

nakład 15 400 egz. ISSN 1897-7782

Galiczyjska Gazeta Lekarska

PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

2025

4/204

lipiec-wrzesień



Nowy start, stare problemy



Szkodliwa bezczynność

Lato najbardziej gorące było w polityce. Tylko w obszarze zdrowia zmieniała się pani minister, zatwierdzono kolejną reformę, znów były przepychanki o wynagrodzenia lekarzy itd.

Nie sądziłem, że tak szybko nasze środowisko ponownie będzie musiało wyrazić głośny sprzeciw wobec prób obciążania lekarzy winą za tragiczną sytuację finansową w ochronie zdrowia. Ile jeszcze razy rządzący, zamiast przedstawienia rzetelnych statystyk, będą wyciągać z rękawa jakieś egzotyczne, pojedyncze przypadki sześciocyfrowych zarobków lekarza, by usprawiedliwić permanentne niedofinansowanie źle skonstruowanego systemu i własną nieudolność? Ile jeszcze razy tak mimochodem społeczeństwu będzie się sugerować, że tej całej biedy winni są pazerni lekarze?

A kto jest winien kolejnych ataków na lekarzy? Latem lekarz został ciężko pobity przez pijanego kuracjusza w Krynicy. Od wielu miesięcy czekamy na zwiększenie naszego bezpieczeństwa, tymczasem władza jest bezwładna. Jednak w naszej Izbie powstał projekt „Bezpieczny Medyk”, o którym można przeczytać na dalszych stronach. My działamy. My chcemy coś zmienić.

Nie ma zmian w finansowaniu ochrony zdrowia. Podobnie jak spójnej, docelowej koncepcji uzdrowienia systemu. Mamy natomiast kolejną ustawę – o reformie szpitali powiatowych, które toną w coraz większych długach wcale nie z powodu podwyżek wynagrodzeń dla pracowników. Choć także z tej przyczyny, bowiem podwyżki odgórnie narzucono, ale nie dorzucono środków, które w pełni pokryłyby wzrost płac. Rzeczywiście, wiele szpitali utrzymuje kosztowną gotowość do udzielania świadczeń mimo braku adekwatnych potrzeb. Rzeczywiście, łączenie szpitali, lepsze wykorzystanie łóżek może dać efekty. Na razie jednak w Krynicy zamknięto oddział położniczy, a w Nowym Sączu zmniejszono liczbę takich łóżek, co niestety budzi obawy o dostępność świadczeń.

I nadal nie wiemy, do czego ta kolejna, szczątkowa reforma ma doprowadzić. Jaki właściwie cel mamy osiągnąć. Bo na przykład mówienie, że trzeba zmniejszać liczbę hospitalizacji na korzyść leczenia ambulatoryjnego, nijak się ma do gigantycznych kolejek w poradniach specjalistycznych.

Za to pomysłów, jak medykom zacisnąć pasa, nie brakuje. Zamrożenie płac, kontrole umów cywilnoprawnych, zakaz pracy w dwóch miejscach – aż jestem ciekaw, jakie jeszcze propozycje usłyszymy. Problem w tym, że w naszym kraju dialog to pojęcie abstrakcyjne. A przecież jeśli jest dobra wola, można dojść do kompromisu. Rozumie my, że dziś priorytetem są wydatki na obronność. Jednak nawet drony musi obsługiwać człowiek. Człowiek zdrowy i spokojny, że jego schorowana matka, ciężarna żona czy alergiczne dziecko nie zostaną bez pomocy lekarza. Wybory muszą być przemyślane.

To dotyczy także wyborów w izbach lekarskich. Wybieramy naszych przedstawicieli na X kadencję samorządu. W niektórych rejonach wyborczych kandydatów na delegatów jest więcej, niż wynosi liczba mandatów, w niektórych chętnych do pracy na rzecz naszego środowiska zawodowego zabrakło. Procedura trwa, informuje o niej na dalszych stronach Mariusz Janikowski, sekretarz ORL, bieżące komunikaty zamieszczamy w internecie. Wybierajmy rozsądnie, nie kierując się populistycznymi, często nieprawdziwymi, krzywdzącymi opiniami o samorządzie i jego działaczach. Populizmu w naszym kraju aż nadto, chętnych do pracy mało. A do wszystkich, którzy zdecydowali się kandydować, apeluję, by – jeśli koleżanki i koledzy powierzą im mandat – nie zakończyli swej misji na udziale w pierwszym zjeździe następnej kadencji i w wyborach prezesa. Ten mandat jest zobowiązaniem do pracy na cztery lata.

Robert Stępień

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie

W numerze m.in.:

- Wybory – ostatnia prosta
– przypomina M. Janikowski 7
- System Bezpieczny Medyk
– prezentuje M. Ksel-Teleśnicka 8
- Dynamiczny rozwój zakopiańskiej
„Ortopedii” – K. Domin 12
- Wyzwania biomedycyny
– J. Grzelak-Hodor 16
- Anna Kot – laureatka Nagrody
im. A.J. Fortuny 2025 – J. Hodor 20
- 20 lat nieobecności dr. Zbigniewa
Żaka – wspomnienia przyjaciół
i współpracowników 24
- Wczoraj i dziś Woj. Przychodni
Stomatologicznej – z Anną Maciąg-
-Brattemo rozmawia S. Ciepły 28
- Lekarskie pomysły na wakacje:
– Złot Motocyklowy wybrał
M. Janikowski 32
– Złombol – pasja M. Matyi 34
– Młodzi dentyści pomagali
Tanzańczykom – opowiada
P. Polończyk 36
- Probólowe działanie leków
– prof. R. Korbut i dr hab. J. Woron 38
- Staż podyplomowy
– kwestie prawne – mec. A. Gut 47
- Malarz brudnych nóg – recenzja
z wystawy J. Chełmońskiego
– M. Huzarska-Szumiec 54
- Pożegnania:
lek. dent. Dariusz Dębski,
lek. Marzena Ochońska-Olender
Rocznikowe wspomnienie
o prof. J. Oszackim 61 - 62

Nasza okładka



Izabela Tysoń

Absolutorium Wydziału Lekarskiego
CM UJ

MOJE PERSWAZJE



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Od jakiegoś czasu tematem numer jeden we wszystkich czasopismach medycznych jest przemoc wobec pracowników ochrony zdrowia. Pisze się o tym wszędzie. Nie ma konferencji, na której nie mówiłoby się o przemocy. Szkoda tylko, że na pisaniu i mówieniu się kończy. Szkoda, że trzeba było zapłacić taką cenę za dostrzeżenie problemu. Nie da się otoczyć nas kordonem ochroniarzy i odizolować od pacjentów i społeczeństwa, i chyba nie o to chodzi. Chodzi natomiast o odniesienie się do panującej i skrzętnie podsycanej opinii o bajorńskich sumach zarabianych przez lekarzy, o tym, że kłopoty finansowe ochrony zdrowia są tym spowodowane i przeciwstawianie tych zarobków średniej płacy w Polsce. Narracja głupia i fałszywa. Bo tych bajorńskich sum jakoś nie widać (może tych kilkaset tysięcy miesięcznie zarabia kilka osób w kraju) i na pewno nie jest to norma zarobków lekarzy.

Szczucie społeczeństwa na lekarzy jest metodą niegodną. Nie mamy się czego wstydić, że wreszcie jesteśmy wynagradzani godnie i że lekarz zarabia znacznie lepiej niż średnia krajowa, bo po to się uczył i całe życie podnosi kwalifikacje. I tak jest w świecie cywilizowanym, że ci, którzy więcej umieją i ponoszą większą odpowiedzialność, zarabiają lepiej od innych. Kto tego nie rozumie, niech się zajmuje hodowlą kanarków. Najbardziej przykre jest to, że mówią o tym ci, którzy za system ochrony zdrowia i jego finansowanie odpowiadają.

Nie do przyjęcia jest natomiast poziom finansowania ochrony zdrowia, zwłaszcza szpitali powiatowych. Przy utrzymaniu obecnego sposobu finansowania szpitala powiatowy, pełniący całodobowy dyżur i utrzymujący stałą gotowość, nie ma możliwości zarobienia kwoty pokrywającej koszty swojego funkcjonowania, chyba że znajdzie jakieś droższe procedury, które będzie wykonywał. Jednak wówczas jego rola w systemie ulegnie wypaczeniu. Ten system finansowania musi się zmienić. Na jaki? To problem ekonomistów i polityków, który wreszcie musi zostać rozwiązany.

Kierowanie „gniewu ludu” na nas będzie owocować narastającą agresją wobec pracowników ochrony zdrowia, której efekty widzimy. Natomiast na chamsko i agresję istnieje sposób prawny i kierownictwo placówek ochrony zdrowia powinno zostać zobowiązane przez organy założycielskie do zgłaszania organom ścigania takich przypadków. Nawet najlepsze prawo nie będzie działało, jeżeli o czymś nie wie, a problemem kierownictwa placówek jest to, aby żadne naruszenie norm prawnych wobec pracowników nie pozostało bezkarne. Nie pomogą konferencje, jeżeli nie pójdą za nimi czyny, jeżeli nadal nie będzie wiadomo, jak często dochodzi do naruszeń prawa wobec pracowników ochrony zdrowia. A zwłaszcza – kiedy takie zachowania pozostaną bezkarne.

Nawet wówczas, kiedy nasze postępowanie będzie naganne (co niestety nie jest rzadkie), istnieje droga prawna i to ona powinna być stosowana. Niech odpowiada ten, kto zawinił, a nie całe środowisko.

Jerzy Friediger

Redaktor naczelny „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej”

Znowu atak na lekarza

■ 11 sierpnia miał miejsce kolejny brutalny atak na lekarza. Pijany kuracusz w jednym z ośrodków sanatoryjnych w Krynicy uderzył interweniującego lekarza z taką siłą, iż spowodował u medyka wstrząśnienie mózgu, złamanie nosa i krwotok. Do ataku doszło wczesnym popołudniem, napastnik miał 1,3 mg/l alkoholu we krwi.

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie zaoferowała poszkodowanemu lekarzowi wszelką pomoc, przede wszystkim prawną oraz monitoruje przebieg postępowania organów państwa w tej sprawie, by wywiązały się z obietnicy, że agresja wobec medyków będzie surowo karana. Izba podjęła też inne działania – do NFZ skierowano pismo z apelem o obciążenie agresora kosztami pobytu w sanatorium, a do dyrekcji sanatorium pytanie, jak to możliwe, że ten człowiek w ogóle przebywał wtedy w ośrodku, skoro już 10 dni wcześniej interweniowano nocą w związku z jego udziałem w pijackiej libacji na terenie obiektu.

Coraz większe wydatki, coraz gorsza sytuacja

■ Tuż przed wakacjami ukazał się raport pt. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025”, opracowany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Instytut Badawczy. Obszerny dokument szczegółowo opisuje kondycję nie tylko polskiego społeczeństwa, ale też całego systemu ochrony zdrowia.

I tak z raportu dowiedzieć się możemy, iż choć w ciągu dekady wydatki na zdrowie wzrosły w Polsce o ok. 100 proc., odsetek PKB przeznaczany na opiekę zdrowotną jest wciąż

znacznie niższy niż średnia w Unii Europejskiej, wynosząca 9,9 proc. – w Polsce od 2012 r. oscyluje on wokół 6 proc. Co prawda w 2023 r. wyniósł 7, ale pamiętajmy, że wydatki na zdrowie porównuje się z wartością PKB nie z tego samego roku, lecz sprzed dwóch lat. I w ten sposób od razu wszystko wygląda lepiej. Mniej na zdrowie z PKB przeznaczają w Europie tylko Irlandia i Luksemburg. W Niemczech ten wskaźnik wyniósł w 2022 r. 12,7 proc.

Pozycji, w których niekorzystnie różnimy się od innych, jest wiele, ale przytoczymy dane, które dotyczą podstaw zdrowia, czyli zapobiegania chorobom. Wg raportu, wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne w Polsce w całkowitych wydatkach na zdrowie od lat oscylują wokół 2-3 proc. i ostatnio zaczęły jeszcze spadać – w 2022 r. stanowiły tylko 1,9 proc. Tymczasem w Austrii czy Niemczech na profilaktykę i zdrowie publiczne przeznaczają się ok. 7 proc. z całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną.

W Polsce przybywa lekarzy

■ Wspomniany powyżej raport przedstawia także analizę kadr w ochronie zdrowia, bazując m.in. na danych NIL. Otóż w 2024 r. w systemie mieliśmy blisko 156 tys. lekarzy i 41 tys. lekarzy dentystów wykonujących zawód. Wśród mężczyzn największą grupę stanowili lekarze w wieku powyżej 71 lat (13 proc.) oraz 56-60 lat (12 proc.). Jednak są powody do optymizmu – przybywa młodszych: osoby w wieku 26-30 lat to już 11 proc. polskich lekarzy. Wśród kobiet najliczniejsze były grupy powyżej 71 lat i 26-30 lat (każda stanowi 13 proc. lekarzy) oraz 31-35 lat (12 proc.). Natomiast średnia wieku wyniosła dla mężczyzn 51 lat, a dla kobiet 50, co autorzy raportu

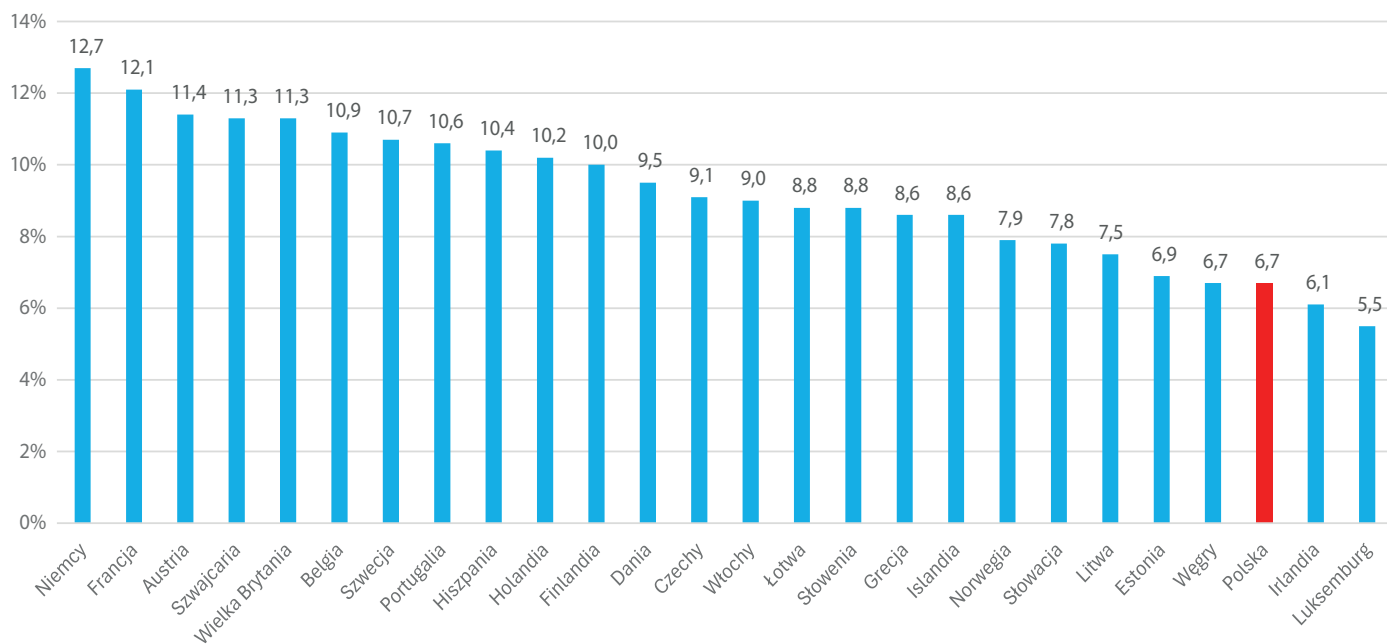
tłumaczą dużą aktywnością zawodową lekarzy w wieku emerytalnym. Raport potwierdza także opinię NIL, że utrzymanie obecnych limitów miejsc na studiach medycznych może za jakieś 20 lat doprowadzić do znaczącej nadwyżki lekarzy w Polsce. Aż trudno w to uwierzyć.

Niestety bardzo źle wygląda sytuacja, jeśli chodzi o pielęgniarstwo. Ich niedobór się pogłębia, wiek statystycznej pielęgniarki jest coraz wyższy i nic nie wskazuje na to, by w Polsce udało się zaspokoić potrzeby pacjentów w zakresie opieki pielęgniarstwa.

Rusza kolejna reforma

■ We wrześniu weszła w życie nowelizacja ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, która m.in. pozwala samorządom tworzyć i prowadzić szpitale w różnych formach – jako samodzielne publiczne zakłady, spółki kapitałowe lub jednostki budżetowe, wprowadza możliwość łączenia istniejących placówek, co ma ułatwić zarządzanie i dostosować strukturę szpitali do potrzeb lokalnej społeczności, przekształcać oddziały w zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze z gwarancją kontraktu. Ustawa przewiduje plany naprawcze dla zadłużonych szpitali, wspierane przez nowy mechanizm finansowania z BGK.

Reforma ma teoretycznie podnieść jakość usług zdrowotnych i przyczynić się do stabilizacji finansowej systemu ochrony zdrowia. Czy te cele zostaną choć częściowo osiągnięte, czas pokaże. Ich wyznaczenie zostało nieco wymuszone przez Krajowy Plan Odbudowy, który przewiduje ponad 17 mld zł na inwestycje w ochronie zdrowia, w tym 10 mld na modernizację szpitali. →



Wydatki na ochronę zdrowia ogółem jako odsetek PKB w 2022 r. (OECD, Health at a Glance: Europe 2024)

Wykres zamieszczony w raporcie „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025”, opracowanym przez NIZP – PIB

Długi stale rosną

➔ **Według oficjalnych danych Ministerstwa Zdrowia, na koniec I kwartału tego roku dynamika wzrostu zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce wynosiła aż 104,6 proc. w porównaniu z kwartałem wcześniejszym. W ostatnich latach szybsze tempo narastania długów odnotowano tylko na koniec 2020 r. (109,3 proc. w stosunku do wcześniejszego kwartału) i w połowie 2022 r. (106,1 proc.), lecz pamiętajmy, iż był to czas pandemii.**

Suma wszystkich zobowiązań SPZOZ na dzień 31 marca br. wynosiła blisko 25,4 mld zł i była o ponad 1,1 mld zł wyższa niż na koniec 2024 r. i o ponad 2,6 mld zł większa niż rok wcześniej.

Warto też zauważyć, że w tej całej kwocie zadłużenia zobowiązania wymagalne rosną szybciej od

pozostałych. Na koniec marca wynosiły one ponad 3,4 mld zł, z czego ponad 3,2 mld sięgała kwota rachunków niezapłaconych przez publiczne placówki opieki zdrowotnej z tytułu dostaw i usług. Na koniec 2024 r. zobowiązań wymagalnych było w SPZOZ-ach o ponad 300 mln zł mniej.

Podsumowanie lata na Podhalu

Każdego roku w polskie Tatry wyrusza nawet 5 mln osób, ale jest też niemałe grono turystów przyjeżdżających na Podhale, by skorzystać z innych atrakcji regionu. Nie dziwi więc, że Oddział Ratunkowy Szpitala Powiatowego im. Chałubińskiego w Zakopanem w sezonie wakacyjnym przeżywa obłożenie. W lipcu i sierpniu br. pomoc w SOR otrzymało aż 4668 pacjentów (ok. 76 dziennie), w tym 2981 osób zgłosiło się

z urazami. Ponad 400 pacjentów wymagało hospitalizacji i były to przypadki zarówno urazowe, jak i internistyczne. Na SOR zgłosiło się też 360 osób z zagranicy. Szpital odnotował także 90 przypadków zatruc, w tym część związanych ze spożyciem wody prosto z górskich potoków.

Dla porównania – w skali całego roku zakopiański SOR przyjmuje ok. 22-23 tys. pacjentów, z czego większość w sezonie zimowym.

Od 1 lipca do 30 września na terenie powiatu tatrzańskiego działała dodatkowa karetka „sezonowa”. Dzięki temu w ciągu dnia dostępnych było pięć zespołów ratownictwa medycznego, a w nocy trzy. Natomiast w przyszłym roku zespół ratownictwa medycznego szpitala ma mieć do dyspozycji motambulans – sześciokołowy quad ratowniczy, który lepiej sprawdzi się w górskich warunkach niż wykorzystywane w mieście motocykle.

(Źródło: Szpital im. Chałubińskiego)

3D w Szpitalu Uniwersyteckim

■ W Zakładzie Diagnostyki Obrazowej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie powstała pierwsza w Polsce Pracownia Funkcjonalnego i Wirtualnego Medycznego Obrazowania 3D (na zdjęciu poniżej). Unikalna jednostka łącząca radiologię, diagnostykę obrazową, inżynierię biomedyczną oraz nowoczesne technologie.

Pracownią kieruje dr hab. inż. Klaudia Proniewska, a w jej zespole pracują specjaliści wielu dziedzin, w tym nawet technologii rzeczywistości wirtualnej (VR). Przy wykorzystaniu danych z tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego czy angiografii w Pracowni powstają m.in. wirtualne i drukowane w 3D modele narządów i naczyń krwionośnych, które ułatwiają klinicyzom zrozumienie złożonych



www.su.krakow.pl

struktur anatomicznych pacjenta. Przekłada się to na lepsze planowanie zabiegów, krótszy czas operacji i mniejsze ryzyko powikłań. Specjaliści z Pracowni opracowują również

innowacyjne metody analizy sygnałów i obrazów medycznych, narzędzia VR wspierające diagnostykę i przygotowanie zabiegów.

(źródło: cm-uj.krakow.pl)

Odwołuję. Nie blokuję

■ Tylko w pierwszym półroczu 2025 r. w Małopolsce nie odbyło się blisko 85 tys. wizyt z powodu ich nieodwołania przez pacjentów. W całym 2024 r. było to ponad 140 tys. przypadków. Najwięcej nieodwołanych wizyt dotyczy ortopedii i traumatologii ruchu – w pierwszym półroczu było to ponad 25 tys. Na drugim miejscu znalazły się poradnie kardiologiczne, ale w czołówce są też poradnie onkologiczne, gdzie czas ma dla pacjenta szczególnie ważne znaczenie.

Są jednak specjalizacje, w których wiadać poprawę. Pacjenci częściej odwołują terminy w przypadku badań rezonansem magnetycznym czy w fizjoterapii ambulatoryjnej. Każda nieodwołana wizyta to straty dla placówek medycznych, ale też stracona szansa na szybszą diagnozę, zabieg czy terapię dla pacjentów czekających w kolejce. Dlatego Fundusz włączył się w kampanię społeczną

„Odwołuję. Nie blokuję”, która uświadamia pacjentów, jak ważne jest poinformowanie placówki o rezygnacji z wizyty.

(źródło: MOW NFZ)

Rada ABM w komplecie

■ W ostatnim numerze „GGL” informowaliśmy o powołaniu krakowskich lekarzy prof. Agnieszki Słowik oraz prof. Tomasza Guzika do nowej Rady Agencji Badań Medycznych. Z początkiem lata do Rady dołączyli kolejni przedstawiciele krakowskiego środowiska medycznego. W jej pracach w latach 2025-2031 będą brać udział również prof. Andrzej Matyja oraz lek. Andrzej Ryś.

Prof. Andrzej Matyja, specjalista chirurgii ogólnej i chirurgii onkologicznej z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Stanów Nagłych SU w Krakowie, II Katedry Chirurgii Ogólnej CM oraz konsultant wojewódzki w dziedzinie chirurgii ogólnej jest też wiceprezesem ORL w Krakowie, a w poprzedniej

kadencji samorządu lekarskiego był prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej.

Andrzej Ryś jest lekarzem, specjalistą radiodiagnostyki i zdrowia publicznego, byłym wysokim urzędnikiem Komisji Europejskiej (na emeryturze od 1 maja 2025 r.): w latach 2006-2025 był w KE m.in. dyrektorem ds. zdrowia publicznego i ds. systemów opieki zdrowotnej. Założyciel Szkoły Zdrowia Publicznego UJ CM oraz Centrum Innowacji, Transferu Technologii i Rozwoju UJ (CITTRU).

Supertalent prof. Bartłomiej Matejko

■ Dr hab. n. med. inż. Bartłomiej Matejko, prof. UJ, został zwycięzcą tegorocznej edycji konkursu Supertalenty w Medycynie, organizowanego przez redakcję „Pulsu Medycyny” w celu docenienia najmłodszego pokolenia tych, którzy przyczyniają się do postępu w polskiej medycynie.

→



→ Prof. Matejko jest biotechnologiem, inżynierem biomedycznym, optometrystą oraz specjalistą ds. żywienia związanym z Katedrą i Kliniką Chorób Metabolicznych UJ CM oraz Oddziałem Klinicznym Chorób Metabolicznych i Diabetologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Jest także członkiem m.in. Rady Dyscypliny Nauki Medyczne UJ CM, Stałej Komisji ds. Nauki Wydziału Lekarskiego UJ, Komisji Nagród PTD i ekspertem Ministerstwa Zdrowia. Serdecznie gratulujemy.

Profesor Pyrc szefem Fundacji

■ **Prof. Krzysztof Pyrc**, wirusolog, twórca i kierownik Pracowni Wirusologii w Małopolskim Centrum Biotechnologii UJ, laureat licznych nagród uznawany za jedną z najbardziej wpływowych osób w polskiej i światowej medycynie,

z początkiem września objął funkcję prezesa Fundacji na rzecz Nauki Polskiej, największej pozarządowej organizacji wspierającej naukę w Polsce.

Zmiany we władzach PTH

■ **Prof. Michał Kukła** z Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJ CM, kierownik Zakładu Endoskopii w Szpitalu Uniwersyteckim, został wybrany na stanowisko wiceprzewodniczącego Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego podczas ostatniego zjazdu tej organizacji.

Nowi konsultanci

■ Wojewoda małopolski Krzysztof Klęczar powołał w sierpniu nowych konsultantów wojewódzkich. Przez kolejną kadencję pełnić będą swoje funkcje:

– **prof. Danuta Owczarek** z Oddziału Gastroenterologii, Hepatologii, Toksykologii i Chorób Wewnętrznych SU – konsultant w dziedzinie gastroenterologii,
– **lek. i lek. stom. Anna Maciąg-Bratemo**, dyrektor Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Krakowie, – konsultant ds. protetyki.

Natomiast pierwszą kadencję funkcję konsultanta w dziedzinie farmacji klinicznej pełnić będzie **dr n. farm. Łukasz Hońdo**.

Kronika personalna

■ **Dr Anna Tylek** od 10 lipca pełni obowiązki dyrektora Szpitala Miejskiego im. G. Narutowicza w Krakowie. Jest absolwentką studiów pielęgnarskich na Uniwersytecie Jagiellońskim, ukończyła też Studium Zarządzania i Biznesu przy Zakładzie Ekonomii Stosowanej UJ, a w 2007 r. uzyskała tytuł doktora nauk humanistycznych na Wydziale Zarządzania i Komunikacji Społecznej UJ. Funkcję ma pełnić do czasu rozstrzygnięcia konkursu.

■ **Mgr Dorota Gołąb-Bełtowiec** także do czasu rozstrzygnięcia konkursu będzie p.o. dyrektora w Uniwersyteckiej Klinice Stomatologicznej w Krakowie, zastępując na tym stanowisku Marka Szwarczyńskiego. Pani dyrektor jest specjalistką w dziedzinie finansów i bankowości oraz rachunkowości i zarządzania, ma ponad 20-letnie doświadczenie zawodowe w sektorze ochrony zdrowia

■ **Dr Paweł Kamiński** został ponownie powołany na stanowisko dyrektora Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie.

Dr Paweł Kamiński jest specjalistą ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Z placówką, której kierownictwo mu powierzono, jest związany od lat. Pełni w niej też funkcję kierownika Kliniki Zaburzeń Narządu Ruchu.



Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
zaprasza dzieci i wnuki członków OIL w Krakowie
na

MIKOŁAJKI

Tytuł sztuki: „Alicja w krainie czarów”

6.12.2025
TEATR GROTESKA

Szczegóły i zapisy wkrótce na stronie: www.oilkrakow.pl





Wybory – ostatnia prosta

Wybory delegatów na okręgowy zjazd Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie wchodzi w decydującą fazę – głosowanie.

Zapewne ten numer „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” dotrze do Państwa w trakcie głosowań, niemniej jednak warto przypomnieć jego zasady, gdyż w tym roku wchodzi w życie nowa możliwość – głosowanie elektroniczne.

W najbliższych dniach otrzymacie Państwo na swój adres domowy korespondencję z Izby, zawierającą tzw. „Pakiet wyborczy” ze wszelkimi informacjami dotyczącymi możliwości zagłosowania wraz z kartą do głosowania.

Głosować można:

- **osobiście** – przy urnie, w terminie zebrania wyborczego,
- **korespondencyjnie** – wysyłając swój głos na karcie pocztą,
- **elektronicznie**.

Proszę o dokładne przeczytanie instrukcji głosowania znajdującej się na drugiej stronie zaproszenia na zebranie rejonu wyborczego. Szczególnie zwracam uwagę na wymagania dotyczące głosowania korespondencyjnego – jak wypełnić kartę do głosowania, gdzie odbić pieczętkę lekarską, gdzie złożyć podpis itp. Pamiętajmy, że brak pieczętki lub podpisu może sprawić, że nasz głos będzie nieważny.

Takich problemów nie doświadczymy w głosowaniu elektronicznym, w którym system eliminuje wszelkie pomyłki.

Pamiętajmy też, że można wybrać tylko jedną możliwość głosowania, z zasadą, że głosowanie elektroniczne wyklucza możliwość oddania głosu w innej formie. Wygodą głosowania elektronicznego jest możliwość udziału w nim w ciągu 14 dni od daty zebrania rejonu wyborczego – rozpoczęcie głosowania elektronicznego uruchamiane jest już w dniu wysyłki zaproszeń, a kończy się w chwili zamknięcia głosowania w lokalu wyborczym.

Dlatego polecam głosowanie **elektroniczne** jako najbardziej przyjazną formę, która nie wymaga nawet wychodzenia

z domu. Podobnie jak przy wystawianiu recepty elektronicznej korzystamy z logowania profilem zaufanym bądź aplikacją mObywatel. Stosowną instrukcję można znaleźć na stronie internetowej Izby.

Zachęcam wszystkich do udziału w wyborach i wybrania swoich delegatów. To oni będą nas reprezentować w samorządzie lekarskim X kadencji, w której czeka nas sporo pracy. Trzeba choćby poprawić wadliwy regulamin wyborów, z zapisami niezgodnymi z ustawą. Po naszych protestach rację przyznali nam prawnicy z Ministerstwa Zdrowia. Dziwnym trafem poprzednia pani minister przyzwoliła na przeprowadzanie wyborów w oparciu o ten regulamin, tylko że z zastrzeżeniem, iż zostanie on poprawiony przy okazji najbliższego Zjazdu Krajowego. Miejmy tylko nadzieję, że przebieg wyborów nie wejdzie w kolizję z wadliwymi zapisami regulaminu.

