczękowych. Najczęściej jej przyczyną jest stosowanie (bez protokołu uwzględniającego to ryzyko) bisfosfonianów, wykorzystywanych w leczeniu m.in. osteoporozy, w chorobach nowotworowych kości i przerzutach nowotworowych do kości. Dlaczego akurat w kościach szczękowych dochodzi do martwicy? M.in. dlatego, że leki te mają tendencję do odkładania się w kościach cechujących się wzmożonym metabolizmem, do których zaliczają się właśnie kości szczęk. Do polekowej martwicy kości może też doprowadzić terapia denosumabem (m.in. w osteoporozie) czy bewacyzumabem (lek przeciwnowotworowy). Katalog leków o niepożądanych działaniach ubocznych jest oczywiście szerszy, warto o tym wiedzieć, pamiętać i przestrzegać swoich pacjentów.

Wieczór z Laureatem

Między piątkową i sobotnią sesjami naukowymi miało miejsce szczególne wydarzenie. Podczas uroczystej kolacji wręczono prestiżową Nagrodę im. Andrzeja Janusza Fortuny, przyznaną za zasługi dla polskiej stomatologii przez Komisję Stomatologiczną ORL w Krakowie. Z rąk przedstawicieli rodziny Fortunów oraz prezesa ORL Roberta Stępnia odebrał ją dr Lesław Jacek Pypeć, lekarz dentysta, nauczyciel akademicki i autor licznych prac naukowych, działacz samorządu lekarskiego z Łodzi praktycznie od chwili odrodzenia izb lekarskich w Polsce, człowiek niezliczonych pasji i talentów (portret Doktora prezentowaliśmy w ostatnim wydaniu „GGL”). Nie kryjąc wzruszenia, laureat wyznał, że wkraczając na swą drogę zawodową, podejmując kolejne wyzwania, nie myślał, iż może tak wiele osiągnąć, że spotka go takie wyróżnienie. Atmosfera uroczystości nie tylko doktora Pypcia skłoniła do refleksji.



Sesja samorządowa

Tradycją konferencji w Rytrze jest też sesja samorządowa, poświęcona bieżącym problemom w wykonywaniu zawodu lekarza dentysty – m.in. kwestiom prawnym czy kontraktowaniu świadczeń przez NFZ.

Także w tym roku głos zabrał przedstawiciel Zespołu Radców Prawnych OIL w Krakowie, mec. Tomasz Pęcherz, który m.in. zwrócił uwagę na pułapki związane z tzw. ustawą Kamilką (Ustawą o ochronie małoletnich przed przemocą). Przede wszystkim precyzyjnie opracowane standardy tej ochrony (w uproszczonej, zrozumiałej dla dziecka wersji) muszą być udostępnione w każdym gabinecie, przychodni itp. Nawet jeśli ktoś z zasady nie leczy dzieci. Nie można bowiem wykluczyć, że jednak osoba małoletnia, choćby już nastoletnia, trafi do danego lekarza. Wciąż dyskusyjna jest też kwestia legitymowania się przez osoby mające „zawodowy” kontakt z dziećmi zaświadczeniami o niekaralności. Czy np. recepcjonistka w przychodni musi przedstawić taki dokument? Choć ustawa obowiązuje, wątpliwości wciąż jest mnóstwo. Radzimy więc zasięgać porad prawników OIL.



Mecenas Pęcherz przypomniał także, że od marca zmieniają się formalne wymagania wobec asystentek i higienistek stomatologicznych. Warto o tym pamiętać. Lekceważenie niuansów prawnych, które wydają się mniej ważne w praktyce lekarskiej, może mieć bardzo przykre konsekwencje. Podczas najróżniejszych kontroli właśnie na takie rzeczy zwraca się uwagę.

Lek. dent. Anna Urbańczyk, zastępczyni przewodniczącej Okręgowego Sądu Lekarskiego, podkreślała, że bagatelizowanie obowiązku staranności w prowadzeniu dokumentacji medycznej jest jedną z najczęstszych przyczyn spraw trafiających do OROZ i lekarskiego Sądu. Niestety, pod tym względem sytuacja od lat się nie zmienia. Nadal niektórzy nie rozumieją, że dzięki rzetelnemu dokumentowaniu wszystkich czynności, pilnowaniu wymaganych zgód pacjenta można w wielu przypadkach od razu oddalić jego skargę.

Na koniec konferencji w Rytrze sporo emocji wzbudziło wystąpienie Elżbiety Bukowiec z MOW NFZ. W październiku umowy na świadczenia stomatologiczne miało z małopolskim NFZ 370 podmiotów, dziś ta liczba może być już mniejsza, bo stale ktoś ze współpracy z Funduszem rezygnuje.

W każdym razie, aneksowanie umów nastąpi w przyszłym roku. Fundusz zamierza odstąpić od „pakietowego” kontraktowania świadczeń dla dorosłych i dzieci, konieczne będzie złożenie oddzielnych ofert. Jednocześnie, jak poinformowała Elżbieta Bukowiec, AOTM próbuje m.in. ustalić, ile czasu zajmuje konkretna procedura, ile powinno trwać np. badanie stomatologiczne z instruktażem. Trudno się temu dziwić – jedno ze sprawozdań dostarczonych do NFZ z prywatnej praktyki stomatologicznej zawierało informację, iż w ciągu 8-godzinnej dyżuru jeden lekarz dentysta przyjął 283 dzieci. To mniej niż dwie minuty na pacjenta. Podobnych rekordzistów było więcej. A świadczenia te mają być sfinansowane z Funduszu Medycznego, z którego, jak zauważyła przedstawicielka NFZ, wydaje się obecnie tak dużo pieniędzy, że ani jedno dziecko w Małopolsce nie powinno mieć próchnicy.



Nic dziwnego, że zarówno po sesjach naukowych, jak i części samorządowej burzliwe dyskusje toczyły się do późnych godzin nocnych...

Tekst i zdjęcia: **JOLANTA GRZELAK-HODOR**

Slovenské Dentálne Dni 2025

W dniach 10-12 października, tradycyjnie jak co roku, odbyły się **Slovenské Dentálne Dni**. Podczas uroczystego otwarcia spotkania słowo wstępne wygłosił prezydent SKZL MUDr. Igor Moravčík, a po nim głos zabrał prezydent Czeskiej Izby Dentystycznej MD. PhD Roman Šmucler. Mowy powitalne wygłosili także prezydent ERO FDI MUDr. Simona Daniškova i wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie lek. dent. Dariusz Kościelniak.

Pierwszą prezentację – na temat wykorzystania sztucznej inteligencji w stomatologii – wygłosił R. Šmucler. Po nim głos zabrał (również na ten sam temat) doc. MUDr. Andrej Thurzo, PhD, z Uniwersytetu

Komeńskiego w Bratysławie. Następne wykłady dotyczyły już klasycznych problemów dentystycznych.

Równoległe do obrad stomatologów odbywały się szkolenia techników dentystycznych i higienistek. Spotkanie to potwierdziło bliską współpracę samorządów medycznych w Słowacji, a także współpracę z lekarzami dentydami zrzeszonymi w krakowskiej Izbie Lekarskiej, bowiem w Slovenskich Dentalnych Dniach udział wzięli także prof. Jolanta Pytko-Polończyk, członkini Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, pełnomocnik prorektora CM UJ ds. klinicznych, oraz wiceprezes ORL Dariusz Kościelniak. Stronę polską reprezentował też Piotr Cebulski, prezes Polsko-Słowackiej Izby Przemysłowo-Handlowej. (DK)



Piotr Małec x2

Spotkanie medyków i ekonomistów

26 października odbyło się w Krakowie **VIII Spotkanie Ekonomistów i Medyków EKONOMED**. To wyjątkowa inicjatywa Krakowskiego Stowarzyszenia Edukacji EKONOMED, które od 2018 roku zajmuje się nie tylko edukacją oraz integracją środowisk, ale też zbiera środki finansowe na zakup różnego rodzaju sprzętu dla szpitali. Uroczyste spotkania są okazją do podsumowania całorocznej pracy oraz uhonorowania osób szczególnie zasłużonych.

Podczas tegorocznej uroczystości w Klubie Uniwersytetu Rolniczego ARKA zastępca prezydenta Miasta Krakowa Stanisław Kracik wręczył Odznaki Honoris Gratia: prof. Katarzynie Krzanowskiej (kierownik Kliniki Nefrologii, Dializoterapii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych SU), dr Lidii Stopyrze (ordynator Oddziału Chorób Infekcyjnych i Pediatrii Szpitala im. Żeromskiego), doktor Marzenie Ksel-Teleśnickiej (wiceprezes ORL w Krakowie), prof. Ewie Cichockiej-Jarosz (kierownik Kliniki Pulmonologii, Alergologii i Dermatologii USD), prof. Mariuszowi Trystule (kierownikowi Oddziału Chirurgii Naczyń Szpitala im. Jana Pawła II), prof. Antoniemu Szczepanikowi (kierownikowi Kliniki Chirurgii Ogólnej z Onkologią Szpitala im. Narutowicza) oraz dr. Arturowi Asztabskiemu (prezesowi zarządu Szpitala im. Rydygiera).

Natomiast marszałek Łukasz Smółka odznaczył Krzyżami Małopolski: prof. Jacka Legutkę (kierownika Kliniki Kardiologii Szpitala im. Jana Pawła II), Janusza Madeja (wiceprezesa Stowarzyszenia EKONOMED), Marcina Jędrzychowskiego (dyrektora SU) i Jana Sadego (wiceprezesa Izby Przemysłowo-Handlowej).

Natomiast honorową statuetkę im. Macieja Leona Jakubowskiego Okręgowej Izby Lekarskiej – w dowód uznania za utworzenie Krakowskiego Stowarzyszenia Edukacji EKONOMED oraz wspieranie krakowskiego środowiska medycznego poprzez pomoc charytatywną, w tym zbieranie środków na zakup sprzętu medycznego dla krakowskich szpitali – z rąk prezesa ORL Roberta Stępnia odebrał prezes EKONOMED-u Piotr Drążkiewicz.

W spotkaniu wzięli także udział rektor Uniwersytetu Rolniczego prof. Sylwester Tabor, wicewojewoda Małopolski Ryszard Śmiałek, rektor Uniwersytetu Ekonomicznego prof. Bernard Ziębicki, prof. Jacek Majchrowski, dr n. ekon. Stanisław Bisztyga oraz profesorowie Piotr Chłosta, Andrzej Matyja i Andrzej Chochół. (opr. KD)



Demografia a wydatki na ochronę zdrowia

Rozmowa z dr Ewą Kocot z Instytutu Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego

■ **Pani Doktor, ostatni raz rozmawialiśmy w 2017 roku, a więc nie tak dawno. Wówczas grupa osób w wieku 65+ stanowiła 14 proc. polskiej populacji. Jak dziś wygląda sytuacja?**

– W tej chwili to już blisko 20 proc. Natomiast w roku 2060 będzie to – zgodnie z najnowszą prognozą GUS – 32,6 proc., czyli jedna trzecia całkowitej populacji. Obecnie mamy około 37,7 mln obywateli, w roku 2060, do którego sięga aktualna prognoza GUS, będzie nas 31 mln. Ale ubytek nie będzie równomierny, bo wynika ze struktury wiekowej populacji, wyżów i niżów demograficznych. Nie będzie tak, że z roku na rok ubędzie nam równa liczba osób. Jednak za te 40 lat strata sięgnie właśnie 6 mln mieszkańców.

■ **Pół żartem, pół serio – może trend spadkowy urodzin zostanie odrobinę zahamowany dzięki większej liczbie zabiegów *in vitro*?**

– Nie sądzę, by miało to znaczący wpływ. Ale jeśli chodzi o czynniki, które wpływają na wielkość populacji, to ciekawe jest, jak nasza aktualna prognoza demograficzna zmieniła się w stosunku do tej poprzedniej, sporządzonej przez GUS w 2014 roku, czyli przed pandemią i wojną w Ukrainie. Paradoksalnie, choć zdarzenia te musimy bez wątplenia uznać za negatywne, to wpłynęły one na lekką poprawę naszych prognoz demograficznych. Prognoza z 2023 roku, w porównaniu z tymi wcześniejszymi, przewiduje nieco mniejszy wzrost udziału osób w wieku 65+. Poziom obecnie prognozowany, czyli te 32,6 proc. osób starszych w roku 2060, w poprzedniej prognozie zapowiadany był już na rok 2050. Oznacza to, że starzenie się populacji odrobinę przyhamowało, głównie ze względu na zwiększoną umieralność osób starszych w okresie pandemii. To były dwa lata, podczas których oczekiwana długość życia spadła.

■ **Czy Instytut, czy Pani jako badaczka zjawisk demograficznych uwzględniacie nastroje pokoleniowe, np. przesuwanie się granic wieku podejmowania decyzji o macierzyństwie?**

– W grę wchodzi wiele zjawisk. Na przykład nie jesteśmy w stanie powiedzieć, jakie będą dalsze losy uchodźców z Ukrainy, którzy teraz mieszkają w Polsce, bo może się okazać, że u nas zostaną. To zwykle młode osoby, matki z dziećmi. Ich wpływ na sytuację demograficzną może się przyczynić do zmiany lub osłabienia niektórych tendencji. Natomiast jeśli chodzi o przesuwanie się wieku zakładania rodziny w okolice trzydziestki i wpływ tego zjawiska na rozrodczość, to przecież działania prorodzinne były podejmowane od dawna. Niestety, bez efektu, a między rokiem 2019 a 2022 dzietność w Polsce drastycznie spadła. Wskaźniki mamy bardzo kiepskie, nawet poniżej 1,2, gdy tymczasem wskaźnik zastępowalności pokoleń jest przyjmowany na poziomie 2,1.

■ **Starzenie się społeczeństwa, spadek dzietności i inne niepokojące problemy demograficzne są już powszechnie znane. Na ile szybko wpływają one na politykę zdrowotną?**

– Rzeczywiście, w wydatkach na ochronę zdrowia są pewne kwestie demograficzne szczególnie istotne. Na pewno jest to udział osób starszych, definiowanych zazwyczaj właśnie jako grupa 65+. Trzeba wiedzieć, jak taki udział i liczba osób starszych będzie się zmieniać, bo to bardzo mocno wpływa na potrzeby zdrowotne, a w konsekwencji na wielkość naszych wydatków.

■ **Jak obecnie kształtują się wydatki na zdrowie w Polsce? Określa się je procentem PKB. W 2013 roku wynosił on 4,5 proc.**

– W 2023 roku całkowite wydatki na ochronę zdrowia, czyli ↪

→ i publiczne, i prywatne, wg danych GUS wynosiły 7,1 proc. PKB. Z tego publiczne – 5,8 proc. PKB. Niestety, jest tu pewne „ale”. Przypomnę, że w Polsce została zmieniona metoda wyznaczania tego wskaźnika. W roku 2013 odnosiliśmy wysokość wydatków zdrowotnych do PKB z roku 2013. Natomiast od 2017 roku mamy nową zasadę odnoszenia się do danych sprzed dwóch lat wstecz. Słowem, wskaźnik wydatków liczonych jako procent PKB zawyżamy. Wskaźnik dla roku 2023 odnosimy do PKB z 2021 roku. Tymczasem przez te dwa lata wzrósł poziom PKB, wystąpiła inflacja, wzrosła śmiertelność, czyli w efekcie otrzymujemy niewiarogodne informacje.

■ **Niestety, na co dzień wielu Polaków odnosi wrażenie, że bezpośrednio, z własnej kieszeni, wydaje bez porównania więcej, niż uzyskuje ze środków publicznych.**

– W wydatkach prywatnych wszystkie koszty oceniamy sami, niejednokrotnie rezygnując z leczenia. Ale generalnie przez wiele lat mieliśmy zbliżoną strukturę wydatków zdrowotnych. Mniej więcej 70 proc. stanowiły wydatki publiczne, 30 proc. prywatne. Chyba niewiele się zmienia.

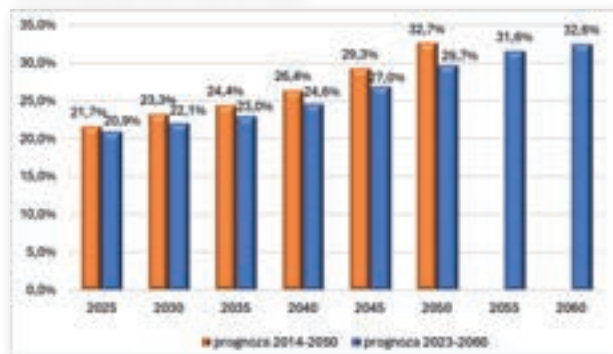
■ **Trudno mi w to uwierzyć. Owszem, dochody są większe, ale wydatki prywatne rosną dysproporcjonalnie.**

– Ja mówię o proporcji wydatków publicznych i prywatnych, a nie o ich wielkościach. Te z roku na rok nominalnie rosną. Dane dotyczące wydatków prywatnych na zdrowie opracowywane są na podstawie ankiet przeprowadzanych przez GUS i pokazują, na co dokładnie przeznaczamy pieniądze. Niestety, wyniki takiego szczegółowego badania nie są publikowane co roku, ostatnie pochodzą z roku 2020. Pewnych rzeczy nie ujmują, np. leków sprzedawanych bez recepty. Ale nie zapominajmy, że Polacy dobrowolnie używają tych paraleków niesłuchanie dużo w porównaniu do mieszkańców innych krajów.

■ **Cóż, przyczyniają się do tego reklamy, których ja-koś nikt nie chce ograniczyć. A jak według najnowszych danych wygląda podział nakładów publicznych na szpitale, na opiekę ambulatoryjną, podstawową opiekę zdrowotną? Dane takie są publikowane przez NFZ, lecz czy zawsze odzwierciedlają rzeczywistość?**

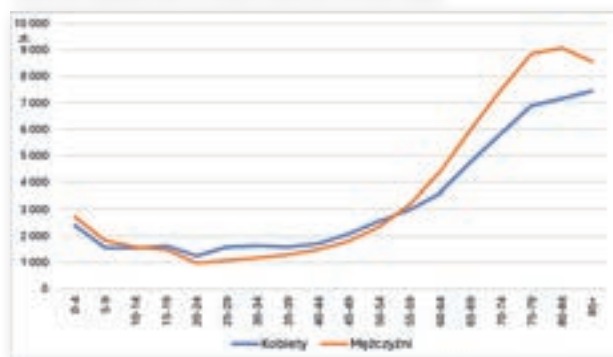
– Wydatki na te cele w przybliżeniu mają od lat ustabilizowaną strukturę. Ok. 40 proc. wydatków całkowitych przeznaczamy na szpitale. Postulaty przeniesienia ich części na opiekę ambulatoryjną się nie powiodły, choć są od lat głośzone. Opieka szpitalna jest najdroższa, więc im więcej jej kosztów przesuniemy na inne rodzaje opieki zdrowotnej,

Udział w populacji osób w wieku 65 i więcej



Źródło: GUS, Prognoza ludności na lata 2014-2050 oraz 2023-2060, Baza Demografia, <https://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/StartIntro.aspx>

Zależność wydatków NFZ na osobę w zależności od wieku (2022)



Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia, https://shiny.nfz.gov.pl/koszty_nfz/

tym lepiej dla naszego budżetu. W dodatku opieka szpitalna nie zawsze jest najlepszym wyborem, gdy chodzi o pacjenta. Oczywiście podejmując takie działania, musimy również racjonalnie ocenić, czy opieka ambulatoryjna jest w stanie unieść większe obciążenie.

■ **Proszę powiedzieć, co się dzieje w świecie. Czy jakieś dane dotyczące procesów demograficznych za granicą uważa Pani za warte przytoczenia?**

– Tendencje są podobne we wszystkich krajach Europy. Jeżeli udział procentowy osób 65+ rośnie, to znaczy, że zgodnie z definicją populacja się starzeje. I Europa się starzeje, choć w różnej skali, w porównaniu np. do społeczeństw afrykańskich. Niestety, Polska starzeje się bardziej dynamicznie niż inne populacje europejskie. Za kilka lat będziemy należeć do grupy krajów szczególnie „starych”. Oczywiście trendów demograficznych istotnie nie zmienimy. Polityka zdrowotna ma tu wpływ ograniczony.

Dla ekonomisty bazę wszystkich badań nad wpływem demografii na wydatki stanowi fakt, że – w uproszczeniu – w ochronie zdrowia na osoby młodsze wydajemy mniej niż na osoby starsze. To jest dość oczywiste. Niemniej

porównawczo w różnych okresach widać, że wydatki na osobę w starszych grupach wiekowych w ciągu ostatnich lat wzrosły bardziej niż na osoby młodsze. W grupach wiekowych pomiędzy 20. a 54. rokiem życia ten wzrost wyniósł w latach 2014-2022 około 60-70 proc., a w grupach najstarszych ok. 90 proc. Leczenie osób starszych jest coraz droższe. Trzeba także spojrzeć na wydatki zdrowotne w korelacji do potrzeb zdrowotnych. Samo pozostawienie wydatków na osobę na tym samym poziomie czy nawet ich zwiększanie może być nieskuteczne i nieefektywne. Należy zwrócić uwagę, jakich potrzeb zdrowotnych nie zaspokajamy bądź zaspokajamy je w niewystarczającym stopniu.

■ Z powodu braku kadr medycznych i pieniędzy?

– Na zaspokojenie potrzeb wpływają nie tylko czynniki bezpośrednio związane z epidemiologią i samym leczeniem. Co ciekawe, w wielu krajach europejskich fakt

niezaspokojenia potrzeb zdrowotnych zgłasza większy odsetek osób młodszych niż starszych. U nas znacznie częściej wskazują na ten problem osoby starsze. Dostępność różnego rodzaju świadczeń to bardzo złożona sprawa. Na przykład znaczna część osób starszych wskazuje na problemy transportowe. Specjalistyczne usługi medyczne są najczęściej skupione w dużych ośrodkach miejskich. Aby uzyskać pomoc specjalisty, trzeba więc tam dojechać. Nie każdy ma taką możliwość, ale umożliwienie dojazdu do lekarza osobie starszej nie musi być problemem systemowym. Wystarczy wzmocnienie sieci społecznej, wsparcie sąsiedzkie, niekoniecznie deficytowy transport publiczny. Wykluczenie komunikacyjne jest realnym problemem, szczególnie dla osób o ograniczonej sprawności, starszych, mniej zamożnych. I tu rodzi się konieczność rozwiązań pozasystemowych. Ale to już inny temat.

Rozmawiał **STEFAN CIEPŁY**

Klub dyskusyjny OIL

Senior za kierownicą

Czy osoby powyżej 60. roku – czyli umownej granicy starości według GUS i WHO – stanowią zagrożenie w ruchu drogowym, czy wręcz przeciwnie – są jego najroztropniejszymi uczestnikami? O tym złożonym zagadnieniu rozmawiano podczas spotkania Klubu Dyskusyjnego OIL, które odbyło się w krakowskiej Izbie 29 października. Gościem prof. Janusza Skalskiego i red. Urszuli Drukały był dr Wojciech Korchut, psycholog kliniczny, wykładowca Uniwersytetu SWPS, uczestnik wielu projektów badawczych dotyczących zaburzeń otępiennych oraz sprawności psychomotorycznej osób starszych; także konstruktor testów i narzędzi badawczych do diagnostyki psychofizjologicznej.

