W numerze m.in.:

O SARS-CoV-2 z wirusologiem prof. Krzysztofem Pyrciem rozmawia J. Hodor (5)

Krakowska Izba wobec pandemii (8)

Prof. Tomasz Grodzicki, prorektor UJ ds. CM o organizacji kształcenia medycznego w warunkach pandemii (11)

Kardiologia w czasach pandemii – relacja J. Sieradzkiej z Kongresu PTK (15)

Jaki będzie krajobraz po zarazie – opinie specjalistów z konferencji „Polka w Europie" (21)

Praw pacjenta nie zawieszono – przypomina mgr D. Dziubina (25)

Bezpieczne leczenie wirusowych infekcji układu oddechowego wg dr. hab. J. Woronia i prof. R. Korbuta (27)

Dla Lekarzy Dentystów – informacje i nie tylko (31–35)

W wolnym czasie – co warto zobaczyć, co warto przeczytać (39–43)

Maciej Sztuka z NSU – jedyny w Polsce lekarz pasowany na rycerza w rozmowie z K. Domin (45)

Pożegnania: dr hab. Janina Kujawska-Tenner, dr Czesław Żurowski (52–53), wspomnienie o Zbigniewie Żaku (54)

Nasza okładka

Inauguracja roku akademickiego na UJ
Fot. Jerzy Sawicz

Kosztowna arogancja

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Może człowieka trafić. Zwłaszcza gdy jego propozycje, gdy wnioski samorządu lekarskiego, specjalistów, przedłożone na czas, do właściwych rąk, trafiają gdzieś do kosza, na śmietnik, zlekceważone. A sytuacja rozwija się zgodnie z przewidywaniami, dramatycznie źle. Piszę o tym na podstawie własnych doświadczeń w Małopolsce, która wysunęła się na czoło regionów zajętych pandemią COVID-19 w Polsce.

24 marca 2020 roku, o godzinie 9.30 złożyłem wizytę u ówczesnego Wojewody Małopolskiego (w sierpniu nastąpiła zmiana na tym stanowisku – dop. red.), jako szefa sztabu kryzysowego, i podczas krótkiej, 30-minutowej rozmowy – odbytej w towarzystwie dyrektora MOW NFZ oraz przedstawiciela Wydziału Zdrowia Urzędu – przedłożyłem mu krótką, jednostronnicową notatkę służbową, zawierającą w trzech punktach konieczne szybkie działania dla zapobieżenia chaotycznemu rozwojowi epidemii.

Notatka powstała wieczorem, w przeddzień wizyty, przy udziale Lecha Kucharskiego, wiceprezesa ORL, ordynatora interny w krakowskim Szpitalu im. S. Żeromskiego. Pospiesznie telefonicznie skonsultowałem ją jeszcze z dyrektorami dwóch krakowskich szpitali. Notatkę tę zachowałem i poniżej ją przytaczam, kładąc nacisk na fakt, że było to przeszło pół roku temu, zaraz po ogłoszeniu w Polsce pierwszego przypadku zakażenia SARS-CoV-2.

I tak w punkcie pierwszym propozycji napisaliśmy dosłownie (że „konieczne jest") „Natychmiastowe utworzenie i uruchomienie w Krakowie dużego szpitala zakaźnego z pomieszczeniami triażowymi również dla pacjentów kierowanych w trybie ambulatoryjnym przez ratownictwo medyczne (karetki, SOR-y), NiSOZ, Sanepid, zgłaszających się samodzielnie, dla mieszkańców woj. małopolskiego itp.". I w dopisku podkreślono, by nie miało to miejsca w nowym szpitalu przy ul. Jakubowskiego, tylko w budynkach „opuszczonych" przez CM UJ przy ul. Kopernika i Botanicznej.

W punkcie drugim podkreśliliśmy konieczność skupienia przy takim obiekcie personelu „z innych oddziałów zakaźnych, oddelegowanych z innych szpitali województwa". W trzecim natomiast postulowaliśmy zaopatrywanie tutaj pacjentów „przywożonych z całego województwa, podejrzanych o COVID-19 w trybie ambulatoryjnym, a następnie kwalifikowanie ich (w zależności od stanu – dop. red.) do dalszej hospitalizacji na łóżkach ogólnych albo łóżkach intensywnej terapii".