Mam również nadzieję, że obecne władze NIL zrozumieją, iż krytyczne uwagi na temat zapisów regulaminu uchwalonego podczas XVI Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy nie oznaczały obaw przed głosowaniem elektronicznym, szczególnie starszych lekarzy, a jedynie wskazywały w regulaminie wadliwe zapisy samych procedur wyborczych, niezgodne z ustawą o izbach lekarskich.

Zapraszam do urn!

Wybermy delegatów na okręgowy zjazd – pamiętajmy, że spośród nich wyłonimy władze naszej Izby na następne 4 lata. Wybierzemy również delegatów na Krajowy Zjazd, a ci z kolei wybiorą przyszłe władze Naczelnej Izby Lekarskiej w X kadencji. To wielka odpowiedzialność, lecz wierzę, że wybór będzie słuszny.

Nie bądź obojętny i bierny – zagłosuj!

*Mariusz Janikowski
Przewodniczący
Okręgowej Komisji Wyborczej*

Bezpieczny medyk = bezpieczny pacjent

AI (tzw. sztuczna inteligencja) pod hasłem „Bezpieczny lekarz to bezpieczny pacjent” generuje odpowiedź: ochrona lekarzy przed agresją słowną i fizyczną jest kluczowa dla prawidłowego funkcjonowania ochrony zdrowia i dla dobra pacjentów, ponieważ strach przed przemocą może wpływać na bezpieczeństwo pacjenta poprzez deficyt kadry medycznej i ograniczanie swobody decyzji lekarzy. I bez względu na rodzaj inteligencji trudno się z tą tezą nie zgodzić. Hasło to zostało użyte w odniesieniu do programu dla środowiska medycznego propagowanego na łamach Medycyny Praktycznej ponad dekadę temu, w odniesieniu do problemu błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych. Ja chciałabym się skupić na tym, co podpowiada AI, bo w ostatnim okresie mamy „urodzaj” na agresję wobec lekarzy i, co szczególnie zatrważające, to agresję pozawerbalną.

Od początku roku odnotowaliśmy na terenie Izby Lekarskiej w Krakowie trzy poważne zdarzenia – zabójstwo lekarza w Szpitalu Uniwersyteckim, przygotowanie zamachu na lekarzy w Szpitalu Ujastek i agresywne zachowanie kuracjusza w Krynicy, w wyniku którego jeden z lekarzy doznał złamania nosa i urazu głowy ze wstrząśnieniem mózgu. O tych zdarzeniach wiemy, ale może było ich więcej, bo żadna instytucja w naszym kraju nie prowadzi rejestru zachowań agresywnych wobec medyków.

Nie istnieje żaden system zapobiegania takim zdarzeniom, a pojawiające się (od wielu lat) postulaty zwykle kończą się na mniej lub bardziej efektywnie prowadzonej kampanii medialnej. Powyższe problemy podnoszono również w trakcie seminarium, które odbyło się w maju w siedzibie naszej Izby. Seminarium oprócz lekarzy zgromadziło przedstawicieli innych zawodów medycznych. Podczas obrad stwierdzono, że w wielu placówkach medycznych brakuje procedur, jak postępować w przypadku takich sytuacji, brak jest alarmów antynapadowych, a personel medyczny nie jest szkolony, jak reagować na przejawy różnego rodzaju agresji. Ponadto, korzystając z doświadczeń w tym zakresie wprowadzonych w innych krajach, również w Polsce czas najwyższy, by zmierzyć się z problemem agresji wobec medyków. I wreszcie

– z punktu widzenia priorytetów w opiece zdrowotnej – bezpieczny medyk to bezpieczny, właściwie zaopiekowany pacjent. W związku z powyższym, Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie podjęła się przygotowania protokołu przedstawiającego System Bezpieczny Medyk, którego stworzenie wpłynie na bezpieczeństwo medyków w trakcie wykonywania pracy.

Składowe wyżej wspomnianego Systemu to: monitorowanie skali zjawiska, opracowanie standardów postępowania w odniesieniu do agresywnych pacjentów, wypracowanie standardów zabezpieczeń w miejscach świadczenia usług medycznych (np. breloczek z alarmem osobistym – jak na zdjęciu obok – może uratować życie), szkolenia personelu medycznego (przed i podyplomowe) z umiejętności komunikacji z pacjentem, postępowania z pacjentem agresywnym, technik deeskalacji agresji, mechanizmów wczesnego wykrywania zagrożeń.

W skład Systemu powinno wejść także: stworzenie mechanizmów współpracy i ścieżek komunikacji z organami ścigania, prowadzenie działań edukacyjnych i kampanii społecznych propagujących ideę „zero tolerancji dla agresji/stop agresji” i wreszcie opracowanie przepisów prawnych dla wprowadzenia zmian.

Jako przedstawiciele środowiska lekarskiego będziemy działać na wielu poziomach, by przestać narzekać, a zacząć wspólnie „składać porozrzucone puzzle”, by powstał System Bezpieczny Medyk. Mamy wsparcie przedstawicieli regionalnych samorządów Aptekarzy, Pielęgniarek i Położnych oraz Ratowników. Teraz pozostaje przekonać rządzących, menadżerów placówek medycznych, media i wreszcie siebie samych, że tylko wspólnym wysiłkiem możemy walczyć ze zjawiskiem nasilającej się agresji wobec medyków. Bo my lekarze wiemy, że lepiej i taniej jest zapobiegać, niż leczyć.

I już na koniec, wracając do dyskusji, która odbyła się podczas majowego seminarium w Izbie – czy my lekarze nie powinniśmy zacząć od odpowiedzi sobie na pytanie: na ile zachowania agresywne wobec medyków mogą być wynikiem braku właściwej komunikacji i kiepskiej organizacji w naszym miejscu pracy?

Marzena Ksel-Teleśnicka





K. Domin

Wyzwanie dla uczniów i nauczycieli

Koniec i początek

Skończyły się wakacje, studenci zasiedli w salach wykładowych, młodzi lekarze rozpoczynają staż podyplomowy, ci starsi – rezydentury. To wyzwanie nie tylko dla nich, ale przede wszystkim dla ich starszych koleżanek i kolegów – by w możliwie najdoskonalszy sposób przekazali im swoją wiedzę, umiejętności praktyczne i właściwe postawy etyczne.

Zachowajmy chronologię... 11 lipca uroczystość absolutoryjna odbyła się na Wydziale Lekarskim CM UJ (na którym kierunku lekarski ukończyło 240 osób, kierunek lekarsko-dentystyczny 70, a dietetykę 27), natomiast 15 lipca dyplomy będące ukoronowaniem studiów medycznych odebrali studenci Uniwersytetu Andrzeja Frycza Modrzewskiego (49 – kierunku lekarskiego prowadzonego w j. polskim oraz 10 studiujących w j. angielskim). Były gratulacje, podziękowania, wyróżnienia dla absolwentów i kadry dydaktycznej, tradycyjne podrzucanie biretów, a także życzenia na „nową drogę”:

„Życzę wam, byście pracując z pacjentem potrafili spojrzeć na niego szerzej niż jedynie przez pryzmat diagnozy i terapii, dostrzec człowieka z jego emocjami i uczuciami, osadzonymi w konkretnych realiach rodzinnych i społecznych. (...) Życzę wam sukcesów zawodowych, ale osiągniętych w taki sposób, aby pozostawały w harmonii z życiem osobistym i rodzinnym. Życzę wam łatwości podejmowania odpowiedzialnych decyzji, ale też pokory wobec własnej omyłności i wzięcia pod uwagę opinii odmiennych niż wasze własne” – mówił prof. Maciej Małecki, prorektor UJ ds. CM.

Zarówno prof. Małecki, jak i – kilka dni później – dziekan wydziału lekarskiego „Frycza”, prof. UAFM dr Janusz Ligęza, zwracali uwagę, jakim wyzwaniem było ukończenie studiów lekarskich dla rocznika, który rozpoczął naukę niemal z początkiem pandemii i który szybko z sal wykładowych musiał się przenieść na platformy e-learningowe. Kolejnym wyzwaniem

był wybuch wojny w Ukrainie w 2022 r. – Wydział Lekarski CM UJ przyjął wtedy prawie 40 studentów z Ukrainy uciekających przed wojną do naszego kraju, a kilka osób z tej grupy właśnie odebrało karty absolutoryjne.

Podczas obu uroczystości Okręgową Izbę Lekarską w Krakowie reprezentowała doktor Marzena Ksel-Teleśnicka, wiceprezes ORL, która nie tylko złożyła absolwentom gratulacje, ale też zapewniła, że Izba z nadzieją oczekuje na przyływ nowych członków oraz na to, że czynnie włączą się w jej działania. Mówiąc o zadaniach realizowanych przez samorząd lekarski, pomocy, jaką oferuje swoim członkom, wspomniała także o obowiązku ciągłego kształcenia się lekarzy, który można realizować także przy wsparciu Izby.

Dodajmy, że „Frycz”, który we wrześniu 2024 r. zmienił status z akademii na uniwersytet i który właśnie świętuje jubileusz 25-lecia, w rankingu „Perspektyw” uznany został za najlepszy niepubliczny uniwersytet w Polsce. W tym samym rankingu zarówno kierunek lekarski, jak i lekarsko-dentystyczny CM UJ zdobyły pierwsze miejsca w kraju.

Miejmy nadzieję, że uda się tę pozycję utrzymać także w roku akademickim 2025/2026. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 7 sierpnia br. dotyczącym limitów przyjęć na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym w całej Polsce, na 36 uczelniach, od października rozpocznie naukę 10 504 studentów. Resort ostatecznie przyznał o 255 miejsc więcej, niż początkowo zakładał projekt. Dodatkowe miejsce przypadły Akademii Kultury Społecznej i Medialnej w Toruniu, Katolickiemu Uniwersytetowi Lubelskiemu Jana Pawła II, Akademii WSB w Dąbrowie Górniczej, Politechnice Wrocławskiej i Uniwersytetowi Rzeszowskiemu. Naboru nie mogą prowadzić uczelnie, które otrzymały negatywne oceny Polskiej Komisji Akredytacyjnej, czyli Akademia Nauk Stosowanych w Nowym



→ Sączu i Akademii Nauk Stosowanych w Nowym Targu.

Natomiast limit przyjęć na studia na kierunku lekarsko-dentystycznym pozostał bez zmian w stosunku do poprzedniego rozporządzenia i wynosił 1 441 miejsc, w tym 864 na jednolitych studiach prowadzonych stacjonarnie w języku polskim.

Jednolite studia dzienne na kierunku lekarskim na Uniwersytecie Jagiellońskim, zgodnie z planami resortu, mogło w tym roku podjąć 255 osób (o pięć mniej niż rok temu), zaś na studiach dla obcokrajowców przewidziano 130 miejsc. Natomiast na kierunku lekarsko-dentystycznym CM UJ dostępnych było

57 miejsc i wiadomo już, że był on trzecim – tuż po japonistyce i psychologii – najbardziej popularnym kierunkiem UJ wybieranym przez absolwentów szkół średnich (średnio 12 kandydatów na jedno miejsce).

Na Uniwersytecie Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie przyznany limit miejsc dla studentów medycyny to 160 w j. polskim i 80 w języku angielskim.

KD

O kwestiach prawnych związanych ze stażem podyplomowym lekarza i lekarza dentysty na s. 47 pisze mecenas Anna Gut

Pierwsze kroki w zawodzie

Jesień to czas, kiedy nie tylko przed uczniami i studentami otwiera się „kolejny etap życia”, pełen nowych wyzwań. Dla większości absolwentów uczelni medycznych 1 października to dzień, w którym w końcu przekroczą progi szpitala nie jako studenci, lecz już jako lekarze. I choć otrzymali dopiero „ograniczone prawo wykonywania zawodu” umożliwiające odbycie stażu podyplomowego, dla pacjentów od teraz już zawsze będą „panią doktor” i „panem doktorem”.

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie w sesji jesiennej skierowała na staże ponad 600 osób, w tym 493 lekarzy i 93 lekarzy dentystów w województwie małopolskim oraz 26 lekarzy w województwie podkarpackim (14 rozpocznie staż na terenie delegatury krośnieńskiej, a 12 na terenie delegatury przemyskiej).

Rozdział miejsc stażowych, jak już niemal co roku, był trudny. Co zrozumiałe, większość nowych członków krakowskiej Izby chce kontynuować naukę i rozpoczynać pracę w Krakowie, w którym tych miejsc jest za mało, biorąc pod uwagę obecną liczbę absolwentów. Spośród krakowskich placówek najwięcej stażystów kształcić się będzie w Szpitalu Uniwersyteckim (70 osób), 5. Wojskowym Szpitalu Klinicznym

z Polikliniką – 55, i Szpitalu im. Żeromskiego – 53. Stosunkowo dużo osób rozpocznie staż w szpitalach powiatowych, głównie tych leżących w miarę blisko Krakowa – po 30 osób w Miechowie i Myślenicach oraz 21 w Chrzanowie.

Nie mniej trudno było „rozlokować” lekarzy dentystów. W Krakowie najwięcej stażystów zdecydowały się przyjąć: Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna – 22 osoby, 5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką – 14, Szpital MSWiA – 9, oraz Miejskie Centrum Stomatologii „Śródmieście” – 5. Natomiast poza stolicą Małopolski najwięcej stomatologów odbędzie staż w Sądeckim Centrum Stomatologii „Primadent” SCS w Nowym Sączu i ALLMEDICA w Nowym Targu – po 4 osoby.

Wrzesień to także czas składania wniosków na specjalizację. W postępowaniu jesiennym w całej Polsce dostępne były 6653 miejsca w trybie rezydenckim i 7945 miejsc w trybie pozarezydenckim. Dla lekarzy dentystów przewidziano 229 miejsc rezydenckich. Na liście dziedzin priorytetowych w pierwszej dekadzie są kolejno: anestezjologia i intensywna terapia, chirurgia dziecięca, chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, choroby wewnętrzne, choroby zakaźne, geriatria, hematologia, kardiologia dziecięca i medycyna paliatywna.

KD

STAŻYSTO!

Zaczynasz staż i czujesz się pogubiony w gąszczu formalności?

Przyjdź na **Stażystok** – spotkanie organizowane przez stażystów dla stażystów, które odbędzie się **11 października 2025 (sobota) o godz. 17** w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie, ul. Krupnicza 11a

Podczas spotkania dowiesz się m.in.:

- Jak wyglądają formalności w szpitalach (m.in. szczepienia, umowy, szkolenia, e-learningi i in.)
- Jak przebiega staż podyplomowy i jak go spersonalizować
- Jak wybrać ubezpieczenie (OC / NNW)
- Które oddziały są najbardziej polecane przez osoby kończące staż
- Dodatkowo otrzymasz bezpłatnie Poradnik Stażysty – przygotowany przez stażystów z poprzedniego rocznika.

To spotkanie nie tylko pomoże Ci przygotować się merytorycznie, ale także pozwoli poznać ludzi, z którymi możesz dzielić ten etap kariery.

Szczegóły dotyczące zapisów na: <https://oilkrakow.pl/>



Samorząd działa, rząd niekoniecznie

Wakacje minęły jak zawsze za szybko. I choć nie każdy odlicza czas według kalendarza roku szkolnego, z początkiem jesieni podejmujemy nowe wyzwania, planujemy nowe działania. Wielkie plany ma zapewne nowa obsada resortu zdrowia, lecz na razie w ochronie zdrowia nie widać żadnych zmian poza personalnymi, o czym wielokrotnie przypominano podczas ostatnich obrad Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie.

Mimo sezonu urlopowego posiedzenia Prezydium ORL odbywały się regularnie. Ich stałym punktem było omówienie przebiegu trwających już wyborów do władz samorządu lekarskiego. Konieczne było np. obsadzenie komisji skrutacyjnych (podkreśliśmy, że pracę w nich podjęli m.in. członkowie Rady). W związku z wyborami, lub raczej niezawinionymi przez Izbę opóźnieniami w procedurze, zwołano w lipcu dodatkowe, nadzwyczajne posiedzenie ORL. Najbardziej aktualne informacje z przebiegu wyborów można znaleźć na stronie internetowej OIL i w izbowych mediach społecznościowych.

Bez względu na to, kogo i po co się wybiera, dobrze, by ten, kto uzyskał nasze poparcie, spełnił oczekiwania. Latem nastąpiła zmiana na stanowisku ministra zdrowia (nową minister została Jolanta Sobierańska-Grenda, dr ekonomii i finansów), lecz Izabeli Leszczyny z żalem nie żegnano: – Przez blisko dwa lata nie spełniła żadnego z postulatów zgłaszanych przez lekarzy. Teraz trzeba zaczynać batalię na nowo – zauważył prezes ORL Robert Stępień podczas ostatniego w lipcu posiedzenia Prezydium. Nowy prezydent rozczarował jeszcze szybciej, kiedy chcąc odebrać uchodźcom z Ukrainy 800 plus, w swoim projekcie nowej ustawy jednocześnie, wbrew prośbom lekarzy, zamiast odebrać – podtrzymał przywileje dla ukraińskich medyków.

Niewykluczone, że do poprzednich władz resortu w ogóle nie dotarły płynące z Krakowa prośby, skargi, apele. Np. 25 czerwca Okręgowa Rada Lekarska w Krakowie poinformowała w oficjalnie przyjętym stanowisku o problemach w realizacji programu „Moje Zdrowie”, wynikających z nieprawidłowości w działaniu aplikacji gabinet.gov.pl. Problemy z tą aplikacją zgłaszało w Izbie wielu lekarzy, i to nie tylko w związku z najnowszym programem profilaktycznym.

Dyrekcji Małopolskiego Oddziału NFZ żadne zawirowania

kadrowe nie powinny przeszkodzić w odpowiedzi na wysyłane przez Izbę skargi, m.in. na biurokratyczne utrudnienia w rozpatrywaniu przez Oddział wniosków świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej o zaliczki i refundację kosztów poniesionych w programie FENX. ORL zaapelowała 25 czerwca także o pilne wywiązanie się przez NFZ z publicznie złożonej deklaracji rozliczenia nadwykonań świadczeń za I kwartał br. w zakresie Budżetu Powierzonego Opieki Koordynowanej i/lub Budżetu Powierzonego Diagnostycznego w POZ.

Jednak znacznie częściej władze Izby zajmują się sprawami pozostającymi wyłącznie w ich kompetencji. ORL m.in. podjęła podczas czerwcowego posiedzenia decyzję o obniżeniu składki na samorząd lekarski osobom znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej. Każda z takich prośb rozpatrywana jest indywidualnie.

Na wniosek Komisji Socjalno-Bytowej ORL postanowiono, iż w tym roku szkolnym Izba przyzna 25 stypendiów studenckich dla dzieci lekarzy, w wysokości 1400 zł miesięcznie, oraz 10 dopłat do nauki dla uczniów szkół ponadpodstawowych po 1100 zł miesięcznie.

Natomiast Komisja Stypendialna ORL pozytywnie rozpatrzyła pięć z ośmiu wniosków o przyznanie stypendium na kształcenie dla młodych lekarzy. Zatwierdzone przez ORL kwoty wsparcia wynoszą od 3 do 8 tys. zł.

Latem nabrały tempa przygotowania do budowy nowej, własnej siedziby dla Delegatury OIL w Przemyślu. Członkowie Prezydium ORL decydowali o rekomendacjach dla inspektora nadzoru tej inwestycji oraz ewentualnego wykonawcy. Wstępne rozmowy z kandydatami przeprowadził wcześniej Marek Zasadny, pełnomocnik OIL w Przemyślu. Ostateczne decyzje o ich wyborze należą do całej Rady. Budowa wkrótce ruszy.

(JGH)

Zakopiańska ortopedia na najwyższym poziomie

W lipcu w Uniwersyteckim Szpitalu Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym w Zakopanem po raz pierwszy w Europie przeprowadzono operację kręgosłupa z wykorzystaniem nawigacji śródoperacyjnej 7D MRVision, bez użycia promieniowania rentgenowskiego do obrazowania kości. To przełom w ortopedii pod względem bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego. Szpital ma jednak wiele innych powodów do dumy.

Obecnie w USOR wykonuje się rocznie blisko 400 operacji korygujących deformacje kręgosłupa, tzw. długi-goodcinkowych, zarówno u dzieci, jak i u dorosłych. Pracuje w nim 36 lekarzy, szpital ma 76 łóżek w Klinicznym Oddziale Ortopedii, 6 łóżek w Klinicznym Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii i 30 w Klinicznym Oddziale Rehabilitacji. Jest uznanym ośrodkiem ortopedycznym, specjalizującym się także w małoinwazyjnych zabiegach endoskopowych, artroskopii, endoprotezoplastyki czy korygujących operacjach stóp oraz ortopedii dziecięcej.

Jednak początki ośrodka wcale nie wskazywały na to, że jego profil rozwinie się w tym właśnie kierunku. Od czasów międzywojennych aż do lat 60. minionego wieku funkcjonowało tu sanatorium dla dzieci z gruźlicą, zwłaszcza gruźlicą kostno-stawową. Dopiero w latach 70., głównie dzięki prof. Danielowi Zarzyckiemu, nastąpił znaczący rozwój szpitala jako ośrodka ortopedii dziecięcej. O sanatoryjnej przeszłości przypomina bryła budynku zaprojektowanego jako obiekt uzdrowiskowy przez Jana Witkiewicza-Koszczyca, kuzyna Witkacego – pałacyku z dużymi tarasami, na których dzieci, leżąc w łóżkach, mogły korzystać z helioterapii.

W tym samym zabytkowym budynku spotykam się z dr Barbarą Jasiewicz, od maja tego roku dyrektorem USOR, od ponad 30 lat związaną z placówką jako specjalistka ortopedii, oraz dr. Tomaszem Potaczkiem, również ortopedą, od 2024 r. prezydentem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa, który przeprowadził wspomniane na początku operacje u trzech pacjentów ze skoliozą idiopatyczną.

– Deformacje kręgosłupa to problem dziecięco-młodzieżowy,



K. Domin

gdzie musimy sięgnąć po dość rozległe operacje – wyjaśnia dr Jasiewicz: – Do tej pory w większym stopniu wymagało to wspomaganie nawigacją czy fluoroskopią, zawsze bazującymi na promieniowaniu rentgenowskim.

Aby ograniczyć narażenie pacjentów i personelu na promieniowanie jonizujące, w szpitalu zdecydowano się na wykorzystanie innowacyjnej technologii nawigacji śródoperacyjnej 7D MRVision, łączącej obrazowanie MRI z systemem opartym na technologii *machine vision*, która pozwala precyzyjnie wprowadzać implanty, minimalizując ryzyko uszkodzenia nerwów czy naczyń krwionośnych, które są bardzo blisko pola operacyjnego.

– W trakcie operacji sprzęt do nawigacji, który ma zamontowaną kamerę, dosłownie widzi tylną powierzchnię kręgosłupa. Wykonując kilka milionów zdjęć w ciągu bardzo krótkiego czasu potrafi tak ten obraz przetwarzać, że w połączeniu z rezonansem wykonanym dzień wcześniej, daje nam to trójwymiarowy obraz kręgosłupa, na podstawie którego możemy potem bezpiecznie wprowadzać implanty



arch. CM UJ

Dr Barbara Jasiewicz w czerwcu br. odebrała z rąk prof. Macieja Małeckiego nominację na dyrektora USOR

– wyjaśnia dr Potaczek, dodając: – Cały czas staramy się szukać innowacyjnych metod zwiększających też bezpieczeństwo operacji. W tym przypadku nie narażamy na promieniowanie rentgenowskie pacjentów, którymi zwykle są dzieci w wieku kilkunastu lat. Jeśli mają powtarzane badania rentgenowskie oraz dodatkowo wykonywane badanie TK, istnieje ryzyko, że w 5., 6. dekadzie życia będą mieć zwiększoną zapadalność na choroby nowotworowe, o czym wiemy z doniesień naukowych.

Urządzenie wykorzystane podczas zabiegu nie jest własnością szpitala, zostało wypożyczone. – Koszt zakupu to około 2 mln zł, co przekracza nasze możliwości. Możemy się starać o dofinansowanie poprzez różnego rodzaju konkursy, ale to proces czasochłonny – mówi dyrektor Jasiewicz, wspominając także o planach inwestycyjnych szpitala: – Chcielibyśmy zmodernizować blok operacyjny, powiększyć go o jedną salę operacyjną, tak, by pacjenci nie musieli czekać do nas w kolejce ponad rok. To takie nasze marzenie.

W przyszłości szpital planuje dalszy rozwój nie tylko w zakresie ortopedii dziecięcej, w tym przede wszystkim chirurgii kręgosłupa, ale też w kierunku leczenia ortopedycznego dzieci z chorobami rzadkimi, takimi jak zespół Retta czy rdzeniowy zanik mięśni. W przypadku tej drugiej grupy pacjentów leczenie ortopedyczne jest konieczne, ponieważ u niemal 95 proc. osób z SMA, które nie chodzą, rozwijają się deformacje kręgosłupa wymagające operacji.

– Świadomość, że te operacje można u nich wykonywać, była kilka lat temu stosunkowo niska, mimo że było dużo osób w wieku dorastania i dorosłym, które miały ogromne deformacje. Jeśli spojrzymy na stan sprzed 15 czy 20 lat i obecny, zobaczymy, że teraz większość tej populacji jest zoperowana. Większość chorych w Polsce trafia właśnie do nas i są to osoby w różnym wieku – od lat najmłodszych do dorosłych – podkreśla dr Tomasz Potaczek, który od lat współpracuje z fundacją SMA, jedną z największych w Europie



arch. USOR

Dr Tomasz Potaczek z zespołem w trakcie przeprowadzania operacji kręgosłupa z wykorzystaniem technologii 7D MRVision

organizacji pacjenckich, by zwiększać świadomość na temat nowych możliwości leczenia tej choroby i wspólnie szukać najlepszych rozwiązań dla pacjentów. Jest także zaangażowany w opracowywanie rekomendacji postępowania rehabilitacyjnego i ortopedycznego w SMA, które najprawdopodobniej tej jesieni „ujrzą światło dzienne”.

Dr Potaczek podkreśla, jak olbrzymią ewolucję przeszło leczenie tej choroby. Przede wszystkim od kilku lat wszystkie terapie lekowe są w Polsce refundowane, co jest unikatowe na skalę europejską. Prócz tego każde nowonarodzone dziecko ma wykonywane przesiewowe badanie w kierunku SMA. I choć nowe terapie nie eliminują całkowicie objawów choroby, znacznie poprawiają sprawność dzieci. Największym wyzwaniem pozostaje jednak leczenie najmłodszych pacjentów – przy bardzo słabej sile mięśniowej deformacje kręgosłupa rozwijają się wcześniej, w pierwszych 5 latach życia. I choć przeprowadzenie kilku operacji u pacjenta w wieku 3-5 lat jest możliwe, stanowi to większe wyzwanie dla chirurga, a potencjalne powikłania też są wyższe niż u osoby kilkunastoletniej.

Dr Jasiewicz zwraca uwagę na jeszcze jedną grupę pacjentów: dorosłych z chorobami typowymi dla wieku dziecięcego. – To pacjenci, którzy mają schorzenie genetyczne, które nie znika, gdy przestają być dzieckiem. Wtedy na ogół ortopedzi zajmujący się pacjentami dorosłymi nie wiedzą, co z nimi zrobić, a ortopedzi dziecięcy mówią, że to już nie są ich pacjenci. W naszym szpitalu przyjmujemy zarówno dzieci, jak i dorosłych, dlatego mamy możliwość świadczenia ciągłej opieki niezależnie od wieku. Dotyczy to także osób z przepukliną oponowo-rdzeniową czy mózgowym porażeniem dziecięcym. Mamy świadomość, że zapewnienie ciągłości opieki daje tym dzieciom i ich rodzicom poczucie bezpieczeństwa.

W USOR nie ma też przekazywania pacjenta „z rąk do rąk”. – W poradni pacjent zwykle spotyka tego samego →



arch. USOR

→ lekarza, który go operował. I to on ocenia, jak trzeba go dalej prowadzić. Dotyczy to także rehabilitacji, która nie zawsze jest konieczna, a czasem potrzebna – mówi dyrektor Jasiewicz. Należy również pamiętać, że do szpitala trafiają również pacjenci z wielochorobowością, z różnych części Polski – trzeba im zapewnić opiekę specjalistów, co dla

ośrodka monospecjalistycznego jest sporym wyzwaniem logistycznym.

Dyrektor Jasiewicz zapewnia, że operacji z wykorzystaniem innowacyjnych metod, które zwiększają bezpieczeństwo pacjenta, będzie w szpitalu coraz więcej. Placówka jest certyfikowanym ośrodkiem szkoleniowym AOSpine – globalnej sieci referencyjnych ośrodków chirurgii kręgosłupa, i organizuje staże dla medyków z całego świata z zakresu leczenia deformacji kręgosłupa i technik małoinwazyjnych. Są tu też organizowane szkolenia Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa, które w listopadzie br. będzie mieć w Zakopanem już XII Zjazd Naukowy. Oczywiście w Uniwersyteckim Szpitalu Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym prowadzone są także zajęcia dydaktyczne w ramach Katedry Ortopedii i Kliniki Ortopedii i Rehabilitacji UJ CM, której dr Barbara Jasiewicz od 2009 r. jest kierownikiem. Bo choć UJ kojarzy się z Krakowem, warto pamiętać, że ma on swoją „ambasadę” u stóp Nosala, związaną z Wydziałem Lekarskim UJ dokładnie od 106 lat.

Katarzyna Domin

Każdy lekarz ginekolog musi wiedzieć, jak rozpoznać tę chorobę

Endometrioza nareszcie w koszyku

Endometrioza dotyka na całym świecie około 10-15 procent kobiet w wieku rozrodczym. W Polsce zmagać się z nią może nawet 2 mln kobiet. To tylko szacunki, bowiem opóźnienia w diagnozie sięgają 6-8 lat. Tymczasem ta choroba może być przyczyną nawet połowy przypadków niepłodności, nierzadko wiąże się z ogromnym cierpieniem kobiet, a do niedawna – także z poważnymi wydatkami na leczenie, które na dodatek bardzo trudno było uzyskać. Uruchomienie 1 lipca finansowanego przez NFZ programu kompleksowej opieki nad pacjentkami z endometriozą głęboką wiele osób uznaje więc za sukces. Jeden z niewielu w polskiej ochronie zdrowia.

W południowo-wschodniej Polsce jedynym ośrodkiem, który systemowo będzie się zajmował pacjentkami

z najcięższą postacią endometriozy, jest Szpital Uniwersytecki w Krakowie. I właśnie tu 7 lipca, na dwa tygodnie przed zdymisjonowaniem, minister Izabela Leszczyna uroczyście ogłosiła wpisanie diagnostyki i kompleksowego leczenia endometriozy do katalogu świadczeń refundowanych.

Choroba stała się bardziej znana dopiero w ostatnich latach, głównie dzięki kampanii telewizyjnej i reportaży TVN pod tytułem „Taka twoja uroda”. Cierpienie, bezradność kobiet dotkniętych endometriozą pokazano tam bez żadnych filtrów. Coraz większa jest świadomość tej choroby. W ubiegłym roku liczba hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych w związku z endometriozą wzrosła w Polsce o ok. 20 procent w porównaniu z rokiem poprzednim.