Obecnie już co czwarty obywatel Polski to senior, a szacuje się, że w roku 2050 osoby powyżej 60. roku życia będą stanowić 40 proc. naszego społeczeństwa. Czy te prognozy demograficzne powinny nas wyłączać niepokoić? Bynajmniej. „Jutro należy do silversów!” – stwierdził dr Korchut, a następnie wyjaśnił: „W mediach nie zauważa się, że starość to ogromny potencjał, który można wykorzystać. Większość emerytów czuje



Agata Bartoszek

się na siłach, by nadal pracować, a tym samym wspomagać gospodarkę. Dlatego państwo powinno stworzyć im ku temu odpowiednie warunki, a społeczeństwo nauczyć się korzystać z ich wiedzy, umiejętności, doświadczenia, mądrości, a także błędów”.

→ Rozwaga, odpowiedzialność i doświadczenie są nie tylko cechami dobrego pracownika, ale mają też znaczący wpływ na to, że osoby starsze kierujące pojazdami odpowiadają za stosunkowo małą liczbę wypadków na drogach. Potwierdzają to dane statystyczne, które przytoczył podczas spotkania Krzysztof Burdak, były naczelnik Sekcji Ruchu Drogowego Komendy Miejskiej

Policji w Krakowie: „Osoby 60 plus to grupa jeżdżąca najbardziej bezpiecznie. Ich udziałem jest ok. 3,5 proc. wypadków drogowych na 10 tys. populacji, podczas gdy osoby z przedziału wiekowego 18-24 lata powodują ich 11-12 proc. Bardzo rzadko można też spotkać seniora na kursach reedukacyjnych dla osób, którym zatrzymano prawo jazdy za jazdę po alkoholu lub narkotykach”.

Seniorzy unikają brawury, jeżdżą wolniej, rozważniej, mają olbrzymie doświadczenie w prowadzeniu pojazdów, natomiast ich słabszą stroną jest mniejszy refleks, pogorszenie sprawności w zakresie koncentracji i podzielności uwagi czy problemy z właściwą oceną

Spotkania **KLUBU DYSKUSYJNEGO** odbywają się w siedzibie Izby co miesiąc. We wrześniu gościem Klubu był prof. Maciej Ogorzałek, kierownik Zakładu Technologii Informatycznych Uniwersytetu Jagiellońskiego, który mówił o sztucznej inteligencji w medycynie.

Relacje ze wszystkich spotkań można obejrzeć na kanale YouTube OIL

prędkości i przewidywaniem ruchu innych pojazdów. Problemy najczęściej dostrzegane u kierowców-seniorów to także nasilenie męczliwości w sytuacjach zadaniowych oraz obniżenie sprawności w zakresie koordynacji wzrokowo-ruchowej. Osobom starszym trudniej jest też kontrolować kilka sytuacji jednocześnie, tymczasem prowadząc pojazd, musimy często podjąć od 8 do 12 decyzji na jeden

kilometr, mając na każdą mniej niż pół minuty. Dlatego nawet niewielkie osłabienie wzroku, słuchu, koncentracji może odegrać dużą rolę podczas analizy sytuacji na drodze.

To właśnie z tego powodu Komisja Europejska zaleca, by kierowcy powyżej 65 lat byli poddawani obowiązkowemu badaniu psychologicznemu dotyczącemu pamięci, koncentracji i koordynacji ruchowej. Oczywiście wymienione problemy nie dotyczą wszystkich seniorów – każdy organizm starzeje się w różnym tempie, a wiek metrykalny często nie jest tożsamy z biologicznym i siedemdziesięcioparolatek może wykazać się większym refleksem niż rozkojarzony dwudziestolatek – jednak wczesne ich zdiagnozowanie jest niezmiernie ważne. Zdaniem dr. Korchuta powinno się uwrażliwić na ten problem lekarzy rodzinnych i przeszkolić ich w zakresie wykonywania badań przesiewowych, które wychwycą u starszych kierowców zaburzenia funkcji poznawczych i pierwsze objawy otępienia. Pamiętajcie jednak należy, że zaburzenia w zakresie pamięci krótkotrwałej nie są jeszcze jego oznaką, o czym świadczą wyniki testów psychometrycznych. W osłabieniu pamięci związanej z wiekiem nie dochodzi do zaburzenia codziennego funkcjonowania czy obniżenia funkcji poznawczych, dlatego też nie można traktować symptomów starzenia się jako objawów chorobowych.

W tym kontekście prof. Janusz Skalski zwrócił uwagę na ważny aspekt: „To nie wiek, ale choroby somatyczne, niezależnie od wieku, mogą uniemożliwiać kierowanie pojazdem. Dlatego jeśli 80-latek nie ma dodatkowych obciążeń, nie można mu zabronić prowadzenia samochodu”. Natomiast za kierownicą nie powinny siadać osoby cierpiące na niektóre choroby, w tym tak powszechne jak cukrzyca, mające zaburzenia równowagi, uzależnione od alkoholu czy po dużym wysiłku np. na siłowni. W wielu przypadkach tych kwestii nie da się unormować prawnie. Pozostaje liczyć na rozsądek kierowcy lub jego otoczenia, bo jak wiadomo, samokrytycyzm jest cechą występującą rzadko, we wszystkich grupach wiekowych. (KD)



WYNAJEM GABINETÓW LEKARSKICH

ul. Podskale 18, lok 6, 30-522 Kraków, Dom Przy Źródle
ul. Rogozińskiego 6, lok 5-6, 31-539 Kraków, Graffiti House
ul. Szuwarowa 1, lok 12, 30-384 Kraków

Zapewniamy:

- ❖ wynajem nowoczesnych gabinetów konsultacyjnych i zabiegowych ❖ stałe godziny przyjęć ❖ szeroki zakres obsługi pacjentów ❖ doskonałe lokalizacje w Krakowie

W ramach pakietu oferujemy m.in.:

- ❖ obsługę recepcji ❖ rejestrację pacjentów ❖ zdalną obsługę bazy pacjentów ❖ utylizację odpadów medycznych

Gabinety SPORTMEDICUM to przychodnie medyczne które pod jednym wspólnym brandem łączą indywidualne praktyki lekarskie różnych specjalizacji zapewniając pełną obsługę lekarza i jego pacjentów.

Cena:

Jedna zryczałtowana stawka w wysokości od 199 zł netto/dzień zawierająca wszystkie opłaty, w tym m.in.:

- ❖ monitoring obiektu ❖ opłatę za media ❖ środki czystości ❖ sprzątnięcie ❖ pakiet socjalny ❖ podstawowe wyposażenie ❖ ubezpieczenie ❖ obsługę administracyjną

Więcej informacji:

tel. +48 607 082 600, e-mail: biuro@sportmedicum.pl
www.sportmedicum.pl

Od margaryny do zdalnie sterowanych mózgow

Nauka kontra choroby neurodegeneracyjne

Czy nowoczesne metody leczenia choroby Parkinsona to droga do przekształcenia ludzi w zdalnie sterowane roboty? Czy słabość do margaryny może szkodzić pacjentowi z chorobą Alzheimera? A może leczenie chorób neurodegeneracyjnych powinniśmy zaczynać w jelitach? Choć tematyka jednej z najciekawszych sesji Jubileuszowego Kongresu Polonii Medycznej, który odbył się we wrześniu w Krakowie, wydawała się różnorodna, wspólnym mianownikiem były próby nowatorskiego spojrzenia na leczenie chorób degeneracyjnych mózgu.

Choroba Alzheimera budzi strach. Rujnuje życie pacjenta i jego otoczenia, wywołuje lęk również wśród personelu opiekującego się chorym, bo nie daje nadziei na poprawę, droga wydaje się prowadzić zawsze do nieuchronnej porażki. – Niekoniecznie – zaprzeczyła jednak podczas kongresu prof. Dorota Religa, ordynatorka Brain Health Unit Instytutu Karolinska w Szwecji i opowiedziała o funkcjonowaniu swojego oddziału, który jest specjalistyczną jednostką dedykowaną skoordynowanej opiece nad pacjentami z chorobami otępiennymi.

– Otępieniu można do pewnego stopnia zapobiegać, a na pewno można spowalniać jego postęp. Istnieje 14 czynników ryzyka choroby Alzheimera, na które możemy wpływać. Na co mamy największy wpływ? Na problemy ze słuchem, nadciśnienie, aktywność fizyczną, palenie tytoniu. Np. utrata słuchu pogłębia otępienie, a wczesna interwencja i poprawa słyszenia spowalnia pogorszenie funkcji poznawczych u niektórych starszych osób – podkreślała prof. Religa.

Jak wyjaśniała, szwedzki model opieki skoordynowanej opiera się na dobrym kontakcie z pacjentem i całościowym spojrzeniu nie tylko na chorobę, lecz również na jego codzienne funkcjonowanie i relacje rodzinne. I tu właśnie pojawiły się kłopoty z margaryną. Okazuje się, że tak

dobrze zorganizowana opieka może być potraktowana przez pacjentów jako zbyt daleka ingerencja w ich życie prywatne. Jako przykład prof. Religa wskazała pacjenta, który był tak bardzo przywiązany do codziennego spożycia swojej ulubionej margaryny, że próby odwiedzenia go od tego zwyczaju (ze względu na zaburzenia lipidowe) spowodowały jego niechęć do terapii w ogóle oraz do samej placówki i jej personelu.

Niezwykle pomocne w monitorowaniu zarówno postępów choroby, jak i procesu terapeutycznego są aplikacje na smartfony, lecz ich ciemną stroną jest odzieranie pacjentów z prywatności. – Cały czas zastanawiamy się, czy i na ile chcemy, aby informacje o nas docierały wszędzie, żeby nasza rodzina, lekarz i pielęgniarka zawsze o nas wszystko wiedzieli, choć to pomaga w kontroli i w samokontroli, w utrzymaniu systematyczności. Można zobaczyć, ile kroków dziennie robimy, gdzie chodzimy, jaki mamy puls i ciśnienie itd., dokładnie widać, co każdy z nas robi. Ale czy chcemy, żeby te wszystkie systemy na nas donosiły? – dzieliła się swoimi wątpliwościami prof. Religa.

Z drugiej strony, być może warto zapłacić taką cenę za lepsze efekty terapeutyczne i spowolnienie postępów choroby? Jak wykazało badanie przeprowadzone w Laboratorium Neurometrologii Uniwersytetu Oksfordzkiego, noszony przez pacjenta czujnik w połączeniu z aplikacją może dokładnie śledzić przebieg i przewidywać postęp choroby Parkinsona. Naukowcy odkryli, że ich urządzenie może wychwycić progresję choroby, jaka następuje w ciągu 12-15 miesięcy. Tradycyjna ocena kliniczna takich zmian nie jest w stanie wykazać.

O wykorzystaniu nowoczesnych technologii oraz innych niezwykle nowatorskich metod w leczeniu choroby Parkinsona mówił w Krakowie dr Max Brzezicki z Uniwersytetu w Oksfordzie, zajmujący się neurochirurgią, a szczególnie wykorzystaniem sztucznej inteligencji w leczeniu chorób →

Dzięki najnowszym lekom coraz mniej osób z SM cierpi na dużą niepełnosprawność.



→ rzadkich. Dr Brzezicki przedstawił rewelacyjne wręcz rezultaty zastosowania metod głębokiej stymulacji mózgu (DBS) w leczeniu choroby Parkinsona.

DSB to zabieg neurochirurgiczny, który polega na implantacji elektrod w określone rejony mózgu odpowiedzialne za kontrolę ruchów. Najczęściej stymulowane obszary to jądro niskowzgórzowe oraz gałka biała. Elektrody podłączone są do generatora impulsów, który umieszcza się pod skórą w okolicy obojczyka. Elektrody emitują impulsy elektryczne aktywujące neurony w wybranych obszarach mózgu, co pozwala na regulację nieprawidłowej aktywności neuronalnej związanej z chorobą Parkinsona. W rzeczywistości stymulacja polega tutaj na wyhamowywaniu tej aktywności, czyli ograniczeniu takich objawów jak drżenia, dyskinezy czy sztywność.

– DBS, choć najczęściej jej efekty są wręcz spektakularne, jest tak naprawdę ostatnią deską ratunku, ponieważ nie jest leczeniem przyczynowym, a jedynie redukuje niezwykle uciążliwe objawy i poprawia jakość życia pacjentów – podkreślał dr Brzezicki. – Stosowana jest u chorych, którzy już nie reagują na leczenie farmakologiczne lub cierpią z powodu wyjątkowo silnych działań niepożądanych leków.

Wielką zaletą tej metody jest jej odwracalność: stymulator można wyłączyć. Można też kontrolować stopień działania elektrod i może to robić nawet sam pacjent za pomocą pilota. – I teraz zadajmy sobie pytanie: kto trzyma tego pilota? – przewrotnie stwierdził dr Brzezicki. W ostatnich latach znacznie więcej uwagi niż kiedyś zwraca się na aspekt bezpieczeństwa cybernetycznego tego typu rozwiązań. Teoretycznie istnieje bowiem zagrożenie przejęcia kontroli nad stymulatorem. Urządzenia DBS, podobnie jak inne implanty elektroniczne, mogą być podatne na ataki hakerskie, zwłaszcza jeśli kontrolujące je oprogramowanie lub urządzenia nie mają wystarczających zabezpieczeń, np.

dane nie są szyfrowane. Są to jednak urządzenia działające w zamkniętych systemach, które nie mają bezpośredniego połączenia z internetem, co znacznie utrudnia ich zdalne przejście. Można oczywiście przejąć kontrolę nad pilotem, ale on z kolei ma bardzo niewielki zasięg, działa tylko z niedużej odległości.

Dobrych rozwiązań terapeutycznych poszukują również specjaliści zajmujący się stwardnieniem rozsianym. – To choroba, która odbiera nadzieję i jest najczęstszą nieurazową przyczyną niesprawności wśród młodych ludzi. Choć jej początkowe fazy polegają głównie na procesach zapalnych i demielinizacji, zawsze towarzyszy im nieodwracalne uszkodzenie komórek nerwowych, co wraz z postępem choroby doprowadza do nieodwracalnego zaniku mózgu – zaznaczył dr hab. Marcin Wnuk z Katedry i Kliniki Neurologii CM UJ. – Notujemy coraz większy postęp w leczeniu i mamy do dyspozycji wiele różnych preparatów, jednak nadal koncentrujemy się na spowolnieniu postępu choroby i zmniejszeniu częstości rzutów.

Współczesne leki mają bardzo różne mechanizmy działania, lecz skupiają się głównie na modulowaniu odpowiedzi układu immunologicznego, który w SM atakuje osłonki mielinowe neuronów w ośrodkowym układzie nerwowym. Działanie tych preparatów na układ immunologiczny jest coraz bardziej precyzyjne. – Każdy z nas, zajmujących się chorymi na stwardnienie, po prostu zauważa, że w wśród pacjentów oczekujących w poczekalni coraz mniej jest osób z dużą niesprawnością czy poruszających się na wózku inwalidzkim – zauważył prof. Wnuk. – Widzimy to również w badaniach naukowych, np. niedawnych tureckich, które wykazały, że odsetek takich osób niegdyś sięgał 13 procent, a obecnie jest to niecałe 4 procent.

Co nie zmienia faktu, że walka skupia się na łagodzeniu objawów choroby i ograniczaniu czynionych przez nią zniszczeń w organizmie. Niestety, nowatorskie metody terapii nie spełniają oczekiwań. Nie potwierdziły się na razie wstępne sygnały o skuteczności np. takich preparatów jak inhibitory kinazy tyrozynowej czy substancji mających pobudzać remielinizację.

Badacze zwrócili się więc w zupełnie nowym kierunku, który jest obecnie gorącym tematem w środowisku neurologów, a mianowicie osi mózg–jelita. Trwają badania nad związkiem mikrobiomu jelitowego z rozwojem stwardnienia rozsianego. Zaburzenia równowagi mikrobioty, czyli tzw. dysbioza, mogą bowiem prowadzić do nieprawidłowej aktywacji komórek immunologicznych, co może mieć kluczowe znaczenie w przypadku chorób autoimmunologicznych takich jak SM. Wstępne badania sugerują, że zdrowa mikroflora może hamować nadmierną aktywność

prozapalnych limfocytów T, które odgrywają kluczową rolę w procesie autoimmunologicznym. Badania na modelach zwierzęcych pokazują, że zmiana mikrobioty jelitowej może zmniejszać poziom stanów zapalnych w mózgu i rdzeniu kręgowym. Naukowcy liczą więc na to, że manipulacja mikrobiomem poprzez diety, probiotyki czy przeszczepy flory jelitowej może w przyszłości stanowić nowatorską metodę leczenia lub choćby wspomaganie terapii SM.

Mikrobiota jelitowa pobudza umysły nie tylko specjalistów opiekujących się pacjentami ze stwardnieniem rozsianym, ale również tych, którzy zajmują się chorobą Alzheimera. Prof. Małgorzata Franczak z Medical College of Wisconsin zwróciła uwagę na to, że uważana do tej pory za słuszną hipotezę złogów amyloidowych w chorobie Alzheimera właśnie zaczyna się rozpadać. – Jak się okazuje, złogi amyloidowe występują również w kolejnych fazach „normalnego” starzenia się i wcale nie muszą mieć korelacji z postępującą

demencją. Co więcej, demencja alzheimerowska może wystąpić u pacjentów z bardzo nieznaczną obecnością złogów lub w ogóle bez nich. Takie doniesienia powodują, że tracimy nadzieję, którą dawała nam hipoteza amyloidowa.

Stąd poszukiwania nowych rozwiązań i nowych hipotez, które mogłyby wyjaśnić, co tak naprawdę dzieje się z mózgiem w chorobie Alzheimera. Ostatnio wskazuje się np. na istotny związek między tym schorzeniem a właśnie mikrobiotą jelitową, której zaburzenia mogą prowadzić do stanu zapalnego, produkcji toksycznych metabolitów i osłabienia bariery krew–mózg. Czyżby badania nad mikroflorą jelitową i działaniem osi jelitowo–mózgowej mogły otworzyć drzwi, za którymi znajdzie się przejście do zrozumienia i w dalszym etapie do leczenia wielu chorób neurologicznych? To kolejna z wielu teorii, którą trzeba zwerifikować, ale w końcu na pewno któraś z takich hipotez się potwierdzi.

JOANNA SIERADZKA

Młodzi lekarze

Doctor 2.0

W dniach 25-26 października 2024 r. odbyło się w Pradze **Zgromadzenie Ogólne Europejskiego Stowarzyszenia Młodych Lekarzy** (European Junior Doctors' Association, EJD), w którym brały udział 24 reprezentacje organizacji członkowskich

EJD. Przedstawicielką Polski była m.in. Agata Dynkiewicz (na zdjęciu), przewodnicząca Komisji ds. Młodych Lekarzy i wiceprezes ORL w Krakowie. Pierwszego dnia zgromadzenia odbyła się debata tematyczna, w drugim przedstawiono raporty krajowe oraz sprawozdania komitetów.

W trakcie debaty tematycznej jednym z najważniejszych zagadnień była przyszłość zawodu lekarza w obliczu zmian technologicznych oraz społecznych. Dyskutowano, w jaki sposób można wykorzystać rozwój cyfryzacji w diagnostyce, leczeniu oraz komunikacji z pacjentami. Podsumowaniem tych dyskusji był projekt o nazwie „Doctor 2.0”. Zgodnie z jego założeniami „Lekarz 2.0” to lekarz, który aktywnie wykorzystuje nowoczesne technologie i internetowe narzędzia w swojej codziennej praktyce medycznej, aby poprawić jakość opieki nad pacjentem oraz ułatwić swoje własne działania zawodowe.



Poruszano także kwestie wypalenia zawodowego i poprawy dobrostanu psychicznego. Omówiono wyzwania związane z nierównością płci w zawodach medycznych, szczególnie w kontekście wyboru specjalizacji oraz niedostatecznej reprezentacji kobiet na wysokich stanowiskach w systemie ochrony zdrowia. Uczestnicy dyskutowali o standardach kształcenia w różnych krajach oraz dostosowywaniu programów nauczania do potrzeb rynku pracy w medycynie. Debatowano także na temat przyszłości systemów opieki zdrowotnej w kontekście zmian demograficznych oraz rosnących potrzeb zdrowotnych.

Podczas prezentacji raportów krajowych przedstawiono aktualną sytuację zawodową młodych lekarzy w poszczególnych państwach. Przedstawiciele młodych lekarzy wyrazili także poparcie dla strajku lekarzy w Słowenii, który ogłoszono w związku z niewypełnieniem przez rząd zobowiązań wynikających z podpisanej wcześniej umowy, zgodnie z którą m.in. miało dojść do podwyżek płac.

Zgromadzenie było okazją do wymiany doświadczeń, umożliwiło dostrzeżenie zarówno pozytywnych, jak i negatywnych aspektów polskiego systemu ochrony zdrowia. Kolejne takie spotkanie odbędzie się wiosną 2025 r. w Portugalii.

(A)

Polka w Europie

Problemy rosnącej wagi

Słowo „waga” można rozumieć jako wyrażony w odpowiednich jednostkach ciężar czegoś lub kogoś, ale też jako znaczenie czegoś. Podczas **XXIII Ogólnopolskiej Konferencji „Polka w Europie”**, którą zorganizowano pod koniec września w Warszawie, dużo czasu poświęcono zarówno rosnącej skali otyłości w polskim społeczeństwie, jak i problemom współczesnej medycyny i systemu ochrony zdrowia.

Na początku dwudniowej debaty prof. Jerzy Bralczyk wyjaśnił uczestnikom spotkania, co właściwie znaczy twierdzenie, że leczenie powinno być skuteczne i efektywne. Otóż leczenie powinno być efektywne, czyli dawać pozytywne efekty bez skutków ubocznych, a skuteczne – bo powinniśmy osiągać skutki, na jakich nam zależy.

Czy taka jest współczesna medycyna? Nie wszystko zależy od lekarza. A odpowiedzialność Polek i Polaków za własne zdrowie pozostawia wiele do życzenia. Także wiedza bywa pobieżna. Np. prof. Zbigniew Gaciong z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w swoim wykładzie zwrócił uwagę na fakt, iż twierdzenie, że każdy człowiek powinien codziennie wypić co najmniej 1,5 litra wody, zbiegło się w czasie z pojawieniem się w handlu plastikowych butelek z wodą o takiej właśnie pojemności. A tak naprawdę zdrowy organizm potrafi sobie sam regulować zapotrzebowanie na wodę – z wyjątkiem osób w wieku sędziwym, u których uczucie pragnienia może zawodzić.

W przeciwieństwie do pragnienia, uczucie głodu czasem dramatycznie zawodzi bez względu na wiek. Jak podkreślał prof. Wojciech Bik z CMKP, otyłość to największa pandemia XXI wieku. Szacuje się, że na świecie cierpi na nią ok. miliarda osób. Konsekwencje są znane – katalog chorób, dla których czynnikiem ryzyka jest otyłość, jest długi. Może nie na wyrost niektórzy twierdzą, że choroba otyłościowa jest matką wszystkich chorób.

Właśnie – choroba otyłościowa – takiego definiowania problemu domagają się specjaliści. Bo to choroba, o której rozwoju decydują mechanizmy biologiczne, fizjologiczne i psychiczne. Prof. Mariusz Wyleżoł, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości z WUM, apeluje do lekarzy, by w poszanowaniu drugiego człowieka nie używali określenia „pacjent otyły”, lecz „pacjent chory na chorobę otyłościową”. I jest to pacjent bezwzględnie wymagający leczenia:

– Obecnie niepodjęcie leczenia chorego z chorobą otyłościową jest poważnym błędem w sztuce lekarskiej, ponieważ powoduje ryzyko przedwczesnego zgonu – podkreślił prof. Wyleżoł.

Z kolei prof. Ryszard Gellert, konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii, przestrzegał, że projektowana sieć onkologiczna może pozbawić system nauczycieli tej specjalności, w ramach sieci nie przewidziano środków na kształcenie. „Krajowe sieci”, podobnie jak opieka koordynowana, wywołują wciąż wiele dyskusji. Prof. Marcin Grabowski z WUM liczy, iż planowane utworzenie krajowej sieci kardiologicznej przyniesie korzyści. Co do opieki koordynowanej wątpliwości raczej nie ma – z pewnością poprawia jakość opieki nad pacjentem, skuteczność leczenia i sprzyja ograniczeniu hospitalizacji, choć oczywiście wiele szczegółowych rozwiązań można jeszcze przemyśleć. Warto wiedzieć, że skoordynowane działania mogą dotyczyć także profilaktyki. Prof. Jan Lubiński z Centrum Nowych Technologii Medycznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego przedstawił dowody skuteczności odpowiedniego postępowania w rodzinach z dziedziczną predyspozycją do raka piersi. Szczegółowe informacje można znaleźć w czasopiśmie „JAMA Oncology” 2024.

Na „Polce”, jak mówią o tej konferencji osoby od lat w niej uczestniczące, nie mogło zabraknąć problematyki chorób cywilizacyjnych, informacji o najnowszych metodach leczenia w różnych dziedzinach medycyny, nowoczesnych technologiach, cyfryzacji, z zakresu zdrowia publicznego, finansów, praw pacjenta, a także z dziedziny stomatologii. Wśród wykładowców, poza wspomnianymi powyżej, znaleźli się m.in. profesorowie Marzena Dominiak, Monika Białecka, Magdalena Chrościńska-Krawczyk, Katarzyna Kotulska-Jóźwiak, Brygida Kwiatkowska, Tomasz Grodzicki, Emilian Snarski, Michał Zembala, Rafał Niżankowski oraz inni wybitni polscy specjaliści.

Tegoroczna konferencja została zorganizowana przez Stowarzyszenie Dziennikarzy dla Zdrowia – pomysłodawcą tych spotkań, oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny. Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie od lat jest jednym z patronów tego wyjątkowego spotkania. Kolejne jesienią 2025 roku.

O klauzuli sumienia i nie tylko

W dniach 4-6 października odbyło się w Krynicy-Zdroju trzecie w tej kadencji wyjazdowe posiedzenie Komisji Etyki Lekarskiej ORL w Krakowie. Komisja spotkała się w pełnym składzie, poszerzonym o dwie zaproszone osoby – kol. Monikę Jezierską i kol. Tadeusza Wójcikiewicza.

Tematami wiodącymi obrad były: „Klauzula sumienia w zawodach medycznych”, „Prawidłowy kontakt werbalny z pacjentem i rodziną” oraz „Aspekty unikania terapii daremnej w oparciu o przypadki kliniczne i zmiany w Kodeksie Etyki Lekarskiej”.

Na temat klauzuli sumienia referaty wygłosili kol. Stefan Bednarz i Tadeusz Wójcikiewicz. Dr Stefan Bednarz omówił wybrane artykuły znowelizowanego Kodeksu Etyki Lekarskiej, przyjętego na Nadzwyczajnym Zjeździe Lekarskim w maju 2024 r. Za szczególnie istotne, kompatybilne z Ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, uznał zmiany dokonane w art. 7 KEL, dotyczące klauzuli sumienia. Należy jednak zwrócić uwagę na to, że nowe brzmienie art. 7 nie wychodzi naprzeciw wyrokowi Trybunału Konstytucyjnego z 2015 r., dotyczącemu właśnie klauzuli sumienia. W dyskusji omówiono więc różne aspekty wynikające z nowelizacji tego zapisu KEL, a mogące wpływać na decyzje lekarza.

Tadeusz Wójcikiewicz omówił szeroko zagadnienia dotyczące interpretacji sumienia jako pojęcia filozoficznego i etycznego. Konkluzja dyskusji była taka, że studenci medycyny w chwili rozpoczęcia studiów mogą sobie nie zdawać sprawy z konfliktu ich przekonań z wykonywaną w przyszłości pracą. Jednak rozpoczynając specjalizację, powinni wiedzieć, co ich czeka, i nie wybierać kierunków kolidujących z ich przekonaniem.

O kontakcie lekarz–pacjent i lekarz–rodzina pacjenta mówili Monika Jezierska (o problemach w lecznictwie otwartym) i Krzysztof Wróblewski (sytuacje w szpitalach). Wszyscy np. cierpimy na „klątwę wiedzy”, którą powinniśmy przełamać, udzielając informacji, i mówić do pacjenta i jego bliskich językiem przystępnym, a następnie upewnić się nawet kilkakrotnie, czy wyraziliśmy się zrozumiale. Także w kontaktach z osobami agresywnymi, których jest niestety coraz więcej, starajmy się tłumaczyć problem jak najlepiej. Jako lekarze powinniśmy nauczyć się słuchać i nawiązywać kontakt wzrokowy z pacjentem i jego bliskimi. Wciąż też zapominamy, że rozmowy takie muszą się odbywać w odpowiednich warunkach i odpowiednich pomieszczeniach – na

pewno nie na korytarzu i „w biegu”.

Monika Jezierska podkreślała, że w lecznictwie otwartym przede wszystkim należy zawsze pacjenta cierpliwie wysłuchać. Trzeba pamiętać o właściwej formie zwracania się do niego i o tym, by do poleceń dodawać słowo „proszę”, wyeliminować zwroty „niech się rozbierze, niech usiądzie”, których niestety nadal niektórzy lekarze używają. Po zbadaniu chorego trzeba wyjaśnić mu tryb leczenia, omówić zleczone badania i leki, mówiąc w sposób jasny dla pacjenta i upewniając się, że rozumie. Z przestrzegania tak podstawowych zasad nic nie zwalnia.

W drugiej części obrad Tadeusz Wójcikiewicz omówił zmiany w Kodeksie Etyki Lekarskiej dotyczące terapii daremnej. Natomiast Zbigniew Gucwa dodatkowo zrelacjonował to, co na ten temat mówili prawnicy na Zjeździe Anestezjologów w Gdańsku. Zwrócił uwagę, jak ważna jest rozmowa z rodziną terminalnie chorego pacjenta. W tym przypadku szczególnie nie wolno zapominać, że do tej rozmowy trzeba stworzyć odpowiednie warunki i poświęcić drugiej stronie tyle czasu, ile potrzebuje.

Kol. Teresa Weber-Lipiec omówiła zasady odstąpienia od terapii daremnej w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, zapoznając też uczestników szkolenia ze stosowanym protokołem i omawiając kilka przypadków klinicznych.

W ostatnim dniu podsumowano obrady Komisji i umówiono się na spotkanie za rok. Przewodniczący Komisji poprosił o nadsyłanie do końca bieżącego roku propozycji tematów kolejnej dyskusji.

KRZYSZTOF WRÓBLEWSKI
przew. Komisji Etyki Lekarskiej ORL

Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość,
że 10 listopada 2024 r. zmarł

prof. Józef Lipiec

wybitny uczony - filozof, etyk,
zawsze wspierający działania Komisji Etyki Lekarskiej
ORL w Krakowie.

Naszej Drogiej Koleżance dr Teresie Weber-Lipiec
składamy wyrazy głębokiego współczucia.

Przyjaciele z Komisji Etyki ORL w Krakowie

Nowe technologie w Instytucie Onkologii

Krakowski Oddział Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego dołączył do grona kilku ośrodków w kraju oferujących pacjentom radioterapię adaptacyjną, czyli napromienianie dawkami dobowymi niemal w czasie rzeczywistym, uwzględniające aktualne parametry guza i położenie zdrowych narządów pacjenta. W południowo-wschodniej Polsce to jedyny ośrodek onkologiczny dysponujący takimi możliwościami.

– Mam ogromną satysfakcję oznajmić, że dołączamy do kilku ośrodków w kraju, które oferują pacjentom radioterapię adaptacyjną – poinformował pod koniec października prof. Janusz Ryś, dyrektor krakowskiego oddziału NIO-PIB.

Podczas gdy tradycyjna radioterapia opiera się na starych technikach, a pacjenta „dostosowuje się” do opracowanego planu leczenia, nowoczesny system teleradioterapii pozwala na precyzyjną indywidualizację tego planu. W oparciu o sztuczną inteligencję, wysokiej jakości obrazowanie i zastosowanie zaawansowanych rozwiązań informatycznych zespół medyczny dostosowuje proces radioterapii do aktualnego położenia, kształtu i wielkości guza, ze szczególnym uwzględnieniem chwilowego położenia zdrowych narządów. Dawka promieniowania jest dobierana w zależności od zmieniających się warunków niemal w czasie rzeczywistym, gdy pacjent znajduje się na stole terapeutycznym. Umożliwia to akcelerator terapeutyczny Varian Ethos, wyposażony w technologię obrazowania HyperSight, zakupiony w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej.

– Radioterapia adaptacyjna stanowi nową jakość w leczeniu onkologicznym. Daje możliwość bardziej dokładnego, bardziej bezpiecznego, a co za tym idzie – bardziej skutecznego leczenia chorób nowotworowych. To rodzaj terapii dedykowany szczególnie dla pacjentów z nowotworami, które ulegają szybkiej regresji w trakcie leczenia radioterapią, jak również dla pacjentów, których guzy są zlokalizowane w obszarach, gdzie jest duża mobilność



Archiwum organizatorów

Od lewej: prof. Janusz Ryś, dyrektor krakowskiego oddziału NIO-PIB, dr hab. Beata Jagielska, dyrektor NIO-PIB, i prof. Stanisław Kłęk, kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej NIO, oddział w Krakowie

narządowa. Pozwala nam dostosowywać terapię podczas jej trwania do objętości napromienianej i oszczędzać narządy zdrowe – narządy krytyczne – wyjaśniał podczas konferencji prasowej dr hab. Tomasz Banaś, prof. NIO-PIB, zastępca dyrektora krakowskiego Oddziału ds. naukowych.

W Europie ta metoda naświetlania po raz pierwszy została zastosowana w roku 2023, w Szpitalu Erasmus MC w Rotterdamie. W Polsce już rok później radioterapię adaptacyjną pod kontrolą tomografii komputerowej wprowadziły wszystkie trzy oddziały Narodowego Instytutu Onkologii – w Warszawie, Gliwicach i Krakowie.

Według „Raportu na temat stanu radioterapii w Polsce na dzień 31.12.2023 r.”, przygotowanego przez prof. Krzysztofa Składowskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej, w 2023 roku w 47 ośrodkach radioterapii w Polsce leczono promieniami 105 890 pacjentów, w tym 93 047 z użyciem teleradioterapii (88 proc.) i 12 843 z użyciem brachyterapii (12 proc.). To jak dotąd najwyższa liczba chorych leczonych w danym roku promieniowaniem jonizującym, o 7 proc. wyższa niż w roku 2022. „Powszechnie przyjmuje się, że udział RT w leczeniu chorych na nowotwory złośliwe powinien dotyczyć ogólnie około 2/3 wszystkich przypadków. Mimo że rokrocznie zwiększa się liczba napromienianych pacjentów (w ciągu ostatnich 5 lat notuje się stały, kilkuprocentowy przyrost liczby leczonych), to w Polsce wskaźnik ten tkwi w zakresie 50-55 proc., co oznacza, że 10-15 proc. chorych nie korzysta z tej metody leczenia” – czytamy w raporcie.

Rocznie rejestruje się obecnie w Polsce ok. 170 tys. nowych zachorowań na nowotwory. Jak poinformowała dr hab. Beata Jagielska, dyrektor NIO-PIB, tylko trzy oddziały Instytutu realizują świadczenia wartości ponad 2 mld zł. Całkowite nakłady na onkologię mają w tym roku

przekroczyć 22 mld zł i stale rosłą, jednak wciąż skuteczność leczenia jest u nas niższa niż w wielu innych krajach. M.in. o tym, na ile ta skuteczność może wzrosnąć dzięki tworzeniu dedykowanych centrów leczenia określonych nowotworów, takich jak Centra Kompetencji Leczenia Raka Piersi (czyli tzw. Breast Units), grono ekspertów NIO-PIB pod kierunkiem dyr. Jagielskiej rozmawiało podczas konferencji zorganizowanej w Krakowie w dniach 29-30 października. Rak piersi to najczęstszy nowotwór

złośliwy u kobiet. Obecnie 5-letni okres przeżycia dla kobiet leczonych na raka piersi wynosi w UE ok. 83 proc., natomiast w Polsce 77 proc. By poprawić statystyki, nie wystarczą inwestycje takie, jak choćby nowy system radioterapii adaptacyjnej. Podstawą jest wczesna diagnoza. Tymczasem Polki i Polacy nie korzystają nawet z powszechnie dostępnych programów badań profilaktycznych. Niestety, czujności onkologicznej wciąż brakuje także wielu lekarzom. (JGH)

W Krakowie

o małoinwazyjnej chirurgii kolana

Stu uczestników z dziesięciu krajów wzięło udział w prestiżowym kursie, jaki w dniach 11-12 października odbył się w Krakowie pod nazwą „**All About Partial Knee Arthroplasty**”. Był to pierwszy tego typu kurs w Europie, a zorganizowany został przez Europejskie Towarzystwo Chirurgii Kolana (EKA – sekcja ESSKA), pod przewodnictwem wiceprezesa EKA dr. n. med. Pawła Skowronka z Krakowa, prof. Michaela Clarius (Niemcy) oraz Guillaume’a Demeya (Francja), we współpracy z prof. Arturem Gądkiem, kierownikiem Katedry Ortopedii i Fizjoterapii Instytutu Fizjoterapii UJ CM. Patronami tego wydarzenia były Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Polskie Towarzystwo Artroskopowe oraz Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne.

Kurs obejmował pełne spektrum częściowej małoinwazyjnej endoprotezoplastyki stawu kolanowego, wiedzę na temat nowoczesnych mini-implantów Episurf oraz zastosowania robotyki, nic więc dziwnego, że przyciągnął entuzjastów tych technik z całego świata. W pierwszym dniu, podczas zajęć teoretycznych, dyskusja na temat procedur oszczędzających staw kolanowy trwała do późnego wieczora. Warto np. wiedzieć, że dzięki zastosowaniu nowoczesnych endoprotez częściowych możliwe jest zachowanie zdrowych struktur kolana, co skutkuje bardziej naturalnym odczuciem ruchu po zabiegu. Endoprotezy jednoprzeciałowe kolana (UKA, ang. *unicompartmental knee arthroplasty*) stosowane są u pacjentów z uszkodzeniami tylko jednego przedziału stawu kolanowego, najczęściej przyśrodkowego. Główne zalety UKA to krótszy czas operacji, mniejsza utrata krwi, szybsza rehabilitacja i krótszy czas hospitalizacji. W porównaniu z pełnymi endoprotezami UKA jest małoinwazyjnym zabiegiem, pozwalającym na szybszy



Archiwum organizatorów

powrót do codziennej aktywności i sportu.

– W Polsce wykonujemy coraz więcej tych procedur. Według dostępnych danych, w 2023 r. stanowiły one 8 proc. w stosunku do liczby zabiegów z wykorzystaniem całkowitych endoprotez kolana, co nie jest złym wynikiem, bo porównywalnym do innych krajów europejskich. Jednak do tej mniej inwazyjnej procedury można zakwalifikować więcej osób, jeżeli mają początkowe zmiany zwyrodnieniowe. Potencjalnie, według literatury, kwalifikuje się do niej od 30 do 50 proc. pacjentów potrzebujących endoprotezy kolana – podkreślił dr Paweł Skowronek.

Drugi dzień spotkania poświęcono warsztatom praktycznym (na preparatach i sztucznych kościach), podczas których uczestnicy doskonalili techniki operacyjne pod okiem międzynarodowej kadry w składzie: dr Paweł Skowronek, prof. M. Clarius, G. Demey, profesorowie R. Becker, M. Marullo, A. Ivković, dr U. G. Longo, prof. Andrzej Borowski, dr dr n. med. Konrad Słynarski, Michał Skowronek, Łukasz Dutka, Juliusz Dec, Tomasz Sorysz, prof. Julian Dutka. W sesjach praktycznych udział wzięło 36 uczestników kursu.

(opr. JGH)

Hydroksyzyna

- stary lek z nowymi zagrożeniami

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

Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Wydziału Lekarskiego UJ CM Kraków, Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania i Badania Niepożądanych Działań Leków Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie



Hydroksyzyna – lek głównie uspokajający i sedatywny, działający poprzez hamowanie podkorowej aktywności mózgu, po raz pierwszy zsyntetyzowany został w końcu lat 50. minionego stulecia. Hydroksyzyna, zanim do lecznictwa wprowadzono valium (grupa benzodiazepin), była najbardziej popularnym na całym świecie remedium na redukcję stanu napięcia nerwowego, niepokoju, stanów lękowych, a także na bezsenność.

Niestety po kilku dekadach terapeutycznego boomu hydroksyzyna zderzyła się zarówno z konkurencyjnymi benzodiazepinami, jak i ze światowym problemem terapeutycznej wielolekowości. Szybko okazało się, że jeśli hydroksyzyna stosowana jest w ramach farmakoterapii skojarzonej, powoduje liczne niebezpieczne powikłania, z nagłym zgonem sercowym włącznie. **W 2015 r. hydroksyzyna została objęta komunikatem bezpieczeństwa, który znacznie ograniczył możliwości jej stosowania.** Niestety, jak wynika z aktualnych doniesień klinicznych, w roku 2024 zapisy tego komunikatu wciąż są albo nieznanne, albo powszechnie lekceważone.

W przedmiotowym komunikacie bezpieczeństwa łatwo możemy odnaleźć, że hydroksyzynę należy stosować zawsze w najmniejszej skutecznej dawce. Czas leczenia powinien być jak najkrótszy z uwagi na możliwość kumulacji leku i znacznie zwiększającego się ryzyka

wystąpienia powikłań, które zależą od czasokresu podawania. Hydroksyzyna jest przeciwwskazana u pacjentów z nabytym lub wrodzonym wydłużeniem odstępu QT oraz ze zwiększonymi czynnikami ryzyka pojawienia się wydłużenia odstępu QT, czyli w populacjach pacjentów, którzy jednocześnie przyjmują jakieś leki o potencjalnym ryzyku wywoływania arytmii komorowych. Ponadto zapisywanie hydroksyzyny zdecydowano nie zalecać u pacjentów w podeszłym wieku. W takim przypadku, z uwagi na występowanie działań niepożądanych, ryzyko stosowania hydroksyzyny znacznie przekracza jej możliwe terapeutyczne korzyści.

U młodych, dorosłych pacjentów maksymalna dawka dobową hydroksyzyny wynosi 100 mg, natomiast u dzieci o masie ciała (m.c.) do 40 kg maksymalna dawka dobową wynosi 2 mg/kg m.c./dobę.

Z niejasnego powodu, po wielu latach terapeutycznej poprawności w stosowaniu hydroksyzyny według wskazań, obecnie bardzo często spotykamy się w praktyce z zapisywaniem tego leku pacjentom pomimo ewidentnych przeciwwskazań.

- W tabeli po prawej zebrano wszystkie aktualnie rejestrowane najczęstsze zagrożenia dla zdrowia i życia, wynikające z nieracjonalnego zapisywania pacjentom hydroksyzyny.

ZAGROŻENIA	KOMENTARZ
Skojarzenie hydroksyzyny z innymi lekami o działaniu torsadogennym (amiodaron, propafenon, flekainid, sotalol, digoksyna, kalytromycyna, moksyflokscyna, azytromycyna, escitalopram)	Znaczne ryzyko zwiększenia ryzyka wystąpienia komorowych zaburzeń rytmu serca, w tym śmiertelnych
Skojarzenie hydroksyzyny z innymi lekami o działaniu antycholinergicznym, np. doksylicyna, difenhidramina, butylobromek hioscyny, pochodne fenotiazyny	Nasilenie działań antycholinergicznyc
Hydroksyzyna zwiększa ryzyko wystąpienia zapańc w poopoidowych zaburzeniach funkcji przewodu pokarmowego	Wykazując obwodowy efekt antycholinergiczny wywołuje dysfunkcję czynnościową przewodu pokarmowego
Hamowanie przez hydroksyzynę nerwu błędnego może powodować zaburzenia rytmu serca, a także zaburzenia widzenia	Działanie cholinolityczne hydroksyzyny może ograniczać skuteczność leków stosowanych w zaburzeniach rytmu serca
Stosowanie hydroksyzyny do leczenia bezsenności pomimo braku wskazań	Działanie hydroksyzyny utrzymuje się przez 6-8 h. $t_{1/2}$ u dorosłych wynosi 7-20 h, u dzieci w wieku 1 roku 4 h, u dzieci w wieku 14 lat 11 h, u osób w podeszłym wieku 29 h, u pacjentów z niewydolnością wątroby 37 h. Parametry farmakokinetyczne leku są rozbieżne z potrzebami snu w każdej grupie pacjentów. Wysokie ryzyko kumulacji leku u seniorów oraz u pacjentów z otyłością
Upośledzenie sprawności psychofizycznej kierowców i pieszych uczestników ruchu drogowego	Powoduje sedację, opóźnia czas reakcji, powoduje zaburzenia w zakresie pola widzenia, zwiększa ryzyko nieprzewidywalnych zachowań
Indukowane hydroksyzyną zaburzenia w oddawaniu moczu	Z uwagi na działanie antycholinergiczne, zwiększa zaleganie moczu po mikcji, ogranicza skuteczność leków stosowanych w łagodnym rozroście gruczołu krokowego, zwiększa ryzyko infekcji dróg moczowych oraz w związku z zaleganiem moczu po mikcji powoduje wzrost ryzyka infekcji układu moczowego u pacjentów przyjmujących floszyny. Nie łączyć z furazydyną, szczególnie u kobiet po menopauzie, z uwagi na zwiększone ryzyko wystąpienia wulwodynii
Wzbudzanie tzw. snu bolesnego (painsomnia) Ograniczenie przez hydroksyzynę skuteczności analgetyków	Lek powoduje dysfunkcję nadrdzeniowych szlaków cholinergicznyc, co z kolei promuje sensytyzację i hiperalgeję wtórną
Zwiększenie ryzyka upadku u seniorów	Działanie sedatywne, indukowanie zaburzeń widzenia oraz zaburzeń równowagi
Zwiększenie ryzyka wystąpienia zapalenia płuc (szczególnie u seniorów)	Efekt antycholinergiczny powoduje dysfunkcję aparatu rżęskowego oraz powoduje zagęszczenie wydzieliny dróg oddechowych. Hydroksyzyna osłabia efekt działania leków mukolitycznych, mukokinetycznych oraz wykrztuśnych. Zastosowana łącznie z ipratropium (poch. atropiny o działaniu bronchodilatacyjnym) sumuje działania niepożądane w drzewie oskrzelowym.