– Rozporządzenie Ministra Zdrowia, które wprowadza program opieki dla kobiet z endometriozą, ściśle współgra z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników opublikowanymi we wrześniu ubiegłego roku. Mówią one, że w przypadku braku skuteczności pierwszej linii leczenia pacjentka powinna zostać skierowana do ośrodka referencyjnego. Ale dotąd tych ośrodków referencyjnych nie było. Są od 1 lipca – tłumaczył podczas specjalnie zorganizowanej konferencji dr hab. Paweł Basta, specjalista ginekolog z Kliniki Ginekologii i Onkologii Katedry Ginekologii i Położnictwa UJ CM i Breast Unit Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Nowy model pozwala na skuteczniejszą diagnostykę i leczenie tej przewlekłej choroby – zmienia sposób refundacji i wprowadza do katalogu świadczeń leczenie zabiegowe endometriozy głęboko naciekającej. Powołano 8 centrów referencyjnych, spełniających bardzo ostre wymagania. Są to wysokospecjalistyczne ośrodki, które otrzymały pozytywną opinię konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz były zweryfikowane przez oddziały wojewódzkie NFZ. Gwarantują więc najwyższy poziom leczenia endometriozy. Można w nich wykonać pogłębioną diagnostykę, w tym specjalistyczne badania, które kwalifikują do leczenia operacyjnego. Poza Krakowem są to szpitale w Lublinie, Katowicach, Opolu, Łodzi, Poznaniu, Warszawie i Gdyni. Pacjentki z endometriozą głęboką mogą w nich liczyć na kompleksową, wysokospecjalistyczną opiekę ginekologa i położnika, a także pielęgniarki, fizjoterapeutów, dietetyków, psychologów. Najciężej chorym kobietom zapewniają nie tylko operacje, lecz również opiekę pooperacyjną, konsultacje lekarzy innych specjalności oraz monitorowanie stanu zdrowia po zabiegu.

– Ogromnym problemem pozostaje diagnostyka. Żadna ustawa nie zmienia rzeczywistości, to rola lekarzy. Dlatego potrzebne jest wypracowanie standardu diagnostycznego, by wszyscy lekarze wiedzieli, jak postępować, gdy pacjentka zgłasza objawy mogące świadczyć o endometriozie – apeluje prof. Ewa Wender-Ożegowska z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, konsultant krajowa w dziedzinie położnictwa i ginekologii.

Proponowany schemat diagnostyczny u pacjentek, które zgłaszają problemy pozwalające przypuszczać, iż może to być endometrioza, przewiduje po pierwsze bardzo szczegółowy wywiad i następnie należy wykonać badanie ginekologiczne (we wziernikach, dwuręczne) a potem ultrasonografię. U większości pacjentek ten schemat będzie wystarczający. Jeśli nie, w wybranych przypadkach konieczna

jest dalsza diagnostyka i ewentualnie laparoscopia.

Dzięki postępowi w diagnostyce obrazowej, w ultrasonografii, dziś łatwiej wykryć endometriozę. Przy rozsiągniętych ogniskach wykonuje się rezonans magnetyczny. Trudno więc powiedzieć, czy pacjentek przybywa, bo coraz więcej kobiet choruje, czy po prostu mamy lepsze narzędzia diagnostyczne i większą świadomość. Tak naprawdę nie dysponujemy danymi epidemiologicznymi. Wiadomo natomiast, ile rozległych zabiegów chirurgicznych u kobiet z endometriozą głęboką wykonano w ubiegłym roku w krakowskim Szpitalu Uniwersyteckim – ponad 90. Bowiem każdy z ośmiu teraz wyznaczonych centrów kompetencji zajmuje się leczeniem zaawansowanej endometriozy od lat, mimo iż takiej procedury do lipca br. nie było w koszyku świadczeń finansowanych przez NFZ. Niestety, zabiegów podejmowały się także ośrodki bez odpowiednich kompetencji, nierzadko wyrządzając kobietom jedynie krzywdę. Tymczasem terapia endometriozy powinna być oparta o długofalowy plan, z maksymalizacją leczenia farmakologicznego i minimalizacją liczby zabiegów chirurgicznych.

Wszyscy mają nadzieję, że tych najpoważniejszych przypadków będzie coraz mniej, bo endometrioza będzie szybciej diagnozowana i prawidłowo leczona na wczesnych etapach. Specjaliści nie zaprzeczają, iż często kobiety cierpiały z braku wiedzy lekarzy i tradycyjnego poglądu, że „miesiączka musi boleć”. Ale winą bywa po obu stronach – w pierwszej linii leczenia stosuje się leki hormonalne – antykoncepcyjne, a tych nadal wiele Polek (zwłaszcza matek cierpiących nastolatek) boi się jak diabła święconej wody.

Standardy opieki zostały określone w międzynarodowych rekomendacjach, które niebawem zostaną opublikowane. Polska jest jednym z europejskich pionierów w tworzeniu systemu opieki nad pacjentkami z endometriozą. Na działanie centrów kompetencji przeznaczono w tym roku 24 mln zł, lecz minister Izabela Leszczyna zapewniała w Krakowie, iż jeśli potrzeby okażą się większe, budżet zostanie zwiększony. Najważniejsze jednak, by pacjentek potrzebujących najbardziej zaawansowanych procedur było coraz mniej.

– Pracujemy nad tym, by każdy ginekolog w Polsce dostał do ręki wytyczne, jak przeprowadzać wywiad z pacjentką, jakie badania wykonać, jak przeprowadzić badanie ginekologiczne, żeby stwierdzić, czy nie ma endometriozy i w razie potrzeby, by natychmiast wdrożyć pierwszą linię leczenia. Operacja to ostateczność – podkreślają eksperci.

(JGH)



Sztuczna inteligencja nie zastąpi inteligencji lekarza

Wyzwania biomedycyny

Przyszłość to współpraca ludzi i agentów AI nad wspólnym rozwiązywaniem złożonych problemów – twierdzi prof. Włodzisław Duch z Uniwersytetu im. M. Kopernika w Toruniu. Czy przyszłość medycyny to współpraca lekarzy i agentów AI lub raczej: jak szeroka będzie ta współpraca – m.in. na takie pytanie można było znaleźć odpowiedź podczas obrad 6. Środkowoeuropejskiego Kongresu Biomedycznego (CEBC), który pod hasłem *Integrating Neuropharmacology and Bioinformatics with AI* pod koniec lipca odbył się w Krakowie.

CEBC to interdyscyplinarne, międzynarodowe spotkanie badaczy reprezentujących różne obszary nauki, w tym farmakologię, medycynę, biologię, biotechnologię, chemię, bioinformatykę, inżynierię. Organizatorami tegorocznego kongresu byli Instytut Farmakologii im. Jerzego Maja PAN, Uniwersytet Jagielloński oraz AGH w Krakowie. Program spotkania koncentrował się na najnowszych osiągnięciach z pogranicza neurofarmakologii, bioinformatyki i AI, w kontekście diagnostyki i leczenia chorób neurologicznych. Mówiono m.in. o powiązaniach chorób i metod leczenia w bankach danych genomowych, chorobach zakaźnych, nowych modelach i narzędziach w badaniach nad komórkami macierzystymi, metodach badawczych i modelowaniu w zastosowaniach medycznych, nowatorskich metodach diagnostycznych w medycynie.

Obradom współprzewodniczyli: prof. Małgorzata Filip (IF im. Jerzego Maja PAN), prof. Joanna Pera (UJ CM) oraz prof. Aneta Frączek-Szczypta i prof. Robert Filipek (AGH).

Prof. Małgorzata Filip, kierownik Zakładu Farmakologii

Uzależnień IF PAN, od lat prowadzi badania m.in. nad mechanizmem uzależnień, które stanowią przecież coraz większy problem współczesnych społeczeństw. Podczas Kongresu spytaliśmy więc, czy postęp nauki i sztuczna inteligencja dają szansę na odkrycie skutecznej terapii uzależnień:

– Przez wiele lat w badaniach nad uzależnieniem obowiązywała koncepcja związana z zaburzeniami w układzie dopaminergicznym, czyli tym, który jest pobudzany przez różne substancje psychoaktywne, o różnym mechanizmie działania. Zawsze był ten pierwszy etap – uwalnianie dopaminy. Potem okazało się, że długotrwałe przyjmowanie takich substancji powoduje zaburzenia w innych układach neuroprzekątnikowych mózgu, szczególnie w układzie glutaminianergicznym. Pojawiła się więc koncepcja, pochodząca z USA, która dowodziła, że różne substancje uzależniające wielokrotnie przyjmowane powodują zmiany adaptacyjne w mózgu, które zmieniają funkcjonowanie układu glutaminianergicznego. W badaniach na zwierzętach zaczęto z powodzeniem stosować n-acetylocysteinę, dostępną w każdej aptece, bowiem

wykazano, że lek ten, łącząc się z antyporterem cysteino-glutaminowym, reguluje przepływ glutaminianu zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz komórek w mózgu, w ten sposób odwracając zaburzoną funkcję układu glutaminianergicznego i hamując nawroty do nałogu. Tyle tylko, że w praktyce taka terapia nie jest możliwa, ponieważ dawki n-acetylocysteiny zapobiegające zmianom w mózgu są bardzo wysokie. Większość pacjentów nie byłaby w stanie ich przyjmować. Inne ukończone badania kliniczne nie wykazały korzystnych, terapeutycznych efektów n-acetylocysteiny – wyjaśniła prof. Małgorzata Filip.



Skutecznych i bezpiecznych terapii uzależnień poszukuje się jednak nieustannie. Istotne osiągnięcia w tym zakresie mają badacze pracujący pod kierunkiem prof. Małgorzaty Filip:

– W badaniach na specjalnych modelach zwierzęcych udało się wyselekcjonować charakterystyczne białka biorące udział w procesie uzależnienia. Okazało się, że są one różne w zależności od płci – samice mają ekspresję innych białek, a samce innych. Mechanizm uzależnienia może być więc inny u kobiet, a inny u mężczyzn, co może oznaczać, że potencjalna terapia też powinna być zróżnicowana. Dotychczasowe badania przedkliniczne obejmowały wyłącznie samców, a leki dobiera się przecież dla całej populacji. Dopiero od kilku lat rządowe agencje regulacyjne i fundatorzy badań wymagają uwzględniania obu płci zarówno w badaniach na zwierzętach, jak i w badaniach klinicznych. Celem jest bardziej reprezentatywne i rzetelne określenie skuteczności oraz bezpieczeństwa leków. Co istotne, w uzależnieniach cele sięgania po substancje uzależniające także są różne u kobiet i mężczyzn. To również powinno determinować wybór skutecznej terapii – tłumaczy profesor Filip.

Podobne różnice zależne od płci obserwuje się w przypadku depresji, zwłaszcza w kontekście białek zapalnych warunkujących rozwój choroby. Depresja to kolejny globalny

problem współczesnego świata, podobnie jak budzące powszechny lęk choroby neurodegeneracyjne, o których także dyskutowano podczas CEBC. Pojawiły się nowe leki – inhibitory cholinesterazy, neuroprzekaznika ważnego dla funkcjonowania układu nerwowego, czy memantyna, mamy też leki biologiczne, które działają na beta-amyloid, chronią przed postępowaniem choroby. Również u chorych na Alzheimera wykryto białka istotne w procesie rozwoju choroby.

– Liczne badania dotyczą diagnostyki. Nie tylko w chorobie Alzheimera, ale także w innych chorobach neurodegeneracyjnych, bardzo ważne jest to, by wykryć ją jak najwcześniej. Dzisiaj jednakże tylko choroba Huntingtona jest możliwa do wczesnego wykrycia na podstawie badań genetycznych, natomiast z innymi jest problem. Niestety, kiedy pojawiają się pierwsze objawy, zwykle neurodegeneracja jest już na tyle rozległa, że trudniej zatrzymać postęp choroby, nie mówiąc o wyleczeniu – podkreśla dr hab. Joanna Wierońska, kierownik Pracowni Neurobiologii Zaburzeń Psychiczych IF PAN w Krakowie.

Naukowcy współpracując z lekarzami poszukują nie tylko nowych leków, ale też nowych zastosowań dla leków już znanych. Nowoczesne narzędzia i AI dają takie możliwości.

– Dużo badań ukierunkowanych jest na medycynę spersonalizowaną, zwłaszcza w neurologii. Indywidualizowana powinna być już diagnostyka. A potem potrzebujemy szerokiego wachlarza leków, by dobierać je najlepiej dla danego pacjenta. Na przykład niektóre osoby ze schizofrenią mają wyższy od innych poziom dopaminy i dobrze reagują na dostępne leki, ale są też pacjenci, którzy w ogóle nie mają zmian w układzie dopaminergicznym. Potrzebują innych leków, których na razie nie mamy – podkreśla dr hab. Joanna Wierońska.

Zdaniem naukowców zarzut, iż indywidualne terapie są zbyt kosztowne, by stały się standardem, jest bezzasadny. Takie leczenie będzie w ostatecznym rozrachunku tańsze, bo skuteczne.

Wizjonerstwo badaczy oraz postęp technologiczny, w tym wsparcie AI, niestety nie idą w parze z rozwiązywaniem problemów bardzo przyziemnych, jak np. dostęp lekarza do danych zdrowotnych pacjenta, by świadomie dobierać leki, bez ich dublowania czy znoszenia działania tylko z braku wiedzy, co zapisał inny specjalista. Kolejny, nagminny błąd – lekarze przepisują antybiotyki bez wykonania antybiogramu, czyli mogą wybrać coś, co w ogóle nie działa. Takie fałszywe oszczędności generują wysoki koszt często nieskutecznego leczenia. Jednak to temat do dyskusji podczas innej konferencji. Natomiast termin kolejnej, siódmej edycji CEBC ustalono na czerwiec 2027 roku.

*Jolanta Grzelak-Hodor
fot. archiwum organizatorów*

Na szczycie wulkanu

Potrzeba wielkiej determinacji i poświęcenia, by sięgnąć po koronę. A jeśli jest to Korona Wulkanów Ziemi, potrzeba też intensywnych treningów, logistycznych przygotowań i przyjaćki, która motywuje do działania. Na początku tego roku Koronę Wulkanów zdobyły jako pierwsze Polki **Klaudia Cierniak-Kożuch**, kierownik Oddziału Otolaryngologii Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie, i **Ewa Wachowicz**, autorka programu „Ewa gotuje”, restauratorka, była Miss Polonia. O swoich doświadczeniach z podróży po siedmiu kontynentach opowiedziały podczas czerwcowego spotkania Klubu Dyskusyjnego OIL.

Jak zawsze prowadził je – wspólnie z red. Urszulą Drukałą – prof. Janusz Skalski, który również stanął na szczycie niejednego wulkanu.

Cały projekt zdobycia korony wulkanów, którego pomysłodawczynią była doktor Cierniak-Kożuch, zajął 12 lat. Wszystkie kolejne szczyty panie zdobyły za pierwszym razem, bez używania tlenu, dlatego niektóre wejścia poprzedzała nawet 3-tygodniowa aklimatyzacja. Ostatni na liście był Mount Sidley (4285 m n.p.m.) na Antarktydzie, na którym krakowianki stanęły 14 stycznia br. Tę najtrudniejszą z wypraw poprzedziło zdobycie Kilimandżaro, Elbrusu – najwyższego wulkanu i góry Europy, Damavand w Iranie, Pico de Orizaba w Meksyku, Mount Giluwe w Papui-Nowej Gwinei i wreszcie Ojos del Salado, najwyższego, bo liczącego 6893 m n.p.m, wulkanu świata, położonego w Andach.

Każdy z wyjazdów to osobna fascynująca opowieść – o kulturze, którą trzeba uszanować, np. dostosowując strój do zasad obowiązujących w danym regionie, o współpracy z lokalnymi mieszkańcami i przewodnikami, o zmieniającej się szacie roślinnej, przedzieraniu się przez dżunglę z maczetami, pobycie na mieniącej się wielością barw pustyni Atakama, wspinaczce po lodowcu czy zaglądaniu do wnętrza wulkanu, z którego ciągle unosi



A. Bartoszek

się gryzący oczy siarkowodór. To także opowieść w klimacie Girl Power o tym, jak na co dzień wykonywane profesje lekarki i restauratorki przydają się „w terenie”.

Bez wątpienia największym wyzwaniem była wyprawa na Antarktydę, i to nie tylko ze względu na trudne warunki pogodowe. Przede wszystkim nie jest łatwo tam się dostać – loty na Antarktydę odbywają się tylko przy dobrej pogodzie, ponieważ nie ma tam wieży kontroli lotów, a boeing ląduje na czystym lodzie. Na miejscu problemem może być też choroba wysokościowa, gdyż ze względu na bliskość bieguna brak tlenu na szczycie Mount Sidley jest odczuwalny tak, jakby był on wyższy o ok. 600-800 metrów.

Jak wspomina Ewa Wachowicz: – Na Antarktydzie nie ma tragarzy. Wszystko, co ze sobą zabraliśmy, musieliśmy na własnych plecach i sankach wnieść na górę, także narzędzia i paliwo do kuchenek. Trzeba było bardzo precyzyjnie się spakować, przemyśleć, co kto będzie jadł, pamiętając, że pozyskiwanie wody też jest trudne. Wszystko, dosłownie wszystko trzeba też ze sobą zabrać z powrotem – na lodowcu nie może być po nas żadnego śladu, Union Glacier musi pozostać nieskazitelnie biały.

Jak wspominają krakowianki, w dniu wyprawy miały wymarzone okno pogodowe, piękne słońce, które

w styczniu nigdy tam nie zachodzi, i „tylko” minus 29 stopni C. Jednak załamanie pogody przyszło dużo szybciej, niż się spodziewały. Na szczycie widoczność się skończyła, więc powrót do bazy nastęczał wiele trudności.

– Do góry szliśmy 12 godzin, a wracaliśmy 17, chociaż mieliśmy 4. Okazało się, że GPS zwariował, więc krążyliśmy w kółko. Sprzęt nas zawiodł, gogle zamarzały... – wspominają: – Było trochę walki o życie, ale ważne, że wszystko dobrze się skończyło. Nagrodą był widok przepięknych formacji skalno-lodowych podświetlonych przez słońce.

Klaudia Cierniak-Kożuch i Ewa Wachowicz są pierwszymi Polkami, które zdobyły Koronę Wulkanów Ziemi, polska załoga męska wyprzedziła je o 6 tygodni. Są też 12. kobietami na świecie, które tego dokonały.

Na pytanie, dlaczego to robią, Ewa Wachowicz odpowiedziała: – Moje życie wypełnione jest tyloma obowiązkami, że gdzieś potrzebuję wyciszyć głowę, zluźnić, odpiąć się od internetu i telefonu. W górach trzeba się skupić tylko na sobie, na oddechu, wsłuchać w swój organizm, bo jeżeli coś zaniedbamy, to do fachowej opieki medycznej jest wszędzie daleko.

– Pracując w medycynie na co dzień mamy pewną dawkę adrenaliny. Ale po jakimś czasie potrzebujemy tej adrenaliny troszkę więcej – przyznała Klaudia Cierniak-Kożuch, dodając, jak ważne przed każdą wyprawą wysokogórską są nawet kilkumiesięczne treningi: – Nasza forma to jest odpowiedzialność za grupę. Nie mogę swoją słabą kondycją spowalniać grupy czy narażać ją na niepowodzenie.

O swoich doświadczeniach z wypraw w czasach studenckich na Damavand w Iranie i poprzedzających ją katorżniczych treningach w Tatrach, a także tych z ostatnich lat na wulkany Tungurahua i Cotopaxi w Ekwadorze czy Licanacabur w Chile opowiadał z kolei prof. Skalski. Nagranie ze spotkania jak zawsze dostępne jest na kanale YouTube OIL. Można się z niego dowiedzieć, jakie wyzwania stawiają przed sobą zdobywczyne korony wulkanów na najbliższe lata. Odpowiedź na pewno Państwa zaskoczy.

Katarzyna Domin

Relacje ze spotkań można obejrzeć na kanale YouTube OIL (@OIL_Krakow – Na żywo).



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

*– rabat możliwy do wykorzystania w miesiącach I-III, XI, w pozostałych miesiącach w przypadku dostępności pokoi

**– rabat możliwy do wykorzystania tylko w miesiącach I-III, XI

Doktor Anna Kot – laureatka Nagrody im. Andrzeja Janusza Fortuny 2025

Przypadkowy plan na spełnione życie

Czasem zastanawiam się, jak potoczyłoby się moje życie, gdybym po studiach została w Krakowie, na Uniwersytecie. Albo czy tak bardzo zaangażowałabym się w samorząd lekarski, gdybym kiedyś przypadkowo nie spotkała Zbyszka Żaka i Andrzeja Fortuny. Czy jednak to tylko przypadek?

- mówi **doktor Anna Kot**, lekarz stomatolog, wieloletnia Okręgowa Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, dziś przewodnicząca Komisji Rewizyjnej ORL w Krakowie
 - tegoroczna laureatka Nagrody im. Andrzeja Janusza Fortuny za zasługi dla polskiej stomatologii.
- Doktor Fortuna musiał mieć przeczucie, że warto młodą doktor Anię wciągnąć w ten samorządowy wir...

Na egzaminie dyplomowym ze stomatologii zachowawczej pani prof. Zofia Knychalska-Karwan zaproponowała mi pracę w Katedrze Stomatologii ówczesnej krakowskiej Akademii Medycznej, deklarując, że wyrazi też zgodę na otwarcie przeze mnie prywatnego gabinetu stomatologicznego. W tamtych czasach nie można było ot tak, bez pozwolenia po prostu uruchomić sobie gabinet. Ale ja nie przyjąłem tej oferty. Ku zdziwieniu wielu osób, po studiach spakowałam walizki i wyjechałam do Limanowej, gdzie mój mąż robił specjalizację z ginekologii. I to z Limanową postanowiliśmy związać nasze życie – opowiada doktor Anna Kot.

Patrząc z boku można się jednak zastanawiać, czy przypadkiem Pani Doktor od wielu lat nie spędza w Krakowie niewiele mniej czasu niż w Limanowej.

Z powiatowego ZOZ-u do własnej przychodni

Doktor Ania trafiła do limanowskiego Zespołu Opieki Zdrowotnej, który prowadził gabinety dentystyczne w wielu miejscowościach powiatu. Młodej stomatolożce udało się jednak pozostać w samej Limanowej. Pracy było wyjątkowo dużo.

– Miałam świetnych nauczycieli zawodu, których zawsze będę miło wspominać. To pani doktor Teresa Olejnik, moja pierwsza szefowa, doktor Zofia Galicka, która najpierw dzieliła



się ze mną swoimi umiejętnościami, a potem zgodziła się pracować w mojej przychodni – wspomina Anna Kot.

Zaangażowanie, energia i profesjonalizm nie mogły zostać niezauważone, więc na początku lat 90. doktor Kot została kierownikiem przychodni, w której zaczynała swą karierę zawodową. Znała już wtedy doktorów Zbigniewa Żaka (któremu z okazji rocznicy śmierci poświęcamy w tym numerze specjalne strony) i Andrzeja Janusza Fortunę, patrona nagrody, którą niebawem Anna Kot odbierze w Rytrze – wybitnych działaczy samorządu lekarskiego, orędowników niezależności lekarzy dentyków nie tylko w samorządzie lekarskim, ale

też na rynku świadczeń stomatologicznych. I to oni przekonali doktor Kot, że warto ryzykować:

– Dzięki ich wsparciu odważyłam się sprywatyzować stomatologię w powiecie limanowskim. Przede wszystkim te 32 gabinety stomatologiczne działające w ramach ZOZ były niedoinwestowane. A było wiadomo, że kasa chorych, która przejęła finansowanie świadczeń, stawia wymagania. Kiedy przedstawiłam dyrektorowi ZOZ listę potrzebnego sprzętu, dość szybko zgodził się na prywatyzację. Ówczesne władze samorządowe nie najlepiej mnie potraktowały, ponieważ nie chciałam się zgodzić na konglomerat pod nazwą „Stomatologia powiatowa”. Po rozmowach z doktorami Żakiem



i Fortuną wiedziałam jednak, że lepiej postawić na indywidualną prywatyzację – wspomina Anna Kot.

I ta prywatyzacja wydarzyła się na przełomie 1997/98 roku. Nawet ci, którzy obawiali się samodzielności, szybko uznali, iż była to słuszna decyzja. Najbardziej skorzystali pacjenci, wyposażenie dotąd uboższych gabinetów szybko wkroczyło w XXI wiek.

Doktor Anna Kot do dziś pracuje w tym samym miejscu, gdzie trafiła po studiach, tyle że z jednoosobowego gabinetu powstał NZOZ Specjalistyczna Przychodnia Stomatologiczna, zatrudniająca 30 osób, w tym 8 lekarzy dentystów, legitymująca się akredytacją do prowadzenia stażu podyplomowego lekarzy dentystów.

– Żałuję tylko tego, że zrobiłam specjalizację wyłącznie ze stomatologii ogólnej. Brakowało czasu, pochłaniał mnie gabinet, samorząd, rodzina. Jednak zawsze starałam się rozwijać, stawiać sobie nowe wyzwania, także we własnym gabinecie – mówi doktor Anna Kot.

Jednym z największych wyzwań było podjęcie się wykonywania zabiegów w znieczuleniu ogólnym u osób z niepełnosprawnością. Pierwszy przeprowadziła wkrótce po studiach, kiedy szefowa wysłała ją do szpitala, gdzie z powodu strasznego bólu zębów cierpiał jeden z takich pacjentów. Teraz, we własnym gabinecie, doktor Kot z zespołem wykonuje u pacjentów pod narkozą około 200 zabiegów rocznie. To daje satysfakcję. Leczenie osób z niepełnosprawnością, w znieczuleniu ogólnym jest trudne, nie ma zbyt wielu chętnych do udzielania takich świadczeń.

Przez całe lata współpracowała z jednym anestezjologiem – doktorem Wojciechem Groniem, odgrażając się, że zakończy tę działalność z chwilą jego rezygnacji. Doktora Gronia choroba wyłączyła z pracy, lecz pacjenci nadal mogą liczyć na swoją panią doktor i jej zespół.

– Niektórych leczę od wielu lat, wiąże nas długa znajomość – mówi doktor Anna Kot.

Samorząd nie do przecenienia

– Chyba nie potrafię wytłumaczyć, dlaczego tak bardzo zaangażowałam się w działalność samorządową, mając mnóstwo pracy zawodowej i rodzinę. Przypadek? Pewnego razu pojechałam z moją szefową z ZOZ na konferencję stomatologiczną do Rytra, wówczas jeszcze organizowaną niezależnie od Izby Lekarskiej, przez doktora Fortunę z profesorem Jańczukiem. Poznałam tam wiele osób, z całej Polski, wśród nich właśnie Andrzeja Fortunę i Zbyszka Żaka, już bardzo aktywnych w samorządzie. I to oni mnie zainspirowali, wciągnęli do tej pracy.

Już od II kadencji samorządu – od 1993 roku – Anna Kot była zastępczynią rzecznika odpowiedzialności, by w końcu przez dwie kadencje (od 2009 roku) pełnić funkcję Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w krakowskiej Izbie. Od II kadencji jest delegatką na Okręgowy Zjazd, a od 2005 roku – na Krajowy Zjazd Lekarzy. Obecnie pełni funkcję przewodniczącej Komisji Rewizyjnej ORL.

– Zawsze starałam się integrować środowisko stomatologiczne, nie tylko w Limanowej. Pomagałam starszym kolegom, organizowaliśmy spotkania, od czasu do czasu jakieś szkolenia. Teraz coraz rzadziej podejmujemy w Limanowej takie inicjatywy, bo zmienia się styl życia, pracy i nauki – mówi Anna Kot, dodając: – Działam w samorządzie najlepiej, jak potrafię. Dla mnie samorząd lekarski jest bardzo ważny i jego znaczenie dla lekarzy i lekarzy dentystów jest nie do przecenienia. Szkoda, że przez wielu jest dziś niedoceniane.



Po zakończeniu misji OROZ doktor Kot ubiegała się o stanowisko Naczelnego Rzecznika, jednak podczas tamtych wyborów kandydaci do NRL z Krakowa nie mieli żadnych szans w starciu z grupą młodych oponentów. A Anna Kot dopiero z perspektywy czasu dostrzegła, jak bardzo obciążająca psychicznie była dla niej funkcja Rzecznika, który przecież często podejmuje decyzje dotyczące ludzkich losów.

→

→ – Staram się zawsze robić wszystko solidnie, z poświęceniem i to jest bardzo trudne. Czasem zachowania koleżanek i kolegów nie były zgodne z etyką, jaką wszyscy powinniśmy się kierować. Musiałam nieraz patrzeć, jak lekarz, który ewidentnie nie dochował zasady staranności, z uśmiechem wszystkiego się wypiera, nie poczuwa się do żadnej winy, choć była ewidentna – opowiada była Rzecznik.

Kilka osób zapamięta na zawsze. Na przykład pewnego lekarza, którego pacjentka ucierpiała, bo ten, mimo obowiązku, nie odbierał w dyżurce telefonu. Uważał, że należy mu się odpoczynek, choćby ktoś umierał. Ale byli też tacy, którzy potrafili przyznać się do błędu, potrafili przeprosić.

– Ubolewam nad tym, że starsi lekarze często nie dają młodym lekarzom dobrego przykładu – mówię to na podstawie akt, rozmów z pacjentami i lekarzami. Co więcej, czasem nawet pomagają w lekceważeniu obowiązków, choćby podpisując młodym lekarzowi kartę stażu bez odpracowania przez niego wymaganych godzin. Młodych lekarzy trzeba uczyć i angażować. Może to naiwne, lecz wierzę, że w naszym zawodzie bezcenna jest relacja mistrz-uczeń – podkreśla Anna Kot.

Według niej, bezcenna jest także działalność samorządu. Wielu młodych lekarzy, zresztą nie tylko młodych, nie widzi korzyści z przynależności do Izby. A te są niezaprzeczalne.

– Czy na przykład na pewno nie jest potrzebny lekarski sąd, czy wystarczy działanie sądów powszechnych, jak twierdzą niektórzy? Bardzo wielu kolegów nawet nie wie, że do Izby wpłynęła skarga pacjenta. Bezzasadne skargi po prostu odrzucamy, a lekarz, niebędący na tym etapie stroną postępowania, nie dostaje o tym informacji – tłumaczy doktor Anna Kot, podkreślając, że lekarzy trzeba szeroko i nieustannie informować o roli samorządu zawodowego i jego działalności. I o tym, że wiele lekarskich problemów znajduje rozwiązanie właśnie dzięki samorządowi.

– Dlatego trzeba też zachęcać młodzież do pracy społecznej. Jest to trudne, lecz wykonalne, tylko od nas zależy, czy się uda – mówi wieloletnia działaczka samorządu lekarskiego.

To jednak nie wszystko...

Społecznikowska żyłka nie pozwoliła Annie Kot ograniczyć się do pracy na rzecz własnego środowiska zawodowego. Jest także członkinią zarządu Stowarzyszenia Lekarze Nadziei, które od lat niesie pomoc osobom w kryzysie bezdomności, wykluczonym, cierpiącym z powodu różnych katastrof.