W wolnym czasie



Grzegorz Chajdas / Fundacja Zdrowia Publicznego x5

Zakończenie XXV Halowych Mistrzostw Polski Lekarzy w Tenisie

Z pasją na korcie

W dniach 14-17 listopada w Krakowie odbyły się jubileuszowe **XXV Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie**, organizowane przez Fundację Zdrowia Publicznego i Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy, pod honorowym patronatem Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie oraz prezydenta Miasta Krakowa Aleksandra Miszalskiego.

W zawodach wzięło udział ponad 120 lekarzy z całej Polski. Wydarzenie miało na celu nie tylko sportową rywalizację, ale też dobrą zabawę i integrację, która rozpoczęła się już w czwartek wieczorem, podczas uroczystego otwarcia mistrzostw w siedzibie OIL w Krakowie.

Ceremonię otwarcia prowadzili lek. dent. Kinga Janczukowicz, założycielka Klubu Tenisowego przy OIL w Krakowie i *spiritus movens* zakończonych właśnie mistrzostw, oraz dr Marcin Mikos, prezes Fundacji Zdrowia Publicznego. Gościem honorowym była krakowska tenisistka Magdalena Grzybowska (pierwsza w historii Polka w top 30 światowego tenisa), która w rozmowie z prof. Waldemarem Hładkim opowiedziała o przebiegu swojej kariery zawodowej. W uroczystości – prócz przedstawicieli władz krakowskiego samorządu lekarskiego, partnerów wydarzenia i licznych sponsorów – wzięły także udział wielki pasjonat tenisa Jan Kanty Pawluśkiewicz. Wieczór zakończył koncert zespołu Jacki w Piwnicy u Medyków.

Natomiast przez kolejne trzy dni na kortach Tennis Country Club w Giebułtowie, pod czujnym okiem sędziego PZT Filipa Stypy trwały sportowe zmagania. Równoległe do tenisowych rozgrywek odbywały się wykłady



Zwyciężczynie gry pojedynczej kobiet



Lekarze seniorzy nie ustępują pola



Zwycięzcy gry podwójnej mężczyzn



Marcin Daniec



Od lewej: Marcin Wróbel, Kinga Janczukowicz, Waldemar Hładki, Marcin Mikos, Magdalena Grzybowska, Jan Ciećkiewicz, Jan Kanty Pawluśkiewicz, Robert Stępień

ekspertów zaproszonych przez dr. Marcina Mikosa do wystąpienia na sympozjum Sport i Medycyna.

Mistrzostwa zostały rozegrane w kategoriach singiel, debel i mikst, z podziałem na grupy wiekowe. I choć podczas samych zawodów rywalizacja była zażarta, to po zejściu z boiska atmosfera była przyjacielska i serdeczna. W Giebułtowie spotkali się lekarze o różnych specjalizacjach i w różnym wieku, czasem dość zaawansowanym, jak w przypadku 84-letniego doktora Józefa Safiana, pediatry z Zielonej Góry, wielokrotnego tenisowego mistrza lekarzy Polski i świata. Niewiele gorzej od lekarzy zaprezentowali się na kortach znani kabareciarze: Marcin Daniec i Maurycy Polaski, których mecz na żywo komentował Jerzy Fedorowicz. Ich rozgrywka była atrakcją dla kibiców i zawodników mistrzostw.

Wręczając nagrody i puchary (ten za pierwsze miejsce – piłka tenisowa podtrzymywana przez trzy stetoskopy – został zaprojektowany specjalnie na te zawody) dr Jacek Tętnowski, przewodniczący Komisji Sportu ORL w Krakowie, powiedział, że polscy lekarze na pewno nie muszą się wstydić swoich tenisowych umiejętności. Warto dodać, że nagrodą główną był wyjazd na turniej ATP Rolex Monte Carlo ufundowany przez Relaksmisję Tennis Tours, ale wśród zawodników rozlosowano także wiele innych cennych nagród.

Lista nagrodzonych i wyróżnionych lekarzy sportowców jest bardzo długa (można ją znaleźć na stronie internetowej OIL w Krakowie), dlatego poniżej podajemy tylko nazwiska zdobywców najwyższego podium.

Gra pojedyncza: Agnieszka Widziszowska (Chorzów), Anna Śliwińska (Warszawa), Małgorzata Pawelec-Wojtalik (Poznań), Olesja Szpak (Grodzisk Wielkopolski), Marcin Pokrzywnicki (Zabrze), Kamil Cyganiuk (Olsztyn), Marcin

Krywiak (Wrocław), Artur Ferencz (Zielona Góra), Piotr Gomuła (Kraków), Dariusz Gajecki (Strzegom), Jerzy Głabisz (Poznań), Zdzisław Hryniewicz (Białystok), Wojciech Pieczkowski (Poznań),

Gra podwójna: Julia Lubomirska/Olesja Szpak, Anna Komar/Joanna Szafranek, Dorota Grudzień/Małgorzata Pawelec-Wojtalik, Marcin Krywiak/Marcin Pokrzywnicki, Marek Komar/Robert Telega, Tomasz Maziak/Piotr Gomuła, Daniel Leończyk/Ignacy Lubiński.

Mikst: Julia Lubomirska/Marcin Pokrzywnicki, Agnieszka Widziszowska/Marcin Krywiak

Wspaniała rywalizacja, organizacja, nagrody, atmosfera – Kraków na długo nie da o sobie zapomnieć. A tych, którzy już tęsknią za kolejnym spotkaniem, Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy zaprasza na 54. Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie organizowane w lipcu 2025 r. w Gdyni. **(KD)**



Doktor Kinga Janczukowicz:

„To były prawdziwe mistrzostwa świata, ale świata pasji, przyjaźni i niezliczonych godzin spędzonych na korcie, na zabawie, w trakcie wykładów »Sport i medycyna« i oczywiście w kularach na rozmowach. Stworzyliśmy je dla tych, którzy kochają tenis i potrafią się cieszyć nie tylko wygranymi meczami, ale też przegranymi piłkami – szczególnie tymi, które potem tworzą historię i wspomnienia na lata. Fantastyczni ludzie, niesamowita energia i ten specyficzny napęd, który każe nam z uśmiechem organizować to wszystko. Tu nie chodzi tylko o tenis. Tu chodzi o ludzi, którzy sprawiają, że mistrzostwa zamieniają się w festiwal dobrego humoru, przyjacielskich potyczek. Takie chwile nie zdarzają się codziennie, dlatego warto do nas dołączyć. I jeśli udało się Wam przyjechać, zagrać, zdobyć wiedzę lub po prostu kibicować – to już jesteście mistrzami!”

Wielcy matematycy w służbie medycyny

Z prof. Januszem Skalskim – rozmowa o więzi ponad epokami



– Na początek chciałbym pokazać medal bity we Włoszczowej (na zdj. obok - red.), w regionie świętokrzyskim, powstały dla uczczenia Jana Brożka, pochodzącego z Kurzelowa. To bardzo niezwykła miejscowość, ni to wieś, ni miasteczko, która wydała na świat cały szereg uczonych krakowskich, a pierwszym z nich był właśnie Jan Brożek, wielkiej klasy matematyk, astronom, astrolog.

Ale mieliśmy mówić o lekarzach...

– Specyfiką Akademii Krakowskiej, od pierwszych chwil jej istnienia, była pielęgnowana tradycja wiązania matematyki z różnymi dziedzinami życia. Bardzo mnie to fascynowało. Pan zapewne zaraz nawiąże do Kopernika, ale zajmijmy się raczej mniej znanymi postaciami. I tak na pierwszy plan musimy przywołać Walentego Fontanę, ogromnie zasłużonego dla Krakowa lekarza, matematyka i filantropa. Nie należy go mylić z Baltazarem Fontaną, który był mistrzem architektury i rzeźbiarzem, twórcą przepięknych sztukaterii kościoła św. Anny, sklepienia kościoła św. Andrzeja oraz reprezentacyjnej sali, tzw. Fontanowskiej, w kamienicy Pod Gruszką.

Natomiast urodzony w 1536 roku Walenty Fontana był uczonym, rektorem Akademii Krakowskiej przez sześć kadencji. Interesował się astronomią, astrologią i trygonometrią, natomiast medycyną zajął się dopiero po studiach w Padwie. W tamtych latach zwiedzał też Rzym i Neapol. Wrócił na katedrę w Krakowie, na wydział filozoficzny i jako młody lekarz zyskał sobie dużą wziętość, został awansowany

w 1595 roku na stanowisko lekarza kapituły krakowskiej i astrologa miejskiego. To była wówczas ważna funkcja, pełniona wg dzisiejszych określeń przez kogoś zajmującego się prognozowaniem i przepowiadaniem przyszłości, nawet pogody. Astrologiem był m.in. wielki astronom Johannes Kepler. Astrolog patrzył w gwiazdy i mówił – jest źle. Może pojawi się zaraza. Żacy uciekali z bibliotek, mieszczenie chowali się w domach, wiało trwogą.

Walenty Fontana w 1609 roku otrzymał obietnicę objęcia katedry wydziału lekarskiego z fundacji Miechowity. Warunkiem była dysputa, w której kandydat miał zapewnić prestiż dla stanowiska, które obejmował, i wysoki poziom *pro loco optimendo*. Dysputę odbył w 1611 roku i objął upragnioną katedrę. Wzorem do naśladowania był dla niego Miechowita. Jako lekarz nadzorował m.in. szkolnictwo medyczne, wytykając swoim uczniom próżniactwo, rozpustę i pijaństwo, profesorów zaś napiętnowywał za gnuśność i nadużycia finansowe. Przy okazji zawdzięczamy mu ocalenie romańskiego kościółka św. Wojciecha, mocno wówczas zniszczonego, który

za własne pieniądze wyremontował.

W pewnym sensie najśluszniej byłoby nazwać go jatromatematykiem, który zajmował się zdrowotnością społeczeństwa. Jatromatematycy (*iatros* to lekarz po grecku) usiłowali nanieść zdrowie i chorobę na wykresy liniowe. Do odnowy ustroju dopasowywali prawo dwóch linii zbliżających się, ale nigdy nie stykających się ze sobą. W medycynie usiłowali zmierzyć to, co jest mierzalne. Jatromatematyka, jatrofizyka – to było jakby sprzężenie nauk ścisłych z przyrodą i medycyną. Nie znano przeważnie istoty danej choroby. Nie znano bakterii, przyczyn chorób i śmierci, więc w desperacji zaczęto wiązać pewne schorzenia z prawami matematycznymi. Próbowano objawy chorób przeliczać na cyfry, ale bez statystyki, która oczywiście jeszcze nie istniała.

Czyli lekarz pracował intuicyjnie.

– Tak. I stąd brały się te niesłychanie dziwaczne leki, te środki terapeutyczne pochodzące od zwierząt, roślin, człowieka, jak sproszkowana krew czy zęby. Różne dziwne rzeczy, które roją się w głowach medyków. Dziś możemy

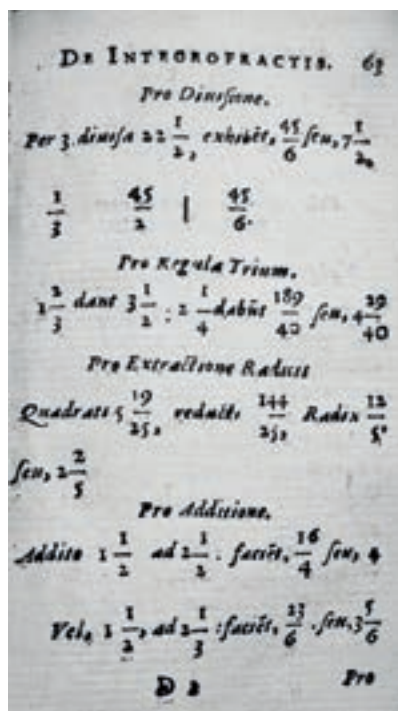
się z tego śmiać, ale już kiedyś przytaczaliśmy przykład konsumowania żab, węży i innych obrzydliwości.

Ale jakiś postępowanie miał miejsce?

– Oczywiście. Wspomnę tutaj bardzo ciekawy aforyzm, który zaistniał w poglądach następnego z naszych bohaterów, Jana Brożka, powołującego się na Archimedesesa. Do historii ludzkości przeszło stwierdzenie greckiego matematyka „Dajcie mi punkt podparcia, a przesunę ziemię”. A Brożek pisał: „Ziemia symbolizuje ogromny ciężar. Dla mnie ziemia jest ciężka jak ciężka choroba. Dajcie mi punkt podparcia i ja przesunę ten ogromny ciężar”. I za ten punkt podparcia uważał lek, sposób leczenia, nawiązując do rozmaitych praw fizycznych i matematycznych. Pozwalało mu to na wyjaśnienie pewnych procesów zachodzących w organizmie człowieka, które dotyczyły fizjologii zdrowia i choroby. Tłumaczył to zjawiskami matematycznymi, miał do dyspozycji wzory matematyczne, przeprowadzał rozmaite doświadczenia. Pochodził, nawiasem mówiąc, ze wspomnianego Kurzelowa, a wyrósł na europejskiej sławy uczonego, matematyka.

Co tam było w tym Kurzelowie?

– Prawdopodobnie świetna szkoła przygotowawcza, parafialna, później kolegiacka. To, że miała możliwych sponsorów, skutkowało zapewne dobrym nauczaniem. Na przełomie XVI i XVII w. było w Krakowiesiedmiu profesorów Kurzelowa, w tym czterech matematyków. Ja tutaj mam wynotowane dokonania i odkrycia Brożka. Przede wszystkim jako pierwszy w Polsce stosował logarytmy. Dużo wcześniej niż powstało



słynne twierdzenie matematyczne Piotra Fermata, Brożek podał przyczynek do małego twierdzenia tego włoskiego uczonego dotyczącego podstaw testu pierwszości liczb całkowitych, jednego z podstawowych twierdzeń teorii liczb. Podał też pierwszy liczbę wielokątów gwiazdzystych, o różnej liczbie wierzchołków, konstruował nowe twierdzenia matematyczne, podał metodę obliczania powierzchni trójkąta sferycznego.

I co nasi czytelnicy, w końcu medycy, z tego wyniosą?

– Niewiele, bo to jest matematyka wyższa. Mogę tylko dodać, że on prowadził dysputy i ostre polemiki z najwybitniejszymi umysłami Europy. A medycyną zajmował się tylko wtedy, gdy leczył swojego chlebobawcę, biskupa krakowskiego Marcina Szyszkowskiego. Krótko był też lekarzem kanoników krakowskich. Ale wtedy przyszła mu do głowy myśl połączenia medycyny z algebrą. Brzmi to

dziwacznie, niemniej dyskutował z Adrianem von Romanusem, profesorem matematyki w Löwen i Würzburgu na temat zastosowania algebry w medycynie. Były to boskie rozważania niezwykłego starca, który próbuje połączyć medycynę z mechaniką, fizyką i matematyką. My dzisiaj tego nie możemy pojąć, a jak to chciał zrozumieć lekarz, który usiłował pokonać chorobę siłą fizyczną?

Pozostaje teologia...

– Był lekarzem z krwi i kości, bo leczył też potrafił, ale rzeczywiście w końcu został teologiem, objął kierownictwo katedry, wykładał teologię od 1631 do 1633. Przy okazji przeszedł do historii jako energiczny wróg jezuitów, z którymi walczył, broniąc świeckiej pozycji Akademii Krakowskiej. Pisał pamflety. Za jeden z nich jego księgę spalono na stosie, a drukarza ukarano chłostą.

Z całej trójki lekarzy matematyków pozostał nam jeszcze Jan Toński.

– Jestem nim zafascynowany. Znany medyk, świetny wykładowca anatomii, jako pierwszy w Krakowie krzewił teorię krążenia krwi Harveya. Był bardzo nowoczesnym lekarzem. Nauczał anatomii i fizjologii. Równocześnie został uznany za jednego z najwybitniejszych matematyków swoich czasów. Adam Wachułka, wybitny historyk matematyki w Polsce, kreślił sylwetkę Tońskiego jako czołowego, obok Kochańskiego, polskiego matematyka XVII w. Wyprzedza on w pewnych kwestiach wielkiego szwajcarskiego matematyka Leonhardta Eulera, uznawanego za największego matematyka wszech czasów. Na podstawie dawnych rejestrów wiadać, że Toński prowadził nauczanie

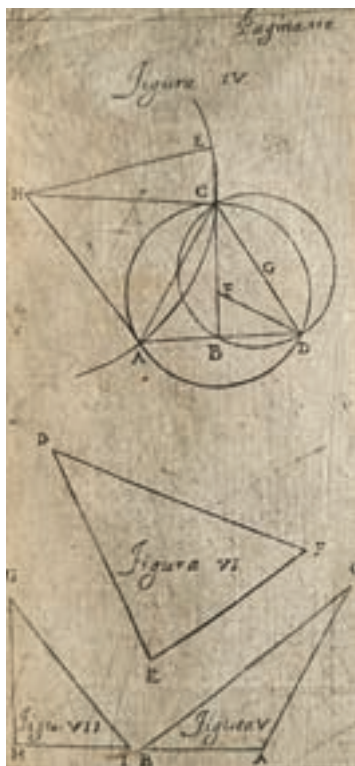
→ anatomii na zwłokach, oczywiście po kryjomu. Był lekarzem, wyprzedzającym swoją epokę. Gdy przygotował swoją rozprawę „De motu sanguinis” (1647), czyli o ruchu krwi, która miała mu posłużyć do inkorporowania do Akademii Krakowskiej, odrzucono ją, bo nie uznawano w Krakowie nowoczesnej teorii krążenia krwi Harveya. Musiał napisać drugą rozprawę, nadał jej tytuł „De Angina”, a wcześniejszą wycofał i ukrył, by się nie narazić na sąd.

Toński był pijarem?

– Z zakonami raczej go nie mieszajmy, natomiast wykształcony był nieprawdopodobnie. Zwiedził wiele ośrodków w Holandii, Francji, Włoszech, studiował w Innsbrucku, Padwie, Rzymie, Lejdzie, Amsterdamie, Montpellier. Posiadał kontakty z licznymi europejskimi matematykami. Był niezwykle płodnym nauczycielem. Wykształcił 120 medyków i 52 magistrów i bakałarzy z nauk matematycznych. Przygotowałem tu oryginał dzieła Tońskiego, jeden z nielicznych egzemplarzy zachowanych w Polsce.

Czy w dzisiejszym nauczaniu historii polskiej medycyny mówi się o nim?

– Nie, to kolejny zapomniany. A był fenomenem – jak napisał Wachułka. Rozprawa Tońskiego o krążeniu krwi była oparta o teorię Williama Harveya, dla medycyny tak ważną, jak odkrycie grawitacji przez Newtona. Mam tu z 1645 roku pierwszy polski nowoczesny podręcznik arytmetyki z trygonometrią „Arithmetica vulgaris et trigonometria”. Tu są obok ilustracji całe tabele ciągów liczb. To pisał wszystko lekarz, fenomen matematyki. Pisał ręcznie, a drukarz nanosił niekończące



Strona tytułowa oraz rycina (również na poprzedniej stronie) z dzieła Jana Tońskiego „Arithmetica vulgaris et trigonometria rectilineorum” Arch. pryw. J. Skalskiego

się kolumny liczb, wykresów i schematów. Ten egzemplarz, który pan trzyma w rękach, jest prawdopodobnie jedynym w Krakowie. To absolutny unikat, dedykowany księciu Sapieże.

Wybrał Pan trzech lekarzy matematyków. Ilu Pan pominął?

– Mam tu bardzo dużo materiałów na ten temat. Na przykład Witelon, który w XIII w. napisał dzieło dotyczące optyki „Perspectiva”, też był lekarzem i matematykiem. Następny to Jan z Głogowa, zwany Głogowczykiem, z Akademii Krakowskiej. Wielkim uczonym był przyrodnik, matematyk, a zarazem lekarz Jan Stanko, nauczyciel królów, przyjaciel Długosza. Podobnie wielkiej klasy europejskiej był Marcin Król z Żurawicy, który korespondował z największymi sławami europejskimi, prawdopodobnie nawet z Erazmem z Rotterdamu. Dalej ważni są lekarze matematycy Stanisław Jakobejus i Jan Muscenius, obaj z Kurzelowa. W Szczecinie i Gdańsku znany był Wawrzyniec Eichstadius, uczeń słynnego Daniela Sennerta z Wrocławia. Mógłbym tak mnożyć nazwiska, kończąc na Tońskim (ok. 1610-1664), który już wchodził w czasy rewolucyjnych odkryć dotyczących fizjologii człowieka.

Czy dzisiejsza medycyna korzysta jeszcze z tych odkryć z zamierzchłej przeszłości? Czy też wszystko przeszło do archiwum?

– Przy całym moim umiłowaniu dziejów medycyny, dzisiaj tej inspiracji z jatro-matematyki nie znajduję. Taki jest los wielu dyscyplin nauki, niestety.

Tekst: **JANUSZ SKALSKI**
opr. **STEFAN CIEPŁY**

Krosno

■ W połowie września w krośnieńskiej Delegaturze OIL odbył się intensywny, dwudniowy kurs „Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych (ALS)”, który prowadzili instruktorzy Europejskiej i Polskiej Rady Resuscytacyjnej, według najnowszych wytycznych. Program szkolenia obejmował wykłady i ćwiczenia sytuacyjne na fantomach. Kurs jest certyfikowany przez Europejską Radę Resuscytacji (ERC) i Polską Radę Resuscytacji (PRC).



■ Dr n. med. Józef Oberc otrzymał tytuł Honorowego Obywatela Gminy Brzozów, przyznawany przez Radę Miejską w Brzozowie. Tytuł ten jest wyrazem szczególnego uznania i wyróżnienia za zasługi dla rozwoju Gminy Brzozów. Jak podkreślano we wniosku o to wyróżnienie, od początku swej pracy doktor Oberc cechował się ogromnym zaangażowaniem i poświęceniem dla pacjentów. Pełniąc funkcję ordynatora Oddziału Chirurgii Onkologicznej w brzozowskim szpitalu, czynił starania, by działały w nim oddziały Radioterapii i Chemioterapii. Wprowadzał też do szpitala nowe metody leczenia oraz udoskonalał już

stosowane. „Pan dr Józef Oberc to lekarz będący wizytówką brzozowskiego szpitala i wzór do naśladowania” – mówiła podczas uroczystości wręczenia tytułu Dorota Kamińska, przewodnicząca Rady Miejskiej w Brzozowie.

(źródło: Gmina Brzozów)

■ 21 września, w piękny, słoneczny dzień, odbyły się II Zawody Wędkarskie Lekarzy. Rywalizację rozpoczęto dokładnie o godz. 8.30 i ryby brały znakomicie, o czym świadczą wyniki połowów uzyskane przez uczestników. Najlepszy był doktor Romuald Adamik, który złowił w ciągu czterech godzin 18 kg 390 dag ryb, następnie ubiegłoroczny triumfator – doktor Daniel Czerpaniak, który złowił 13 kg 610 dag. Trzeci był doktor Maciej Leśniak – 7 kg 290 dag.



Oczywiście nad stawami mieliśmy też wspólne ognisko z pieczeniem... kiełbasek. A przy ognisku ogłoszenie wyników i wręczenie nagród.

■ SPZOZ w Sanoku pod koniec września br. otrzymał Certyfikat Akredytacyjny potwierdzający spełnianie standardów w zakresie szpitalnego systemu jakości dawstwa. Ten ważny dokument przyznawany jest przez Ministerstwo Zdrowia oraz Centrum

Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” w uznaniu za podejmowane działania i wysiłki na rzecz zwiększenia potencjału donacyjnego w Polsce, jak również wdrożenia szpitalnego systemu jakości dawstwa. Warto dodać, iż taki certyfikat posiada tylko 51 szpitali w Polsce, w tym jeden (w Sanoku) z Podkarpacia.

(źródło: Szpital w Sanoku)

■ 18 października br. odbyły się XIII Krośnieńskie Jesienne Warsztaty Kardiologiczne, których organizatorem był Intercard Sp. z o.o. Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Krośnie, a Delegatura OIL w Krośnie – współorganizatorem. Po raz kolejny miejscem spotkania było Centrum Konferencyjno-Bankietowe „Szkłane Lniane” w Korcynie.

■ 18 i 19 października br. w Delegaturze odbyły się dwa kursy: „Emocjonalny GPS – o regulacji emocjonalnej w pracy lekarzy” oraz „O ważności relacji w systemie opieki zdrowotnej, czyli słów kilka o neurobiologii interpersonalnej”. Szkolenia prowadziła prof. Alicja Gałązka. Jak zawsze była fantastyczna atmosfera i pełni zaangażowania uczestnicy.

JANUSZ KULON

Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Krośnie

Nowy Sącz

■ 5 października w siedzibie Delegatury w Nowym Sączu odbył się kurs „Szczepienia ochronne”. Zainteresowanie było spore – z kursu skorzystało ponad 40 osób.

Z życia Delegatur

→ ■ Klub Lekarza Seniora zaprasza do swojego grona. Comiesięczne spotkania nowosądeckiego Klubu są urozmaicone prelekcjami na temat ciekawych podróży i ludzi. Zachęcamy seniorów do uczestnictwa w spektaklach teatralnych w Krakowie i innych wydarzeniach kulturalnych – ostatnia oferta to „Nasze żony” w Teatrze Stu oraz 28. Jesienny Festiwal Teatralny w Centrum Kultury i Sztuki w Starym Sączu.

■ Poza sferą ducha należy też dbać o sprawy bardziej prozaiczne. W siedzibie Delegatury zostało wymienione orynnowanie budynku uszkodzone w czasie gradobicia.

■ 5 listopada zakończył się okres rozliczeniowy doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków. Zainteresowani otrzymaniem potwierdzenia dopełnienia tego obowiązku powinni złożyć w Delegaturze poświadczenia zdobytych punktów edukacyjnych.

■ Poza tym w górach pojawił się pierwszy, nieśmiały śnieg. Zdaniem doświadczonych narciarzy na „trzecim” śniegu można już jeździć na nartach. Zatem zapraszamy w góry!

KRZYSZTOF WRÓBLEWSKI
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Nowym Sączu

Przemysły

■ 12 października spod Wojewódzkiego Szpitala przy ul. Monte Cassino w Przemyślu wyruszyli uczestnicy XII edycji akcji „Wyganiamy Raka”. Organizatorami wydarzenia byli: Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio, Polski Komitet Zwalczenia Raka – oddział Podkarpacki



w Przemyślu i Urząd Miejski w Przemyślu przy wsparciu finansowym Urzędu Marszałkowskiego Woj. Podkarpackiego. Już czwarty raz akcja odbywa się bez niezapomnianego doktora Jana Hołwki. W tym roku oprócz biegu głównego zorganizowany był również krótki bieg dla dzieci. Na starcie 12. edycji stanęło aż 150 osób. Oczywiście nie mogło zabraknąć córki doktora Hołwki.

(źródło: Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio)

■ Jak zawsze aktywni członkowie Klubu Lekarza Seniora przy Delegaturze przemyskiej we wrześniu wybrali się do miejscowości Zalipie – najbardziej kolorowej wsi w Polsce – oraz do Tarnowa. W Zalipiu seniorzy zaliczyli spacer po miasteczku słynącym z malowanych chat. Domy, budynki gospodarcze, a nawet studnie, ule czy budy dla psów zdobią przepiękne malowidła z motywami kwiatów.



Seniorzy byli też z wizytą w Domu Malarów, gdzie obejrzeli wystawę obrazów i fotografii. Natomiast w Tarnowie seniorzy zwiedzili z przewodnikiem: ratusz, renesansowe kamienice Rynku i okolicznych ulic, katedrę pw. Narodzenia NMP, Muzeum Historii Tarnowa i Regionu oraz zobaczyli jedną z dwóch drewnianych świątyń w Tarnowie – kościół pw. Matki Bożej Szkaplerznej.

■ 19 października lekarze seniorzy wyruszyli na Traperską Przygodę w Bieszczady. Czekają na nich wiele wrażeń. Zwiedzili drewnianą cerkiew w Szczawnem z 1888 r. na szlaku ikon Doliny Oślawy. Byli z wizytą w baczówce góralskiej w Oślawicy. Był też przejazd dyliżansami doliną rzeki Oślawy, spacer do rezerwatu Przełom Oślawy nad Duszatynem i wiele innych atrakcji. Po trudach zwiedzania seniorzy odpoczęli na leśnej polanie przy ognisku i wzmocnili się zupą „czarcie żarcie” przy występie bieszczadzkiego barda. Byli również na jednym z ostatnich wypałów węgla drzewnego oraz spotkali się ze sztuką artysty „od koryt świńskich” – Zdzicha Pękalskiego w galerii w Hoczwi.

MAREK ZASADNY
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Przemyślu



Co dalej z obowiązkowym kursem w POZ

Duże emocje wzbudza ostatnio kwestia, czy rzeczywiście istnieje konieczność ukończenia do 31.12.2024 r. kursu z medycyny rodzinnej przez niektórych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

W pierwszej kolejności należy przekazać dobrą wiadomość – kiedy powstaje ten artykuł, trwają prace legislacyjne nad zmianą ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r., poz. 2527), zwaną dalej ustawą o POZ. Rządowy projekt Ustawy o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw skierowano 30 października 2024 r. do pierwszego czytania do Komisji Edukacji i Nauki oraz Komisji Zdrowia (Druk nr 757). Pierwotnie wskazany termin ukończenia kursu z medycyny rodzinnej ma zostać przesunięty o dwa lata, tj. z 31.12.2024 r. na 31.12.2026 r., co oznacza, że przepisy dotyczące obowiązku ukończenia kursu wejdą w życie dopiero 1 stycznia 2027 r. Zgodnie z założeniami projektu ustawodawca rozszerza także katalog lekarzy zwolnionych z tego kursu o lekarzy legitymujących się co najmniej 10-letnią pracą jako lekarz POZ. Rozszerza także katalog podmiotów, które pokrywają koszty kursu, o jednostkę prowadzącą kurs oraz z wykorzystaniem środków unijnych. Projektowana zmiana przepisów ustawy z 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej przewiduje także utrzymanie ważności deklaracji POZ oraz możliwości ich przyjmowania od nowych pacjentów po dniu 31 grudnia 2024 r., niezależnie od przystąpienia do zespołu POZ.

Proponowane rozwiązania mają na celu zapewnienie ciągłości w dostępie do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. I miejmy nadzieję, że ustawodawca zdąży wprowadzić zapowiadane zmiany do końca tego roku. Warto jednak przypomnieć, że zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami ustawy lekarze POZ:

- posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii,
- posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej i udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r.,
- posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych i udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r.,

zachowają status lekarza POZ... pod warunkiem ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej do dnia 31 grudnia 2024 r.

Natomiast zwolnieni z obowiązku odbycia kursu są lekarze posiadający prawa nabyte na podstawie art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, tj. osoby, które uzyskały od właściwej okręgowej rady lekarskiej zaświadczenie potwierdzające posiadanie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Należą do nich lekarze, którzy pracowali w POZ przed 29 września 2007 r. i jednocześnie posiadali na ten dzień: specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, lub co najmniej 10-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (niezależnie od posiadanej specjalizacji).

Jedynym terminem dla oceny obowiązku odbycia kursu z zakresu medycyny rodzinnej jest status lekarza na dzień 29 września 2007 r.

→ Konieczność dodatkowego szkolenia przez lekarzy udzielających świadczeń jako lekarze POZ, posiadających wieloletnie doświadczenie zawodowe, wzbudziła sprzeciw w środowisku i była szeroko krytykowana. Pomimo tej krytyki ustawodawca nie zrezygnował z konieczności odbycia kursu, a planowane zmiany oznaczają, że obowiązek dokształcania w dziedzinie medycyny rodzinnej

nie znika, lecz jedynie przesuwa się w czasie (1 stycznia 2027 r.). Zgodnie z projektem zmniejsza się natomiast katalog osób zobowiązanych do jego odbycia. Jednak w związku z przejściem z formy stacjonarnej na formę e-learningową ukończenie kursu będzie znacznie łatwiejsze. I to jest również dobra wiadomość.

mec. ANNA GUT

Prawo i medycyna



NIK o prawach pacjenta

Prawa pacjenta są w polskim systemie regulowane przez szereg aktów prawnych, m.in. Konstytucję, Ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Ustawę o działalności leczniczej. Do podstawowych praw pacjenta zalicza się: prawo do świadczeń zdrowotnych, do informacji i świadomej zgody oraz do poszanowania godności i intymności. Ze względu na wagę problematyki warto zapoznać się z wynikami ostatnich kontroli przeprowadzonych przez Najwyższą Izbę Kontroli w zakresie ich przestrzegania.

„Przestrzeganie praw pacjenta w systemie ochrony zdrowia”

Raport pod powyższym tytułem, opublikowany w lipcu, dokumentuje wyniki kontroli działalności Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz 17 podmiotów leczniczych w latach 2019-2023. Jak podkreślono na wstępie raportu, NIK „od momentu wprowadzenia systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie przeprowadziła odrębnej kontroli poświęconej szeroko pojętej problematyce przestrzegania praw pacjenta. Zagadnienia związane z ochroną tych praw były podejmowane jedynie wycinkowo, najczęściej w trakcie kontroli poświęconych wybranym obszarom systemu ochrony zdrowia”. Generalnie wydźwięk raportu jest krytyczny, i to zarówno wobec działalności kontrolowanych podmiotów leczniczych („przypadki naruszania praw pacjenta we wszystkich badanych obszarach”), jak i Rzecznika Praw Pacjenta. Warto jednak podkreślić, iż prezentowana w raporcie ocena wskazuje również na obiektywne trudności, jakie rzutowały na działalność wspomnianych podmiotów.

Badania genetyczne

Już w 2018 r. NIK opublikowała raport pt. „Bezpieczeństwo badań genetycznych”, w którym wskazano, że mimo dynamicznego rozwoju genetyki w Polsce brak jest regulacji prawnych określających zasady wykonywania poradnictwa genetycznego, bankowania materiału oraz bezpieczeństwa danych genetycznych. Autorzy tegorocznego raportu zwracają uwagę, że Rzecznik Praw Pacjenta, mimo posiadania informacji z różnych źródeł (NIK-u, Komitetu Genetyki Człowieka i Patologii Molekularnej PAN i innych) nie wystąpił do Ministerstwa Zdrowia o podjęcie inicjatywy ustawodawczej mającej na celu uregulowanie obszaru badań genetycznych dla celów zdrowotnych. Tymczasem brak kompleksowych regulacji prawnych w tym zakresie skutkuje m.in. gwałtownym przyrostem liczby laboratoriów oferujących ten rodzaj badań, czemu jednak nie towarzyszy wymagane merytorycznie poradnictwo genetyczne. W obszarze badań genetycznych poza kontrolą pozostają kwestie stosowania zasad świadomej zgody, właściwego zabezpieczenia pobranego materiału biologicznego oraz poufności uzyskanych danych genetycznych. Niektóre krajowe laboratoria jedynie pobierają materiał do badań, natomiast procedury analityczne zlecają podmiotom zagranicznym, najczęściej dalekowschodnim. Skutkuje to utratą kontroli nad losem materiału genetycznego oraz sposobem jego wykorzystania. W raporcie wskazuje się także, iż „w ten sposób Chiny tworzą największy zbiór danych genomowych na świecie, który daje im dominację na światowym rynku leków personalizowanych i testów diagnostycznych”.

Finalnie w raporcie podkreślono po raz kolejny „konieczność pilnego wprowadzenia niezbędnych regulacji.

Dokumentacja medyczna

Na wstępie warto przypomnieć, że w świetle obowiązującego prawa podmioty wykonujące działalność leczniczą mają obowiązek prowadzić dokumentację medyczną w formie elektronicznej. Prowadzenie jej w formie papierowej jest możliwe jedynie wyjątkowo, przy zaistnieniu przesłanek określonych przepisami. Jednocześnie niedopuszczalne jest równoległe prowadzenie tego samego dokumentu w formie elektronicznej i papierowej. Jednakże, jak wskazują wyniki kontroli NIK, żaden z kontrolowanych podmiotów leczniczych nie prowadził w pełni dokumentacji w formie elektronicznej. Ponadto:

- u części podmiotów (47 proc.) dokumentacja była prowadzona nierzetelnie (np. brak wpisów lub wpisy dokonywane z wielodniowym opóźnieniem, brak autoryzacji wpisów, brak protokołów z przeprowadzanych zabiegów operacyjnych oraz niespójności między kartami informacyjnymi z leczenia szpitalnego a wewnętrzną dokumentacją medyczną);

- stwierdzone zostały nieprawidłowości (41 proc. podmiotów) w zabezpieczeniu dokumentacji medycznej i systemów jej przetwarzania (w tym np. brak procedur dostępu oraz przechowywania dokumentacji);

- w niektórych podmiotach (18 proc.) dane pacjentów przetwarzały „osoby niewykonyjące zawodów medycznych, które nie posiadały stosownego upoważnienia administratora danych osobowych, dostosowanego do zakresu obowiązków i rodzaju pracy, którą wykonują”;

- występowały nieprawidłowości (18 proc. podmiotów) w udostępnianiu dokumentacji medycznej (np. brak identyfikacji tożsamości osób odbierających dokumentację).

Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą

Kolejny raport, pt. „Opieka psychiatryczna nad dziećmi i młodzieżą”, został opracowany w wyniku kontroli NIK przeprowadzonej w Ministerstwie Zdrowia, Narodowym Funduszu Zdrowia oraz w 12 podmiotach leczniczych, obejmującej lata 2020-2023. W raporcie dokonano m.in. oceny prawidłowości stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów. Wskazano, że choć stosowanie tego środka w opiece psychiatrycznej jest dopuszczalne, we wszystkich skontrolowanych szpitalach naruszano przy tym obowiązujące przepisy. Stwierdzono m.in.:

- brak przeprowadzenia badania koniecznego przed przedłużeniem środka przymusu bezpośredniego na kolejne okresy;

- zlecenie przedłużania przymusu bezpośredniego przez lekarzy bez uprawnień;

- niewłaściwe prowadzenie dokumentacji dotyczącej stosowania środków przymusu.

NIK krytycznie oceniła też zasady przeprowadzania kontroli osobistych u pacjentów placówek opieki psychiatrycznej.

Ochrona danych pacjentów przed cyberatakami

Warto również przyjrzeć się ustaleniom kontroli ochrony danych pacjentów przed cyberatakami, przeprowadzonej w placówkach ochrony zdrowia z województwa warmińsko-mazurskiego. Kontrolą objęto działalność sześciu szpitali oraz jednej przychodni w latach 2020-2023 (I półrocze). Stwierdzono, że w większości z nich (sześciu) działania podjęte w celu zapewnienia bezpieczeństwa danych pacjentów były nierzetelne lub nieadekwatne do rodzaju i skali przetwarzanych danych. Stwierdzone nieprawidłowości polegały m.in. na:

- przetwarzaniu danych pacjentów przez personel, który nie posiadał właściwych upoważnień;

- braku odpowiednich zabezpieczeń sprzętu komputerowego i oprogramowania, co umożliwiało osobom nieuprawnionym dostęp do danych pacjentów;

- braku aktualizacji oprogramowania (w tym antywirusowego), co mogło skutkować naruszeniem danych medycznych;

- pozostawieniu byłym pracownikom uprawnień dostępowych, co umożliwiało im logowanie do systemu informatycznego placówek.

Podsumowując należy stwierdzić, że mimo sporych nakładów finansowo-organizacyjnych poczynionych w ostatnich latach przez jednostki ochrony zdrowia na rzecz poprawy przestrzegania praw pacjenta wciąż występują liczne nieprawidłowości. Warto jednocześnie zaznaczyć, że chociaż zasadniczo wydział kontroli koncentruje się na sytuacji pacjenta i działalności jednostek ochrony zdrowia, to wnioski, jakie z nich płyną, szczególnie w kontekście szeroko rozumianego bezpieczeństwa, mogą, moim zdaniem, mieć duży wpływ na sferę zawodową lekarza.

mgr **DARIUSZ DZIUBINA**

Z pełną treścią zaprezentowanych materiałów można zapoznać się na stronie internetowej Najwyższej Izby Kontroli.

**TYTUŁ PROFESORA NAUK MEDYCZNYCH
Z RĄK PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ UROCZYŚCIE ODEBRALI**

w dniu 8 października 2024 r.

dr hab. Marek Bajda

dr hab. Krzysztof Kamiński

dr hab. Aleksandra Klimkowicz-Mrowiec

dr hab. Aleksander Konturek

dr hab. Marek Rudnicki

w dniu 15 października 2024 r.

dr hab. Wojciech Płazak

w dniu 18 października 2024 r.

dr hab. Aleksander Mendyk

dr hab. Rafał Ryguła

dr hab. Maria Walczak

w dniu 21 października 2024 r.

dr hab. Marcin Maciejczyk

dr hab. Przemysław Tomasik

**UCHWAŁĄ RADY DISCYPLINY NAUKI MEDYCZNE UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
STOPIEŃ DOKTORA HABILITOWANEGO W DZIEDZINIE
NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU W DISCYPLINIE NAUKI MEDYCZNE OTRZYMALI**

Uchwałą Rady z 24 września 2024 r.

dr Aleksandra Wieczorek

dr Marta Opalińska

Uchwałą Rady z 15 października 2024 r.

dr Barbara Zapała

Uchwałą Rady z 12 listopada 2024 r.

dr Grażyna Pyka-Foćciak

WYKAZ STOPNI NAUKOWYCH DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU NADANYCH PRZEZ RADĘ DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

**w dniu
24 września 2024 r.**

Lek. stom. DANIEL BIESZCZAD

„An attempt to determine local factors affecting the success of apical microsurgery based on pre- and postoperative cone-beam computed tomography”
(„Próba określenia miejscowych czynników mających wpływ na powodzenie zabiegu resekcji wierzchołka korzenia zęba na podstawie przed- i pozabiegowego badania tomografii komputerowej wiązki stożkowej”) – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Tomasz Kaczmarczyk

Lek. JAKUB DROŚ

„Prevalence and risk factors of cognitive disorders after stroke and their influence on long-term prognosis”
(„Częstość występowania i czynniki ryzyka zaburzeń poznawczych po udarze mózgu oraz ich wpływ na rokowanie długoterminowe”) – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Aleksandra Klimkowicz-Mrowiec

Mgr ANITA FRAN CZAK-YOUNG

„Zespół Dziecka Potrząsanego w aspekcie teorii wzmożonego płaczu dziecka. Analiza czynników medycznych i socjodemograficznych w Zespole Dziecka Potrząsanego” – monografia
Promotor: dr hab. Piotr Wojciechowski
Promotor pomocniczy: dr hab. Anna Starowicz-Filip

Lek. KATARZYNA ŁOSIŃSKA

„Biological disease-modifying anti-rheumatic drugs with a focus on rituximab in achieving remission and low disease activity in patients with rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis”

(„Biologiczne leki modyfikujące przebieg choroby ze szczególnym uwzględnieniem rytuksymabu w osiągnięciu remisji i niskiej aktywności choroby w reumatoidalnym zapaleniu stawów i łuszczycowym zapaleniu stawów”) – cykl publikacji
Promotorzy: dr hab. Mariusz Korkosz, prof. UJ, prof. dr hab. Glenn Haugeberg

Lek. KRZYSZTOF SZYMOŃSKI

„Raman hyperspectral molecular imaging combined with convolutional neural networks in early diagnosis of pancreatic cancer, considering selected, pathologically different, subtypes of the tumor”
(„Obrazowanie cząsteczkowe przy użyciu hyperspektralnego mapowania Ramanowskiego i konwolucyjnych sieci neuronowych we wczesnej diagnostyce raka trzustki, z uwzględnieniem wybranych, patologicznie różnych podtypów nowotworu”) – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Dariusz Adamek

**w dniu
15 października 2024 r.**

Mgr AGNIESZKA DĄBEK

„The assessment of the relationship between diet, body weight and the profile of organic acids in feces and selected pro- and anti-inflammatory cytokines in the blood of patients with inflammatory bowel disease”
(„Ocena zależności pomiędzy dietą i masą ciała a profilem kwasów organicznych w kale oraz wybranych cytokin pro- i przeciwzapalnych we krwi pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit”) – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Małgorzata Zwolińska-Wcisło

**w dniu
12 listopada 2024 r.**

Lek. ANNA BOGUSŁAWSKA

„The auxological and genetic analysis in patients with acromegaly and a call for algorithm for an early diagnosis of tall stature and growth hormone excess”
(„Analiza auksologiczna i genetyczna u chorych z akromegalią i wynikający z niej model wczesnej diagnostyki w okresie rozwojowym”) – cykl publikacji
Promotorzy: dr hab. Aleksandra Gilis-Januszewska, prof. UJ; prof. dr hab. Jerzy Starzyk

Lek. JUSTYNA DERBISZ

„Selected prognostic factors in patients with acute ischemic stroke treated with intravenous thrombolysis and if indicated with mechanical thrombectomy”
(„Wybrane czynniki rokownicze u chorych na ostry udar niedokrwienny mózgu leczonych za pomocą trombolizy dożylniej i przy wskazaniach – za pomocą trombektomii mechanicznej”) – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Agnieszka Słowik

Mgr inż. AGNIESZKA KRAWCZYK

„Metagenomic analysis of intestinal archaeome and mycobiome in pediatric patients with Crohn's disease compared to healthy children”
(„Badanie metagenomiczne archeonów i grzybów jelitowych u dzieci z chorobą Leśniowskiego – Crohna z zastosowaniem sekwencjonowania nowej generacji”) – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Tomasz Gosiewski
Promotor pomocniczy: dr Dominika Salamon

→ **Lek. ANNA JULIA KRUPA**

„Factors associated with ineffectiveness of selective inhibitors of serotonin and noradrenalin in fibromyalgia treatment”
 („Czynniki związane z nieskutecznością selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny w leczeniu fibromialgii”) – cykl publikacji
 Promotor: dr hab. Marcin Siwek, prof. UJ

Lek. MONIKA RYBICKA

„Wielowymiarowy wpływ akupunktury na miary zdrowia pacjentów w podeszłym wieku z przewlekłym, niespecyficznym bólem krzyża - porównanie skuteczności przeciwbólowej, wpływu na jakość życia, hiperalgezę mechaniczną i termiczną oraz nasilenie ośrodkowej sensytyzacji akupunktury klasycznej i akupunktury ucha wg protokołu NADA” – monografia
 Promotor: prof. dr hab. Jerzy Gąsowski
 Promotor pomocniczy: dr Magdalena Kocot-Kępska