Jak w tym wszystkim znaleźć życiowy balans? Zapewne kotwicą jest dla doktor Kot rodzina. Wszak to dla męża zrezygnowała z akademickiej kariery. Wciąż oboje są ludźmi



bardzo zapracowanymi – doktor Andrzej Kot, mąż tego-rocznej laureatki Nagrody im. A. J. Fortuny, jest lekarzem specjalistą ginekologii i położnictwa. Jednak mają wspólne pasje i starają się spędzać ze sobą jak najwięcej czasu. Lubią podróże. Kiedyś były to spontaniczne wyprawy kampe-rem, dziś już wyjazdy z wygodniejszymi noclegami w murowanych ścianach. Kochają Włochy i włoską operę, więc od lat starają się co roku uczestniczyć w letnim festiwalu operowym w Weronie.

– Obejrzelismy tam mnóstwo fantastycznych spektakli, w tym roku aż dwa – „Nabucco” i „Rigoletto”. Niezapomniane przeżycie – wspomina Anna Kot.

Państwo Kotowie doczekali się trzech córek. Jedna została adwokatem, druga pracuje w jednym z największych serwisów streamingowych na świecie, trzecia poszła w ślady ojca i właśnie odbywa rezydenturę: – Ma szczęście, ponieważ jest w szpitalu, w którym czuje się bardzo potrzebna i bardzo wiele się uczy – mówi dumna mama, dodając: – Choć żadna z córek nie przejmie po mnie gabinetu, jestem szczęśliwa, kiedy widzę, jak lubią swoją pracę, jak się w niej spełniają. Ich szczęście jest dla mnie najważniejsze. Ja przecież też miałam własny plan na życie...

Wysłuchała Jolanta Grzelak-Hodor
Fot. Archiwum rodzinne



Element komunikacji

Znają to Państwo wszyscy, lekarze i pacjenci, w większości jedni i drudzy nieprzykładający należytej wagi do towarzyszącej każdemu leкови (na receptę), misternie poskładanej ulotki. A to przecież zgodnie z dyrektywą Unii Europejskiej (2001/83/UE) i polskim Prawem farmaceutycznym główny „element komunikacji” między producentem leku a pacjentem.

Generalnie większość pacjentów zawiera po wizycie zaleceń lekarzy, a ci z pacjentów, którzy pogrążyli się w czytaniu dziwnie poskładanych, eleganckich skądinąd ulotek, popadają we frustrację.

Powód wielkości tych ulotek jest banalny. Koncerny będące producentem leków po prostu boją się kar (sięgających niekiedy miliardów), które amerykańskie czy europejskie instytucje kontroli jakości leków nakładają na wadliwy produkt za szkodę w zdrowiu lub życiu pacjenta. Stąd w ulotkach każdego leku na receptę dominuje obszerna, obowiązująca informacja o składzie leku, jego działaniu, dawkowaniu, wskazaniach i przeciwwskazaniach, skutkach ubocznych, przechowywaniu – a wszystko to w zrozumiałej dla przeciętnego pacjenta ulotce informacyjnej.

Niestety, w tej konwencji komunikacji pacjenci również boją się ulotek. Rozległe wyliczenie zagrożeń towarzyszących spożyciu przypisanego leku nawet zdrowego pacjenta może przyprawić o rozstrój nerwowy. A lekarze też popadają w niepokój, czy aby planowany lek nie zaszkodzi pacjentowi w efekcie skutków ubocznych. Zapisują zatem to, czego są pewni, o ile pewność jest tu w ogóle możliwa.

By zmieścić ulotkę w opakowaniu (kilkanaście tysięcy znaków), trzeba ją wydrukować na cienkim papierze niskiej gramatury (40-60 g/m²), małą czcionką (do 6 punktów drukarskich), i trzeba ją poskładać w harmonijkę, by się zmieściła w opakowaniu zawierającym niekiedy zaledwie 1 tabletkę. Zajmują się tym *folding engineers*, czyli artyści najwyższej klasy introligatorskiej. Także tylko nieliczne zakłady poligraficzne podejmują się tego rodzaju druków. Centrum tej specjalizacji w naszym kraju znajduje się w Gorzowie Wielkopolskim.

Ulotek informacyjnych (nie mylić z reklamą) wymagają też urządzenia i środki medyczne (poczynając od termometru czy rękawiczek i maseczek), niektóre kosmetyki specjalistyczne, wreszcie środki zwalczania insektów w ogrodnictwie. Lekarzom natomiast zaleca się jednak uważne przejrzanie ulotek, gdy towarzyszą lekom wysokiego ryzyka. Wbrew powszechnej gotowości do bagatelizowania tych czasem wielkich kartek są one także naszym ubezpieczeniem.

A jeśli mowa o bezpieczeństwie, zwłaszcza na tle ostatnich przejawów agresji wobec lekarzy, a także wobec całego środowiska medycznego, to krakowska Izba Lekarska wystąpiła ostatnio z bezspornie sensowną inicjatywą stworzenia systemu pod nazwą „Bezpieczny Medyk”, który na początek zebrałby informacje o wszystkich incydentach, aktach agresji, publicznych pomówieniach w jedną całość. W jednym raporcie, obejmującym szpitale, SOR-y poradnie, ratownictwo itp. znalazłby się dane o przypadkach agresji, pozwalając na zdefiniowanie skali zjawiska. Jednocześnie byłoby to podstawą sformułowania spójnej koncepcji przeciwdziałania patologii. Inicjatorzy podkreślają, iż „System Bezpieczny Medyk” byłby też hołdem pamięci zamordowanego w Szpitalu Uniwersyteckim lekarza, doktora Tomasza Soleckiego.

Idea obejmuje zakresem również standardy postępowania, niezbędne środki przeciwdziałania, mechanizmy współpracy z organami ścigania, z mediami, szkolenia, środki bezpieczeństwa itd. Co cieszy – inicjatywa ta znalazła już uznanie nie tylko w izbach innych zawodów medycznych, ale też w resorcie zdrowia. Miejmy nadzieję, że trafi ona w formie przygotowanego dokumentu na forum parlamentarne. A ulotki, od których rozpocząłem ten tekst, opracowane przez ekspertów farmacji, są przykładem, jak trzeba zabezpieczać swoje interesy. Naszym interesem, nie tylko lekarzy, ale też pacjentów, jest wdrożenie platformy „Bezpieczny Medyk”.

Stefan Cieplý

Pamięci doktora Zbigniewa Żaka (1944 – 2005)

20 lat nieobecności

Tak, to już 20 lat nieobecności Zbigniewa Żaka w krakowskim samorządzie lekarskim. Dla młodszych lekarzy to jedynie legenda o stomatologu, kiedyś wspólnie z Andrzejem Wajdą nominowanym ambasadorem Piwnicy pod Baranami. Stomatologu negocjującym, w roli wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, m.in. nasz traktat akcesyjny w zakresie uznawania lekarskich kwalifikacji zawodowych w Unii Europejskiej.

Zbigniew Żak urodził się w 1944 roku w Szczawnicy, w rodzinie ekonomisty Władysława Żaka, w swoim czasie burmistrza Makowa Podhalańskiego. Wcześniej stracił mamę, lecz jego wychowania podjęła się druga mama, pani Zofia, znana stomatolożka z Bochni, o której lata temu, z okazji jej 100. urodzin, pisaliśmy na naszych łamach. To ona rozbudziła w Zbigniewie zainteresowanie stomatologią, które zaowocowało w 1967 roku uzyskaniem stosownego dyplomu krakowskiej Akademii Medycznej.

By rocznicowe wspomnienie o Zbysku Żaku nie nabrało cech nekrologu, wspomnę tylko wyrywkowo niektóre epizody z jego życia. Epizody utrwalone na tablicy z płaskorzeźbą jego profilu (dłuta Mariana Koniecznego), wmurowanej w Krakowie przy ul. Batorego 3, gdzie mieści się Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna. Tamże zaprzyjaźniony ze Zbyszkim poeta Leszek Długosz napisał: „że ogień, że śpiew wspólny niecił i w trudzie innych widział swe udziały, dlatego więcej żył, więcej tu zostawił”.

Jeszcze podczas studiów Zbyszek Żak dał się poznać jako działacz Rady Okręgowej Zrzeszenia Studentów Polskich, organizator rajdów „Eskulapa”, wyjazdów „Almaturu”. W znakomitej monografii Piwnicy pod Baranami Joanna Olczak-Ronikier na pierwszej stronie wspomina „promiennego stomatologa”, który współtworzył klimat „Piwnicy” od zarania. Ten sam ton pobrzmiewa o Zbysku we wspomnieniach Krzysztofa Jasińskiego o Teatrze STU.



Istotą natury Zbyszka była przede wszystkim jego postawa obywatelska, niezależność myślenia, kreatywność, a przede wszystkim empatia dla ludzi, kapitalnie zjednująca mu otoczenie. On po prostu lubił wszystkich i każdy czuł się przy nim doceniony.

Był jednym z członków Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich w Polsce w 1989 roku, konsultantem Ustawy o izbach lekarskich. A potem, u boku prezesa Jana Ciećkiewicza, był sekretarzem pierwszej kadencji Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie i jej współorganizatorem. Dodajmy, że wówczas Izba nie miała ani własnej siedziby, ani nawet rejestru swoich członków. Nie było nic poza ustawą z maja 1989 roku, re-

aktywującą samorząd lekarski. Później były kolejne etapy kariery samorządowej, aż po stanowisko wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej w IV kadencji samorządu.

Na płaszczyźnie zawodowej jego dokonaniem było (w przyjacielskiej rywalizacji ze Stanisławem Majewskim, twórcą Instytutu Stomatologii) zorganizowanie własnej siedziby Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej we wspomnianej kamienicy przy ul. Batorego 3 w Krakowie i skupienie w tej placówce świetnej kadry (m.in. Anna Maciąg, Jerzy Chodacki, Magdalena Ciaputa, Zofia Brykowa), uzyskanie praw do prowadzenia przez WPS szkolenia specjalizacyjnego. Jego zasługą było też stworzenie sieci powiatowych poradni stomatologicznych i gabinetów szkolnych, obejmujących opieką ponad 80 proc. uczniów w województwie.

Wszystko to nie oddaje osobowości Zbyszka, z niezwykłą łatwością nawiązującego przyjazny kontakt z osobami nawet przypadkowo spotkanymi na ulicy, w sklepie czy na spacerze. Kochany przez personel Przychodni, obdarzający przyjacielskim pocałunkiem bez wyjątku wszystkie kobiety świata, z wyróżnieniem tych z WPS. Dobry duch, wnoszący szczyptę żartu w codzienność, a równocześnie stanowczy, gdy przyszło stać na straży interesów Przychodni. Przetrwiał w roli jej szefa 31 lat, jak wyliczyliśmy w 2004 roku w tytule jubileuszowego tekstu na łamach „Galicyskiej Gazety” (2/78/2004) – „4 pierwszych sekretarzy, 14 premierów, 18 wojewodów, 21 ministrów zdrowia”.

To wspomnienie wymaga jeszcze chwili prywatności. Piszę o tym świadom, że niewielu czytelników to zainteresuje. Niemniej napiszę, że przyjaźniliśmy się ze Zbyskiem od połowy lat 70., rodzinnie. To ostatnie określenie jest wyjątkowo prawdziwe, bo wspólnie z jego żoną Teresą Żak, Martą Urbańczyk – moją żoną, i Marianem Szulcem (bratem Teresy) użytkowaliśmy w Starym Sączu zabytkowy dom dalszej rodziny Zbyszka. Wspólnie składaliśmy się na koszty, na finansowanie drobnych remontów, wspólna była uprawa ogrodu, zabawy z naszymi dziećmi (Joasia, Ela, Sonia, Zbyszek) itp. Wspólna była też brydżowa weranda, a w chałupie każdy miał swoje własne łóżko. O tym, że

razem wyjeżdżaliśmy w dostępny wówczas świat (Bułgaria, Rumunia) lub na ukochane Mazury trabantem Zbyszka i naszym fiatem 126p, nie będę się rozpisywał, podobnie jak o stałych gościach w osobach Janusza Fortuny czy Jurka Friedigera.

Testament Zbyszka („stomatologia i samorząd były sensem mego życia”) powstał na kilka dni przed jego odejściem. Został odczytany na Okręgowym Zjeździe OIL. Zbyszek, świadom swojego stanu, godnie znosił cierpienie do ostatnich chwil.

Wydarzeniem, którego na koniec nie sposób przemilczeć, było wywalczenie przez jego następczynię lekarz medycyny i stomatologii Annę Maciąg oraz grono współpracowników uchwały Sejmiku Wojewódzkiego o nadaniu Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej imienia Doktora Zbigniewa Żaka, a w ślad za tym wmurowanie wspomnianej na początku tablicy.

Ostatnie 20 lat historii Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej opisuje już na dalszych stronach jej obecna szefowa. A samego Zbyszka – doktora Zbigniewa Żaka – wspomina na naszych łamach jeszcze kilka osób, obok których upłynęło jego życie.

Stefan Cieply

DR JAN CIEĆKIEWICZ

Mija tyle lat i nadal trudno mi uwierzyć, że o doktorze Zbigniewie Żaku trzeba myśleć w czasie przeszłym. Pewno dlatego tak trudno mi idzie pisanie.

Zbyszek zaczął studia wtedy, kiedy ja już je skończyłem. Zetknęliśmy się dopiero w przełomowym roku 1989, kiedy zobaczyłem jego nazwisko wśród powołanych przez Radę Państwa członków Komitetu Założycielskiego Izby Lekarskiej. Było już po wyborach 4 czerwca, jeszcze nie do końca było wiadomo, co z nich wyniknie, jeszcze stosunki między lekarzami nie były wolne od napięć i nie wszyscy byli przekonani do idei samorządu zawodowego. Dobrych rekomendacji o nim udzielił mi nieodżałowany Janusz Fortuna, z którym się lubiłem od czasu wspólnego odświeżenia poligonu kończącego Studium Wojskowe. Innego rodzaju rekomendacji udzieliło mi środowisko Piwnicy pod Baranami, z którym też był związany. Dopiero po jakimś czasie, kiedy już byliśmy zaprzyjaźnieni, wyjaśnił mi, że Piotr Skrzynecki woził go maleńkiego w wózku, kiedy podczas okupacji niemieckiej ukrywał się u rodziny państwa Żaków w Makowie Podhalańskim.

I rzeczywiście już w trakcie przygotowywań organizacyjnych zobaczyłem, że rozmowy ze Zbyskiem są konkretne, rzeczowe i że chce autentycznego samorządu. Był też dobrze zorientowany w ówczesnych stosunkach władzy, a jego autorytet zawodowy bardzo się przydał w rozmowach ze środowiskiem stomatologicznym, co było o tyle ważne, że w przeciwieństwie do dawnych lat miała to być jedna Izba Lekarska dla lekarzy i lekarzy stomatologii.

Kiedy po wyborach przyszedł czas na zorganizowanie od podstaw Izby jako instytucji, dr Żak objął stanowisko sekretarza Okręgowej Izby Lekarskiej, na jego barkach oparło się zorganizowanie od podstaw jej biura. I tu bezcenna okazała się jego ogromna pracowitość, niebywale zdolności organizacyjne, ale i bezkonfliktowość oraz wielka zdolność do integrowania ludzi. Był bowiem Zbyszek przyjacielem całego świata, zarażającym optymizmem i radością. Przy tym miał dar wybierania i przekonywania do pracy

→

→ współpracowników. Szybko przekonałem się, że jego wybory są trafne i że mogę na nich polegać. To dzięki Zbyszko-
wi zyskał mi między innymi znakomitą radczynię prawną
mec. Ewę Krzyżowską, która nas z niejednej opresji wyba-
wiła, bo przecież nie wszystko było proste, a las przepisów
prawnych i utartych zwyczajów gęsty. W tandemie z Jasiem
Kowalczykiem, w pierwszej kadencji jego zastępcą, Izba ja-
ko instytucja szybko stała się sprawnym mechanizmem,
który bez większych trudności podjął normowane ustawą
zadania i przy minimalnym zatrudnieniu przejął wiele obo-
wiązków ówczesnych Wydziałów Zdrowia czterech woje-
wództw i pomógł w organizowaniu na ich terenie delegatur
Izby. Muszę dodać, że było to możliwe dzięki bezawaryjnej
współpracy z trzecim ważnym trybem tej maszyny, jakim
był dr Andrzej Laskowski jako skarbnik, który ustalił dobre
zasady gospodarowania pieniędzmi, choć w pierwszej ka-
dencji nie było ich dużo.

Nie wiem, jak Zbyszek to robił, ale równocześnie kiero-
wana przez niego Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna
rozwijala się, a w życiu kulturalnym miasta też było go pełno.

Byłoby błędem mniemanie, że praca dr. Żaka ogra-
niczała się do spraw organizacyjnych Izby. Bowiem je-
go rozległa wiedza środowiskowa, połączona ze zdro-
wym rozsądkiem, miała znaczący wpływ na podejmowane
w czasie kilku kadencji decyzje o charakterze merytorycz-
nym, nie tylko na terenie naszej Izby, ale i w pracach Na-
czelnej Izby Lekarskiej. Na pewno praca ta była ważna dla
całego środowiska stomatologów, zarówno w znalezieniu
dla nich rozsądnej, autonomicznej przestrzeni w ramach
samorządu, jak i w sprawach natury organizacyjnej i by-
towej, a także na wypracowaniu pozycji polskich lekarzy
dentystów na terenie Unii Europejskiej – bo i w tych nego-
cjacjach uczestniczył.

Dr n. med. Zbigniew Żak odszedł przedwcześnie, ale jak
mało kto wypracował sobie miejsce w dziejach naszego sa-
morządu jako jeden z najbardziej zasłużonych, oddanych
sprawie działaczy, zasługując na szacunek, pamięć i wdzięcz-
ność całego środowiska lekarskiego. Osobiście jestem mu
wdzięczny za wszystkie lata współpracy.

Jan Ciećkiewicz

PROF. STANISŁAW MAJEWSKI

**Zbyszka poznałem na studiach w krakowskiej Akademii Medycznej, a nawiązane wówczas przyjazne
relacje trwały do końca jego życia. Był bowiem Zbysiu osobą o przyciągających cechach charakteru
człowieka dobrego, ambitnego i życzliwego, a przy tym zawsze pogodnego i towarzyskiego
– słowem takiego, którego się lubi i chętnie zalicza do grona najbliższych.**

Nasze wspólne upodobania do aktywności szerszej niż
samo studiowanie połączyły nas początkowo w społecznej
działalności w ramach Zrzeszenia Studentów Polskich,
studenckiego ruchu naukowego, sportu i turystyki
(np. razem zorganizowaliśmy pierwszy Rajd Eskulapa),
a później jako asystentów profesora Sieppla w Katedrze
Protetyki AM, gdzie zrealizowaliśmy kilka projektów
badawczych. Zbyszek – z uwagi na uwarunkowania
rodzinne – po doktoracie opuścił uczelnię, podejmując
praktykę w Bochni. Jednak nasze drogi się nie rozeszły,
bowiem po jego powrocie do Krakowa znów włączyliśmy
się w dzieło reformowania stomatologii, tak na szczeblu
lokalnym, jak i ogólnokrajowym – uzupełniając
się nawzajem, ja w problematyce uczelnianej,
on w lecznictwie otwartym i strukturach samorządowych.

Zbysiu był pasjonatem pracy pro publico bono,
a jednym z jego ważnych dzieł jest Wojewódzka Przychodnia
Stomatologiczna, która jako jedna z nielicznych w kraju
przetrwiała trudny czas zawirowań systemowych i dotąd
świetnie funkcjonuje pod sprawnym kierownictwem doktor
Anny Maciąg-Brattemo, której w dzień jubileuszu 20-lecia
dyrektorowania należą się wyrazy szczególnego uznania
za trud prowadzenia tej ze wszech miar ważnej i potrzebnej
placówki. Ale też za fakt, iż zadbała, aby Przychodnia nosiła
imię jej twórcy. Zawsze, gdy przechodzę ulicą Batorego,
zatrzymuję się w zadumie przed tablicą z wizerunkiem
uśmiechniętego Zbyszka – pamiętam ten dobroduszny
uśmiech, który teraz jest symbolicznym świadectwem jego
pożytecznej, ale też radosnej obecności także w naszym życiu.

Prof. Stanisław Majewski

LEK. JOLANTA ORŁOWSKA-HEITZMAN

Czas nieubłagane i niewiarygodnie szybko upływa... 20 lat bez Zbyszka...

Nie znałam go przed okresem działalności w Izbie Lekarskiej. Muszę przyznać, iż był jedną z niewielu osób, które z wielką serdecznością przyjęły takich nowicjuszy, jak ja. A było to dawno temu, w roku 1997, na początku II kadencji.

Dla mnie Zbyszek był niedoścignionym przykładem działacza izbowego – rzetelny, merytoryczny, pomocny, a przy tym bardzo serdeczny, przyjacielski, taki „swój chłop”. Miałam wrażenie, że zawsze się spieszył – na zebranie z lekarzami, na posiedzenia Prezydium czy Rady. W ostatniej chwili wsiadał do pociągu do Warszawy, a nam zdawało się, że ten pociąg na niego czekał – nie

mógł przecież odjechać, gdyż w Warszawie Zbyszek miał zaplanowane spotkania.

Przez lata pracy w Izbie wiele nauczyłam się od Zbyszka, przede wszystkim lojalności, odpowiedzialności, wywiązywania się z danych obietnic i zobowiązań.

Pamiętam zjazd sprawozdawczo-wyborczy w październiku 2005 roku. Zbyszka nie było na sali. Podczas zjazdu został odczytany list od niego do delegatów – to było pożegnanie Zbyszka z nami – niezwykle przejmujące i wzruszające przeżycie, które na zawsze pozostanie w mojej pamięci.

Jolanta Orłowska-Heitzman

LEK. MED. I LEK. STOM. ANNA MACIĄG-BRATTEMO

Moje wspomnienie o Zbyszku

Kiedy na początku września 1996 roku, dzień po powrocie z wakacji, odebrałam telefon z sekretariatu WPS z zaproszeniem na spotkanie z dr. Zbigniewem Żakiem – dyrektorem Przychodni, pomyślałam, że będzie ono dotyczyło złożonej przeze mnie kilka miesięcy wcześniej prośby o przyjęcie na specjalizację w dziedzinie protetyki stomatologicznej. Nie spodziewałam się jednak, że dr Żak, po przywitaniu w swoim gabinecie, zaprowadzi mnie do Poradni Protetyki i krótkim poleceniem, skierowanym do pani asystentki: „proszę o fartuch dla pani doktor”, zleci mi przyjęcie siedzącej już na fotelu pacjentki. Miałam za zadanie ją zbadać, zdiagnozować, zaproponować plan leczenia i wykonać potrzebny zabieg. Do dziś pamiętam tę pacjentkę, jej problem stomatologiczny, a nawet nazwisko. Najwyraźniej sprostaałam zadaniu, bo kilka dni później, ku mojej radości, dowiedziałam się, że zostaje przyjęta na specjalizację.

No i tak zaczęła się moja przygoda z WPS. Kierownikiem specjalizacji został dr Żak, a skutkowało to tym, że ponieważ bardzo często, z racji jego licznych obowiązków, był zajęty, od początku musiałam samodzielnie podejmować decyzje co do leczenia pacjentów. Oczywiście mogłam zawsze liczyć na wsparcie kolegów lekarzy – doktor Magdy Ciaputy czy doktora Zajączkowskiego, ale starałam się tego unikać, bo było mi głupio, że nie potrafię sama.

Tak więc od 29 lat budynek na ul. Batorego 3, IV piętro WPS – jest moim drugim domem. A od blisko 20 lat, od śmierci Zbyszka, jestem odpowiedzialna za losy Przychodni. Tak sobie zresztą życzyłam. Pod koniec życia już tylko przez telefon dawał mi wskazówki i rady, jak to robić, na co zwracać uwagę i czego unikać.

Współpraca z nim układała się bardzo dobrze przez wszystkie te lata, tj. okres specjalizacji i potem przez 6 lat, kiedy byłam jego zastępczynią. Był życzliwy, otwarty na pomysły i pomocny przy ich realizacji. Bardzo lubiany przez cały zespół, przyjacielski, wspierający w sprawach również tych całkiem prywatnych.

Nigdy nie próbowałam go naśladować, bo to nie jest możliwe z różnych powodów, choćby z racji warunków zewnętrznych, ale starałam się realizować jego wizję i kierunek działania. Czy sprostaałam oczekiwaniom, czas pokaże, a biegnie bardzo szybko. Dziesięć lat temu obchodziliśmy 10., w tym roku będzie to już 20. rocznica śmierci Zbyszka. Jest dużą moją satysfakcją, iż pomimo trudnych chwil WPS działa i rozwija się nadal jako SP ZOZ.

Tak, jak 10 lat temu, w tym roku też planujemy uczcić rocznicę śmierci doktora Żaka wieczorem wspomnień. A wszystko to wpisuje się w niezwykle prawdziwe stwierdzenie – istniejemy, dopóki ktoś o nas pamięta...

Anna Maciąg-Brattemo

Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna

Wczoraj i dziś

Rozmowa z doktor Anną Maciąg-Brattemo,
dyrektor WPS w Krakowie

Pani Doktor, Pani Dyrektor, proszę na wstępie o kilka zdań, czym jest obecnie Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna. Nie ukrywam, że zadaję to pytanie w kontekście generalnej prywatyzacji stomatologii.

– Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna im. dr. n. med. Zbigniewa Żaka w Krakowie jest Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej, którego podmiotem tworzącym jest Województwo Małopolskie reprezentowane przez jego Zarząd, z marszałkiem Łukaszem Smółką na czele. Zadania Zarządu wykonywane są przy pomocy departamentów Urzędu Marszałkowskiego, m.in. Departamentu Zdrowia, Rodziny, Równego Traktowania i Polityki Społecznej, i to on sprawuje nadzór nad podmiotami leczniczymi działającymi w formie SPZOZ w województwie. Muszę podkreślić, że współpraca z departamentami Urzędu Marszałkowskiego układa się od lat bardzo dobrze.

WPS w Krakowie chyba jako jedyna spośród funkcjonujących kiedyś w każdym województwie odrębnych wojewódzkich przychodni stomatologicznych przetrwała i nadal funkcjonuje w formie SPZOZ. Pozostałe zostały przekształcone lub wchłonięte przez inne jednostki.

Podstawą finansową funkcjonowania WPS jest umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia na leczenie stomatologiczne pacjentów w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. I tacy pacjenci stanowią u nas największą grupę. Natomiast dzięki szerokiej kadrze specjalistów odpłatnie oferujemy także leczenie stomatologiczne, które nie jest refundowane przez NFZ w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych (i to odróżnia stomatologię od np. lecznictwa szpitalnego, gdzie pacjent ma prawo do leczenia bezpłatnego w pełnym zakresie).

A jak wygląda zatrudnienie? Jak duża to placówka?

– Zatrudniamy obecnie 97 osób, w tym 23 lekarzy dentyków – specjalistów w dziedzinach: protetyki stomatologicznej, ortodoncji, chirurgii stomatologicznej, chirurgii



J. Hodor

twarzowo-szczękowej, periodontologii, stomatologii dziecięcej, stomatologii zachowawczej z endodencją. Mamy też 3-osobowy zespół ds. zabiegów stomatologicznych w znieczuleniu ogólnym (anestezjolog, lekarz dentyista, pielęgniarka) i 20 asystentek lub higienistek. W skład zespołu WPS wchodzi też 7 techników dentyistycznych i radiologii, 3 pracowników rejestracji, 8 osób administracji, radca prawny, inspektor ochrony danych osobowych, informatyk oraz 5 osób obsługi technicznej.

Posiadacie też Państwo uprawnienia do prowadzenia specjalizacji i staży podyplomowych...

– Od 1999 r. Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna posiada akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Mamy 25 miejsc w dziedzinach protetyki stomatologicznej, ortodoncji, stomatologii zachowawczej z endodencją, stomatologii dziecięcej oraz periodontologii. Obecnie specjalizuje się u nas 21 lekarzy dentyistów. WPS prowadzi też staże podyplomowe dla dwóch lekarzy dentyistów. Natomiast nie prowadzimy działalności dydaktycznej, jedynie w ramach współpracy z Instytutem Stomatologii CM UJ przyjmujemy studentów na wakacyjne praktyki.

A ilu macie pacjentów?

– Średnio rocznie przyjmujemy w ramach ubezpieczenia



J. Hodor



archiwum WPS

Uroczystość odsłonięcia tablicy poświęconej pamięci doktora Zbigniewa Żaka, 2006 r.

zdrowotnego ponad 30 tys. pacjentów, którzy mają do dyspozycji opiekę specjalistów w 4 poradniach konsultacyjnych – Chirurgii Stomatologicznej, Protetyki Stomatologicznej, Ortodontacji oraz Stomatologii Zachowawczej z Endodontą. Do niej należy też: Gabinet Chorób Błón Śluzowych i Przyzębia oraz Gabinet Stomatologii Dziecięcej.

Właśnie, w tej ostatniej kwestii... Pamiętam, jak doktor Żak, którego 20. rocznicę śmierci właśnie obchodzimy, chwalił się, że obejmuje opieką ponad 80 procent uczniów Małopolski. Jak jest teraz?

– Niestety, istniejące wtedy gabinety szkolne, których pracę nadzorowała kiedyś WPS, zostały w większości zlikwidowane, utrzymano je w szkołach w niewielkim procencie. Funkcjonują natomiast dentobusy, lecz nie mam wiedzy, jak znaczący jest ich wpływ na stan uzębienia dzieci. Nasza Przychodnia ma swój własny Gabinet Stomatologii Dziecięcej i zatrudnia 4 lekarzy specjalistów w tym zakresie. Średnio rocznie opieką obejmujemy około 2800 dzieci. Nierzadko są to dzieci rodziców, którzy sami byli pacjentami WPS. Opowiada o tym z satysfakcją doktor Iwona Sanak, specjalistka stomatologii dziecięcej od 42 lat związana z WPS.

Mieściecie się przy ul. Batorego 3 w Krakowie, w przedwojennej kamienicy. To kapitalna lokalizacja czy może kłopotliwa? Ciasno?

– Wojewódzka Przychodnia ma tu swoją siedzibę od października 1976 roku. Ta lokalizacja pod względem komunikacyjnym dla pacjentów jest bardzo dobra. Dla nas minusem jest ograniczona przestrzeń oraz liczne utrudnienia podczas prób remontów czy modernizacji. Obecnie zintensyfikowały się nasze starania, prowadzone już od lat, aby dla WPS znaleźć nową, większą i – co najważniejsze – własną siedzibę. Zrozumienie tych potrzeb oraz chęć pomocy ze strony Zarządu Województwa i marszałka Smółki pozwalają mieć nadzieję, że te plany prędzej czy później uda się zrealizować.