Lek. JOLANTA RZUCIDŁO-RESIL

„Assessment of risk factors and their impact on the perioperative course in patients after mitral and aortic valve surgery”
 („Ocena czynników ryzyka i ich wpływu na przebieg okołoperacyjny u pacjentów po operacji zastawki mitralnej i aortalnej”) – cykl publikacji
 Promotor: dr hab. Jarosław Stoliński

Mgr KAROLINA TKACZ

„Molekularne i komórkowe mechanizmy w patofizjologii pozapalnego zwłóknienia mięśnia sercowego” – monografia
 Promotor: prof. dr hab. Przemysław Błyszczuk

Lek. MATEUSZ TRZECIAK

„Detailed analysis of anatomical variations of selected structures of the face with implications for clinical practice”
 („Szczegółowa analiza zmienności

anatomicznych struktur twarzy oraz ich znaczenie w postępowaniu klinicznym”)

– cykl publikacji

Promotor: dr hab. Artur Pasternak, prof. UJ

Lek. PIOTR ZARZYCKI

„Evaluation of selected factors affecting the results of primary and revision bariatric procedures, with particular emphasis on aspects related to the surgical technique”
 („Ocena wybranych czynników wpływających na wyniki pierwotnych i rewizyjnych zabiegów z zakresu chirurgicznego leczenia otyłości, ze szczególnych uwzględnieniem aspektów związanych z techniką operacyjną”) – cykl publikacji
 Promotor: prof. dr hab. Piotr Major

Lek. REMIGIUSZ ZIARNO

„Wartość subterraneoterapii w leczeniu przewlekłych nienowotworowych schorzeń krtani” – monografia
 Promotor: prof. dr hab. Jacek Składzień



Komisja Kształcenia Medycznego ORL w Krakowie zaprasza na kursy w ramach doskonalenia zawodowego, organizowane w Krakowie i delegaturach. Szczegółowe informacje i aktualny program można znaleźć na stronie: <https://oilkrakow.pl/ksztalcenie/>

KURSY SPECJALIZACYJNE DLA SPECJALNOŚCI LEKARSKICH ORGANIZOWANE PRZEZ MEDYCZNE CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO COLLEGIUM MEDICUM W OKRESIE STYCZEŃ-LUTY 2025

Anestezjologia i intensywne terapie
Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

3-7.02.2025

Kierownictwo naukowe:
 prof. Janusz Andres

Choroby wewnętrzne
Geriatrya

20-21.01.2025

Kierownictwo naukowe:
 prof. Barbara Gryglewska

Mikrobiologia lekarska

Parazytozy, etiologia, epidemiologia, obraz kliniczny, diagnostyka, leczenie, zapobieganie

3-5.02.2025

Kierownictwo naukowe:
 prof. Jadwiga Wójkowska-Mach

Zakażenia w okresie ciąży i okresu noworodkowego, etiologia, epidemiologia, obraz kliniczny, diagnostyka, leczenie, zapobieganie

12-14.02.2025

Kierownictwo naukowe:
 prof. Jadwiga Wójkowska-Mach

Okulistyka

Onkologia okulistyczna

13-14.02.2025

Kierownictwo naukowe:
 prof. Bożena Romanowska-Dixon

Onkologia okulistyczna

20-21.02.2025

Kierownictwo naukowe:
 prof. Bożena Romanowska-Dixon

Onkologia i hematologia dziecięca
Onkologia i hematologia dziecięca

13-17.01.2025

Kierownictwo naukowe:
 prof. Szymon Skoczeń

Diagnostyka i leczenie nowotworów łitych u dzieci

10-14.02.2025

Kierownictwo naukowe:
 prof. Szymon Skoczeń

Ortopedia i traumatologia narządu ruchu

Wady, choroby i urazowe uszkodzenia stóp

27-31.01.2025

Kierownictwo naukowe:
 dr Barbara Jasiewicz

Położnictwo i ginekologia Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii

13-15.01.2025

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Ultrasonografia – kurs praktyczny indywidualny

13-17.01.2025

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Marcin Wiecheć

Endoskopia – kurs praktyczny indywidualny

13-17.01.2025

Kierownictwo naukowe:
dr Krzysztof Skotniczny

Endoskopia – podstawowy

13-17.01.2025

Kierownictwo naukowe:
dr Krzysztof Skotniczny

Endoskopia – zaawansowany, część I i II

13-17.01.2025

Kierownictwo naukowe:
dr Krzysztof Skotniczny

Stany nagłe i krwotoki w położnictwie i ginekologii

3-7.02.2025

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Ultrasonografia – kurs praktyczny indywidualny

3-7.02.2025

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Marcin Wiecheć

Endoskopia – kurs praktyczny indywidualny

3-7.02.2025

Kierownictwo naukowe:
dr Krzysztof Skotniczny

Endoskopia – podstawowy

3-7.02.2025

Kierownictwo naukowe:
dr Krzysztof Skotniczny

Endoskopia – zaawansowany, część I i II

3-7.02.2025

Kierownictwo naukowe:
dr Krzysztof Skotniczny

Psychiatria Wprowadzenie do psychoterapii

20-24.01.2025

Kierownictwo naukowe:
prof. Krzysztof Rutkowski

KURSY WSPÓLNE

Zdrowie publiczne

10-19.02.2025

Kierownictwo naukowe:
prof. Mariusz Duplaga

DLA SPECJALNOŚCI LEKARSKO-DENTYSTYCZNYCH

Periodontologia

Choroby błony śluzowej jamy ustnej

13-15.01.2025

Kierownictwo naukowe:
prof. Marta Cześniakiewicz-Guzik

Protetyka stomatologiczna

Leczenie protetyczne w trudnych

przypadkach bezzębia

z zastosowaniem biofunkcjonalnego

systemu protetycznego BPS

15-16.01.2025

Kierownictwo naukowe:
prof. Małgorzata Pihut

Leczenie zespołowe: periodontologiczno-protetyczne w chorobach przyzębia

22.01.2025

Kierownictwo naukowe:
prof. Małgorzata Pihut

Leczenie protetyczne z zastosowaniem koron i mostów protetycznych

29-31.01.2025

Kierownictwo naukowe:
prof. Małgorzata Pihut

W wolnym czasie

Turniej tenisowy w Krośnie

W dniach 26-27 października 2024 r. odbył się po raz kolejny Turniej Tenisowy Lekarzy o Puchar Prezesa ORL w Krakowie. Do wyjątkowo przyjemnej aury dostosowali się uczestnicy naszych zawodów, w większości na odkrytych kortach tenisowych w Krośnie przy ul. Bursaki. Rywalizowali, naprawdę na wysokim poziomie, koledzy lekarze i ich rodziny.

Wśród młodzieży zwyciężył syn państwa Krzanowskich, Antoni. Drugie miejsce zajął najmłodszy uczestnik turnieju, Janek Okoński, który niczym nie ustępował znacznie starszym kolegom, więc jego tato Marcin był z niego bardzo dumny. W starszej grupie wiekowej rywalizację wygrał Krzysztof Paściak, po naprawę wyrównanej



walce z Markiem Cyparskim. Ostatecznie na dwóch kolejnych miejscach uplasowali się Marcin Okoński i Krzysztof Sikora. Wśród seniorów triumfował piszący te słowa, który po wyrównanej grze pokonał Daniela Czerepaniaka, wielokrotnego zwycięzcę z lat ubiegłych. Rywalizowały również, wprawdzie nieco skromniej, kobiety (a może raczej dziewczyny) i w tej kategorii zwyciężyła Maja Teneta.

lek. dent. **WOJCIECH KOLANKO**
w imieniu organizatorów imprez sportowych



NEWSLETTER

BMW M-CARS GROUP



NOWE BMW X3

Oferuje komfort i dynamikę. Innowacyjne technologie wnoszą funkcjonalność, bezpieczeństwo i rozrywkę na nowy poziom. Nowoczesny design, m.in. grill BMW Iconic Glow, wyznacza nowe standardy.

Umów jazdę próbną i wybierz nowe BMW X3 już za 3 000 PLN NETTO/MIES.



NOWY MINI ACEMAN JUŻ W SALONIE. UMÓW JAZDĘ TESTOWĄ.



Odkryj unikalność nowego elektrycznego MINI ACEMAN.

Zyskaj 18 700 PLN dopłaty przy złożeniu zamówienia jeszcze w 2024 r.

Nie czekaj, odwiedź nasz salon i dołącz do rodziny MINI M-Cars.



BMW SERII 1 OD 1 000 PLN NETTO/MIES.

Ekscytująca dynamika jazdy w sportowej stylistyce.

Dowiedz się więcej o nowym BMW serii 1 oraz różnych wariantach finansowania odwiedzając nasz salon.

BMW M-CARS o/Kraków	BMW M-CARS o/Kraków-Libertów	BMW M-CARS o/Nowy Sącz	BMW M-CARS o/Tarnów Autoryzowany serwis BMW
ul. Josepha Conrada 20 Kraków Tel. + 48 12 211 45 01	ul. Góra Libertowska 14 Tel. + 48 12 256 45 55	ul. Tarnowska 179 Tel. +48 18 448 99 00	Łukanowice 239 Tel. + 48 14 696 89 00

Agata Bartoszek w2



Poetycko i patriotycznie

Listopad, który rozgościł się też w izbowej Auli, upłynął w nastroju nostalgicznym i patriotycznym. Taki jego charakter. Cykl spotkań organizowanych przez Zespół ds. Kultury ORL rozpoczął się 5 listopada wieczorem poetyckim z udziałem dr Doroty Roztoczyńskiej, lekarz pediatry i endokrynolog, poetki, malarki, autorki książek dla dzieci. Wieczór wzbogacił mini-recital fortepianowy prof. Ryszarda Lauterbacha, kierownika Oddziału Klinicznego Neonatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Podczas spotkania można było także podziwiać obrazy dr Roztoczyńskiej.

Zaledwie dwa dni później aulę wypełnili członkowie Krakowskiego Chóru Lekarskiego oraz miłośnicy pieśni patriotycznych. Z okazji 11 Listopada przypomniano

utwory, które towarzyszyły najważniejszym wydarzeniom w historii Polski, w tym przede wszystkim te legionowe, opowiadające o losach żołnierzy walczących ponad sto lat temu o odzyskanie niepodległości naszego kraju.

Natomiast 19 listopada w ramach spotkania „Słowa dalekie i bliskie” można było wysłuchać poezji prof. Anny Pituch-Noworolskiej z Instytutu Pediatrii UJ CM, członkini Unii Polskich Pisarzy Lekarzy oraz prof. Waldemara Hładkiego, przewodniczącego Zespołu ds. Kultury ORL. Wieczór przemienił się w liryczno-fotograficzną podróż przez Włochy, Sycylię, Australię, a nawet Japonię. O oprawę muzyczną spotkania zadbał Adam Prucnal.

(KD)

Najlepsze domowe nalewki

15 listopada w Muzeum Farmacji UJ odbył się **XII Konkurs Nalewek Własnej Receptury**, tradycyjnie organizowany przez Okręgową Izbę Lekarską i Okręgową Izbę Aptekarską w Krakowie. W tym roku po raz pierwszy w konkursie wzięli udział także przedstawiciele innych zawodów zaufania publicznego.

Do konkursu zostało zgłoszonych 27 oryginalnych nalewek. Jury, w którym OIL w Krakowie reprezentował doktor Kazimierz Kłodziński, przyznało nagrody główne za nalewki słodkie i wytrawne. W pierwszej kategorii



Jacek Bluj

najwyższe wyróżnienia otrzymali mecenas Damian Wójcik za nalewkę z kwiatu czarnego bzu oraz lek. Kamil Malinowski za nalewkę z cytryńca, natomiast w drugiej kategorii – mgr inż. Mirosław Boryczko za nalewkę z zielonych orzechów oraz mgr farm. Alicja Gaweł za krupnik wiśniowo-ziołowy. Pani Gaweł zdobyła także nagrodę publiczności za nalewkę „Rajska jabłoń”.

Nagrodę specjalną otrzymał kustosz Apteki Muzeum „Pod Orłem” Mateusz Danielczyk za nalewkę „Galla Anonima”.
(opr. red.)

Banksy opowiada nam świat

Na krakowskim Kazimierzu powstało niezwykle miejsce poświęcone artyście, którego nikt nigdy nie widział. Warto odwiedzić Muzeum Banksy'ego, gdyż ma on nam do przekazania kilka ważnych, choć bolesnych prawd.

Nikt nie zna jego prawdziwej tożsamości. Na filmie, który można znaleźć w internecie, zobaczymy tylko sylwetkę mężczyzny. Kryjąc twarz pod kapturem bluzy, maluje ciemną nocą graffiti na jednej ze ścian londyńskiego domu. Banksy zrobił wszystko, by otaczała go aura tajemniczości. Nie jest to jednak tylko artystyczna kreacja. Stoją za nią ważne i głębokie przesłania, które streetartowy twórca ma do przekazania światu.

Jego prace pojawiają się z reguły w plenerze, na ścianach domów znajdujących się w Bristolu, Londynie, Paryżu, Nowym Jorku, Los Angeles i wielu innych miastach. Dlatego miałam wątpliwość, czy pokazywanie twórczości artysty w budynku, w którym w przyczyn oczywistych rekonstruuje się jedynie jego graffiti, ma sens. Po wizycie w krakowskim Muzeum Banksy'ego z czystym sumieniem mogę powiedzieć, że tak. Kuratorom wystawy udało się bowiem wpisać prace artysty w świetnie korespondującą z nimi, industrialną przestrzeń dawnej Fabryki Wyrobów Platerowanych, Srebrnych i Metalowych Marcina Jarry. Klimat tego pamiętającego koniec XIX wieku miejsca, połączone ze ścieżką dźwiękową, ilustrującą ruch uliczny czy wybuchy bomb, sprawia, iż sztuka Banksy'ego wybrzmiewa, może nie z równą, ale zbliżoną do oryginału siłą.

Przekonałam się o tym oglądając graffiti, które parę lat temu widziałam na murze oddzielającym Autonomię Palestyńską od Izraela. W krakowskim muzeum też robi ono wrażenie, szczególnie teraz, w momencie przerażającej eskalacji



materiały prasowe

konfliktu. Młody człowiek rzucający kwiatami zamiast kamieniem, gołąbek w kuloodpornej kamizelce, aniołowie otwierający mur i dziewczynka z balonikiem przynoszącą nadzieję każą nam się zastanowić nad sensem, a raczej bezsenssem tego, co się obecnie tam dzieje.

Zresztą odniesień do wojny jest na tej wystawie więcej. Banksy w 2022 roku odwiedził Ukrainę, ingerując swoimi pracami w przestrzeń miejską Kijowa. Na wystawie możemy zobaczyć m.in. pochodzące stamtąd graffiti, przedstawiające dzieci na huśtawce ustawionej na betonowych barykadach czy brodatego mężczyznę biorącego kąpiel w zniszczonym budynku we wsi Gorenka. Kiedy przypomnimy sobie, że tuż obok muzeum przy ul. Berka Joselewicza znajdowała się noclegownia, do której po rozpoczęciu wojny przyjmowano uchodźców z Ukrainy, to dzieła te nabierają dodatkowych, emocjonalnych znaczeń.

Zresztą temat emigrantów jest mocno podkreślony na wystawie. Może dlatego, że artysta nieraz komentował sytuację ludzi uciekających do Europy na przypominających łupiny orzechów łodziach. Prezentowane są prace przedstawiające porzucone kamizelki ratunkowe i folie ochronne. Co ciekawe, znalazły się one nieopodal ogromnego, luksusowego wycieczkowca, wpływającego do Wenecji i wkomponowanego po kawałku w serię obrazów przedstawiających kanały i gondole. Tytuł pracy „Wenecja w oleju” odnosi się zarówno do używanej przez malarzy farby, jak i do zanieczyszczania wód ropą naftową przez turystyczne

statki. Mimo poważnego przesłania, trudno stać przed tą pracą i się nie uśmiechnąć.

Zresztą większość dzieł Banksy'ego charakteryzuje się inteligentnym humorem. Choćby te krytykujące współczesny konsumpcjonizm. Już sam fakt zamieszczania na wielu z nich kodu kreskowego świadczy o ironicznym podejściu autora do szaleństwa zakupowego, które opanowało społeczeństwa krajów wysoko rozwiniętych. Artysta wpadł na ten pomysł w początkach swojej działalności, kiedy to tworząc sztukę uliczną, musiał ukrywać się przed ścigającymi go policjantami. Całą noc spędził schowany pod wagonem, przyglądając się numerowi

seryjnemu pociągu. Jak charakterystyczny dla jego twórczości szczur-anarchista, którego wizerunek pojawia się często na miejskich murach. Ów ulubiony gryzoń Banksy'ego towarzyszy zwiedzającym niemal przez całą wystawę. Gdy się wsłuchamy w odgłosy dochodzące z głośników, dojdą do naszych uszu także jego popiskiwanie. Szczur tak jak Banksy opowiada nam świat. Warto go posłuchać.

MAGDA HUZARSKA-SZUMIEC

MUZEUM BANKSY

**otwarte od poniedziałku do niedzieli w godz. 11-19
ul. Berka Joselewicza 21, 31-031 Kraków**

Wiedzy wichry nie wywiały

W Muzeum Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Maius można zwiedzać wystawę zatytułowaną „I na co Paniom to wszystko?”. Przypomina ona nietłwą historię pierwszych kobiet na krakowskiej uczelni.

Ina co Paniom to wszystko? Powinnyście teraz wejść na wysoką górę, aby wam wichry całą tę naukę z głowy wywiały – to słowa, którymi Antoni Wierzejski zwrócił się pod koniec XIX wieku do ówczesnych studentek szacownej uczelni. Nie był on jedynym profesorem Uniwersytetu Jagiellońskiego z ironią wypowiadającym się na temat edukacji kobiet. Historykowi literatury, Stanisławowi Tarnowskiemu również nie zadrżała ręka, kiedy wypełniał ankietę, w której profesorowie mieli się wypowiedzieć, czy zgadzają się na udział studentek w wykładach. Jego podpis, tak jak i profesora Stanisława Smolki, widnieje pod negatywnie zaopiniowanym dokumentem, który możemy oglądać na wystawie „I na co Paniom to wszystko?”, prezentowanej w Muzeum Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Maius, zorganizowanej z okazji 130. rocznicy wstąpienia pierwszych kobiet na progi uczelni.

– Pokazuje ona, jak trudną drogę musiały przejść panie, które chciały studiować. A przecież do założenia naszego uniwersytetu przyczyniła się właśnie kobieta, królowa Jadwiga Andegaweńska. Nie bez znaczenia był fakt, iż posiadała dobre wykształcenie, o co zadbała jej rodzina. Świetnie władała kilkoma językami, miała własną bibliotekę, w przeciwieństwie do męża Władysława Jagiełły, który był analfabetą – powiedział kurator wystawy Marcin Bojda.

Dlatego też zwiedzanie ekspozycji należy rozpocząć od popiersia Jadwigi. Co zaskakujące, znalazło się ono nieopodal naczyń, chochli i dzbanów, w których

Karolina Pluzek, Muzeum Uniwersytetu Jagiellońskiego



w średniowiecznych kolegiach gotowano profesorom posiłki. A przygotowywały je kobiety, które – co odnotowano w archiwaliach – podawały uczonym tak wymyślne dania jak: ozory wołowe w sosie kaparowym czy gęsi w czarnej jusze z cynamonem. One też zostały włączone do narracji o kobietach na Uniwersytecie Jagiellońskim, tak jak dozorczynie czy pracownice administracji.

Trzon ekspozycji stanowi jednak opowieść o paniach walczących o dostęp do edukacji. Pierwszymi kobietami, którym się to udało, były akuszerki odbywające na UJ kursy zawodowe. Po nich w 1824 roku przyszły siostry – Konstancja i Filipina Studzińskie.

→ – Były zakonnicami. Posiadały już spore doświadczenie farmaceutyczne, ale dopiero dyplom mógł zapobiec oskarżeniu ich o braki w wiedzy. Choć udało im się wstąpić na wydział farmacji, nie miały statusu studentek, tylko hospitantek. Nie pozwolono im zdawać egzaminów w murach uczelni, lecz w aptece św. Łazarza, w której do tej pory pracowały, i to w obecności przyzwoitki – tłumaczył Marcin Bojda, pokazując naczynia aptekarskie.

Musiało upłynąć jeszcze wiele lat, by kobiety stały się pełnoprawnymi studentkami. Wpływ na to miała na pewno akcja pisania podań zapoczątkowana przez Kazimierę Bujwidową, zachęcająca panie, by wysyłały pisma z prośbą o przyjęcie w poczet studentów. Pierwszą absolwentką farmacji z tytułem magistra została w 1898 r. Jadwiga Sikorska-Klemensiewiczowa, ta sama, która odnotowała znamienne słowa Antoniego Wierzejskiego, wykorzystane jako tytuł wystawy.

Dodajmy bardzo kobiecej wystawy, gdyż znajdziemy na niej torebki i biżuterię ofiarowaną uczelni przez absolwentkę, a także takie ciekawostki jak czarny, koronkowy kołnierz, w którym Maria Estreicherówna broniła swojej pracy doktorskiej. Bowiemy ekspozycja przybliży również

sylwetki naukowczyń. Znalazło się na niej miejsce choćby dla Stefani Tatarówny, która jako pierwsza uzyskała doktorat z filozofii, czy Heleny Donheiser-Sikorskiej – pierwszej kobiety, która obroniła pracę doktorską z medycyny, zarazem pierwszej krakowskiej lekarki w ogóle.

– Nie zapomnieliśmy też o paniach, które podczas wojny zadbały o bezpieczeństwo mienia uniwersyteckiego. Czasy okupacji na naszej uczelni kojarzymy przede wszystkim z aresztowaniem profesorów. A przecież kiedy zabrakło naukowców, ktoś musiał ich zastąpić. Jedną z takich pań była prof. Zofia Kozłowska-Budkowa. Po zatrzymaniu przez Niemców prof. Władysława Semkowicza w jego zastępstwie prowadziła tajne seminarium, zajmując się równocześnie zabezpieczeniem zbiorów Katedry Nauk Pomocniczych Historii UJ – dodał kurator wystawy.

MAGDA HUZARSKA-SZUMIEC

I NA CO PANIOM TO WSZYSTKO? O KOBIECIACH NA UNIWERSYTECIE JAGIELLOŃSKIM

Wystawa czynna do 31 stycznia 2025 r.

Muzeum UJ Collegium Maius, ul. Jagiellońska 15



MedHotel ★★★

Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie

**DLA LEKARZY
OIL W KRAKOWIE**

RABAT 50%

**DLA POZOSTAŁYCH LEKARZY
RABAT 20%**

OFERUJEMY:

pokoje 1-, 2-, 3-osobowe
oraz apartamenty rodzinne

**ZESKANUJ
I ZAREZERWUJ
POBYT**



www.medhotel.pl

tel. 733 706 999

UL. KRUPNICZA 11A, 31-123 KRAKÓW

Kartka z Nepalu



Dhaulagiri

Poprzedni raz byłem w Nepalu w roku 2011. Trudno uwierzyć, jak w ciągu tych kilkunastu lat zmienił się ten kraj, zmieniły się Katmandu, Pokhara. Jakie ogromne przekształcenia tam zaszły... Wiele z nich wymusiło tragiczne trzęsienie ziemi, ale przecież nie tylko. Dla podróżników szukających tam egzotyki zmiany są niekorzystne. Dla mieszkańców – odwrotnie.