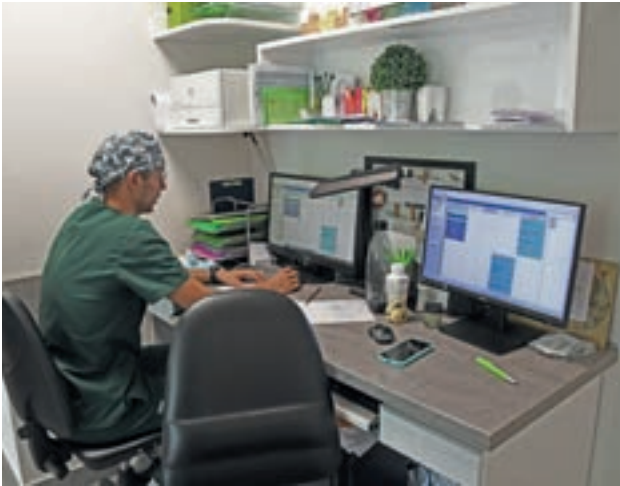
Niemniej przez ostatnie 20 lat, pod Pani kierownictwem, coś się zmieniło...

– Rzeczywiście, przychodnia wyglądała kiedyś nieco inaczej, ale to naturalne. Zmienił się sprzęt, jak na tamte czasy nowoczesny, lecz z dzisiejszym nie do porównania, tak więc w nadal ciasnych gabinetach mamy dziś super wyposażenie, które też stale unowocześniamy. Możliwości diagnostyczne i terapeutyczne odpowiadają standardom XXI wieku. Dzięki temu pacjentom, oprócz podstawowej i specjalistycznej opieki stomatologicznej, oferujemy leczenie wysokospecjalistyczne, np. z zakresu periodontologii, ortodontacji, endodontacji, implantologii i inne. Zmieniła się też organizacja pracy, weszła elektroniczna dokumentacja medyczna, elektroniczna rejestracja pacjentów itp.

Ale na nic się przyda najlepsze wyposażenie bez świetnego zespołu, a z takim właśnie mam szczęście współpracować. To właśnie zespół stanowi najcenniejszy kapitał Przychodni. Niezależnie od stanowiska każdy z pracowników ma swój niebagatelny udział w tym, że placówka działa sprawnie, rozwija się i cieszy zaufaniem pacjentów. To dzięki ludziom codzienna praca układa się harmonijnie. To oni, moi współpracownicy sprawiają, że w murach starej kamienicy kryje się nowoczesna medycyna, ale też ciepło, życzliwość i poczucie bezpieczeństwa. Każdy z członków zespołu jest ważnym ogniwem większej całości.

Pani należała jeszcze do zespołu doktora Zbigniewa Żaka, który przez 31 lat był dyrektorem tej placówki...

– Tak, w 1996 roku trafiłam do Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej na specjalizację, której kierownikiem był doktor Żak, i tak już zostałam do dziś, czyli będzie blisko 29 lat. Przez dziewięć lat byłam członkinią jego zespołu, a od 20 lat zajmuję jego miejsce. I jestem dumna, kiedy widzę nazwę „mojej” przychodni – Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna im. dr. n. med. Zbigniewa Żaka. Uważam to za jeden z sukcesów, że w pierwszą rocznicę →



J. Hodor x2

W starych murach kryje się nowoczesna stomatologia

→ śmierci udało się nadać Przychodni jego imię. Udało się także wmurować na elewacji budynku pamiątkową tablicę z wizerunkiem doktora Żaka.

Oczywiście, w ciągu ostatnich 20 lat, do których tu nawiązujemy, nastąpiły zmiany w zespole...

– Odnosząc się do roku 2005, obecnie około 60 procent to nowe osoby, nowe siły. Część dawnych pracowników przeszła na emeryturę, niektórzy pracują nadal, mimo wieku emerytalnego, niektórych pożegnaliśmy na zawsze. Wielu członków zespołu jest związanych z Przychodnią od dwóch, a nawet trzech dekad, zatrudniał ich jeszcze doktor Żak. Ich doświadczenie, lojalność i przywiązanie do miejsca pracy tworzą fundament stabilności, na którym przez lata budowany był rozwój placówki. To także dowód, że Przychodnia jest nie tylko miejscem pracy, lecz także wspólnotą ludzi.

Nie sposób wymienić wszystkich zasłużonych dla Przychodni, ale ponad 30 lat pracując wspomniana już pani doktor Iwona Sanak (42 lata pracy w WPS), pani doktor Małgorzata Wilczek (39 lat), Aurelia Scholz (31 lat), asystentki: Iwona Kaczmarczyk (50 lat! w WPS), Ewa Kadłuczka (42 lata), Iwona Bugajska (38 lat), Ewa Morawska (37 lat), Renata Grabowska (36 lat), Dorota Litewka (34 lata). Wreszcie technicy RTG: Ewa Pociecha (37 lat), Ewa Staniszevska (36 lat) oraz technicy dentyści: Iwona Kunysz-Wrońska (39 lat). Niestety, niedawno pożegnaliśmy na zawsze Ewę Ziobę, która pracowała w WPS 37 lat. To wyliczenie nie może pominąć osób o wieloletnim stażu w WPS, też wielce zasłużonych, które już nie pracują, m.in. pani doktor Teresę Drożdż, Kingę Stanowską, Magdalenę Ciaputę, Marię Buczek oraz panię Jadwigę Kowynię, Alicję Lipczyńską. Długo by wymieniać, ale rozumiem, że ogranicza nas miejsce na łamach gazety.

Na czym więc zakończymy?

– Chciałabym podkreślić, że rola Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej nie kończy się na leczeniu pacjentów. Pełnimy także ważną funkcję, wręcz misję szkoleniową. To tutaj doświadczeni lekarze specjaliści dzielą się swoją teoretyczną i praktyczną wiedzą z lekarzami dentykami odbywającymi specjalizację. Pod okiem mentorów młodzi lekarze doskonalą swoje umiejętności. Uczą się odpowiedzialności, empatii i rzetelności, a więc wartości, które od zawsze były fundamentem pracy Przychodni. Dzięki temu WPS nie tylko służy pacjentom tu i teraz. Wpływa także na przyszłość stomatologii, kształtując kolejne pokolenia specjalistów, przyczyniając się do podnoszenia standardów leczenia i pozostawiając trwały ślad w karierach wielu lekarzy. W ciągu ostatnich 20 lat w Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej skończyło specjalizację w różnych dziedzinach stomatologii 128 lekarzy dentyków. To jest trwały ślad naszej obecności...

Rozmawiał Stefan Ciepły

Lek. med. i lek. stom. Anna Maciąg-Brattemo

– absolwentka studiów stomatologicznych w krakowskiej AM oraz studiów lekarskich na AM w Warszawie, specjalistka z zakresu stomatologii ogólnej oraz protetyki stomatologicznej. Tę drugą specjalizację zdobyła w Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Krakowie, pod kierunkiem dr. Zbigniewa Żaka. Po dwóch miesiącach specjalizacji – w grudniu 1996 r. – została zatrudniona w Konsultacyjnej Poradni Protetyki Stomatologicznej WPS. 1 maja 1999 roku dr Żak powierzył jej obowiązki zastępcy dyrektora WPS. W 6 lat później, po śmierci dr. Żaka, została powołana przez Urząd Marszałkowski na stanowisko p.o. dyrektora, a od maja 2006 r. – na stanowisko dyrektora. Od 2015 r. konsultant wojewódzka w dziedzinie protetyki stomatologicznej. Od 2007 r. – członkini Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w zakresie egzaminów specjalizacyjnych z protetyki.



HOTEL ***
PERŁA POŁUDNIA
przejmienie uzależnienia!

Komisja Stomatologiczna Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie
zaprasza na doroczną

Konferencję Naukowo-Szkoleniową

która odbędzie się w dniach **24-26 października**
w hotelu Perła Południa w Rytrze k. Nowego Sącza.

Informacje i zapisy: mgr Krystyna Trela,
tel. 12 619 17 18 lub 502 382 051,
e-mail: k.trela@oilkrakow.org.pl

24 października – piątek

- 14.00-15.00 Przyjazd i rejestracja uczestników
- 15.45 Powitanie uczestników i otwarcie konferencji

I SESJA NAUKOWA

Moderatorzy sesji: lek. dent. Małgorzata Jamka-Kasprzyk,
lek. dent. Dariusz Kościelniak

- 16.00-16.30 MIP-Pharma „Antybiotykoterapia w stomatologii”
- 16.45-18.30 „Współczesna endodoncja – nowoczesne metody wypełniania kanałów” – dr Michał Jegier, praktyka prywatna firma Poldent
- 20.00 Wręczenie Nagrody im. Andrzeja Janusza Fortuny podczas uroczystej kolacji.
Wieczór z Gwiazdą

25 października – sobota

SESJA SAMORZĄDOWA

Moderatorzy sesji: lek. dent. Robert Stępień,
lek. dent. Dariusz Kościelniak

- 9.30-10.30 Bieżące problemy prawne – mec. Tomasz Pęcherz
- 10.30-11.30 Wystąpienie dyrektora MOW NFZ Elżbiety Fryźlewicz-Chrapisińskiej nt. „Leczenie stomatologiczne w ramach ubezpieczenia zdrowotnego”
- 11.30-12.00 Przerwa

II SESJA NAUKOWA

Moderatorzy sesji: prof. Jolanta Pytko-Polończyk, prof. Mariusz Szuta

- 12.00-13.00 Wykład „Odbudowa metodą iniekcji kompozytu” – lek. dent. Daniel Nowakowski
- 13.00-14.00 „Radiologia stomatologiczna” – dr Anna Pantelewicz
- 14.00-14.15 Pytania i dyskusja
- W godz. 13.00-14.30 planowany jest warsztat z firmy GC „Odbudowa metodą iniekcji kompozytu”.
Prowadzący: lek. dent. Daniel Nowakowski
- 13.30-15.30 Przerwa obiadowa

III SESJA NAUKOWA

Moderatorzy sesji: prof. Jolanta Pytko-Polończyk, prof. Mariusz Szuta

- 16.00-17.30 „Pierwsza pomoc w periodontologii – nagłe sytuacje z zakresu chorób błon śluzowych, chorób przyzębia, a także wczesnych zmian onkologicznych” – dr Lidia Jamróz-Wilkońska
- 17.30-18.15 „Zalety stosowania lasera erbowego w gabinecie stomatologicznym z uwzględnieniem procedur endodontycznych” – lek. dent. Grzegorz Krępa, praktyka prywatna
- 18.15-18.30 Pytania i dyskusja
- 20.00 Kolacja w Karczmie nad Potokiem i nocne rozmowy o stomatologii

26 października – niedziela

- 8.00-9.00 Śniadanie
Zakończenie konferencji, wyjazd uczestników



XIII Złot Motocyklowy Lekarzy u Mannixa

Baranów Sandomierski to urocze miejsce. Jeśli tam nie byłeś, to koniecznie wpisz je w plan swoich podróży. Przed laty gościły tam obozy naukowo-badawcze studentów Akademii Medycznej w Krakowie, a w dniach 5-7 września 2025 r. na zorganizowany przeze mnie już po raz 13. „Złot u Mannixa” zjechali się tu lekarze motocykliści z całej Polski. Złot to cudowna impreza towarzyska i krajoznawcza. Podczas poprzednich edycji zwiedziliśmy już chyba wszystkie zabytki w okolicy, a nowych wciąż nie wybudowano. Tym razem pojechaliśmy do Sandomierza, ale z planem zwiedzania tego, co dla turystów jest niedostępne. Za przewodnika mieliśmy prof. Stanisława Adamczaka, byłego rektora Politechniki Świętokrzyskiej w Kielcach oraz absolwenta Collegium Gostomianum – i właśnie tę szkołę przyszło nam zwiedzić. Liceum ma już ponad 400 lat i nadal funkcjonuje. Cały obiekt, a szczególnie podziemia, robią wrażenie. Następnie odwiedziliśmy były klasztor sióstr benedyktynek, a obecnie Wyższe Seminarium Duchowne. Zarówno historia tego miejsca, jak i sam obiekt warte są uwagi.

Obiad jak zwykle przewidziano „Na Wichrowym Wzgórzu” – w Przybysławicach. To tzw. Sandomierska Toskania, a prowadząca do niej droga wśród dojrzewających jabłek jest niezapomniana. Tę okolicę też warto odwiedzić będąc w pobliżu.

Wszyscy zadowoleni ze spotkania, towarzysstwa i pogody czekają na kolejny XIV Złot u Mannixa, który odbędzie się już za rok, 11-13 września 2026 r.

Mariusz Janikowski „Mannix”



Złombol 2025



Stadion Śląski – start tegorocznego rajdu

Rajd Złombol to inicjatywa, która powstała z zamiłowania organizatorów do motoryzacji, ale nie tylko. W pierwszej edycji, w 2007 roku, do Monaco wyruszyły dwa auta – duży fiat i trabant. Bowiem Złombol to rajd samochodów komunistycznej produkcji. I jest to impreza, która od początku ma charakter charytatywny!!!

Myślę, że śmiało można ją nazwać największym rajdem charytatywnym na świecie. W tym roku zgłoszono ponad 900 załóg. Dochód z naklejek umieszczonych na naszych bolidach ze wschodniej strony żelaznej kurtyny jest w 100 procentach przekazywany na rzecz dzieci z domów dziecka w Polsce. Pieniądże przeznaczone są na wycieczki, obozy, kolonie, rozwój osobisty i spełnienie marzeń wychowanków domów dziecka (np. kurs językowy czy prawa jazdy, sprzęt sportowy itd.), ale też na pomoc psychologiczną. My, jako uczestnicy, w całości pokrywamy koszt startu załogi oraz jesteśmy zobowiązani do znalezienia darczyńców.

Kiedy w 2008 roku wyruszaliśmy na Złombol po raz pierwszy, na starcie zjawili się kilkanaście ekip. Wszyscy – w tym uczestnicy, myśleli, że to nie ma prawa się udać. Patrzyliśmy na siebie z niedowierzaniem, że ktokolwiek jest w stanie podjąć się czegoś tak szalonego. A jednak... Rajd stał się ogromnym wydarzeniem motoryzacyjnym i charytatywnym jednocześnie. Każdego roku nowe edycje przyciągają po kilkaset załóg, jeszcze więcej darczyńców i przede wszystkim – coraz większe kwoty wspomagają wychowanków domów dziecka. W sumie zebrano dotąd ponad 18 mln zł.



Dr Maciej Matyja, specjalista chirurgii ogólnej i chirurgii onkologicznej ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Nasz TEAM jest rekordzistą, jeśli chodzi o liczbę startów – wyruszamy od 2008 roku zawsze tym samym autem! Łada dojechała już do: Monaco, na Koło Podbiegunowe, do Stambułu, nad jezioro Loch Ness, na Nordkapp, Costa Brava, Passo dello Stelvio, na Sycylię, do Kraju Basków, Półwysep Chalkidiki, do Irlandii, Burhaniye, Albanii, przejechała też Atlantic Road w Norwegii, a w tym roku dotarła do Giresun w Turcji...

Maciek Matyja



Naprawa pompy wody na plaży w Turcji



Meta tegorocznego rajdu w Giresun - Turcja



Atlantic Road w Norwegii



Autor tej relacji Maciej Matyja oraz Igor Świerk – członek załogi



Holowanie naszej łady na autostradzie w Serbii

Z pomocą dla Tanzanii

Inżynier na... misji stomatologicznej



Cichy dźwięk pracującego wiertła zwiastował rychły koniec pracy. Z fascynacją obserwowałem, jak moja koleżanka usuwa rozległą próchnicę z zęba starej Afrykanki. Ze skupieniem czekałem na sygnał, kiedy mimo braku stomatologicznego przygotowania będę mógł jakoś pomóc. I pomagałem, jak tylko mogłem...

Z inicjatywy studentów Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, przy patronacie tej uczelni, wsparciu finansowym i organizacyjnym Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, Fundacji Studentów i Absolwentów UJ „Bratniak”, Fundacji Pomoc z Polski oraz Fundacji Centrum Dobroczynności Lekarskiej im. prof. Teresy Adamek-Guzik i Jana Guzika, w lipcu 2025 roku na południu od Dar es Salaam – największego miasta Tanzanii, jednego z najbiedniejszych państw świata, miała miejsce niezwykła misja, której celem było objęcie leczeniem stomatologicznym jak największej liczby mieszkańców tego regionu. W wyprawie wzięli udział lekarze dentyści: dr Anna Bednarczyk oraz dr Krzysztof Gronkiewicz – specjaliści chirurgii stomatologicznej, stażystka lek. dent. Natalia Dymel, studenci kierunku lekarsko-dentystycznego Ryszard Feret, Bruno Jarecki oraz Aleksandra Zdymira oraz ja, podpisany poniżej autor tej relacji Piotr Polończyk, jedyny w tym gronie nie-lekarz a inżynier.

Nie sądziłem, że z misji tej wrócę bogatszy nie tylko we wspomnienia, lecz także w faktyczną wiedzę medyczną. I choć stomatologia była zawsze obecna w moim rodzinnym domu, dzięki działalności lekarek dentystek najpierw babci, a potem mamy, dopiero w dalekiej Afryce zrozumiałem, jak fascynujący jest zawód lekarza dentysty. I jak wymagający, i to na każdym etapie pracy – od postawienia prawidłowej diagnozy, przez podjęcie decyzji o wyborze leczenia, niezwykłą precyzję działania, przy wsparciu niezbędnej często lekarskiej intuicji. Co ciekawe, przekonałem się też, że stomatologia wiele czerpie z inżynierii – dobór właściwych materiałów w obu dziedzinach jest podstawą sukcesu, a prawidłowe rozpoznanie konstrukcji (w przypadku stomatologii np. zgryzu) jest gwarantem prawidłowej pracy całego mechanizmu (np. aparatu żucia).

Najpierw jednak, aby przez dwa tygodnie móc leczyć, z pustego pomieszczenia w tanzańskim sierocińcu stworzyliśmy gabinet lekarski. Łóżka zbiliśmy z desek, unity, autoklaw i destylarkę studenci zamówili jeszcze będąc w Polsce, a dziesiątki kleszczy, dźwigni, wiertel, kompozytów czy rękawiczek przywieźliśmy we własnych walizkach. Do dziś jestem pod ogromnym wrażeniem tego, ile pracy i pomysłowości wymagało od studentów

przygotowanie tak profesjonalnych stanowisk.

Początkowo przyjmowaliśmy dzieci z sierocińca i miejscowej szkoły. Te, które nie jadały słodczy, miały piękne i zdrowe zęby, więc nasza pomoc ograniczała się tylko do fluoryzacji. Niestety były i takie maluchy, które wymagały poważniejszych zabiegów. O dziwo i wbrew obawom, afrykańskie dzieci, zwykle po raz pierwszy w życiu siedzące na dentystycznym fotelu, były bardzo zdyscyplinowanymi pacjentami. Szybko też informacja o przybyciu lekarzy z Polski rozeszła się po okolicy i kolejka do gabinetu zaczęła rosnąć. A my mieliśmy wspaniałe poczucie, że nasza misja niesie realną pomoc – dziewczynie, której ktoś wybił jedynki, starcowi, któremu ból uniemożliwiał jedzenie, czy młodej mamie, której kamień i próchnica dawały poczucie przykrego dyskomfortu w ustach. Między jednym opróżnianiem autoklawu a czyszczeniem narzędzi patrzyłem ze wzruszeniem na twarze tych ludzi i ulgę, jaką wyraźnie rysowała się na nich po wizycie w naszym gabinecie. W sumie pomocy udzielono ponad 250 pacjentom.

Obserwacja pracy moich koleżanek i kolegów uświadomiła mi też wagę sentencji „*Primum non nocere*”. Wielokrotnie stawali oni bowiem przed dylematami, których w nowoczesnie wyposażonych gabinetach w Polsce już nie doświadczają. Byli tam zdani tylko na swoją wiedzę, podstawowy sprzęt i stomatologiczne „wyczucie”. I musieli mieć pewność, że wracając do domu, pozostawią pacjentów bezpiecznych, nie będzie żadnych komplikacji. Zdali ten egzamin celująco...

Huk wiercącej palownicy przerywały tylko dostawy betonu. Stałem wpatrzony w plac budowy, a tanzańskie skojarzenia same przychodziły do głowy. To był piękny, wypełniony pomocą czas...

Tekst i zdjęcia: mgr inż. Piotr Polończyk



NASZE SOCIAL MEDIA



**STRONA
INTERNETOWA**

www.oilkrakow.pl



ZESKANUJ



INSTAGRAM

www.instagram.com/oil_krakow



ZESKANUJ



FACEBOOK

www.facebook.com/oilkrakowpl



ZESKANUJ



YOUTUBE

www.youtube.com/@OIL_Krakow

SUBSKRYBUJ

ZESKANUJ



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W KRAKOWIE

ul. Krupnicza 11A
✉ biuro@oilkrakow.org.pl

Niepożądane probólowe skutki farmakoterapii bólu

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

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



W efekcie niepożądanych działań leków terapia różnych schorzeń może indukować wystąpienie dolegliwości bólowych, zmieniać ich nasilenie, a także wywołać zmianę fenotypu bólu, co mówiąc prościej oznacza, że zaczyna boleć inaczej. Probólowe działanie leków jest charakterystyczne dla wielu grup leków i przy podejrzeniu, że zmiany w odczuwaniu bólu mogą być konsekwencją farmakoterapii, należy rozważyć ten problem w zestawieniu z indywidualnymi cechami pacjenta, towarzyszącą wielochorobowością, a także stosowanym leczeniem. Monitorowanie niepożądanych skutków farmakoterapii wskazuje, że występowanie dolegliwości bólowych w konsekwencji nieprawidłowo dobranej farmakoterapii jest w trendzie wzrostowym. Truizmem jest, że ból, jako niepożądane działanie, nie tylko obniża jakość życia pacjenta, ale i zwiększa koszty leczenia.

W praktyce największe ryzyko wystąpienia probólowego działania leków obserwowane jest u pacjentów z określonymi schorzeniami współistniejącymi. Zebrano je poniżej.

- Neuralgia po półpaściu
- Bolesna neuropatia cukrzycowa
- Neuralgia trójdzielną
- Neuropatia obwodowa indukowana farmakoterapią, w tym leczeniem onkologicznym
- Ból fantomowy
- Ból u chorego na nowotwór
- Ból trzewny
- Prostatodynia
- Bóle uroanogenitalne
- Pacjenci z współwystępującą depresją

Obok w tabeli przedstawiono najczęstsze kliniczne konsekwencje probólowego działania farmakoterapii.

Nasilenie bólu	Pod wpływem farmakoterapii dochodzi do eskalacji dolegliwości bólowych wynikających z chorób współistniejących
Eskalacja komponentu neuropatycznego bólu, czyli pieczenie, palenie, mrowienie, drętwienie (inaczej dyzestezie, które polegają na nietypowym odbiorze doznań)	Ból dla pacjenta staje się coraz bardziej dolegliwy
Zmiana fenotypu bólu	Nie zmienia się natężenie bólu, natomiast pojawiają się objawy bólu neuropatycznego i nocycplastycznego
Nasilenie/wystąpienie bólu trzewnego	Hiperalgezia trzewno-trzewna indukowana przez farmakoterapię
Sensytyzacja	Sensytyzacja bólowa, inaczej nadwrażliwość bólowa, to stan, w którym dochodzi do reakcji bólowej na bodźce, które normalnie są niebolesne, lub pacjent reaguje nadmiernie na bodźce, które normalnie wywoływałyby ból o znacząco mniejszym natężeniu. Sensytyzację dzielimy na obwodową oraz nadwrażliwość, która rozwija się w samym układzie nerwowym – rdzeniu kręgowym i mózgu.
Hiperalgezia wtórna	Może być wynikiem pobudzenia neuronów, zwiększonego przewodnictwa bólowego w obrębie układu nerwowego lub innych zmian podstawowych. U pacjentów z hiperalgezią wtórną, w tym indukowaną przez farmakoterapię, ból odczuwany jest jako bardziej intensywny niż normalnie. W przypadku hiperalgezji wtórnej ból może przyjmować postać rozlanego, samoistnego bólu, który narasta lub zmienia swój charakter.

Poniżej przybliżamy dane dotyczące najczęściej stosowanych w praktyce grup leków, które, jeśli stosowane np. jako koanalgetyki, czyli mające zwiększać efekt przeciwbólowy, mogą bólu nie tylko nie hamować, ale wręcz go indukować.

■ Inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI)

Leki z tej grupy z zasady nie mogą być skutecznymi koanalgetykami. Brak skuteczności we wspomaganiu leczenia zespołów bólowych można tłumaczyć dwukierunkowym działaniem serotoniny (5-HT) na percepcję bólu. Z jednej strony serotonina bierze udział w hamowaniu bólu poprzez zstępującą drogę nocyceptywną, ale z drugiej strony także w torowaniu percepcji bólu na różnych etapach nocycepcji. Ponieważ 5-HT obwodowo posiada działanie pronocyceptywne, w przypadku uszkodzenia neuronu leki SSRI mogą wykazywać działanie probólowe. Dowiedzono również, że 5-HT uczestniczy w powstawaniu zjawiska hyperalgezji. Serotonina swoje pronocyceptywne działanie wykazuje głównie poprzez aktywację receptorów 5-HT_{1b}, 5-HT₂, 5-HT₃ i być może również 5-HT₇. Z tego powodu stosowanie SSRI jako koanalgetyków jest przeciwwskazane. Mogą być w tym zakresie nie tylko nieskuteczne, ale również potencjalnie prowadzić do takich negatywnych zjawisk, jak zmiana charakteru bólu i/lub hyperalgezji.

Wyjątkiem w tej grupie leków jest wortioksetyna, która poza hamowaniem wychwytu zwrotnego serotoniny wykazuje również antagonizm wobec receptorów 5HT₃, 5HT₇ i częściowy antagonizm wobec receptora 5-HT_{1b}. Z tego powodu ryzyko działań niepożądanych wortioksetyny wydaje się być mniejsze niż w przypadku leków SSRI.

Stosowanie leków z grupy SSRI może również wywoływać ból przewlekły. Najczęściej dotyczy to bólów głowy i migren, ale w trakcie ich stosowania opisano również przypadki występowania bólów mięśniowych, stawowych, bólu w narządzie ruchu, zespołu piekących ust (po sertralinie, fluoksetynie i fluoksaminie), bólów brzucha (po fluoksaminie i sertralinie) oraz przypadki bolesnego oddawania moczu podczas stosowania fluoksetyny. Oprócz SSRI probólowo może także działać klomipramina, najbardziej serotoninergiczny trójpierścieniowy lek przeciwdepresyjny.

■ Leki wykazujące efekt antycholinergiczny

W praktyce dotyczy to neuroleptyków pochodnych fenotiazyny (promazyna, pernazyna), hydroksyzyny, difenhydraminy, doksylaminy, doksepiny i kwetiapiny. W tym

ostatnim przypadku, w szczególności, gdy dawka dobową leku nie przekracza 150 mg, efekt antycholinergiczny ośrodkowy powoduje dysfunkcję nadrdzeniowych szlaków cholinergiczných, które są istotną częścią szlaków antynocyceptywnych. Szlaki antynocyceptywne to endogenne, fizjologiczne mechanizmy w ośrodkowym układzie nerwowym, które kontrolują ból poprzez modulowanie impulsów bólowych. Obejmują one głównie zstępujący układ hamowania bólu, który, podobnie jak szlaki cholinergiczne, jest kluczowym elementem kontroli bólu w organizmie. Efekt antycholinergiczny połączony jest w przypadku wszystkich wymienionych powyżej leków z działaniem antagonistycznym w stosunku do ośrodkowych receptorów H₁. Jest to podstawą efektu nasennego tej grupy leków i generuje też powikłanie zwane painsomnią, inaczej bolesnym snem. W praktyce złożony profil farmakodynamiczny tych leków powoduje, że ból podczas snu chronifikuje się, czyli przechodzi w ból o charakterze przewlekłym.

■ Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne

Jako koanalgetyk w warunkach polskich jest to głównie amitryptylina, która powinna być zlecana w dawkach dobowych do 75 mg. Wtedy hamuje głównie wychwyt zwrotny noradrenaliny i serotoniny. W dawkach powyżej 75 mg na dobę do tych efektów dołącza się działanie antycholinergiczne, które może niekorzystnie wpływać na koanalgetyczny profil amitryptyliny.

■ Butylobromek hioscyny

Ze względu na obwodowy efekt antycholinergiczny butylobromek hioscyny indukuje zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego. Stosowany inaczej niż doraźnie może powodować nadwrażliwość trzewną.

■ Paracetamol

Zarówno w bólu trzewnym, jak i w bólu zapalnym pacjent po zażyciu paracetamolu odczuwa coś, co można by nazwać pseudoulgą. Jest tak dlatego, że dochodzi do pierwotnie obwodowej, a potem ośrodkowej nadwrażliwości z następującą hiperalgezią wtórną. Warto pamiętać, że paracetamol jest skuteczny w leczeniu bólu somatycznego o charakterze mechanicznym, ale nigdy nie stanowi alternatywy dla NL-PZ (Niesteroidowe Leki Przeciwzapalne) w bólu zapalnym.

■ Fentanyl

Z uwagi na parametry farmakokinetyczne i farmakodynamiczne fentanyl indukuje hiperalgezię trzewną i nie jest skuteczny w bólu trzewnym. Nie może być także stosowany w bólu neuropatycznym.



→ ■ Fluorochinolony

Fluorochinolony u pacjentów z już występującym bólem mogą nasilać ból i wykazują działanie prosensytyzacyjne. Jednym z efektów niepożądanych tej grupy leków jest mialgia. To działanie niepożądane może wystąpić w każdym wieku, jednak najczęściej dotyczy pacjentów pomiędzy 44. a 65. rokiem życia. Przypuszcza się, że najbardziej prawdopodobne mechanizmy indukowania dolegliwości bólowych przez fluorochinolony to bezpośredni wpływ cytotoksyczny na mitochondria z upośledzeniem ich funkcji albo bliżej nieokreślone mechanizmy autoimmunologiczne.

Najczęstsze objawy bólowe indukowane przez fluorochinolony zostały wymienione po prawej:

- Nasilenie objawów bólu neuropatycznego
- Wzrost ryzyka wystąpienia bólu fantomowego
- Mialgia
- Ból stawów
- Zapalenie ścięgien
- Bóle kończyn
- Ból ścięgna
- Ból mięśniowo-szkieletowy
- Artromialgia
- Sztywność mięśni
- Napięcie mięśni
- Miopatie polekowe

Z naszych szpitali

W Krakowie planowane są duże inwestycje w obszarze opieki psychiatrycznej. **Szpital Kliniczny im. dr. Babińskiego w Krakowie** uzyskał niemal 45 mln zł z Funduszu Medycznego na budowę 5-kondygnacyjnego budynku dla Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu (wizualizacja poniżej). W Oddziale hospitalizowanych będzie 70 pacjentów, utworzone zostaną separatki, dwu i trzyosobowe sale chorych, pomieszczenia do terapii i rekreacji, pokoje odwiedzin i sale wizyjne. Teren zewnętrzny zagospodarowany zostanie na potrzeby pacjentów – powstaną m.in. altany, boisko czy minisiłownia. Inwestycja będzie realizowana w latach 2026-2029.



Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie oficjalnie stał się właścicielem terenu przy ul. Kopernika 36 i Strzeleckiej 7, zakupionego ze środków Województwa w kwocie ponad 24 mln zł. To pierwszy etap realizacji zadania polegającego na utworzeniu Małopolskiego Centrum Psychiatrii i Leczenia Uzależnień od Nowych Technologii Cyfrowych (wizualizacja rozbudowy na zdjęciu powyżej). W ramach zadania zaplanowana jest relokacja: Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dziecięcej, Oddziału Psychiatrycznego Dziennego Pobytu wraz z Izbą Przyjęć, a także Poradni Zdrowia Psychicznego i Poradni Logopedycznej. Powstanie również nowy 15-lóżkowy oddział oraz zwiększy się liczba miejsc pobytu na oddziale dziennym. Inwestycja pozwoli także na rozwój opieki



środowiskowej i uruchomienie poradni leczenia uzależnień specjalizującej się w leczeniu uzależnień behawioralnych. (Raport o kondycji psychicznej młodzieży Krakowskiego Instytutu Logoterapii potwierdza związek między zbyt intensywnym korzystaniem z Internetu, a zwiększeniem ryzyka wystąpienia depresji, rozwoju uzależnienia czy zachowań autodestrukcyjnych). Zakończenie inwestycji zaplanowane jest na 2029 rok.

(źródło: www.malopolska.pl)



su.krakow.pl

Natomiast **Szpital Uniwersytecki** otrzyma blisko 200 mln dofinansowania na nową inwestycję (wizualizacja na zdjęciu powyżej), jaką będzie budynek dla Oddziału Psychiatrii Dorosłych oraz Oddziału Psychiatrii Dzieci i Młodzieży wraz z obszarem dziennym i ambulatoryjnym dedykowanym opiece psychiatryczno-psychologicznej. Jeśli wszystko pójdzie zgodnie z planem, inwestycja w Krakowie-Prokocimiu zostanie zakończona w 2029 r. Obiekt o powierzchni całkowitej 11 327 m² pomieści 102 łóżka; będzie też wyposażony w nowoczesny sprzęt medyczny oraz terapeutyczny, co pozwoli na podniesienie standardu opieki nad pacjentami.

Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie w lipcu podpisał umowę na realizację budowy nowoczesnej, 3-kondygnacyjnej apteki w systemie Unit Dose (wizualizacja na zdjęciu poniżej), pozwalającej na wdrożenie automatycznego systemu przechowywania, pakowania i dystrybucji indywidualnych dawek leków, co kompleksowo zabezpieczy w szpitalu tę część opieki nad chorymi onkologicznie.



System zapewnia też gotowe i indywidualne leki w leczeniu chemioterapeutycznym, leki w programach lekowych oraz pozostałe farmaceutyki stosowane m.in. w leczeniu powikłań terapii onkologicznej, bólu nowotworowego i zaburzeń nastroju wywołanych chorobą. Pozwala także na produkcję zindywidualizowanych preparatów żywienia klinicznego.

Inwestycja o wartości ponad 80 mln zł realizowana będzie ze środków, które szpital otrzymał z KPO. Budowę planuje się w miejscu nieużytkowanego budynku Szpitala, tzw. „zwierzętarń”.

(źródło: Szpital im. Rydygiera)

Międzykliniczny Ośrodek Leczenia Otyłości Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie uzyskał akredytację Europejskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością (European Association for the Study of Obesity – EASO) i oficjalnie dołączył do prestiżowej, międzynarodowej sieci EASO Collaborating Centres for Obesity Management – Paediatric (COMs). To wyjątkowe wyróżnienie przyznawane jest tylko tym ośrodkom, które spełniają rygorystyczne kryteria w zakresie jakości leczenia, wielospecjalistycznego podejścia oraz standardów organizacyjnych i naukowych, zgodnych z europejskimi rekomendacjami. Oznacza też, że przez najbliższe trzy lata USD będzie uznawany za jeden z wiodących europejskich ośrodków specjalizujących się w kompleksowym leczeniu otyłości dziecięcej i młodzieżowej.

(źródło: usd.krakow.pl)

W lipcu do **Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. św. Jana Pawła II** trafiła 33-letnia pacjentka we wczesnej ciąży, w stanie bezpośredniego zagrożenia życia z powodu ostrej zatorowości płucnej wysokiego ryzyka. Kilka godzin wcześniej doszło u niej do utraty przytomności. Pacjentka została skierowana do Krakowa z Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego w Nowym Targu, gdzie wykonano jej tomografię komputerową. Przekazano ją pod opiekę zespołu PERT (*Pulmonary Embolism Response Team*), jedyne-go w Małopolsce zespołu szybkiego reagowania, działającego w trybie 24/7, w skład którego wchodzi kardiologowie interwencyjni, anesteziolodzy, radiolodzy i kardiochirurdzy. Zespół pod kierunkiem prof. Grzegorza Kopcia z Oddziału Klinicznego Chorób Serca i Naczyń z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego oraz dr. Marcina Waligóry przeprowadził bezpiecznie dla mamy i dziecka zabieg embolizacji płucnej – nowoczesnej metody usuwania skrzepin z tętnic płucnych przy użyciu systemów aspiracyjnych.

(Źródło: szpitaljp2.krakow.pl)

Przegląd piśmiennictwa stomatologicznego

Od wybuchu pandemii nie ukazuje się „Galicyjska Gazeta Lekarska Lekarza Dentysty”, jednak nie zapominamy o problematyce stomatologicznej. Po dłuższej przerwie zapraszamy w tym numerze do lektury przeglądu fachowej prasy, jak zwykle perfekcyjnie dokonanego przez doktora Grzegorza Herbuta. Niestety, w wydaniu papierowym „GGL” ogranicza nas miejsce, więc poniżej publikujemy tylko część rekomendacji. W pełnej wersji można je znaleźć na naszej stronie: www.ggl.com.pl

Wakacje dobiegły końca. Czas wrócić do naszych codziennych obowiązków, do naszych gabinetów, pacjentów. Co nowego pojawiło się w czasie letnich miesięcy w prasie stomatologicznej?

W „**Nowym Gabinetie Stomatologicznym**” znajdziemy m.in. artykuł „Analiza rentowności gabinetu stomatologicznego”. Autor zwraca uwagę na rosnące koszty (energia, materiały, presja płacowa), które powodują, że wiele procedur przy dotychczasowych cennikach traci opłacalność.

Finansów dotyczy także artykuł „Ile zarabiają asystentki i higienistki w 2025 r.?” omawiający najnowsze dane płacowe i efekty obowiązkowych podwyżek od lipca 2025 r. dla pracowników medycznych w podmiotach leczniczych oraz wpływu na budżety praktyk prywatnych. Warto się z nim zapoznać.

Podobnie jak z „Kompedium wiedzy o pastach do zębów” czy artykułem „Przerwanie leczenia przez lekarza dentystę – granice prawa i odpowiedzialności”, w którym autorka konkluduje, że decyzja o zakończeniu terapii bywa trudna; prawo nie nakazuje „leczyć w nieskończoność”, ale sposób przerwania musi być zgodny z ustawą, etyką i orzecznictwem. Podaje dopuszczalne przesłanki zakończenia współpracy i przypomina, iż nie wolno odmówić pomocy w sytuacjach zagrożenia życia ani naruszać praw pacjenta.

„Diagnostyka RTG w bólu o nieokreślonej lokalizacji” to tekst edukacyjny o doborze badań obrazowych, gdy pacjent zgłasza ból „gdzieś po tej stronie”. Autorka podaje algorytm postępowania w kolejności:

1. Wywiad + badanie kliniczne (testy opukowe, termiczne, palpacyjne; wykluczenie bólów rzutowanych/neuropatycznych),
2. RTG zębowy w rejonie domniemanym; przy braku korelacji – CBCT o ograniczonym polu (jeśli wskazania),
3. Ocena tkanek okołowierzchołkowych, pęknięć korzeni, resorpcji, zmian w zatokach, patologii niezębopochodnych,

4. Dokumentacja i informacja o dawkach.

Typy praktyczne to: nigdy nie diagnozuj wyłącznie „na zdjęciu”; porównuj z objawami; unikaj panoram w przypadku ostrego bólu jednostronnego (zbyt mała rozdzielczość); miej protokół eskalacji do CBCT.

Wakacyjny egzemplarz „**Stomatologii Współczesnej**” w artykule „Implikacje ogólnostomatologiczne złamania kompleksu jarzmowo-szczękowego” porusza temat tych złamań (*zygomatico-maxillary complex*, ZMC), które powstają zwykle w wyniku urazów bocznych lub czołowych. Oprócz deformacji kostnej trauma może powodować uszkodzenie struktur zębowych, tkanek okołozębowych, zatoki szczękowej oraz nerwu podoczołowego. Autorzy podają też praktyczne rekomendacje dla gabinetu:

1. Standaryzuj protokół pierwszorazowej oceny pacjenta po ZMC: dokumentacja fotograficzna, RTG periapikalne, OPG/CBCT, testy vitalności.
2. Harmonogram kontroli: 1 tydz., 4-6 tyg., 3 mies., 6-12 mies. (monitorowanie żywotności i gojenia przyzębia).
3. Współpraca multidyscyplinarna (chirurg, ortodonta, endodonta, laryngolog), jasne przekazanie dokumentacji i zaleceń pacjentowi.

Drugi, bardzo interesujący artykuł, to „Toksyna botulinowa i jej wybrane zastosowania w praktyce stomatologicznej”. Toksyna botulinowa (BoNT) poza estetyką znalazła szerokie zastosowanie terapeutyczne: leczenie dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego (SSŻ), bruksizmu z komponentą mięśniową, uśmiechu dziąsłowego (*gummy smile*) oraz ślinotoku (*sialorrhea*). Przegląd opisuje mechanizm działania (blok synaptyczny przewodzenia cholinergicznego), wskazania, schematy dawkowania i techniki iniekcji w wybranych stanach stomatologicznych oraz aspekty bezpieczeństwa.

Przegląd „Chemiczne metody znoszenia nadwrażliwości zębiny” omawia dostępne środki chemiczne (domowe

i profesjonalne) redukujące te dolegliwości. Autorzy opisują mechanizmy działania i dowody skuteczności: związki potasu (blok depolaryzacji), fluorki (reminalizacja i częściowa blokada kanałika), chlorek strontu, nanohydroksyapatyt, CPP-ACP, arginina, bioaktywne szkło, szczawiany, hydroksyetylometakrylan (HEMA), glutaraldehyd, diaminofluorek srebra (SDF).

Ciekawa jest też lektura tekstu „Czy rewaskularyzacja zastąpi tradycyjne leczenie kanałowe? Możliwość zastosowania u osób dorosłych”. Rewaskularyzacja (regeneracyjne procedury endodontyczne) to technika rozpowszechniona w leczeniu zębów niedojrzałych z martwą miazgą – przywrócenie ukrwienia kanału pozwala na dalszy rozwój korzenia. Przegląd bada, czy technika ma sens w zębach dojrzałych. Autorzy analizują literaturę na temat zastosowania procedur regeneracyjnych w zębach z zamkniętym wierzchołkiem: biologiczne podstawy, protokoły (dezynfekcja, indukcja krzepnięcia/środowiska przyjaznego komórkom macierzystym, zamknięcie korony), wyniki kliniczne i ograniczenia. Dostępne doniesienia pokazują obiecujące wyniki (odzyskanie objawów, niekiedy pojawienie się wewnątrzkanalowych tkanek z naczyniami), lecz dane są ograniczone (*case reporty*, małe serie) i brakuje badań RCT długoterminowych. (...) Autorki podkreślają, iż rewaskularyzacja u dorosłych powinna być obecnie rozważana eksperymentalnie, w ośrodkach z doświadczeniem i po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta. Wskazane są kryteria selekcji pacjentów (np. brak zaawansowanej infekcji okołowierzchołkowej, możliwość uzyskania szczelnego wypełnienia koronowego). Na dziś rewaskularyzacja to obiecująca alternatywa, ale nie zastępuje rutynowo endodoncji u zębów dojrzałych – brak jeszcze wystarczających dowodów.

Inny temat na czasie to „Wybrane aspekty zastosowania lasera w codziennej praktyce stomatologicznej”. Laseroterapia staje się powszechnym narzędziem w stomatologii – od tkanek twardych po miękkie, z szerokimi zastosowaniami terapeutycznymi i biostymulacyjnymi. Artykuł omawia zastosowania laserów w profilaktyce próchnicy, przygotowaniu ubytków, wybielaniu, leczeniu nadwrażliwości, w endodoncji (dezynfekcja kanałów), chirurgii jamy ustnej (wycinanie tkanek, hemostaza), fotodynamicznej terapii nowotworów oraz biostymulacji. (...)

W czasopiśmie „**e-Dentico**” przeczytamy m.in. artykuł „Kształtowanie harmonii girlandy dziąsłowej w leczeniu implantoprotetycznym – opis przypadku”. Harmonia „girlandy dziąsłowej” (*gingival scallop*) ma kluczowe znaczenie w estetyce uśmiechu, szczególnie w obszarze przednim i w leczeniu implantoprotetycznym. Osiągnięcie naturalnego konturu dziąsła wokół koron i implantów wymaga

współpracy chirurgii, periodontologii i protetyki – planowania tkanek miękkich, odpowiednio dobranych łączników i koron tymczasowych, a często także augmentacji tkanek miękkich. W artykule opisany został plan leczenia: wieloetapowa procedura. (...)

Drugi ciekawy artykuł to „Er:YAG w leczeniu chrapania – studium przypadku”. Wykorzystanie laserów Er:YAG w obszarze tkanek miękkich gardła/podniebienia miękkiego bywa omawiane jako małoinwazyjna alternatywa do klasycznych zabiegów chirurgicznych w umiarkowanym chrapaniu i łagodnym OSA (w wybranych przypadkach). Opisano zastosowanie Er:YAG do remodelingu podniebienia miękkiego (zmniejszenie wibracji tkanki), parametry lasera dobrane tak, aby dać efekt biostymulacji i obkurczenia, zwykle bez pełnej resekcji. Efektem zabiegu była redukcja natężenia chrapania w krótkim i średnim terminie; poprawa subiektywnej jakości snu.

Artykuł „Certyfikacja umiejętności z implantologii – algorytmy i wymagania” to przegląd dostępnych ścieżek certyfikacyjnych dla stomatologów chcących specjalizować się w implantologii: kursy praktyczne, moduły teoretyczne, przypadki kliniczne dokumentowane, egzaminy praktyczne, wymogi dotyczące liczby procedur, nadzoru mentorskiego oraz rekomendacje etyczne i prawne (kiedy kierować do chirurga szczękowo-twarzowego).

W bieżącym numerze „**Stomatologii Estetycznej**” możemy znaleźć bardzo interesujący artykuł „Stomatologia estetyczna – symetria czy sztuka harmonii?”, w którym autorka analizuje, w jaki sposób matematyczne zasady symetrii i proporcji są stosowane w ocenie estetyki uśmiechu. Wskazuje jednak, że piękno wykracza poza te zasady. W artykule omówiono również koncepcję *facial flow* oraz znaczenie analizy twarzy w planowaniu leczenia estetycznego.

(...)

Inny ciekawy temat to „Wybór klinicznego zastosowania łączników protetycznych do prac stałych na implantach”. Artykuł przeglądowy omawia różne rodzaje łączników protetycznych stosowanych w pracach stałych na implantach. Przedstawia ich budowę, materiały, zalety i ograniczenia, a także wskazówki dotyczące wyboru odpowiedniego łącznika w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta i planowanego leczenia.

Jak zwykle to tylko wycinek z naszej prasy stomatologicznej. Zachęcam koleżanki i kolegów do dalszej lektury, nie traktując tego jako nałożony na nas obowiązek ustawicznego kształcenia, lecz jako swój własny, zawodowy, ambicio-

Grzegorz Herbut

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

16 czerwca 2025 r.

**dr hab. Zbigniew Doniec
dr hab. Artur Dziewierz
dr hab. Rafał Januszek
dr hab. Rafał Obuchowicz
dr hab. Maciej Wiatr
dr hab. Jarosław Zalewski**

24 czerwca 2025 r.

dr hab. Tomasz Rakowski

4 lipca 2025 r.

**dr hab. Andrzej Komorowski
dr hab. Jerzy Soja
dr hab. Grażyna Wyszynska-Pawelec**

30 lipca 2025 r.

**dr hab. Aleksandra Gilis-Januszevska
dr hab. Katarzyna Krzanowska
dr hab. Paweł Rubiś**

**UCHWAŁĄ RADY DISCYPLINY NAUKI MEDYCZNE UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
Z DNIA 17 CZERWCA 2025 R. ZOSTAŁ NADANY STOPIEŃ DOKTORA HABILITOWANEGO W DZIEDZINIE
NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU W DISCYPLINIE NAUKI MEDYCZNE**

**dr Agacie Krawczyk-Ożóg
dr Gracjanie Krzysiek-Mączce
dr Danucie Sorysz**

**WYKAZ STOPNI NAUKOWYCH
DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU
NADANYCH PRZECZ RADĘ DYSZYPLINY NAUKI MEDYCZNE
UNIERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO W DNIU 17 CZERWCA 2025 ROKU**

LEK. ŁUKASZ BOBRZYŃSKI

„Analysis of factors affecting treatment outcomes of gastric cancer patients”
(„Analiza wybranych czynników wpływających na wyniki leczenia chorych na raka żołądka”)
– cykl publikacji
Promotor: dr hab. Marek Sierżęga, prof. UJ

LEK. DENT. BARBARA CZOPIK

„Safety assessment of biguanide antiseptics application in irrigation protocol in endodontic treatment”
(„Ocena bezpieczeństwa stosowania antyseptyków z grupy biguanidów w protokole

plukania kanałów korzeniowych w leczeniu endodontycznym”) – cykl publikacji
Promotorzy: prof. dr hab. Joanna Zarzecka; dr hab. Michał Woźniakiewicz, prof. UJ

LEK. KINGA SZABAT

„Short and long-term prognostic value of individual elements of the Comprehensive Geriatric Assessment in the group of patients over 65 years of age undergoing abdominal surgery”
(„Krótko- i długoterminowa wartość prognostyczna poszczególnych elementów Całościowej Oceny Geriatrycznej w grupie

pacjentów powyżej 65. roku życia operowanych w zakresie jamy brzusznej”) – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Jakub Kenig

LEK. MATEUSZ WILK

„The impact of pain catastrophizing on disease activity and quality of life in patients with rheumatic inflammatory diseases”
(„Wpływ katastrofizacji bólu na aktywność choroby oraz jakość życia pacjentów z zapalnymi chorobami reumatycznymi”) – cykl publikacji
Promotorzy: dr hab. Mariusz Korkosz, prof. UJ; prof. Glenn Haugeberg



**KURSY ORGANIZOWANE PRZECZ KOMISJĘ
KSZTAŁCENIA MEDYCZNEGO ORL W KRAKOWIE**

Szczegółowe informacje i aktualny programy można znaleźć na stronie oilkrakow.pl/ksztalcenie/

Kurs samoobrony dla lekarzy**ALS (Advance Life Support)**

zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych

Ochrona radiologiczna pacjenta**NLS (Newborn Life Support Course)**

resuscytacja noworodka

ILS (Immediate Life Support)

natychmiastowa pomoc w stanach zagrożenia życia

EPALS (European Paediatric Advanced Life Support)

zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u dzieci

ITLS (International Trauma Life Support)

zaawansowane zabiegi ratujące życie w obrażeniach ciała w opiece przedszpitalnej

Praktyczny kurs EKG**Arytmia w zdrowym sercu**

zanim chory trafi do kardiologa, leczenie antyarytmiczne – jak prowadzić bezpiecznie

Organizacja pracy SOR

zagadnienia prawne, najczęstsze przypadki

Stany nagłe w gabinecie stomatologicznym**Emocjonalna zwinność w medycynie**

jak pozostać obecnym, zrównoważonym i empatycznym pod presją

Budowanie odpornego zespołu medycznego

bezpieczeństwo psychologiczne, zaufanie i zarządzanie konfliktem

Psychologia starzenia

jak zrozumieć i wspierać starszego pacjenta

Pokolenie Z w gabinecie lekarskim

jak efektywnie komunikować się z młodymi pacjentami?

KURSY SPECJALIZACYJNE DLA SPECJALNOŚCI LEKARSKICH ORGANIZOWANE PRZEZ MEDYCZNE CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO COLLEGIUM MEDICUM W OKRESIE PAŹDZIERNIK-GRUDZIEŃ 2025 ROKU

Alergologia

Diagnostyka chorób alergicznych

9-10.10.2025

Kierownictwo naukowe:
prof. Ewa Czarnobilska

Anestezjologia i intensywna terapia

Diagnostyka i leczenie bólu

1-5.12.2025

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Anna Przekłasa-Muszyńska

Chirurgia ogólna

Chirurgia wieku podeszłego i podstawy opieki geriatrycznej

24.10.2025

Kierownictwo naukowe: prof. Jakub Kenig

Chirurgia szczękowo-twarzowa

Zaburzenia potencjalnie złośliwe, cechy nowotworów łagodnych i złośliwych jamy ustnej oraz części twarzowej czaszki – ich rozpoznawanie i leczenie / Stany przedrakowe, cechy nowotworów łagodnych i złośliwych jamy ustnej oraz części twarzowej czaszki – ich rozpoznawanie i leczenie

15-16.10.2025

Kierownictwo naukowe:
prof. Grażyna Wysznińska-Pawelec

Epidemiologia, rozpoznawanie oraz chirurgiczne i skojarzone leczenie złośliwych nowotworów części twarzowej czaszki i szyi / Epidemiologia, rozpoznawanie oraz chirurgiczne i skojarzone leczenie złośliwych nowotworów twarzy, jamy ustnej, części twarzowej czaszki i szyi

19-21.11.2025

Kierownictwo naukowe:
prof. Grażyna Wysznińska-Pawelec

Choroby wewnętrzne

Toksykologia

9-10.10.2025

Kierownictwo naukowe: dr Piotr Hydzik

Alergologia

16-17.10.2025

Kierownictwo naukowe:
prof. Ewa Czarnobilska

Geriatrya

27-28.10.2025

Kierownictwo naukowe:
prof. Barbara Gryglewska

Genetyka kliniczna

Onkogenetyka – białaczki i guzy lite

13-15.10.2025

Kierownictwo naukowe: prof. Tomasz Sacha

Geriatrya

Choroby układu kostno-stawowego i problemy ortopedyczne w wieku podeszłym / Choroby układu kostno-stawowego i problemy ortopedyczne w starszym wieku

17.11.2025

Kierownictwo naukowe: prof. Anna Skalska

Postępowanie zabiegowe w wieku podeszłym

20.11.2025

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Macin Cwynar

Hipertensjologia

Diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego pierwotnego i chorób współistniejących

5-7.11.2025

Kierownictwo naukowe: prof. Marek Rajzer

Nadciśnienie tętnicze u kobiet

20.11.2025

Kierownictwo naukowe: prof. Marek Rajzer

Kardiochirurgia

Postępy w kardiochirurgii wrodzonych wad serca u noworodka

24-26.11.2025

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Tomasz Mroczek, prof. UJ

Kardiologia

Nadciśnienie płucne i niewydolności prawej komory serca

7.11.2025

Kierownictwo naukowe:

prof. Grzegorz Kopeć

Elektrofizjologia i elektroterapia

17-19.11.2025

Kierownictwo naukowe:

dr hab. Andrzej Ząbek

Nadciśnienie tętnicze

17-18.11.2025

Kierownictwo naukowe: prof. Marek Rajzer

Położnictwo i ginekologia

Endoskopia – zaawansowany, część I i II

6-10.10.2025, 3-7.11.2025, 1-5.12.2025

Kierownictwo naukowe:

dr Krzysztof Skotniczny

Endoskopia – kurs praktyczny indywidualny

6-10.10.2025, 3-7.11.2025, 1-5.12.2025

Kierownictwo naukowe:

dr Krzysztof Skotniczny

Endoskopia – podstawowy

6-10.10.2025, 3-7.11.2025, 1-5.12.2025

Kierownictwo naukowe:

dr Krzysztof Skotniczny

Ultrasonografia – kurs praktyczny indywidualny

6-10.10.2025, 3-7.11.2025, 1-5.12.2025

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Marcin Wiecheć

Diagnostyka i terapia płodu

13-17.10.2025

Kierownictwo naukowe: prof. Hubert Huras

Choroby przenoszone drogą płciową

1-5.12.2025

Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Psychiatria

Kurs wprowadzający: „Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie psychiatrii”

20-24.10.2025

Kierownictwo naukowe:
prof. Dominika Dudek

Reumatologia

Podstawy immunologii i immunologiczne techniki laboratoryjne

24.10.2025

Kierownictwo naukowe: dr Magdalena Strach

Seksuologia

Seksuologia kliniczna

17-21.11.2025

Kierownictwo naukowe:

dr hab. Bartosz Grabski

Toksykologia kliniczna

Wprowadzenie do toksykologii klinicznej

25-28.11.2025

Kierownictwo naukowe: dr Piotr Hydzik

Transplantologia kliniczna

Zakażenia po przeszczepieniu narządów i komórek krwiotwórczych

10.10.2025

Kierownictwo naukowe:

dr hab. Jolanta Goździk

Urologia dziecięca

Laparoskopia w urologii dziecięcej

19-21.11.2025

Kierownictwo naukowe: prof. Rafał Chrzan

DLA SPECJALNOŚCI LEKARSKO-DENTYSTYCZNYCH

Ortodoncja

Analiza zdjęć rentgenowskich i cefalometria

7-13.10.2025

Kierownictwo naukowe:

prof. Bartłomiej W. Loster

Wprowadzenie do współczesnej ortodoncji

17-24.11.2025

Kierownictwo naukowe:

prof. Bartłomiej W. Loster



Dylematy lekarza stażysty

Letnie wakacje to czas rekrutacji absolwentów kierunków lekarskiego i lekarsko-dentystycznego na staż podyplomowy. Pomimo pojawiających się regularnie postulatów likwidacji stażu, pozostał on jako kolejny etap kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów. W ocenie środowiska lekarskiego staż podyplomowy stanowi niezbędne uzupełnienie wiedzy, a zwłaszcza umiejętności praktycznych uzyskanych w trakcie studiów.

Kto decyduje o tym, gdzie mogą być odbywane staże?

Dla młodych lekarzy i lekarzy dentystów (dalej lekarze) rozpoczynających kolejny etap edukacji to, w jakiej jednostce będą odbywać staż, jest istotne, ponieważ otrzymany przydział determinuje ich życie na najbliższy rok. Ale aby okręgowa rada lekarska skierowała lekarza do odbycia stażu podyplomowego na obszarze swojego działania, lekarz musi mieć miejsce zamieszkania na jej terenie i musi być jej członkiem.

Lista podmiotów uprawnionych do przeprowadzenia stażu jest prowadzona przez właściwy urząd marszałkowski. To, czy dany podmiot wykonujący działalność leczniczą (szpital, przychodnia, praktyka zawodowa lekarska, dentystyczna) jest wpisany na tę listę, stanowi suwerenną decyzję danego podmiotu. Marszałek województwa dokonuje wpisu na tę listę po uzyskaniu opinii okręgowej izby lekarskiej, do której podmiot składa wniosek o wpis. W praktyce to podmiot określa, czy może i chce przyjmować lekarzy na staż. Określa też maksymalną liczbę miejsc stażowych.

Jak można dostać się na staż do wybranego miejsca? Czy istnieją kryteria naboru?

Tak, ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty ustala kryteria rekrutacji. W pierwszej kolejności okręgowa rada lekarska uwzględnia najwyższą średnią arytmetyczną ocen z egzaminów uzyskaną w okresie studiów, liczoną do dwóch cyfr po przecinku, obliczoną na podstawie danych zawartych w karcie osiągnięć studenta. Średnią ocen podwyższa się o 0,5 punktu, jeżeli lekarz w trakcie studiów był pierwszym autorem, albo o 0,2 punktu, jeżeli był współautorem przynajmniej jednej publikacji naukowej opublikowanej w czasopiśmie z aktualnego wykazu czasopism sporządzonego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. Średnią podnosi się o 0,25 punktu, jeżeli lekarz w trakcie studiów uczestniczył

w prowadzeniu działalności pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia, w tym działalności leczniczej w rozumieniu ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, potwierdzonej zaświadczeniem właściwego podmiotu prowadzącego działalność pożytku publicznego w rozumieniu ustawy z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, lub też uczestniczył w prowadzeniu takiej działalności poza Rzeczpospolitą Polską.

Należy pamiętać, że indywidualna zgoda podmiotu leczniczego na przyjęcie danego lekarza na staż nie zostanie uwzględniona, jeżeli zgodnie z kryteriami wskazanymi powyżej inne osoby z wyższą punktacją zajmą miejsca szkoleniowe w danej jednostce.

Jak kształtuje się wynagrodzenie lekarza stażysty?

Podstawą odbywania stażu podyplomowego jest umowa o pracę. Czy fakt, że lekarze i lekarze dentyści odbywają odrębnie staż oraz okoliczność, że staż odbywany jest w różnych jednostkach wpływa na wysokość wynagrodzenia? Czy jednostka stażowa dowolnie określa wysokość wynagrodzenia lekarza stażysty?

Należy wyjaśnić, że wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego dla lekarzy i lekarzy dentystów stażystów jest jednakowa. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza to w Biuletynie Informacji Publicznej, a podstawą jej ustalenia są przepisy ustawy z 8 czerwca 2017 r. **Tak więc od 1 lipca 2025 r. wynagrodzenie lekarzy i lekarzy dentystów w trakcie stażu podyplomowego zostało podwyższone z kwoty 6 798 zł do kwoty 7 773 zł**, tj. do kwoty odpowiadającej iloczynowi współczynnika pracy dla lekarza stażysty i lekarza dentysty stażysty wynoszącego 0,95 kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w 2024 r. (8 181,72 zł).

Na zakończenie wypada życzyć, aby wszyscy lekarze rozpoczynający właśnie staż podyplomowy rzeczywiście pogłębili dzięki niemu wiedzę zarówno teoretyczną, jak i praktyczną.

Mec. Anna Gut

Podstawa prawna:

Art. 15-15p ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2024 r. poz. 1287 ze zmian.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 lutego 2023 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2023 r. poz. 377).

Ustawa z 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2139).



Czy robot zastąpi lekarza? Sztuczna inteligencja pod nadzorem UE

Wszyscy obserwujemy, jak w ostatnich latach sztuczna inteligencja (AI) coraz śmielej wkracza w nasze życie. Od rozrywki i komunikacji, przez edukację, aż po pracę – codziennie słyszymy nie tylko o nowych rozwiązaniach, ale i o kontrowersjach związanych z jej zastosowaniem. Dynamiczny rozwój sztucznej inteligencji stawia także poważne wyzwania przed prawem. Przepisy, które powinny być klarowne i nadążać za rzeczywistością, często nie są w stanie dotrzymać kroku zmianom technologicznym. Regulowanie tak pręźnie rozwijającej się dziedziny stanowi wyzwanie i wymaga zachowania równowagi. Chodzi tu przede wszystkim o pogodzenie ochrony praw jednostki – w szczególności jej prawa do prywatności – z potrzebą tworzenia stabilnych ram prawnych sprzyjających rozwojowi nauki i innowacjom. Przepisy tworzone w tym zakresie nie powinny być więc nadmiernie restrykcyjne, aby nie hamować postępu. Problemem legislacyjnym jest także złożony, specjalistyczny język, czasem niezrozumiały dla zwykłego użytkownika. Zjawisko to może być szczególnie widoczne w przypadku przepisów UE, które muszą być dodatkowo tłumaczone na języki krajowe. Uregulowanie tych kwestii staje się pilnym wyzwaniem – zarówno na poziomie Unii Europejskiej, jak i w poszczególnych państwach.