O egzotykę coraz trudniej, coraz więcej ułatwień dla turystów. Zniknęły znane mi z poprzednich pobytów miejsca. Nie istnieje już słynna księgarnia Pilgrims Book House, kultura wśród turystów restauracja U'tse. I Monalisa, gdzie na *cordon bleu* chadzał Jurek Kukuczka. Coraz więcej hoteli coraz wyższej klasy. Znikło wiele klimatycznych knajpek, zastąpionych przez restauracje również wyższej klasy. Do miasta, gdzie wstyd było pokazać się inaczej niż z plecakiem, przybywają turyści z walizkami, które jeszcze nie tak dawno były w Nepalu „obciachowe”.

Tylko góry się nie zmieniły – ogromne, majestatyczne, budzące podziw i szacunek. Nie zmieniło się również stare centrum Katmandu. Tym, którzy chcą jeszcze zobaczyć chociaż trochę „jak było”, radzę się pospieszyć.

Tekst i zdjęcia **JERZY FRIEDIGER**



W drodze



Nad rzeką płoną stopy pogrzebowe
(Pasupatinath – świątynia hinduistyczna w Katmandu)



Trudno być elektrykiem w Katmandu...



...ale dentystą też niełatwo



Monika Śliwińska

Książę. Biografia Tadeusza Boya-Żeleńskiego

Jeśli ktoś chce poznać klimat artystyczny Galicji z lat przełomu XIX i XX wieku, jeśli chciałby rozsmakować się w awanturach literackich 20-lecia międzywojennego Warszawy; jeśli wreszcie pragnąłby poznać najciekawszą osobowość odzyskanej Niepodległości – to na przeszło 600 stronach (tzw. papieru „objętościowego”) znajdzie tu wszystko za sprawą Moniki Śliwińskiej, autorki kapitalnej biografii Tadeusza Boya-Żeleńskiego.

Ile lat poświęciła pisarka na jej przygotowanie? Trudno odpowiedzieć, skoro samych nazwisk bohaterów jest kilkaset, a przypisów wplecionych w fabularną narrację ponad tysiąc. Na kartach książki nieomal dzień po dniu ożywają spory, polemiki, impertynencje, żarty całej mieszczańskiej, literackiej i teatralnej elity minionych epok. Oto mamy sylwetkę nawiedzonego misją profilaktyczną szpitalnego neonatologa, przez 7 lat harującego momentami „za darmo”, przeobrażającego się wieczorem w bon vivanta Zielonego Balonika, nieprzytomnie zakochanego w żonie... (a to już trzeba przeczytać).

A potem pojawia się nieprawdopodobny mól książkowy, wychodzący poza gabinet tylko na widownię sceny teatralnej, bezlitosny krytyk artystycznej rzeczywistości II Rzeczypospolitej. Natomiast w domowym zaciszu nieomal maniackalny tłumacz ponad stu arcydzieł literatury francuskiej, odznaczony Krzyżem Kawalerskim Legii Honorowej na Sorbonie na oczach trzech tysięcy widzów.

Ale nie to uczyniło tę postać symboliczną. To spod jego pióra (w codziennym felietonie na łamach „Kuriera Porannego”, IKC-a, „Wiadomości Literackich”) wyszedł przejmujący opis piekła kobiet, nieszczęść konsystorskich dziewczyc, kterykalnych blokad świadomego macierzyństwa, bezgranicznej bigoterii społeczeństwa prącego do faszyzmu.

Z niezwykłą dbałością o szczegóły, o chronologiczną

wierność wydarzeń scenicznych i literackich, o indeks codziennych namiętnych polemik na łamach kilkunastu międzywojennych tytułów autorka kreśli klimat tamtych lat, pozwalając nam niczym w fotoplastykonie wejrzeć w portfolio ówczesnych ludzi pióra i sceny. Jest to niezwykły zapis codzienności – dziś premiera, jutro recenzja, pojutrze polemika.

I ten dramatyczny finał intelektualisty zabłąkanego po 17 września w pięknym Lwowie, półtora roku później bezimiennie rozstrzelanego wśród 38 rodaków podczas rabunkowego napadu hitlerowskiej hołoty. Zacierającej ślady po kres wyobraźni, czego się nie da opisać...

STEFAN CIEPŁY

Na koniec jedna uwaga. Tytuł książki jest chybiony. Lepszy byłoby BOY, który nie wymaga żadnego wyjaśniania. A nasz jedyny wart pamięci „książę” utonął w nurtach Elstery.

Monika Śliwińska

KSIĄŻĘ. BIOGRAFIA TADEUSZA BOYA-ŻELEŃSKIEGO

Wydawnictwo Literackie, Kraków 2024, 619 s.



STOWARZYSZENIE LEKARZY NADZIEI

pilnie poszukuje lekarzy internistów.

Bardzo zależy nam na wolontariuszach, ale również jesteśmy gotowi nawiązać współpracę odpłatną w ramach zatrudnienia.

SLN realizuje bardzo ważny dla Krakowa program opieki zdrowotnej nad osobami bezdomnymi i ubogimi.

Naszymi pacjentami są ludzie nieubezpieczeni, którzy nie mogą skorzystać z pomocy zdrowotnej w ramach NFZ.

Jest nas kilkanaścioro lekarek i lekarzy różnych specjalności.

Są interniści, kardiolog, neurolog, dermatolog, ginekolog, stomatolog, okulista, chirurg i inni specjaliści.

Pracujemy jako wolontariusze

w Przychodni Lekarskiej dla Ludzi Bezdomnych i Ubogich na ul. Smoleńsk w Krakowie, w budynku misji św. Ojca Pio.

Jest to świetna przychodnia, zapewniająca komfortowe warunki pracy. Pracujemy w dni powszednie w godz. 11-16.

Kontakt: e-mail: medaid@sln.org.pl

tel.: 12 414 30 05, 500 059 563

Z wyrazami szacunku,

PRZEWODNICZĄCY ODDZIAŁU KRAKOWSKIEGO STOWARZYSZENIA LEKARZY NADZIEI
MACIEJ DENDURA – INTERNISTA, KARDIOLOG



Jack Hartnell

Średniowieczne ciało. Książka o życiu, śmierci i sztuce

Jack Hartnell jest z wykształcenia historykiem sztuki, posiadającym spore doświadczenie muzealnika. Jego autorstwa „Średniowieczne ciało. Książka o życiu, śmierci i sztuce”, choć wyraźnie nacechowana analizą obrazów i tekstów tytułowej epoki, przedstawia narrację o ludzkim ciełe w szerszym, bo kulturowym i naukowym kontekście. Sporo tu miejsca poświęconego historii medycyny oraz roli, jaką wiedza i umiejętność lekarska odgrywała w kształtowaniu wyobrażeń człowieka o swojej fizyczności i umysłowości, a co za tym idzie, również jego miejsca w świecie.

To, co czyni pracę Hartnella wartą uwagi przyszłego czytelnika, to umiejętne łączenie w całość różnych przestrzeni średniowiecznego życia, których wzajemne przenikanie się jest dla nas dość oczywiste, lecz zazwyczaj umyka nam cała misterna i niejednokrotnie zaskakująca sieć wzajemnych zależności. Dlaczego wyobrażenie o układzie kostnym człowieka u schyłku wieków średnich, gdy już można było legalnie prowadzić badania sekcyjne, nadal jawi nam się tak niedoskonałe? Dlaczego narzędzia chirurgów i cyrulików zyskiwały tak często fantazyjne zdobienia? Skąd przekonanie o wartości diagnostycznej uroskopii i jaki to może mieć związek z przypisywaną sercu funkcją i praktyką upustu krwi? Czy wiwisekcja człowieka była w ogóle dopuszczalna i dlaczego narządy jamy brzusznej mogły budzić szczególne zainteresowanie lekarzy? To zaledwie garść pytań, z którymi mierzy się autor książki.

Stanowi ją w sumie dziesięć rozdziałów, ułożonych w zgodzie z przyjętym w średniowieczu sferycznym porządkiem opisu ciała, poczynając od głowy, by podążać w dół aż do stóp, a konkretniej do pięty: *a capite ad calcem*. A zatem głowa, zmysły, skóra, kości, serce, krew, dłonie, brzuch, genitalia i stopy, czyli dziesięć odsłon świata fizycznego i metafizycznego zarazem. Można zatem powiedzieć, że autor osadza swoją opowieść na anatomicznym „podłożu”,

wychodząc jednak poza wykład o historii ówczesnej medycyny w poszukiwaniu szerszego religijnego i filozoficznego kontekstu, odwołując się do sztuki i literatury, filozofii i religii. Na swój sposób główny bohater tej książki – ciało jest pretekstem do opowieści o doświadczaniu i rozumieniu świata, jakie były udziałem ludzi tamtej epoki, oraz płynących stąd chwil uniesienia, radości, smutku i lęków. Inaczej mówiąc, to barwny i chwilami wręcz fascynujący wizerunek wieków średnich, nakreślony z perspektywy ich codzienności, gdzie rzeczy wielkie mieszają się z banałem i zwyczajnością.

Całość napisana z polotem i dużą swobodą, choć niepozbawiona pewnych uproszczeń, zwłaszcza w komentarzach i ocenach samego autora, co chwilami może razić bardziej wymagającego czytelnika. Przenoszenie współczesnych wyobrażeń o rasizmie czy głoszonym zasadom równości płci, by w ich świetle spojrzeć na życie ludzi tamtej epoki, nie jest zasadne. Należy też wziąć pod uwagę, że Hartnell korzysta głównie ze źródeł powstałych w czasach dojrzałego i późnego średniowiecza, co zresztą zrozumiałe, gdyż to wówczas wytworzono ich znacznie więcej i znacznie więcej też przetrwało, jeśli zestawimy to z tym, czym dysponujemy w odniesieniu do pierwszych stuleci wieków średnich. Warto jednak pamiętać, że różnice pomiędzy kulturą, obyczajowością, trybem życia i nauką u progu VI czy VII wieku a XIV czy XV wiekiem były niejednokrotnie większe, niż nam się z dzisiejszej perspektywy wydaje. Dlatego też Hartnell siłą rzeczy musi polegać na pewnych uogólnieniach i skrótach, by zamknąć swoją opowieść w zgrabną całość.

Reasumując, pomimo powyższych uwag i zastrzeżeń, recenzowana książka warta jest czasu poświęconego na jej lekturę, o czym już zapewniałem we wstępnej części tego krótkiego omówienia.

RYSZARD W. GRYGLEWSKI

Jack Hartnell,

ŚREDNIOWIECZNE CIAŁO. KSIĄŻKA O ŻYCIU, ŚMIERCI I SZTUCE

przełożył Maciej Miłkowski, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2024, s. 368. Wydanie drugie.

Wydanie pierwsze ukazało się pod tytułem

„Jeździec bez głowy. Co o ciełe wiedzieli ludzie średniowiecza?”,

Wydawnictwo Poznańskie, Poznań 2021.

Ogłoszenia

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%

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 dentyistów **we wtorki o godz. 17.00**, w siedzibie OIL przy ul. Krupniczej 11a.

Zadzwoń:

801 033 242 – infolinia ogólnopolska

502 437 567 – pomoc w problemie

12 431 22 48 – punkt inf.-kontaktowy

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

Kraków os. Zgody 7,

zatrudni **lekarza medycyny pracy**

na dogodnych warunkach finansowych i w dogodnych godzinach.

Kontakt: tel. 518 825 517, 508 790 132

lub e-mail: biuro@zoz1.pl

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Krakowie

poszukuje lekarzy do pracy na stanowisku:

- **lekarza orzecznika Zakładu**

- **lekarza członka komisji lekarskiej Zakładu**

Wymagania niezbędne:

lekarz medycyny z tytułem specjalisty;
minimum 4 lata czynnego wykonywania zawodu.

Wymagania pożądane: specjalizacja - choroby wewnętrzne, chirurgia, neurologia, psychiatria, medycyna pracy, medycyna społeczna.

Zainteresowane osoby prosimy o kontakt:

Główny Lekarz Orzecznik, tel. 12 424 62 34

Wydział Kadrowo-Płacowy, tel. 12 424 62 47

e-mail: rekrutacja.krakow@zus.pl

Szpital Specjalistyczny w Brzozowie

zatrudni na umowę o pracę lub kontrakt

lekarza specjalistę lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii.

Kontakt: tel. 13 430 95 52, 13 430 95 58

Dental Pasja w Krakowie

ul. XX Pijarów 5

zatrudni **lekarza dentyście**

Oferujemy: pracę na nowoczesnym sprzęcie; pracę z asystą na 4 ręce; z pacjentem prywatnym; atrakcyjne wynagrodzenie.

Wymagania: minimum 2-letnie doświadczenie; umiejętność pracy w zespole

Aplikację prosimy przesyłać na adres mailowy kontakt@dentalpasja.pl

Tel. +48 602 266 466,

www.dentalpasja.pl

Grupy Balinta, czyli rozmowy o trudnych rozmowach

Rozwój medycyny, jej dynamika i osiągnięcia są niekwestionowane. Współczesny człowiek, dzięki wiedzy, doświadczeniu oraz postępowi nauk medycznych i zastosowaniu nowoczesnych technologii, żyje znacznie dłużej, a wiele chorób jest uleczalnych i przestało stanowić zagrożenie. Jednocześnie nadal szuka się skutecznych sposobów zapobiegania następstwom rozwoju cywilizacyjnego, co skłania do zastanowienia się nad interdyscyplinarnością problemów natury medycznej.

Nowoczesna medycyna charakteryzuje się postępującą technicyzacją i specjalizacją oraz zinstytucjonalizowanym podejściem do chorego. Cechuje ją dualistyczne podejście do zdrowia i choroby, rozgraniczające procesy oraz funkcje somatyczne i psychiczne, dominuje postawa skoncentrowana na chorym narządzie lub procesie chorobowym. Stosowanie nowoczesnej aparatury medycznej daje wymierne efekty, może jednak oddalać lekarza od cierpiącego człowieka, budzić u chorego lęk i poczucie osamotnienia w chorobie. Może też pozostawiać lekarza emocjonalnie osamotnionym w jego pracy.

Lekarze stają się specjalistami coraz węższych dziedzin, co jest wytworem społeczeństw wysoko rozwiniętych, utrwalonym przez korzyści, jakie z tego wynikają. Chory styka się ze specjalistą, zainteresowanym określonym narządem lub układem, wyposażonym w aparaturę zastępującą go w tradycyjnych czynnościach diagnostycznych. Mimo uzyskiwania fachowej pomocy medycznej pacjent może odczuwać niedosyt i być przekonany, że jego problemy związane z chorobą pozostały nierozwiązane. Z drugiej strony

wąsko wyspecjalizowany lekarz nie czuje się przygotowany do zajmowania się sprawami wykraczającymi poza swoją specjalność, a tym bardziej poza problemy medyczne. A pacjent często stawia lekarzowi pytania mające swe źródła daleko poza medycyną i oczekuje na nie odpowiedzi. Także jego symptomy są wyrazem ścisłych związków pomiędzy somą a psyche.

Cechą charakterystyczną współczesnego podejścia do pacjenta jest dystans. Lekarz siedzi za biurkiem lub staje nad chorym, odgradzając się od niego poręczą łóżka, co zewnętrznie obrazuje dystans, jaki istnieje w relacji lekarza z pacjentem. Najczęściej jego przyczyną nie jest u lekarza brak dobrej woli, lecz fakt, że nie może sprostać roli doradcy, powiernika i pocieszyciela. Trudno jest dźwigać problemy i frustracje pacjentów, a tym bardziej je rozwiązywać.

Przyglądając się oczekiwaniom, jakie mają ludzie wobec lekarzy i innych przedstawicieli zawodów związanych z ochroną zdrowia, możemy zauważyć kilka problemów. Jednym z nich jest walka ze śmiercią, co stało się szczególnie widoczne podczas pandemii COVID-19. W miarę wzrostu dobrobytu i też wzrostu zagrożeń cywilizacyjnych nasilił się lęk egzystencjalny. Od medycyny i jej przedstawicieli zaczęto wymagać recepty na długowieczność. Także lekarz za miarę swego sukcesu uważa każde uratowane życie, wyleczonego pacjenta, zaś porażką dla niego jest śmierć, choćby czasem była nieuchronna. Naciski społeczne sprawiają, że rola lekarza sprowadzona zostaje do walki ze śmiercią, za wszelką cenę. On sam zaś w obliczu śmierci przeżywa frustrację i poczucie winy.

GRUPA BALINTA DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

spotyka się w OIL w Krakowie w czwartki, raz w miesiącu o godz. 17. Można do niej dołączyć od stycznia 2025 r., zgłaszając swój udział poprzez formularz na stronie OIL, telefonicznie (tel. 12 619 17 16) lub osobiście. Zapraszamy!

Grupę prowadzi **mgr Jolanta Jocz**, lider i superwizor grup Balinta, psycholog, specjalista psychologii klinicznej, psychoterapeuta i superwizor-aplikant Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Pracuje w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, w Zakładzie Psychoterapii.

→ Wobec tych wyzwań istotnym jest dobry kontakt lekarza z pacjentem, oparty na zaufaniu interpersonalnym. Badania z zakresu socjologii medycyny wskazują, że ludzie chorzy, pytani, czy wolą leczyć się u dobrego specjalisty, ale oschłego i rzeczowego w kontakcie, czy też pragnąć do czynienia z lekarzem troskliwym i opiekuńczym, wybierają częściej ten drugi wariant.

Świadomość oczekiwań i nacisków społecznych wobec lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia powinna prowadzić do zmiany modelu funkcjonowania medycyny, nie tylko jako dziedziny wiedzy, ale także jako praktyki społecznej. Lekarz chcący sprostać wymogom współczesności powinien dbać o stały rozwój nie tylko kompetencji lekarskich, ale także kompetencji psychologicznych, służących nawiązywaniu i podtrzymywaniu satysfakcjonującego dla chorego kontaktu. Służyć mają również zdrowiu lekarzy oraz zapobiegać przedwczesnemu wypaleniu zawodowemu. Umiejętności te, oparte o empatię, są warunkiem właściwej oceny sytuacji terapeutycznej, poprawnego rozpoznania, a przede wszystkim skutecznego leczenia.

Przykładem wsparcia emocjonalnego dla lekarzy i doskonalenia umiejętności współdziałania w zespole stały się grupy Balinta. Ich początki sięgają połowy XX wieku. Po II wojnie światowej lekarz psychiatra Michael Balint, członek Brytyjskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego, pracował w Tavistock Clinic pod Londynem oraz w University College Hospital, gdzie pod koniec życia zajmował się badaniem relacji lekarz–pacjent i szkoleniem lekarzy ogólnych w oparciu o tezę, że najważniejszym lekarstwem w terapii powinien być sam lekarz (M. Balint, 1957). Najpełniej poglądy M. Balinta na temat relacji lekarz–pacjent wyrażone zostały w jego dziele pt. „The Doctor, his Patient and the Illness”. Jest to zapis wielu lat doświadczeń realizowanych w Tavistock Clinic, gdzie autor prowadził szkolenia dla lekarzy rodzinnych według własnego unikalnego programu. Jego założeniem była praca w grupach dyskusyjnych.

Obecnie lekarze kontynuują ideę tych spotkań w dedykowanych im grupach Balinta, dzieląc się trudnymi doświadczeniami z kontaktami z pacjentami.

Grupa istniejąca od kilku lat w krakowskiej Okręgowej Izbie Lekarskiej skupia lekarzy wszystkich specjalności chcących wzbogacić swoje doświadczenie zawodowe o rozumienie zjawisk psychologicznych zachodzących pomiędzy lekarzem a pacjentem w trakcie procesu leczenia. Grupa ta stwarza możliwość odbarczenia emocjonalnego uczestniczących w niej lekarzy oraz poszerza rozumienie emocji własnych wynikających z kontaktu lekarz–pacjent.

Najtrafniej jej rolę ujęli obecni uczestnicy grupy, których poprosiłam o refleksję, czym jest dla nich grupa Balinta. Przytaczam kilka odpowiedzi:

„Grupa Balinta umożliwiła mi poznanie różnych punktów widzenia na sytuacje, z którymi mierzymy się w pracy. Analizując przypadki z perspektywy innych uczestników, mogę dostrzec aspekty, które wcześniej mogły być dla mnie niewidoczne. Szukamy innych sposobów postępowania. Uczę się też zauważać i nazywać emocje, które towarzyszą mi w trakcie omawiania różnych historii na grupie. Mam możliwość poukładania tych emocji w głowie i ich zaakceptowania, co pomaga lepiej radzić sobie w kontakcie z pacjentem. Dodatkowo poczucie przynależności do grupy lekarzy daje wsparcie emocjonalne i umożliwia spojrzenie na własne potknięcia z większą wyrozumiałością”.

„Spotkania w grupie pomagają mi radzić sobie z emocjami, frustracją, lękiem, złością, smutkiem. Gdy przedstawiam trudną relację z moim pacjentem, ogromna dawka empatii, którą otrzymuję od prowadzącej i innych uczestników grupy, działa kojąco, pomaga naładować baterię. Z drugiej strony dzięki tym rozmowom uczę się, jak odnajdywać w kontaktach z pacjentami więcej radości i satysfakcji. Dzięki temu, co mówią pozostali członkowie grupy, jestem w stanie spojrzeć na daną sytuację z zupełnie innej strony. Gdy słyszę, że inni lekarze też zmagają się z podobnymi problemami, jest mi raźniej. Spotkania powodują, że czuję się pewniejszy w tym, co robię, a przez to spokojniejszy”.

„Spotkania w grupie Balinta pozwalają mi z jednej strony poczuć, że nie jestem ze swoimi dylematami sama, że inni lekarze również mają podobne wątpliwości co do swojego zachowania czy postępowania wobec pacjenta. Z drugiej strony są okazją, by na swoje doświadczenia z pracy spojrzeć z innej perspektywy, wyjść poza własne schematy myślenia. Są rzadką okazją, by dokładnie przyjrzeć się naszej relacji z pacjentem”.

Pisząc do Państwa te słowa ze świadomością czasu świąteczno-noworocznego, czasu radości, refleksji, zadumy i postanowień na nadchodzący rok, zapraszam do zagospieszczenia w grupie balintowskiej, by porozmawiać o trudnych rozmowach z pacjentami.

JOLANTA JOCZ

Bibliografia:

- Balint M., „The Doctor, His Patient and the Illness”, Tavistock Publication, Londyn 1957
 Jugowar B., „Grupy Balinta jako metoda terapeutyczna i edukacyjna” [w:] „Postępy Psychoterapii”, t. II, Wyd. UAM, Poznań 1999
 Łazowski J., „Jaka medycyna?” [w:] „Nowiny Lekarskie” nr 66, 3, 1997, s. 255-262

Numer 200.