AI Act – wprowadzenie

Próba kompleksowego unormowania zasad stosowania sztucznej inteligencji w Unii Europejskiej jest Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1689 z 13 czerwca 2024 r. *w sprawie ustanowienia zharmonizowanych przepisów dotyczących sztucznej inteligencji* (tzw. AI Act). Weszło ono w życie w sierpniu 2024 r. Kolejne rozwiązania będą wdrażane etapami, natomiast pełne obowiązywanie planowane jest na sierpień 2026 r.

Nowe przepisy regulują procedury projektowania oraz wdrażania rozwiązań wykorzystujących sztuczną inteligencję, kładąc nacisk na ochronę praw podstawowych, bezpieczeństwo użytkowników i przejrzystość działania algorytmów. Przede wszystkim rozporządzenie wprowadza klasyfikację systemów AI według poziomu ryzyka, dzieląc je na: niedopuszczalne, wysokie, ograniczone oraz minimalne. Najsurowsze zakazy dotyczą systemów zagrażających prawom człowieka. Zasadniczo niedopuszczalne będą systemy pozwalające

np. na masowe rozpoznawanie twarzy w przestrzeni publicznej. Systemy wysokiego ryzyka (np. stosowane w ochronie zdrowia) będą musiały spełniać rozbudowane wymogi w zakresie m.in. nadzoru ludzkiego, jakości danych i ich przejrzystości. W odniesieniu do systemów o ograniczonym ryzyku (np. chatboty) przewidziano pewne obowiązki informacyjne, natomiast systemy o minimalnym ryzyku (np. filtry spamu) nie będą wymagać dodatkowych regulacji.

Kolejnym istotnym elementem uregulowanym w rozporządzeniu są kwestie użytkowania modeli ogólnego przeznaczenia (GPAI), takich jak duże modele językowe (np. GPT) lub multimodalne (np. Gemini), które będą musiały spełniać dodatkowe obowiązki informacyjne i dokumentacyjne.

Rozporządzenie przewiduje rozbudowane systemy kontroli egzekwowania przepisów (w tym system kar finansowych), oparte na współpracy organów krajowych oraz nowego europejskiego urzędu ds. AI.

AI Act w ochronie zdrowia

Sztuczna inteligencja staje się też integralnym elementem nowoczesnej medycyny. Wspiera lekarzy w diagnostyce obrazowej, personalizacji terapii czy analizie dużych zbiorów danych medycznych. Pojawiają się więc pytania o bezpieczeństwo pacjentów i odpowiedzialność za decyzje podejmowane przy wsparciu algorytmów. Omawiane rozporządzenie służyć ma zapewnieniu prawidłowości stosowania narzędzi sztucznej inteligencji w obszarze zdrowia, przy zagwarantowaniu bezpieczeństwa systemów medycznych oraz poszanowania podstawowych praw obywateli.

W pierwszym rzędzie przepisy rozporządzenia zakładają, że technologie AI muszą być projektowane i wdrażane w sposób, który minimalizuje ryzyko błędów medycznych. Dodatkowo zapewniona ma być ochrona prywatności pacjentów oraz rzetelność i sprawiedliwość działania algorytmów. Przykładowo systemy służące analizie obrazów RTG czy wyników rezonansu magnetycznego muszą być walidowane na dużych i reprezentatywnych zbiorach danych. Służyć to ma uniknięciu błędów diagnostycznych czy niezamierzonej dyskryminacji pacjentów. Przepisy nakładają obowiązek dokumentowania działania systemów oraz ich stałego nadzoru przez wykwalifikowany personel medyczny. Nadto pacjenci powinni być

informowani, kiedy w procesie leczenia wykorzystywana jest sztuczna inteligencja, a lekarze – mieć możliwość ingerencji i pełnej kontroli nad jej decyzjami.

Tym samym przepisy rozporządzenia służą nie tylko porządkowaniu rynku AI, ale przede wszystkim ochronie pacjentów przed możliwymi niekorzystnymi skutkami automatyzacji decyzji medycznych. Jest to, obok innych już wymienionych celów omawianej regulacji, krok w stronę budowy zaufania do AI, która – odpowiednio kontrolowana – może niewątpliwie stać się jednym z najcenniejszych narzędzi współczesnej medycyny. Dodatkowo rozporządzenie harmonizuje rozwiązania AI z innymi unijnymi aktami sektora zdrowia, np. z rozporządzeniem o wyrobach medycznych czy RODO. Rozwiązanie to służyć ma zapewnieniu kompleksowości w sprawowaniu opieki i ochronie pacjentów.

Ze względu na wysokie wymagania postawione podmiotom tworzącym i stosującym systemy sztucznej inteligencji niewątpliwie konieczne będzie poczynienie znacznych inwestycji w badania, rozwój oraz monitoring technologii.

Uwagi końcowe

Kiedy zastanawiałem się nad tematyką artykułu, w pierwszym odruchu odrzuciłem problematykę sztucznej inteligencji, trochę z przekory, bo „przecież wszyscy o tym piszą.” Po przeprowadzeniu małej sondy okazało się jednak, że mimo pozornego natłoku publikacji przeciętny czytelnik nie kusi się o głębszą refleksję. Oczywiście wielu z nas nawet codziennie korzysta z „dobrodziejstw” AI, jednak traktujemy to bardziej technicznie niż społecznie. Tymczasem ilu z nas zadaje sobie pytanie, czy i w jakim zakresie ponosimy odpowiedzialność za jej stosowanie, np. w podejmowaniu decyzji zawodowych?

W odniesieniu do sytuacji lekarza korzystającego z narzędzia AI pytanie o odpowiedzialność wydaje się kluczowe. Czy lekarz ma być tylko „operatorem” narzędzia, czy nadal decydentem, którego opinia góruje nad algorytmem? Co w sytuacji, gdy decyzja AI okaże się błędna, a lekarz podążył za nią? Nie przekonuje mnie jednocześnie teza formułowana przez niektórych, że mamy do czynienia tylko z narzędziem. Każdy, kto w sposób pogłębiony użytkowo miał do czynienia z rozbudowanym modelem AI, wie, że to doświadczenie na granicy fascynacji i przerażenia. Historia pokazuje, że technologie – od druku, przez elektryczność, po internet – nigdy nie były neutralne. Sztuczna inteligencja ma potencjał do przekształcania ról zawodowych i etycznych w sposób, którego w tej chwili nie rozumiemy.

Nie jestem w stanie odpowiedzieć na pytanie, jak prawo sobie poradzi z tą sferą. Rozporządzenie, o którym piszę, liczy ponad 200 stron tekstu i zawiera około

70 sformalizowanych definicji określających znaczenie użytych w nim, nowych pojęć. Operuje trudnym językiem, a jego wdrożenie wymagać będzie nieokreślonej liczby działań legislacyjnych i organizacyjnych podjętych na poziomie krajowym. Niełatwo zaplanować rozwiązania prawne regulujące AI ani nawet oprzeć się na tych już przyjętych i przetestowanych. Nie jestem w stanie odpowiedzieć na pytanie, jakie skutki przyniesie ta regulacja dla systemu opieki zdrowotnej i brakuje mi wyobraźni, by przewidzieć, jak przełoży się to na indywidualną sytuację lekarza. Jednego jestem pewien – przełoży się na pewno.

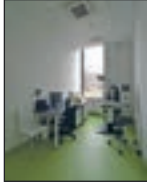
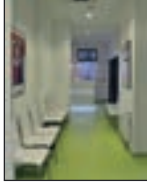
mgr Dariusz Dziubina

W przygotowaniu tekstu korzystałem z szeregu publikacji i analiz dot. AI, w tym m.in. „Zakazane systemy AI. Gdzie przebiega granica?” (pub. internet NASK);

„Przepisy dotyczące godnej zaufania sztucznej inteligencji w UE” (pub. internet EUR-Lex);

„Przepisy dotyczące sztucznej inteligencji od 2 sierpnia 2025 r. - modele AI ogólnego przeznaczenia i organy notyfikujące” (pub. internet. P. Tiuryn Wolters Kluwer);

„Prawa pacjenta w dobie sztucznej inteligencji – odpowiedzialność i świadoma zgoda w cyfrowej medycynie” (pub. internet Centrum e-Zdrowia) i inne.


SPORT medicum

WYNAJEM GABINETÓW LEKARSKICH

ul. Podskale 18, lok 6, 30-522 Kraków, Dom Przy Źródle
ul. Rogozińskiego 6, lok 5-6, 31-559 Kraków, Graffit House
ul. Szuwarowa 1, lok 12, 30-384 Kraków

Zapewniamy:

- ♦ wynajem nowoczesnych gabinetów konsultacyjnych i zabiegowych
- ♦ stałe godziny przyjęć
- ♦ szeroki zakres obsługi pacjentów
- ♦ doskonale lokalizację 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
- ♦ sprzątanie
- ♦ pakiet socjalny
- ♦ podstawowe wyposażenie
- ♦ ubezpieczenie
- ♦ obsługę administracyjną

Więcej informacji:

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

Krosno

■ W dniach 19-20 lipca odbyły się zawody tenisa ziemnego lekarzy i ich rodzin, tradycyjnie – na kortach tenisowych w Krośnie przy ulicy Bursaki.



Pogoda mimo złych prognoz dopisała. Większość gier przeprowadzono na kortach otwartych, ale część zawodników wolała rozegrać mecze pod balonami. Uczestników niestety nie było wielu, gdyż w tym czasie odbywały się Mistrzostwa Świata w Gdyni. Wszyscy zostali podzieleni na trzy kategorie wiekowe, w których rozegrano zawody metodą każdy z każdym. W poszczególnych grupach zwyciężyli: w najmłodszej Karol Marosz i Jan Okoński, w średniej Marek Cyparski i Ksawery Pąściak, w najstarszej Włodzimierz Zdunek i Wojciech Kolanko.

■ Szpital w Sanoku pozyskał prawie 83 mln zł, które w całości zostaną przeznaczone na realizację inwestycji pn. Centrum Ochrony Zdrowia Psychicznego. SPZOZ w Sanoku został jednym z beneficjentów rozstrzygniętego 30 czerwca 2025 r. konkursu w ramach Funduszu Medycznego Ministerstwa Zdrowia. Wniosek SPZOZ w Sanoku zajął 6. miejsce na 38 złożonych i został

wybrany jako duży projekt strategiczny (powyżej 50 mln) – to jeden z zaledwie dziewięciu takich projektów w Polsce. Realizacja inwestycji planowana jest na lata 2026-2028. Co warto podkreślić – sanocki Szpital znalazł się w zacnym gronie wiodących ośrodków psychiatrycznych w Polsce.

(źródło: SPZOZ w Sanoku/Facebook)

■ Szpital Powiatowy w Lesku 1 lipca zawiesił działalność oddziału ginekologiczno-położniczego. Powodem był brak neonatologa, który przeszedł na emeryturę, i rosnące zadłużenie. W czerwcu szpital miał 110 mln zł długu, który z miesiąca na miesiąc zwiększał się o około półtora mln zł. Funkcjonowanie leskiej porodówki miało zostać przywrócone 1 września, ale tak się nie stało, pracę oddziału zawieszono na kolejny miesiąc. Problemem są nie tylko pieniądze, ale i braki kadrowe.

W podobnej sytuacji finansowej jak szpital w Lesku są ościenne szpitale w Sanoku i Ustrzykach Dolnych. Ich łączny dług to około 300 mln zł. Ratunkiem mogłoby być połączenie tych trzech szpitali przy jednoczesnym zachowaniu

funkcjonowania wszystkich istniejących placówek. W ramach reformy ich działalność zostałaby tak zaplanowana, aby nie dublować oddziałów.

(źródło: tvn24.pl, PAP)

*Janusz Kulon
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Krośnie*

Przemysł

■ Decyzją Zarządu Województwa Podkarpackiego Wojewódzki Szpital w Przemysłu otrzymał w lipcu fundusze na zakup nowoczesnego sprzętu EKG, urządzeń do podtrzymywania funkcji oddychowych oraz specjalistycznego wyposażenia ochronnego wspierającego codzienną pracę zespołów medycznych.

■ Z początkiem września wznowił działalność Klub Lekarza Seniora przy Delegaturze przemyskiej, wybierając się na wycieczkę do Kozłówek na Lubelszczyźnie. W programie wycieczki było zwiedzanie z przewodnikiem zespołu pałacowo-parkowego rodziny Zamoyskich (na zdjęciu poniżej),



zaliczanego do najlepiej zachowanych rezydencji magnackich w Polsce. Oddano go do użytku 1742 roku, w ręce Zamoyskich przeszedł pod koniec XVIII w. Konstanty Zamoyski wraz z żoną Anielą Potocką zainwestowali sporo wysiłku i funduszy w rozbudowę obiektu, nadając nowy charakter i niewątpliwy splendor temu miejscu.

*Marek Zasadny
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Przemyśle*

Nowy Sącz

■ 11 sierpnia w krynickim sanatorium lekarz został pobity przez pijanego pacjenta. Doznał urazu powodującego rozstrój zdrowia powyżej 7 dni. Przestępca został zatrzymany przez policję, a Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie śledzi tok postępowania karnego. Brutalna przemoc wobec lekarza nie może pozostać bezkarna.

■ Po wakacyjnej przerwie swą działalność wznowił Klub Lekarza Seniora. Na wrześniowym spotkaniu wysłuchano wykładu lek. Andrzeja Fugla nt. kryptowalut. Przyjęto również propozycję planu najbliższych wyjazdów. I tak już 21.09. sądeccy lekarze mieli uczestniczyć w koncercie muzyki filmowej J. Kaczmarka w Kąsnej Dolnej, a 26.10 wyjadą do Nowego Targu na musical „Skrzypek na dachu”. Trwają zapisy. Zapraszamy.

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



Pamięci dr. Feliksa Tokarskiego

Jeszcze przed wakacjami w Pedagogicznej Bibliotece Wojewódzkiej w Krośnie można było obejrzeć wystawę prezentującą postać niezwykle zasłużoną dla tego regionu i nietuzinkową – doktora **Feliksa Tokarskiego** (1868-1949), lekarza, społecznika i twórcy pierwszej, powstałej 120 lat temu placówki służby zdrowia w Jedliczu. Wystawę otworzył Marek Wiatr, artysta śpiewak i malarz, potomek doktora Tokarskiego.

Feliks Tokarski urodził się w Przeworsku, kształcił w gimnazjach w Rzeszowie i Sanoku, a w 1888 r. w Przemyśle zdał egzamin dojrzałości. Rozpoczął studia na Wydziale Prawa Uniwersytetu Jagiellońskiego, lecz przerwał je z powodu choroby. W 1893 r. podjął studia medyczne na Wydziale Lekarskim UJ, gdzie w 1898 r. uzyskał absolutorium, a w 1902 r. otrzymał tytuł doktora wszech nauk lekarskich. Już jako doktor założył rodzinę – jego syn również został później lekarzem (i kolejne pokolenia kontynuują powołanie).

W kwietniu 1905 r. dr Tokarski został lekarzem okręgowym w Jedliczu, okręg obejmował 14 gmin. W czasie I wojny światowej powołano go do armii, ale w wyniku interwencji

społeczeństwa – kilkanaście tysięcy mieszkańców zostałoby pozbawionych opieki medycznej – w 1916 r. powrócił na swoje stanowisko. W Jedliczu prowadził także aptekę domową. Jego pacjentkami były m.in. Maria Konopnicka i jej córka Zofia Mickiewicz.

Dr Tokarski był też jednym z pionierów lecznictwa przemysłowego, leczył pracowników kopalni i przemysłu naftowego. W latach 1925-1939 był lekarzem okręgowym, pracując także w Ubezpieczalni Społecznej w Krośnie. Był też wielkim społecznikiem, podejmował się działalności w wielu instytucjach. Należał do Towarzystwa Samopomocy Lekarzy, Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich, Towarzystwa Lekarzy Polskich byłej Galicji. Był członkiem Izby Lekarskiej Zachodnio-Galicyskiej, a potem Lwowskiej Izby Lekarskiej.

Wszystkie te informacje pochodzą z opracowania Remigiusza Janochy, który materiały o doktorze Tokarskim odszukał w archiwach w kraju i za granicą.

Wystawa już się zakończyła, ale pamięć o doktorze przetrwała – dr Feliks Tokarski jest od 1963 r. patronem jednej z ulic w Jedliczu...

opr. jol



BO PRAWDZIWY LUKSUS TO NAJWYŻSZE WYMAGANIA!

LUXURY MANOR AGENCJA NIERUCHOMOŚCI DLA LEKARZY I PRAWNIKÓW

Pracujemy specjalistycznie dla najbardziej wymagających przedstawicieli wolnych zawodów. Rozumiemy doskonale potrzeby tego środowiska, bo sami z niego pochodzimy.

Koncentracja na rezultacie i satysfakcji klientów, kompleksowa opieka także w złożonych sprawach prawnych i bezpieczeństwo transakcji – to są nasze niezienne wartości.

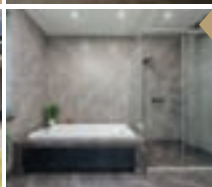
LEKARZY OBSŁUGUJEMY BEZPROWIZYJNIE!

NAJWYŻSZEJ JAKOŚCI DOMY I APARTAMENTY GOTOWE DO WEJŚCIA OD 1.199.000 PLN



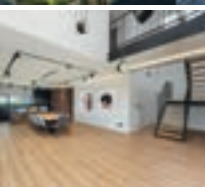
KRAKÓW - LUKSUSOWY APARTAMENT PRZY STARYM MIEŚCIE
– NOWY I WYPOSAŻONY, GARAŻ, 104 M² / 3 POK.,
CENA: 3.749.000 PLN

RYSZARD KOPROWSKI TEL. 730 886 368



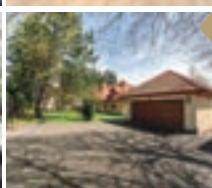
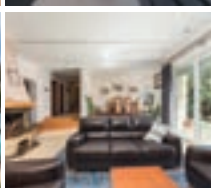
KRAKÓW - WILLA OPATKOWICE – POTRÓJNY GARAŻ ,
WYPOSAŻENIE I NISKIE KOSZTY UTRZYMANIA, 259 M² / 6 POK.
DZIAŁKA 800 M², CENA: 3.290.000 PLN

BEATA MICHALSKA TEL 608 046 782



MOGILANY – WILLA PRZY REZERWACIE NOWA -2024, GOTOWA
DO WEJŚCIA, DUŻY PODWÓJNY GARAŻ, 254 M² / 7 POK.
DZIAŁKA 1300 M², CENA: 2.690.000 PLN

RYSZARD KOPROWSKI TEL. 730 886 368



DOBCZYCE/MYŚLENICE – WILLA PODGÓRSKA Z BASENEM
– UMEBLOWANA, PODWÓJNY GARAŻ, SAD, 246 M² / 6 POK.
DZIAŁKA 2000 M², CENA: 2.199.000 PLN

RYSZARD KOPROWSKI TEL. 730 886 368



MYŚLENICE – DOM POD SŁOŃCEM – WOLNOSTOJĄCY I W PEŁNI
WYPOSAŻONY Z PIĘKNYM WIDOKIEM, 149M² / 6 POK.
DZIAŁKA 700 M², CENA: 1.599.000 PLN

KLAUDIA KUCZYŃSKA TEL 698 726 828



KRAKÓW – APARTAMENT DWUPOZIOMOWY W ENKLAWIE
- GARAŻ, MIEJSCE POSTOJOWE I KOMÓRKA, 93 M² / 4 POK.
3 BALKONY, CENA: 1.199.000 PLN

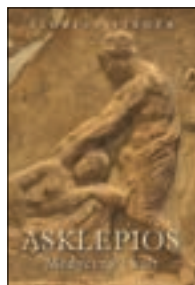
DAGMARA MIELCZAREK TEL 698 726 823

WE SPEAK ENGLISH, WIR SPRECHEN DEUTSCH

SIEDZIBA: WILLA JAGÓDKA, Al. Płk. Wł. Beliny-Prażmowskiego 14, 31-514 Kraków

WWW.LUXURY-MANOR.PL





Florian Steger

Asklepios. Medycyna i kult

Asklepios, syn Apolla i nimfy Koronis, grecki heros, opiekun sztuki lekarskiej, którego nauczycielem był słynący z mądrości i głębokiej wiedzy centaur Chiron, miał według popularnego mitu zyskać moc wskrzeszania zmarłych, co wzbudziło niepokój wśród olimpijskich bogów. Można to zrozumieć, gdyż burzyło to naturalny porządek rzeczy. Władca podziemnego świata zmarłych Hades miał poskarżyć się Zeusowi, że jeśli Asklepios nadal będzie bezkarnie korzystać ze swoich talentów, to jego królestwo opustoszeje. Gromowładny, znany ze swojej porywczoności, zgładził Asklepiosa, rażąc go piorunem.

Pamięć o Asklepiosie jednak przetrwała jego śmierć. Już w starożytności określano go słowem Soter, czyli zbawiciel, a jego legendarne umiejętności uzdrawiania czyniły zeń oczywistego dla Greków patrona medycyny, lekarzy i chorych. W rzeźbie i na monetach przedstawiany bywał najczęściej jako brodaty mężczyzna dzierżący długą laskę lub konar drzewa, wokół którego owinał się wąż. Ten pełzający gad będzie na stałe związany z Asklepiosem. Według części wyznawców Asklepios rażony piorunem nie umarł, lecz przeistoczył się w węża bytującego na granicy pomiędzy podziemnym światem umarłych a nadziemnym światem żywych. Rzymianie czcić będą Asklepiosa pod imieniem Eskulapa, a laska opleciona węzłem stanie się ponadczasowym symbolem medycyny i farmacji.

W książce Floriana Stegera perspektywa mitologiczna i religijna kultu Asklepiosa jest w oczywisty sposób obecna, aczkolwiek nie stanowi głównej przestrzeni narracji. Autor, jak sam podkreśla, dąży do ukazania złożonego i wielowątkowego związku Asklepiosa – Eskulapa z medycyną, jego miejsca w tradycji starożytnych szkół lekarskich, szczególnie w epoce Cesarstwa Rzymskiego. Steger daje czytelnikowi solidną dawkę historii nauki i praktyki medycyny, prezentując poglądy empiryków, dogmatyków, metodyków i pneumatyków, wskazując na prace Rufusa z Efezu oraz Galena, równocześnie odnosząc się do *medicina domestica*, a zatem utartych zwyczajem środków medycyny domowej i całego

panoptikum różnych uzdrowicieli i cudotwórców. Na tym tle postać lekarza (*iatros*) nie jest łatwa do zdefiniowania. Leczyć mógł bowiem każdy, kto głosił, że posiadał odpowiednią wiedzę oraz umiejętności i zyskał popularność wśród chorych. Jak wskazuje Steger, bliżej współczesnemu pojęciu lekarza byli ci, którym przyszło pełnić służbę w administracji państwowej i miejskiej, a także ci niosący pomoc żołnierzom i gladiatorom. A co z kapłanami Asklepiosa?

Na tym tle świątynie Asklepiosa – asklepiejony rozsiane niemal po całym świecie kultury śródziemnomorskiej – pełniły funkcję szczególną, będąc z jednej strony strefą sacrum, dedykowaną kultowi należnemu istotom boskim, z drugiej dobrze zorganizowanymi ośrodkami leczenia chorych. Jeśli szukać współczesnych analogii, bliskie by to było naszemu wyobrażeniu nie tyle szpitala, co sanatorium, choć i to określenie nie do końca oddaje ideę tego miejsca. Tu bowiem wiara, religia i rytuał łączyły się z hydroterapią, balneologią i dietetyką, a sen inkubacyjny stanowił kluczowy punkt oczyszczenia i uzdrowienia. Była to zatem przestrzeń, gdzie uzdrawiająca moc boga spotykała się z metodami znanymi i stosowanymi w ówczesnej medycynie. Przestrzeń, dodajmy za Florianem Stegerem, starannie przemyślana i zaplanowana, również pod względem architektonicznym. Najsłynniejsze asklepiejony: w Epidauros, Kos czy Pergamonie, zyskiwały powszechną sławę, mając gwarantowane wsparcie i opiekę rzymskich cesarzy. Steger podkreśla, że medycyna, z jaką możemy się spotkać w asklepiejonach, choć przynależna do historii medycyny starożytnej, nosi jednak inny charakter, różniąc się wyraźnie od współistniejących nurtów i kierunków sztuki lekarskiej. Dlaczego tak twierdzi? O tym czytelnik może się ze szczegółami dowiedzieć dzięki niniejszej pracy. Bogata bibliografia pozwoli również rozszerzyć interesujące wątki. Myślę, że warto sięgnąć po tę książkę.

Ryszard W. Gryglewski

Florian Steger,
„Asklepios. Medycyna i kult”,
przekład Marzanna Łagiewska,
Homini. Wydawnictwo Benedyktynów Tyniec,
Kraków 2024, s. 241.

Malarz brudnych nóg

Wprzeszłości twórczość Józefa Chełmońskiego nie zawsze wzbudzała zachwyt. Dziś jest wręcz odwrotnie, przed jego obrazami gromadzą się tłumy miłośników sztuki. Możemy się o tym przekonać, wybierając się na wystawę obrazów malarza, która do 30 listopada tego roku pokazywana jest w Gmachu Głównym Muzeum Narodowego w Krakowie.

Cofnijmy się do niedzielnego przedpołudnia 1875 roku. Dobrze urodzona publiczność wkracza do sal Towarzystwa Zachęty Sztuk Pięknych w Warszawie, licząc na obcowanie ze znanymi malarskimi motywami. I tu spotyka ją niespodzianka. Zamiast wyrafinowanych pejzaży, portretów czy scen rodzajowych, przed oczami pań w długich sukniach i panów w surdutach w całej swojej okazałości prezentują się brudne nogi wieśniaczki. Na dodatek dziewczyna leży na ziemi w wyzywającej pozie, bawiąc się nitkami babiego lata. Panie ostentacyjnie odwracają głowy, panowie robią to też z niesmakiem, choć może częściej z udawanym niesmakiem, bo przecież młoda kobieta jest ponętna. Obraz „Babie lato” wywołuje skandal, a Józef Chełmoński zyskuje miano malarza brudnych stóp. Złośliwcy mówią nawet, że ma ambicje namalować chłopski smród.

I rzeczywiście, oglądając dziś jego prace, pokazywane w Muzeum Narodowym w Krakowie, trudno nie poddać się ich realizmowi. Ale to nie on jest najważniejszy. Jeszcze większe wrażenie robi artyzm tych obrazów, ich kompozycja, subtelne cieniowanie czy angażujące wszystkie zmysły widza zestawienia barw. Ekspozycja została podzielona na trzy części. Na wprost wejścia widzimy ekspresyjne obrazy twórcy z rozpędzonymi końskimi zaprzęgami. Prawa strona przestrzeni wystawienniczej poświęcona jest postawie artysty wobec natury, a lewa tzw. „chłopskim” obrazom. I właśnie od nich proponuję rozpocząć wizytę w muzeum. Od razu przekonamy się bowiem, z jaką siłą potrafi na nas oddziaływać znane ze szkolnych podręczników wspomniane już „Babie lato”, „Burza” czy „Bociany”. Dzieje się tak nie tylko przez to, że Chełmoński „uczułowcza” chłopów, którzy w jego czasach posiadali status podobny do zwierząt gospodarskich, ale przede wszystkim dlatego, że daje nam wręcz fizycznie poczuć ich zmysłową, witalną energię.

Szczególnie widoczne jest to na płótnach przedstawiających dzieci, które artysta malował pod wpływem silnych emocji, gdyż trójka jego własnych szybko zmarła. Stało się



materiał prasowy

to, kiedy przeprowadził się z Paryża do posiadłości w Kułkówce koło Grodziska Mazowieckiego. To był trudny dla malarza czas. Jego małżeństwo rozpadało się, a on nie potrafił wyjść z tego z twarzą. Posądził żonę, która była w ciąży, o zdradę, i zabronił jej spotkania się z pozostałym przy życiu potomstwem. Nie uznał też córki, która niebawem przyszła na świat. Co ciekawe, Wanda także została malarką, a jej portret, autorstwa Olgi Boznańskiej, pokazywany jest na krakowskiej wystawie. Z kolei sam Chełmoński został dwukrotnie sportretowany przez Leona Wyczółkowskiego, dzięki czemu możemy przyjrzeć się rysom jego twarzy. Przebija przez nie melancholia, którą odznacza się większość jego dzieł, szczególnie tych będących wspomnieniem Ukrainy. Artysta odwiedzał te tereny wielokrotnie i za każdym razem przywoził też stamtąd zapisane w głowie krajobrazy.

Znalazły się one w części wystawy poświęconej naturze. Tu najbardziej znanym obrazem są „Kuropatwy”. Widzimy na nim ptaki chodzące po zasypnym śniegiem polu. I choć zimny wiatr rozwiewa im pióra, a ich sylwetki zlewają się z ziemią, to mamy wrażenie, że każda z kuropatw została potraktowana indywidualnie. Badacze dopatrują się w tym inspiracji sztuką japońską. I mają rację, bo czystość tego płótna, jego minimalizm bez wątpienia na to wskazują.

Za to minimalizmu nie dopatrzymy się w części wystawy poświęconej koniom i końskim zaprzęgom. Jak ważny był to dla malarza motyw, może świadczyć wspomnienie znajomego rzeźbiarza Antoniego Kurzawy, który opowiadał, że Chełmoński, by nauczyć się realistycznie malować mięśnie końskiej nogi, kazał przynosić sobie do pracowni odciętą kończynę zdechłego zwierzęcia. Tak długo ją studiował,

aż mięso zaczynało gnić. Efekt możemy zobaczyć choćby przypatrując się słynnej, wielkoformatowej „Czwórcie”. Jednak nie zobaczymy jej na tej wystawie. Ze względów konserwatorskich zdecydowano się pozostawić ją w Galerii Sztuki Polskiej

w Sukiennicach. Może więc dobrym pomysłem byłoby, po zobaczeniu wystawy w Gmachu Głównym, przejść się spacerem na Rynek i kontynuować zachwyt nad twórczością artysty.

Magda Huzarska-Szumiec

Muzealna podróż śladami łap i pazurów

Ta wystawa nie pozostawia nikogo obojętnym. Oglądając ją będziecie się uśmiechać i rozczulać, a niekiedy także zwyczajnie wściekać na ludzką głupotę i okrucieństwo. Jeżeli chcecie przeżyć cały wachlarz emocji, idźcie do Pałacu Krzysztofory, oddziału Muzeum Krakowa, na wystawę „Miasto zwierząt”. Musicie się jednak pośpieszyć, bo czynna jest tylko do 26 października.

Taka wystawa musiała kiedyś powstać, by uświadomić wszem i wobec, że obywatelami Krakowa i innych miast są nie tylko ludzie, lecz również zwierzęta. I to nie tylko nasze domowe przytulanki, ale też wszystkie stworzenia współdzielące z nami przestrzeń od prehistorycznych czasów, poczynając od mamutów, przez tworzące przez wieki klimat miasta gołębie, pracujące ciężko konie, na odwiedzających nas coraz częściej dzikach kończąc. To wystawa historyczna, a jednocześnie ze wszech miar współczesna, nie tylko dzięki poruszonym tematom, lecz także prezentowanym na niej dziełom sztuki.

Zobaczmy tu m.in. XIX-wieczne obrazy, przedstawiające miłość krakowian do psów i kotów, scenki rodzajowe z czworonogami w roli głównej czy rodzinne portrety, których bohaterowie trzymają na rękach swoich ulubieńców. Zwani są oni tu „zwierzkańcami”, czyli pełnoprawnymi mieszkańcami naszego miasta. Widzimy zwierzaki w klasycznej odświeżonej malarstwa realistycznego i w jak najbardziej nowoczesnej, na przykład na obrazach Marcina Maciejowskiego. Bowiem zaletą tej wystawy jest nieustający dialog między dziś a wczoraj, między twórczością Juliusza Kossaka, Jana Matejki, Olgi Boznańskiej, a dziełami Magdaleny Abakanowicz, Jerzego Nowosielskiego czy Agaty Kus.

Bardzo ciekawe jest również spojrzenie na miasto oczami gołębi, za którymi nie wszyscy przepadają, choć bez nich krakowski Rynek

nie byłby tym Rynkiem. Owszem, potrafią one brudzić chodniki czy parapety, ale gdy popatrzymy na prezentowane na wystawie zdjęcie dziecka w otoczeniu ptaków, nie będziemy mieli wątpliwości, że są one nie tylko symbolem miasta, ale też jego mieszkańcami. Podobnie zresztą jak szczury, których alternatywne do naszego życia toczy się pod wybrukowanymi ulicami, w piwnicach historycznych budynków, a nawet w krzakach na mijanych przez nas codziennie skwerkach.

Konie widzimy w Krakowie najczęściej na Rynku, kiedy zaprężone do dorożek czekają na turystów. Wciąż ciężko pracują, tak jak ich poprzednicy sprzed wieków. Twórcy „Miasta zwierząt” poświęcili im dużą część przestrzeni wystawienniczej. Są tu wizerunki koni, które służyły w policji czy straży pożarnej, a także tych, dzięki którym mógł odbywać się handel i transport. Los tych zwierząt to trudny temat. Nie uciekniemy przed nim, podobnie jak przed poruszonym przez kuratorów problemem rzeźni miejskich. Na pewno zmusi on wielu zwiedzających do refleksji nad tym, jak traktowaliśmy i jak wciąż traktujemy zwierzęta. I nie poprawią nam humoru historyczne eksponaty, pokazujące różne rodzaje pomocy udzielanej zwierzętom przez mieszkańców Krakowa – od chroniących je aktów prawnych po niegdyśsze gabinety weterynaryjne.

Wielu zwiedzających zatrzymuje się przy rzeźbie dzika. To część wystawy obrazująca, jaką rolę dzikie zwierzęta obecnie odgrywają w mieście. Twórcy ekspozycji zamontowali w kilku miejscach fotopułapki, dzięki czemu śledzili naturalne zachowania zwierząt. Teraz dzieli się z nami swoimi odkryciami. To pozwala spojrzeć na żyjące obok nas istoty, nawet jeśli nie są one naszymi ukochanymi psiakami czy kotami, zdecydowanie przychylniejszym okiem.

Magda Huzarska-Szumiec



materiał prasowy

Lekarze z Krakowa na światowych kortach

W dniach 19-25 lipca br. w Trójmieście odbyło się wyjątkowe wydarzenie sportowe – 54. Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie (54th World Medical Tennis Society Congress and Championships). Turniej rozegrany został na kortach KT Arka Gdynia, Gdańskiej Akademii Tenisowej i STK Sopot, a jego organizatorem było Polskie Stowarzyszenie Tenisowe Lekarzy.

Zawody powróciły do Gdyni po 20 latach przerwy i zakończyły się wielkim sukcesem – reprezentacja Polski kobiet zdobyła po raz kolejny Puchar Narodów (Nation Cup)!

Wśród ponad 500 zawodników nie zabrakło reprezentantów Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, którzy nie tylko zdobyli medale w kategoriach indywidualnych, deblowych i mikstowych, ale występowali też na naukowej scenie podczas towarzyszącej mistrzostwom konferencji sportowej.



Nasi reprezentanci i ich osiągnięcia na MŚL:

- **Maria Gołda** – złoty medal singiel kobiet 40+
- **Maria Gołda i Kinga Janczukowicz** – złoty medal w deblu kobiet 40+, finał z Austriaczkami
- **Kinga Janczukowicz** – złoty medal w grze mieszanej (mikst), prelegent na kongresie naukowym
- **Rafał Galik** – złoty medal singiel mężczyzn 45+
- **Robert Telega** – złoty medal mikst 45+, srebrny medal debel mężczyzn 50+
- **Agnieszka Jagiełło-Korzeniowska** – brąz w mikście kat. 40+
- **Justyna Kubicka Dyląg** – srebrny medal debel kobiet 50+
- **Paweł Łyskowski** – złoty medal w deblu mężczyzn 60+, srebrny medal w singlu 60+
- **Paweł Koźmiński, Marcin Dyląg, Mateusz Bróza, Wojtek Stręk, Dominik Augustyn** – reprezentanci OIL Kraków w międzynarodowych rozgrywkach



Dołącz do Klubu Tenisowego OIL!

Większość uczestników Mistrzostw w Gdyni to członkowie Klubu Tenisowego działającego od ponad roku przy OIL w Krakowie, zrzeszającego lekarzy i ich rodziny – od stażystów po seniorów, w grupach od początkujących po zaawansowanych. Treningi odbywają się cyklicznie w hali tenisowej AWF w Krakowie, zarezerwowanej specjalnie dla członków Klubu, który 31 sierpnia Lekarskim Dniem Tenisa, obchodzonym na kortach Fame Sport Club, zainaugurował swój nowy sezon. Wydarzenie zgromadziło wielu uczestników, zarówno tych, którzy znają się z poprzednich sezonów, jak i osoby, które dopiero chcą rozpocząć swoją przygodę z tenisem i padłem. Treningi zostały zorganizowane z podziałem na poziomy zaawansowania, a wszystko odbywało się pod czujnym i profesjonalnym okiem trenerów: Grzegorza Koska i Marka Molendy.

Za dotychczasową działalność na rzecz Klubu szczególne wyróżnienie należy się doktor Marii Gołdzie, specjalistce rehabilitacji medycznej i medycyny sportowej. Jej zaangażowanie w promocję sportu wśród lekarzy jest nieocenione – to właśnie ona aktywnie uczestniczy w treningach, wyjazdach i motywuje do wspólnej gry. Ogrom pracy organizacyjnej wkłada również lek. dent. Kinga Janczukowicz, która czuwa

nad organizacją i harmonogramem, walczy o sponsorów i dostępność hal tenisowych na cały sezon dla grupy lekarskiej oraz koordynuje wszystkie tenisowe inicjatywy.

W planach Klubu na najbliższy sezon jest wyjazd treningowy w listopadzie (szczegóły obok), na który organizatorzy zapraszają lekarzy z całymi rodzinami. Dodatkowo rusza liga tenisowa, która pozwoli na zabawę na punkty na korcie – możesz grać kiedy chcesz i gdzie chcesz!

Lekarski Tenis planuje rozszerzyć swoją działalność na cały obszar OIL w Krakowie i stworzyć lokalne grupy treningowe. Więc jeśli jesteś z okolic Nowego Sącza, Krosna, Przemyśla – skontaktuj się z organizatorami: tenis@oilkrakow.org.pl

Wszystkie informacje dotyczące działalności Klubu, zapisów do ligi tenisa, a także link ze zgłoszeniem do Klubu na sezon jesienno-zimowy można znaleźć na stronie <https://oilkrakow.pl/klub-tenisowy/>

Relacje z wydarzeń można także śledzić w mediach społecznościowych pod hasłem „Lekarski Tenis”.
(opr. Red.)



Klub tenisowy OIL
Kraków
zaprasza na

wyjazd tenisowy
– treningowy
27-30 listopada 2025 r.

HOTEL VITALITY **** Vendryne, Czechy
Hala - 4 korty tenisowe

Od piątku do soboty m.in.:

- treningi dla dorosłych 2x dziennie
 - treningi dla dzieci - plan indywidualny
 - trening mentalny i psychologiczny
 - regeneracja w hotelowym spa
 - pilates i ćwiczenia rozciągające
 - Niedziela – turniej deblowy / pary mieszane.
- Trenerzy: Grzegorz Kosek i Marek Molenda

Zapisy do 15.10.2025: tenis@oilkrakow.org.pl
Szczegóły: <https://oilkrakow.pl/klub-tenisowy/>



Sukces na Medigames

W dniach 8-14 czerwca 2025 r. w hiszpańskim Lloret de Mar, nad malowniczym wybrzeżem Costa Brava, odbyła się 44. edycja Światowych Igrzysk Medyków – Medigames, prestiżowej międzynarodowej imprezy sportowej przeznaczonej dla lekarzy i personelu ochrony zdrowia. Co roku bierze w nich udział ponad 1500 uczestników z kilkudziesięciu krajów, rywalizujących w ponad 20 dyscyplinach – od pływania i lekkiej atletyki po tenis, siatkówkę czy triathlon. W tym wydarzeniu wzięła udział także reprezentantka Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie lek. Anna Podraza z Gorlic, zdobywając aż cztery brązowe medale w konkurencjach pływackich: 100 m stylem motylkowym, 200 m stylem dowolnym, 100 m stylem grzbietowym i 2 km open water.

„To były niesamowite dni – pełne sportowych emocji, inspirujących spotkań



i prawdziwego ducha wspólnoty medycznej. Cieszę się, że mogłam reprezentować krakowską Izbę Lekarską i jednocześnie pokazać, że lekarze z mniejszych miejscowości również potrafią sięgać po medale na światowej arenie” – mówi nasza medalistka, która właśnie rozpoczyna szkolenie specjalizacyjne z anestezjologii w Szpitalu Powiatowym w Gorlicach. Pasję do pływania pielęgnuje od najmłodszych lat; uczęszczała także do uczelnianego klubu sportowego, a obecnie trenuje w klubie w Gorlicach. Sukces na Medigames nie jest jej pierwszym osiągnięciem na lekarskich zawodach. Zdobyła m.in. I miejsce na XXI Igrzyskach Lekarskich w Cetniewie w 2024 r.

Serdecznie gratulujemy sukcesu!

AŚ

Biegiem przez Beskid Żywiecki



materiały organizatorów

9 sierpnia, w zachwycającym paśmie Beskidu Żywieckiego, odbyły się pierwsze w historii Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu Górskim na Długim Dystansie. Zawody zorganizowane z inicjatywy grupy lekarzy pasjonatów biegów terenowych odbyły się w trakcie „Chudego Wawrzyńca”, jednego z najstarszych i najbardziej znanych ultramaratonów górskich w naszym kraju. Patronat nad imprezą objęła Śląska Izba Lekarska.

Bieg o długości około 50 km, z przewyższeniami ok. 2500 m, prowadził przez najpiękniejsze górskie zakątki. Punktualnie o godz. 4 nad ranem z Rajczy, w gronie ponad 500 uczestników, wystartowało 42 lekarzy, w tym doktor Adrian Grzelak z OIL w Krakowie, ortopeda (na zdj. po prawej na dole), który zajął wysokie – czwarte miejsce (czas na mecie 6:20:58).

Mistrzostwo Polski, we wspinałym stylu i z dużą przewagą, zdobyli Justyna Janus z OIL w Rzeszowie (5. miejsce w klasyfikacji generalnej) oraz Michał Kozłowski ze Śląskiej Izby (9. miejsce w klasyfikacji generalnej). Warto odnotować, że aż 20 lekarzy uzyskało wyniki w pierwszej setce, ścigając się bark w bark z najlepszymi trailowcami w kraju. W związku z tym nasze środowisko zostało docenione przez organizatorów wspinałą ceremonią wręczenia statuetek dla najlepszych lekarzy. Dodatkowo w trakcie wieczornego spotkania w baczności prezentowano historię lekarskiego biegania.

Jako organizatorzy dziękujemy wszystkim za udział, walkę i wspinałe towarzystwo. Mamy nadzieję, że bieganie będzie nas jeszcze bardziej integrować i wkrótce spotkamy się na kolejnej biegowej wyrypie! Już dziś zachęcamy do udziału w II Mistrzostwach Lekarzy w Biegu Górskim na Długim Dystansie w 2026 r.

Adam Stangierski, Przemysław Kutrzyk



Przychodnia Spec-Med Sp. z o.o. w Krakowie,
ul. Emaus 7, zatrudni **lekarza medycyny pracy**
oraz **okulistę**. Oferujemy atrakcyjne wynagrodzenie,
elastyczne godziny pracy.
Kontakt: tel. 789 844 633,
e-mail: przychodnia@spec-med.com.pl

Dental Pasja w Krakowie zatrudni **lekarza dentystę**
Oferujemy: pracę na nowoczesnym sprzęcie, z asystą
na 4 ręce, tylko pacjenci prywatni. Wymagane min.
3-letnie doświadczenie. Aplikacje prosimy przysyłać
na adres: kontakt@dentalpasja.pl,
Kontakt: tel. 602 266 466, www.dentalpasja.pl

ZUS w Nowym Sączu zatrudni **lekarza medycyny**
z tytułem specjalisty na stanowisku lekarza orzecznika
Zakładu na umowę o pracę w pełnym lub niepełnym
wymiarze czasu pracy. Możliwość świadczenia
pracy w terenowych jednostkach organizacyjnych,
tj. Inspektoratach: w Gorlicach, Nowym Targu, Limanowej
lub Biurze Terenowym w Zakopanem.
Kontakt: tel. 18 449 82 75

Dyrekcja SPZOZ Szpitala im. dr. J. Dietla
w Krynicy-Zdroju oraz kierujący Oddziałem Chirurgii
Ogólnej zapraszają **lekarzy rezydentów** do rozpoczęcia
szkolenia w tutejszym Szpitalu. Oferujemy korzystne
dodatki finansowe od pierwszego roku specjalizacji.
Kontakt: tel. 18 473 24 00 lub 18 473 24 13

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,
zgłaszając swój udział poprzez formularz
na stronie OIL,
telefonicznie (tel. 12 619 17 16)
lub osobiście.
Zapraszamy!

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

Sąd Okręgowy w Krakowie poszukuje **kandydatów na biegłych**

Szanowni Państwo Lekarze i Lekarze Dentyści,

*Sądy potrzebują pomocy lekarzy – poprzez pełnienie
odpowiedzialnej funkcji biegłych sądowych. W tym nikt lekarzy nie
może zastąpić – bez Państwa wysokospecjalistycznej wiedzy niektóre
postępowania nie mogą się zakończyć. Jednocześnie praktyka
biegłego może stanowić cenne dopełnienie Państwa doświadczenia
zawodowego i źródło satysfakcji, płynącej ze wsparcia wymiaru
sprawiedliwości w rozwiązywaniu różnych sporów.*

*Sąd Okręgowy w Krakowie zapewnia, że udzieli kandydatom
wszelkiej niezbędnej pomocy przy dopełnieniu procedury
wpisania się na listę biegłych sądowych.*

Dodatkowych informacji udziela sekretariat OIL w Krakowie
(tel. 12 619 17 10 w godzinach pracy Izby) lub bezpośrednio
Sąd Okręgowy w Krakowie
(tel. 12 619 58 07, w godz. 8.00-15.00).
e-mail: administracyjny@krakow.so.gov.pl
lub prezes@krakow.so.gov.pl).



**XIII KONKURS NALEWEK
WŁASNEJ RECEPTURY**

28.11.2025

19.00

**ZAMEK KRÓLEWSKI NA WAWELU
UL. WAWEL 5, 31-001 KRAKÓW**

Zgłoszenia do 26.11.2025 r.
biuro@oia.krakow.pl 12 264 25 53
a.bartoszek@oilkrakow.org.pl 12 619 17 06



NEWSLETTER

MINI M-CARS GROUP

ELEKTRYCZNE MINI COUNTRYMAN.

W WYJĄTKOWEJ OFERCIE JUŻ ZA 990 ZŁ NETTO/MIES.

NaszEauto 



SPRAWDŹ SZCZEGÓŁY



MINI M-CARS GROUP ZAPRASZA



KRAKÓW

UL. JOSEPHA CONRADA 20



LIBERTÓW

UL. GÓRA LIBERTOWSKA 14

Lek. dent.

Dariusz Dębski

ur. 18 stycznia 1965 r. w Sanoku
zm. 14 maja 2025 r. w Sanoku



Z głębokim żalem żegnamy doktora Dariusza Dębskiego – cenionego stomatologa, oddanego swojej pracy lekarza, a dla wielu z nas także serdecznego kolegę i przyjaciela.

Dariusz Dębski urodził się i wychował w Sanoku. W czasach licealnych dał się poznać jako świetny piłkarz – obiecujący talent, przed którym sportowa kariera stała otworem. Zrezygnował jednak z tej drogi, wybierając powołanie, które wypełniało jego życie: medycynę. Zanim rozpoczął studia stomatologiczne, przez dwa lata pracował na bloku operacyjnym w sanockim szpitalu, zdobywając cenne doświadczenie i ucząc się odpowiedzialności, która towarzyszyła mu później przez całą drogę zawodową.

Studia odbył w Krakowie, a po ich ukończeniu wrócił do rodzinnego miasta. Rozpoczął pracę na etacie w szkole i przychodni, niosąc pomoc i wsparcie tysiącom pacjentów. Specjalizację uzyskał z chirurgii stomatologicznej, stale rozwijając swoje umiejętności i dzieląc się wiedzą. Własną praktykę stomatologiczną w Sanoku prowadził z ogromnym zaangażowaniem i pasją, a jego gabinet był miejscem, w którym pacjenci znajdowali profesjonalną opiekę i życzliwość. Wszyscy cenili go za fachowość, ale też za empatię i to, że nigdy nie odmawiał pomocy.

Poza młodzieńczą pasją do piłki nożnej, w późniejszych latach z zamiłowaniem uprawiał narciarstwo, tenis, kolarstwo, a w ostatnim czasie również golf. Sport zawsze był ważną częścią jego życia i dawał mu energię. Był zawsze w biegu, jakby czuł, że dany mu czas musi maksymalnie wykorzystać.

Był wspianym kolegą i kompanem – zawsze pogodny, życzliwy, chętny do rozmowy. Ceniliśmy go za otwartość, poczucie humoru i serdeczność. Opuścił żonę i córkę, dla których jego nagłe odejście jest bolesną i nieodżałowaną stratą.

Pozostanie w naszej pamięci jako człowiek o wielkim sercu, oddany rodzinie, przyjaciółom i pacjentom.

*Cześć Jego Pamięci
Przyjaciele*

Lek. Marzena Ochońska-Olender

ur. 4 sierpnia 1949 r. w Krakowie
zm. 4 sierpnia 2025 r. w Krakowie



Marzena Ochońska-Olender urodziła się w Krakowie 4 sierpnia 1949 roku w rodzinie inteligenckiej. Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Krakowie ukończyła w 1973 roku. Uzyskała następnie II stopień specjalizacji z zakresu interny. Większość zawodowego życia spędziła pracując w Opiece Podstawowej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Doktor Ochońska-Olender była nadzwyczaj dobrym człowiekiem. Stąd zapewne wynikała ogromna życzliwość, a także niezłomna uczciwość i odpowiedzialność względem każdego chorego. Była przykładem nie tylko, jak leczyć, ale przede wszystkim – jak być lekarzem.

Swoją postawą pokazywała, że prawdziwe leczenie wymaga nie tylko wiedzy, lecz także odwagi i pokory oraz intelektualnej niezależności. Jej życie było świadectwem służby najwyższym wartościom medycyny, prawdzie, wiedzy i odpowiedzialności.

Lubiana przez koleżanki i kolegów, uwielbiana przez pacjentów. Dla nich zawsze miała czas, dobre słowo i przede wszystkim – wysoce profesjonalną pomoc lekarską. Nie chcieli więc oni pogodzić się z jej odejściem na emeryturę.

Jako człowiek była głęboko zakorzeniona w kulturze, zawsze prezentowała najbardziej szlachetne postawy i wzorce kultury, także osobistej.

Istotne i wymagające podkreślenia jest i to, że była lekarzem z powołania, zawsze niedościgłym wzorem w rzetelnym usługiwaniu chorym.

Odeszła cicho i bez pożegnania, jakbyś nie chciała swym odejściem smucić... A jednak bardzo nas wszystkich zasmuciła!

Nasza trwająca 58 lat przyjaźń była dla mnie darem, o którym nigdy nie zapomnę.

Dr hab. n. med. Józefa Panek

Wspomnienie o Profesorze Janie Oszackim (1915 - 1982)

Z głębokim szacunkiem wspominamy śp. prof. dr. med. Jana Oszackiego – wybitnego chirurga, nauczyciela i uczonego, który swoim życiem i pracą ukształtował kilka pokoleń polskich lekarzy. Wymagający, a zarazem pełen życzliwości, był wzorem niezłomnej uczciwości, odwagi myślenia i niezrównanej precyzji chirurgicznej. Uczył nie tylko, jak leczyć, ale przede wszystkim – jak być lekarzem z powołania.



Współczesna medycyna potrzebuje powrotu do wartości, które uosabiał prof. Jan Oszacki – mój Mistrz i Nauczyciel. Uczył nas, że prawdziwe leczenie wymaga nie tylko wiedzy, ale także odwagi, pokory i moralnej niezależności. Że praca lekarza nie zna ograniczeń czasu ani własnej słabości. Że nie ma miejsca na kłamstwo, półprawdy ani byle-jakość – zwłaszcza w chirurgii.

Był człowiekiem zasad. Wymagający wobec innych, ale jeszcze bardziej wobec siebie. Żądał rzetelności, uczciwości i pełnego zaangażowania. Był wzorem nie tylko chirurga, ale i człowieka; fenomenalnym operatorem i wybitnym naukowcem. Wydał pierwszy w Polsce podręcznik patofizjologii chorób chirurgicznych, który przez dziesięciolecie służył kolejnym pokoleniom lekarzy. Wprowadził nowatorskie, a wówczas wręcz rewolucyjne metody leczenia ciężko chorych, obejmujące m.in. zbilansowaną podaż płynów i elektrolitów, poprawiając istotnie wyniki ich

leczenia. Jest twórcą krakowskiej szkoły metabolicznej w powojennej Polsce.

Poza pracą był głęboko zakorzeniony w kulturze, historii i przyrodzie. W wolnych chwilach samotnie przemierzał tatrzańskie szlaki, zawsze z książką pod pachą – najczęściej o biochemii. W życiu zawodowym – wymagający i bezkompromisowy, w relacjach – pełen taktu, poczucia humoru i kultury osobistej. Wspominamy go jako człowieka, który

uczył myśleć syntetycznie, rozróżniać to, co istotne.

Dla nas, jego uczniów, pozostaje niedoścignionym wzorem i autorytetem. Wierzimy, że dziś spoczywa w Królestwie Dobra, Piękna i Wiedzy – tam, gdzie człowiek spełniony odnajduje pokój.

A nam, którzy tu zostaliśmy, potrzeba odwagi, która jest przymiotem ludzi wolnych tak w myśleniu, jak i działaniu, mając zawsze na względzie wyłącznie dobro chorego: „Mądrym – życzę pokory. Pokornym – hardości serca. A wszystkim – marzeń nawet zuchwałych, aby osiągnąć szlachetne cele”.

Jego życie było świadectwem służby najwyższym wartościom medycyny – prawdzie, wiedzy i odpowiedzialności. Pozostanie w naszej wdzięcznej pamięci jako Mistrz, Wychowawca i Człowiek. Chcemy jego wzorem rzetelnie posługiwać chorym, a także prawdziwie uprawiać naukę.

dr hab. n. med. Józefa Panek

Dr

.....

.....

dokładny adres zamieszkania

..... dnia

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie

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

.....

.....

imię i nazwisko, adres zamieszkania osoby wskazanej

Tekst jednolity uchwały nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dn. 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

- uchwałą nr 38/22/IX NRL z dn. 21 października 2022 r. zmieniającą uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej,
- uchwałą nr 60/22/IX NRL z dn. 16 grudnia 2022 r. zmieniającą uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej.

(Załącznik do obwieszczenia nr 5/22/IX Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dn. 16 grudnia 2022 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 złotych miesięcznie.
2. Lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu przyznane w celu odbycia stażu podyplomowego, 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, oświadczenie 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.
2. Zwolnienie, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, ma charakter czasowy i przysługuje tylko na okres nieosiągania 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.

3. Okręgowa lub wojskowa rada lekarska może wezwać lekarza do złożenia dokumentów podatkowych w celu weryfikacji prawdziwości oświadczenia o nieosiąganiu przychodu opisanego w ust. 1 pkt 3.
4. W przypadku ustalenia, na podstawie analizy dokumentów podatkowych przedstawionych przez lekarza, że oświadczenie o nieosiąganiu przychodu zostało złożone niezgodnie z prawdą, oraz w przypadku nieprzedstawienia przez lekarza dokumentów podatkowych, okręgowa lub wojskowa rada lekarska podejmuje uchwałę stwierdzającą brak podstaw do zwolnienia lekarza z obowiązku opłacania składki w okresie, w którym lekarz faktycznie korzystał ze zwolnienia, oraz wzywa lekarza do zapłaty zaległych składek wraz z odsetkami ustawowymi.
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 Izby Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2008 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. Numer indywidualnego konta – na które proszę przekazywać comiesięczne składki – pozostaje bez zmian.

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

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

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



Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
ul. Krupnicza 11 A, 31-123 Kraków
<https://oilkrakow.pl/>
Kontakt: 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. Bizon)	j.bizon@oilkrakow.org.pl
• Sekretariat Biura	12 619 17 10 biuro@oilkrakow.org.pl
• Kancelaria oroż (kierownik mgr S. Smoleń)	12 619 17 25 s.smolen@oilkrakow.org.pl
• Kancelaria oroż	12 619 17 17 619 17 29 kancelariaoroż@oilkrakow.org.pl
• Kancelaria Sądu Lekarskiego (mgr E. Kowaliczek)	12 619 17 08 osl@oilkrakow.org.pl
• Biuro Radców Prawnych (mgr D. Dziubina)	12 619 17 26 d.dziubina@oilkrakow.org.pl
• Rejestr Lekarzy	12 619 17 16 rejestr@oilkrakow.org.pl
• Rejestracja Indyw. Praktyk	12 619 17 13 praktyki@oilkrakow.org.pl
• Staże podyplomowe	12 619 17 13 staze@oilkrakow.org.pl
• Księgowość (mgr M. Chodór)	12 619 17 15 ksiegowosc@oilkrakow.org.pl
• Kasa	12 619 17 14
• Składki	12 619 17 32 skladki57@oilkrakow.org.pl
• Redakcja „GGL”	12 619 17 27 504 221 577 redakcja@oilkrakow.org.pl
• Zespół Social Mediów	12 619 17 06 a.bartoszek@oilkrakow.org.pl
• Informatycy; str. internetowe	12 619 17 01

Komisje:

• Bioetyczna (A. Krawczyk)	12 619 17 12 bioetyka@oilkrakow.org.pl
• Etyki	12 619 17 13 d.zdziechowicz@oilkrakow.org.pl
• Kształcenia (mgr P. Pachel)	12 619 17 22 ksztalcenie@oilkrakow.org.pl
• Sportu, Turystyki i Rekreacji	12 619 17 01
• Socjalno-Bytowa	12 619 17 18
• Stomatologiczna (mgr K. Trela)	12 619 17 18 k.trela@oilkrakow.org.pl

• Współpracy Zagranicznej i Obcokrajowców	12 619 17 05
• ds. Lekarzy Seniorów	12 619 17 12
• ds. Młodych Lekarzy	12 619 17 13 kml@oilkrakow.org.pl
• ds. Praktyk (mgr A. Chuchmacz)	12 619 17 13 praktyki@oilkrakow.org.pl
• Zespół ds. POZ i AOS	12 619 17 12
• Zespół ds. Epidemiologii	12 619 17 20
• Zespół ds. Szpitalnictwa	12 619 17 22
• Zespół ds. Opieki Długoterminowej i Hospicyjnej	12 619 17 16
• Zespół ds. Kultury	12 619 17 20

Delegatury OIL

w Krośnie:

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

w Nowym Sączu:

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

w Przemyślu:

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

Rzecznik Praw Lekarza

501 430 918

poniedziałki, środy i czwartki
godz. 10.00 do 14.00
rzecznik@oilkrakow.org.pl

Dyżury Radców Prawnych:

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

mec. Anna Gut

601 615 606

koordynator Zespołu Radców Prawnych
wtorek
środa
godz. 13.00 do 15.00
godz. 13.00 do 15.00

mec. Tomasz Pęcherz

602 227 627

wtorek
czwartek
godz. 13.00 do 15.00
godz. 13.00 do 15.00

mec. Tomasz Huber

733 222 867

poniedziałek, środa
piątek
godz. 13.00 do 15.00
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
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

**Galiczyjska
Gazeta
Lekarska**
PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

Galiczyjska Gazeta Lekarska – pismo Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie • nakład 15 400 egz.

ul. Krupnicza 11a, 31-542 Kraków; tel. 12 619 17 27, 504 221 577; www.ggl.com.pl; e-mail: redakcja@oilkrakow.org.pl

Redaguje kolegium w składzie: redaktor naczelny – Jerzy Friediger; zastępczyni red. naczelnego – Jolanta Grzelak-Hodor **Członkowie:** Agata Dynkiewicz, Artur Hartwich, Marzena Ksel-Telesnicka, Małgorzata Popławska, Andrzej Urbanik, red. Stefan Cieplý i Katarzyna Domin. **Grafika i skład:** Agnieszka Cynarska-Taran

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



NEWSLETTER

BMW M-CARS GROUP



SPECJALNA OFERTA BMW DLA GRUP ZAWODOWYCH SPRAWDŹ KORZYŚCI DOSTĘPNE W BMW M-CARS GROUP.

W BMW M-Cars Group wiemy, jak wiele wysiłku i poświęcenia wymaga troska o zdrowie i życie innych. Dlatego z ogromnym szacunkiem kierujemy specjalną ofertę do lekarzy i pracowników medycznych – osób, których zaangażowanie każdego dnia budzi podziw.

Aby wyrazić naszą wdzięczność, przygotowaliśmy dedykowany program finansowania na wybrane modele BMW – zarówno elektryczne, jak i spalinowe.

To wyjątkowa okazja, by poczuć komfort, precyzję i niezawodność, jakie oferuje jazda BMW – teraz dostępna na preferencyjnych warunkach.

SPRAWDŹ KORZYŚCI



BMW
M-Cars Group



KRAKÓW



LIBERTÓW



NOWY SĄCZ



TARNÓW