Jubileuszowe wspomnienia redaktora Stefana Ciepłego, wieloletniego sekretarza redakcji „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej”

Jeśli ktoś sądzi, że numer 200., którym oznaczona jest ta „Galicyjska Gazeta Lekarska”, zawiera precyzyjną informację o liczbie i częstotliwości ukazywania się tego organu Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, to jest w błędzie. Trudno dziś policzyć, czy w owej „dwusetce” mieszczą się pierwsze wydania pisma, redagowane okolicznościowo na kartce formatu A4, kopiowane na powielaczu i spinane ręcznie. Albo czy dokładnie policzono wszystkie wydania edycji stomatologicznej? Warto także przypomnieć, że przez wiele lat tytuł pisma brzmiał „Biuletyn Lekarski”, dopiero od 2006 roku funkcjonuje nazwa „Galicyjska Gazeta Lekarska”. Zmieniała się także częstotliwość jego wydawania, objętość, format i nie od początku nasza gazeta była kolorowa. Oczywiście, stale zmienia się nakład pisma, uzależniony od liczby członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie. Trudno jednak nie ulec magii liczb, więc zaznaczamy, że mamy „okrągły numer 200”.

Czy mimo upływu lat, w erze e-wydawnictw, drukowana na papierze „GGL” jest wciąż czytana? Ano spróbujcie Państwo uzyskać doktorat lub habilitację, a my ten fakt przemilczymy na łamach, protesty będą natychmiast. A na pytanie, skierowane niedawno do około 16 tys. naszych czytelników, o ich gotowość do rezygnacji z edycji papierowej na rzecz otrzymywania tylko wersji elektronicznej, zareagowało tylko kilkaset osób. Może więc nie jest tak źle z tym czytaniem, jak usiłuje się wmówić środowisku.

Zacznijmy jednak od podstaw. „Galicyjska Gazeta Lekarska” to organ samorządu lekarskiego, którego istotą jest m.in. kadencyjność. Jaki zatem samorząd, taka poniekąd gazeta, co w żadnym miarze nie godzi w jej barwność. Na przestrzeni lat, odkąd ukazuje się wersja drukowana, zmieniała się rola i funkcja pisma, wciąż wszakże reprezentującego żywotne interesy lekarzy, ich aspiracje, żądania, potrzeby, ich problemy, tęsknoty, zasady.

Nie sposób w krótkim szkicu opisać zawartości dwustu wydań pisma, więc wybieram kilkanaście charakterystycznych epizodów, wspominając na wstępie nazwiska tych, którzy zapisali się na łamach, a są już nieobecni. Nie byli etatowymi pracownikami Izby, po prostu chcieli z nami współpracować... Doktor Jan Kowalczyk – pierwszy redaktor naczelny; Krzysztof Zgłobicki – artysta plastyk, twórca wizualnego kształtu pisma; Henryk Gaertner – profesor



Pierwszy numer

„Biuletynu

Informacyjnego”

OIL w Krakowie

ukazał się **15 grudnia**

1989 r. Prezes ORL Jan

Ciećkiewicz wyrażał

na jego łamach

„wzruszenie, że oto

samorząd stał się

faktem”, a dr Jan

Kowalczyk, późniejszy

redaktor naczelny

gazety, osobiście

przepisał całość

na maszynie,

po czym sam

skopiował kilkaset

egzemplarzy

na powielaczu.

Drugi numer,

wydany **15 stycznia**

1990 r., zawierał

relację z odbytego

w Warszawie

I Krajowego Zjazdu

Lekarzy. Natomiast

siódmy, pod

nazwą „Biuletyn

Informacyjny

ORL”, znacząco

odbiegał od wersji

„powielaczowej”.

Wydrukowany

w Drukarni

Narodowej,

w nakładzie

3 tys. egzemplarzy,

ze sztywną

okładką, spisem

treści, przestał

mieć charakter

okazjonalny.

Wkrótce przyjęto

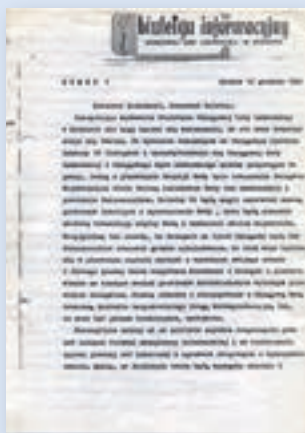
dwumiesięczny rytm

wydawniczy, a pismo

zaczęto kolportować

na indywidualne

adresy lekarzy.



→ nauk medycznych, humanista, autor przeszło dwustu recenzji opublikowanych na naszych łamach; Barbara Kaczowska – polonistka, autorka kilkadziesiątu oryginalnych szkiców z historii medycyny; Jerzy Sawicz – niezrównany dokumentalista fotograficzny krakowskiej medycyny.

Mój osobisty związek z samorządem lekarskim zaczął się w listopadzie 1997 roku. Ot, koło południa, bodaj w czwartek, do pokoiku biurowego Klubu „Pod Gruszką”, gdzie funkcjonowałem jako sekretarz Stowarzyszenia Dziennikarzy RP, nagle wkroczyło czterech niezapowiedzianych dżentelmenów: Zbigniew Żak, Mariusz Janikowski, Jerzy Friediger i chyba Jan Kowalczyk. Bez wstępu Zbyszek, którego znałem prywatnie, przedstawił propozycję „nie do odrzucenia” – by poprowadzić pismo Izby Lekarskiej. Byłem od 8 lat, po likwidacji „Życia Literackiego” tzw. wolnym strzelcem, nieźle sobie radziłem, ale właśnie obciążył mnie kredyt hipoteczny na odebrany miesiąc wcześniej domek. Przystałem.

Ówczesny prezes Izby przyjął mnie dość obojętnie, ale zapytał, czy rzeczywiście „siedziałem w »Życiu« przy tym biurku co Szyborska?”. I przydzielił redakcji maleńki pokój na parterze obiektu przy Krupniczej. Przy okazji ustanowiono, że redaktorem naczelnym zawsze będzie lekarz. Ja zostałem sekretarzem redakcji. Uwag do „Gazety” w tym czasie prezes nie miał. Pismo traktowano jako sukces, choć sporo tekstów miało charakter krytyczny. Gdzieś cztery miesiące później prezes jednak nieoczekiwanie zaprosił mnie na rozmowę, której nie zapomnę do końca życia. Zapytał mianowicie, czy zgadzam się z opinią, iż świat jest pełen nieprawości. Kiedy przytaknąłem, poprosił, bym z tej niezgody na ów świat wyłączył niewielki obszar. Pochopnie nie zaprotestowałem, po czym okazało się, iż chodzi o... samorząd lekarski. Oczywiście, liczba podrażnionych przez redakcję instytucji rosła, a wszystko szło na jego konto. Nie mogąc zaprzeczyć, przedstawił problem elegancko. Sam zresztą dominował w każdym wydaniu obszernym esejem „Szpalty Prezesa”. Redakcji przyszło więc przede wszystkim wesprzeć na łamach tworzenie rejestru lekarzy, systemu kontroli gabinetów, przecieranie dróg do wiarygodnych ubezpieczycieli, opisywać tworzenie systemu korporacyjnego sądownictwa, doskonalenie zawodowe, budowę systemu pomocy społecznej dla lekarzy i lekarzy dentyków. To było wyliczenie obowiązków, poza którymi trwało jednak życie redakcyjne.

Zwykle raz na tydzień odbywało się posiedzenie prezydium ORL, w którym uczestniczyłem. Tematy: np. obalenie kontraktów Kas Chorych (2001-2003), utajnionych pod pretekstem tajemnicy handlowej. Starcie: Jacek Kukurba, prezes małopolskiej Kasy, tryumfalnie ogłasza „zniesienie komunistycznej zasady, iż lekarz musi być w każdej karetce pogotowia”, a ja – świeżo po pobycie w Szwajcarii

– informuję, że tam się właśnie do karettek wprowadza lekarzy. Ale tajemnicę handlową będziemy zwalczać co numer. Nowy temat – skutki przystąpienia do Unii Europejskiej. Zbyszek Żak walczy niezłomnie o pozostawienie tytułu „stomatolog” (za granicą obowiązuje „dentysta”), ale przegrywa. Potem, po 30 latach kierowania Wojewódzką Przychodnią Stomatologiczną w Krakowie chcą go usunąć. Piszemy żartobliwie w tytule „Przetrwał 4 pierwszych sekretarzy, 14 premierów, 18 wojewodów, 21 ministrów zdrowia”. Nie pomaga. Jestem z Jurkiem Friedigerem i Mariuszem Janikowskim u wojewody. Mur niezgody. Ale oto Bogdan Badowski, prezes ORL, nie daje się wyprosić, po kąd decyzja nie zostanie wstrzymana. *Chapeau bas.*



Jan Zych

Redaktor Stefan Ciepły w pracy

To były epizody. Pozwolą Czytelnicy, że teraz wymienię jednym ciągiem nazwiska osobowości prezentowanych na naszych łamach tylko w jednym dziesięcioleciu pisma (2000-2010): Adam Szymusik, Danuta Karcz, Wacław Gubała, Tadeusz Popiela, Kalina Kawecka-Jaszcz, Marek Zembała, Jacek Dubiel, Henryk Gaertner, Jerzy Wordliczek, Olgierd Smoleński, Jan Zapała, Jacek Musiał, Daniel Zarzycki, Jerzy Hausner, Tomasz Grodzicki, Wojciech Nowak, Jerzy Sadowski, Wiesław Pawlik... Na pewno kogoś pominąłem, nie ze złej woli. Przepraszam.

Przedstawiam też taką samą listę portretów szpitali, które śladem powstawania nowych klinik uzupełnialiśmy. Na pierwszym miejscu „Bonifratrzy”, dalej Szpital Uniwersytecki z całym zespołem klinik w obrębie ulic Kopernika-Śniadeckich-Grzegórzecka, szpitale im. Narutowicza, św. Jana Pawła II, MSWiA, Wojskowy, im. Dietla, Rehabilitacyjny przy Modrzewiowej. O przetrwanie Szpitala Kolejowego w Krakowie walczyliśmy przez trzy odcinki, niestety nieskutecznie. Sporo uwagi poświęciliśmy też budowanemu latami krakowskiemu Szpitalowi im. Rydygiera. Nie przypomnę tu dokładnie galerii portretów szpitali spoza Krakowa – w Nowym Sączu, Nowym Targu, Przemyślu, Krośnie, Krynicy, Limanowej, Chrzanowie,

Miechowie, Olkuszu, Proszowicach, Myślenicach, Rabce czy Zakopanem.

Nie ma co ukrywać, zarówno „Galicyjska Gazeta Lekarska”, jak i Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie miały aspiracje wykraczania poza swoje terytorium. Nie ma takiej drugiej gazety jak nasza, która przedstawiłaby na łamach portrety Izb wszystkich sąsiadów (Katowice, Rzeszów, Kielc, Tarnowa, a także dalszych przyjaciół z Łodzi, Torunia, Gdańska, Szczecina, Poznania). Podobnie uczestniczyliśmy, publikując „własne korespondencje”, we wszystkich zjazdach krajowych lekarzy. Na jednym ze zjazdów ówczesny prezes NRL Maciej Hamankiewicz nawet publicznie podziękował przedstawicielowi „GGL” za głośną krytykę programu onkologicznego rządu podczas prezentującej go konferencji prasowej premiera i ministra zdrowia.

O paru jeszcze drobiazgach chciałbym na koniec wspomnieć, nieśmiało wyważając plusy i minusy. Oto za poprzedniej kadencji Jurka Friedigera jako redaktora naczelnego parę razy podjęliśmy polemiki z wpływowymi wówczas tytułami prasowymi, m.in. z „Tygodnikiem Powszechnym”, „Wprost” i bodaj „Rzeczpospolitą”. Poszło o obwinianie środowiska lekarskiego o przyczynienie się, w wyniku błędów lekarskich, do śmierci tysięcy pacjentów. Procesy odszkodowawcze wygraliśmy.

Druga historia, której nie chciałbym przemilczeć, to trwające 8 lat zaangażowanie „GGL” w pomoc dla Domu Dziecka w Sieborowicach. Był najbiedniejszy w województwie. Z naszej strony to nie była tylko świąteczna paczka, lecz np. wybudowanie na dzikim, nierównym terenie boiska sportowego z bramkami. To były ubranka, zabawki, konkursy, kwesta na Balu Lekarza, pomoc w znalezieniu zakwaterowania dla najstarszych wychowanków, na końcu pieniądze. Dorota Zdziechowicz z biura Izby, doktorzy Jolanta Orłowska-Heitzman, Andrzej Stopa, Barbara Wiejowska dobrze się sprawie przysłużyli.

Ostatnie kwestie to powód do przechwałek. Pierwszą była zwycięska bitwa z lokalną władzą, która postanowiła zlikwidować Szpital w Szczyrzycu. Był deficytowy, ale 15 tys.

mieszkańców gminy podpisało się w proteście przygotowanym przez kierującego tą placówką doktora Tomasza Krupińskiego. Nasz tekst „Powrót Manifestu Lipcowego” był powielany. Radni cofnęli uchwałę, szpital działa do dzisiaj, a my co roku dostajemy świąteczne życzenia, za które serdecznie dziękujemy.

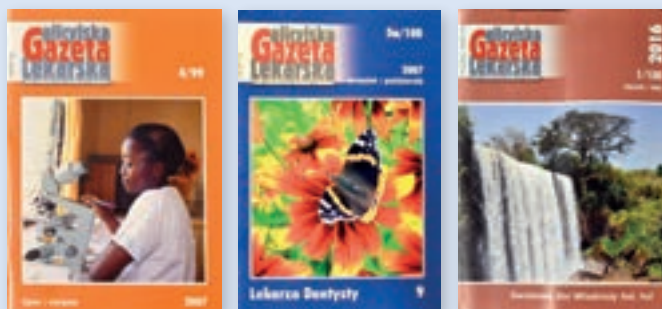
Kolejny powód do dumy – od 2006 roku zaczęliśmy wydawać, jako jedyni w Polsce, edycję stomatologiczną pisma, „Biuletyn Lekarski Lekarza Dentysty”. Współtwórcą naszej Izby, Andrzej Janusz Fortuna złożył ówczesnemu szefowi Komisji Stomatologicznej, a obecnie prezesowi ORL Robertowi Stępniovi i redakcji gratulacje. Obecnie gazeta dla dentystów nie ukazuje się już regularnie, ale dowodzi aspiracji Izby.

A sama „Galicyjska Gazeta Lekarska” za sprawą Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie trwa i chyba cieszy się zainteresowaniem. Dostarcza informacji i rozrywki. Czasem niezamierzonej. Przy okazji jubileuszu nie może zabraknąć anegdoty: otóż na koniec pewnego wywiadu z dyrektorem Szpitala Bonifratrów wtrącam pytanie: „A zatrudniacie Państwo zakonnice?”, „Nie – brzmi odpowiedź: – Jest tylko kilka szarytek”. Po licznych korektach numer został wysłany do druku, lecz w ostatniej chwili, kiedy już trwał rozruch maszyn drukarskich, coś mnie tknęło. Przeczucie nie myliło – przestawiły się dwie literki w słowie „kilka” i omal nie wydrukowaliśmy: „Jest tylko klika szarytek”. Byłby skandal...

Z nadzieją, iż podobnej „wpadki” nie ma w tym numerze, życząc miłej lektury na święta.

STEFAN CIEPŁY

Szkic wspomnieniowy napisałem świadom jego ułomności, ale 10 numerów to 500- 600 stron. A 200 numerów to już wymaga wyższej inteligencji, o której pisze w tym wydaniu prof. Janusz Skalski. Ja natomiast dziękuję Joli Grzelak-Hodor (mojej Szefowej) za cierpliwość, Kasi Domin za skrupulatne wyłapywanie moich błędów. Nie zapominam też, iż wcześniej ten wkład miały red. Halina Kleszcz i red. Marta Teska, które zachowuję we wdzięcznej pamięci.



Uchwałę ORL z 13 grudnia 2006 r. została zmieniona nazwa biuletynu na „Galicyjska Gazeta Lekarska”. Wprawdzie w wyniku konkursu dla czytelników wygrała propozycja „Gazeta Małopolska”, jednak nie została ona zaakceptowana przez przedstawicieli delegatur przemyskiej i krośnieńskiej. Nowy tytuł po raz pierwszy pojawił się na okładce w lipcu 2007 r.

Lek. dent.

Franciszek Dynowski

ur. 1 kwietnia 1938 r. w Krakowie
zm. 17 września 2024 r. w Krakowie



17 września bieżącego roku, w wieku 86 lat, zmarł Franciszek Dynowski, lekarz dentysta, protetyk.

Doktor Dynowski był absolwentem Akademii Medycznej w Krakowie. Zawodowo związany był z Miejskim Centrum Stomatologii „Krowodrza” w Krakowie. Dzięki jego działaniom powstała na terenie ZOZ Krowodrza „Higiena Szkolna”. Był także inspektorem stomatologicznym. Do jego zadań należał nadzór nad gabinetami dentystycznymi objętymi przez ZOZ Krowodrza oraz gabinetami m.in. w Białym Kościele, Morawicy, Przybysławicach i Dąbrowie Szlacheckiej. Pracował także w Przychodni Stomatologiczno-Protetycznej przy ul. Śląskiej w Krakowie oraz przez długi czas – w przychodni przy ul. Galla, gdzie zakończył swoją karierę zawodową.

Doktor Franciszek Dynowski skończył również studia filozoficzne na UJ. Filozofia była jego wielką pasją,

zostawił po sobie także dużą bibliotekę książek z tej dziedziny. A książki czytał pasjami, czasem kilka tygodniowo. Związany był też ze środowiskiem artystycznym, malarzkim – wielokrotnie artystów ratował z opresji. Te kontakty zawodowe i towarzyskie skutkowały m.in. nieustannym uczestnictwem w różnych wernisażach, a w domu doktora Dynowskiego znajduje się pokaźna galeria obrazów подарowanych przez wiernych pacjentów. Choć był lekarzem dentystą, niekiedy myślano, że jest historykiem sztuki – swoim kolegom malarzom na ich wernisaże Doktor Dynowski pod własnym nazwiskiem pisywał recenzje.

Franciszek Dynowski był również aktywnym działaczem samorządu lekarskiego – delegatem na Okręgowy Zjazd Lekarzy III i V kadencji oraz członkiem Okręgowego Sądu Lekarskiego V kadencji. Należał do Komisji Stomatologicznej ORL od chwili jej powołania w 1990 r.

Wielu osobom będzie brakowało Doktora Dynowskiego. Jego żona Krystyna, również lekarz dentystka, całe życie zawodowe poświęciła pracy z dziećmi i młodzieżą. Córka Małgorzata jest absolwentką romanistyki, a syn Wojciech jest trenerem tenisa, wielokrotnym mistrzem Krakowa, związanym z Politechniką Krakowską.

Doktor Franciszek Dynowski był zasłużonym stomatologiem, bardzo oddanym swojej pracy oraz pacjentom, powszechnie lubianym, wspaniałym człowiekiem.

MO, AK, we współpracy z rodziną Doktora Dynowskiego

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci

lek. dent. Zofii Suwały

Delegatki na Okręgowy Zjazd Lekarzy oraz Zastępczyni Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie w latach 2005-2013 (kadencja od V do VI), wysokiej klasy specjalistki i prawego człowieka, lekarza oddanego całym sercem pacjentom.

W tych trudnych chwilach pragniemy wyrazić najszczerze kondolencje członkom rodziny oraz wszystkim bliskim Zmarłej.

Z wyrazami szacunku i współczucia,

Robert Stępień – prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie wraz z ORL

Jerzy Sławiński – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wraz z zastępcami

*Bożena Kozanecka – przewodnicząca Okręgowego Sądu Lekarskiego wraz z członkami OSŁ w Krakowie
Pracownicy Kancelarii OROZ i OSŁ w Krakowie*

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) uchwała 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) uchwała się, co następuje:

§1

1. Ustala się wysokość składki obowiązującej lekarza i lekarza dentyście, 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 obowiązku 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 (bądźmiemy 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 przypadku wątpliwości prosimy o kontakt z Izbą Lekarską w Krakowie tel: 12 619 17 32, e-mail: skladki@oilkrakow.org.pl

Opłaty z tytułu rejestracji gabinetów prywatnych należy wpłacać na konto oii:
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,

e-mail: biuro@oilkrakow.org.pl

Biuro OIL w Krakowie oraz Delegatury

– przyjmowanie stron:

poniedziałek, wtorek, czwartek godz. 9.00 do 15.00

środa godz. 9.00 do 17.00, piątek godz. 9.00 do 14.00

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

Komisje:

• Bioetyczna (A. Krawczyk)	12 619 17 12	<i>bioetyka@oilkrakow.org.pl</i>
• Etyki	12 619 17 13	<i>d.zdziechowicz@oilkrakow.org.pl</i>
• Kształcenia Medycznego (mgr P. Pachel)	12 619 17 22	<i>ksztalcenie@oilkrakow.org.pl</i>
• Sportu, Turystyki i Rekreacji	12 619 17 01	
• Socjalno-Bytowa	12 619 17 18	
• Stomatologiczna (mgr K. Trela)	12 619 17 18	<i>k.trela@oilkrakow.org.pl</i>
• Współpracy Zagranicznej i Obcokrajowców	12 619 17 05	
• ds. Lek. Seniorów	12 619 17 12	
• ds. Młodych Lekarzy	12 619 17 13	<i>kml@oilkrakow.org.pl</i>

• ds. Praktyk (mgr A. Chuchmacz)	12 619 17 13	<i>praktyki@oilkrakow.org.pl</i>
• 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	<i>rzecznik@oilkrakow.org.pl</i>
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, Unia)	12 619 17 16
• Ubezpieczenia OC (PZU)	12 619 17 18



NEWSLETTER

MINI M-CARS GROUP



BMW
MOTORRAD



NAJLEPSZY CZAS NA MINI.

WYBIERZ MODEL GOTOWY DO ODBIORU W TYM ROKU I ODBIERZ
ROZNY PAKIET OC, AC, NNW I ASSISTANCE ZA 1 ZŁ.



MINI M-CARS GROUP

MINI M-CARS
KRAKÓW
UL. JOSEPHA CONRADA 20

TEL.: +48 12 211 45 01
WWW.MINI-MCARS.PL

MINI M-CARS
KRAKÓW- LIBERTÓW
UL. GÓRA LIBERTOWSKA 14

TEL.: +48 12 256 455
WWW.MINI-MCARS.PL


OFERTA PROMOCYJNA WAŻNA DO KOŃCA 2024 R.

WYPRZEDAŻ ROCZNIKA LUKSUS W DOBREJ CENIE

RX



JUŻ OD **1 980** NETTO
ZŁ/MC
W NAJMIE **KINTO ONE**

 LEXUS

KRAKÓW

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

 LEXUS

KRAKÓW-ZAKOPIAŃSKA

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

Prezentowana rata netto Najmu KINTO ONE dotyczy modelu Lexus RX 350h (nie dotyczy prezentowanej wersji wyposażenia). Oferta dotyczy samochodów z produkcji do końca października 2024 roku. Kalkulacja na dzień 22.10.2024 r. w oparciu o aktualną cenę pojazdu, obowiązujące stopy procentowe przy założeniu okresu umowy najmu 36 miesięcy, opłata wstępna 15% ceny pojazdu, całkowity limit przebiegu pojazdu 30 000 km. Zawarcie umowy uzależnione jest od oceny zdolności finansowej Klienta. Informacja nie stanowi oferty w rozumieniu Kodeksu cywilnego, ma charakter informacyjny oraz przeznaczona jest dla przedsiębiorców. Wymagującym jest Toyota Leasing Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie. Szczegóły u Autoryzowanych Dilerów Lexusa. Informacje dotyczące emisji paliwa i emisji CO₂ dostępne są na stronie lexus-polska.pl.