W podsumowaniu notatki napisano, że spodziewane korzyści z takiego systemu powinny pozwolić na „ześrodkowanie personelu i środków indywidualnej ochrony w związku z kryzysem personalnym i dotkliwym brakiem wyposażenia". Powinny „ułatwić urządzenie dużego laboratorium do wykonywania testów na miejscu dla pacjentów i personelu medycznego". Powinny „zapobiec zawleczeniu COVID-u do innych placówek i konieczności ich wyłączania z systemu" (przykładem cztery zamknięte oddziały SU) oraz pozwolić na koncentrację zaplecza chirurgicznego dla pacjentów z COVID-em wymagających interwencji". Ponadto nadmieniłem o konieczności bezwzględnej egzekucji zaleceń sanitarno-epidemiologicznych.

Komentarz wydaje się zbędny. Co jeszcze może zrobić samorząd lekarski i jego prezes? Natomiast kwaśny odczyn pierwszego akapitu bierze się stąd,

że szeregu dzisiejszych komplikacji – jak widać wyraźnie – można było uniknąć. A że przy okazji wytknięto mi natręctwo (gdyby to powiedziano otwartym tekstem, to brzmiałoby chyba: „co tam będzie Izba Lekarska zawracać nam głowę, jakiś tam prezes"), to kwestia dobrego wychowania. Wypominam tylko dlatego, że nie o moją osobę tu chodzi, a o instytucję.

Arogancja w zderzeniu z pandemią rodzi opłakane skutki. Gdy dziś media piszą o zbliżaniu się ochrony zdrowia do „granic wydolności", to oznacza, że jutro w ogóle przestanie się przyjmować chorych, wszystkie miejsca się wypełnią i opis karetek jeżdżących bezskutecznie po szpitalach zastąpią sceny paniki. Na korytarzach kłaść chorych nie można, bo są zakaźni. To jest następna faza, w której przestaje funkcjonować wszystko, światło, woda, gaz… Nie jestem w nastroju do snucia katastroficznych wizji, ale dalsze lekceważenie opinii zdziesiątkowanych lekarzy i pielęgniarek taką kreśli przyszłość.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
Robert Stępień

W skrócie

Przyjmowanie materiałów do numeru zakończono 22 października 2020

W obliczu covidowego tsunami

22.10.2020 r., padają kolejne rekordy – tylko w Małopolsce potwierdzono w ciągu ostatniej doby ponad 1300 nowych zakażeń SARS-CoV-2, na Podkarpaciu – 777, w całym kraju ponad 12 tys. nowych przypadków i ponad 160 zgonów. Liczba nosicieli wirusa i niezdiagnozowanych chorych na pewno wielokrotnie wyższa. Blokuje się system testowania, nie działa nadzór epidemiologiczny. Trwają rozpaczliwe próby zwiększenia możliwości hospitalizacji chorych na COVID-19, bo nie tylko w Krakowie wolnych łóżek i respiratorów już nie ma. Rozważa się uruchomienie opuszczonych przez Szpital Uniwersytecki budynków przy ul. Kopernika, coraz głośniejsze są pogłoski o stworzeniu szpitala polowego w obiektach targowych EXPO Kraków. W każdym, nawet najmniejszym szpitalu, toczy się walka o życie. Także pacjentów z innymi niż COVID-19 schorzeniami, którzy z powodu pandemii za późno dotarli do lekarza.

Kiedy ta gazeta trafi do Czytelników, świat na pewno będzie już inny…

Legislacyjna burza

W chwili, gdy to piszemy, nie jest jeszcze znany los kolejnych zmian ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym, związanym z pandemią COVID-19, proponowanych przez rząd, a w dużym stopniu dotyczących lekarzy. 20 października opozycja sejmowa zablokowała próbę błyskawicznego przyjęcia regulacji prawnych ujawnionych kilkanaście godzin wcześniej i natychmiast głośno oprotestowanych przez środowiska medyczne. Po raz kolejny okazało się bowiem, że koncyliacyjne deklaracje przedstawicieli rządu, szczególnie liczne po kuriozalnym zaatakowaniu lekarzy przez ministra Sasina, nie mają pokrycia w faktach.

20 października stanowisko w tej sprawie przyjęło Prezydium NRL. Czytamy w nim m.in.: „Samorząd lekarski zdecydowanie sprzeciwia się tempu prac legislacyjnych nad ustawą, w szczególności w zakresie przepisów, które nakładają na lekarzy i samorząd zawodowy lekarzy nowe obowiązki lub proponują powrót do rozwiązań ustawowych, które zostały już w tej kadencji parlamentu odrzucone" (*obszerny dokument – na stronie internetowej NRL*)

Trudno przewidzieć rozwój wypadków, jednak jedno jest pewne – niektórzy na błędach się nie uczą. Przygotowywane na kolanie, bez konsultacji, przyjmowane w pośpiechu i bez żadnej refleksji przepisy prawa i decyzje podejmowane w podobnym trybie przynoszą więcej szkód niż pożytku. Ale zasada EBM, jak sama nazwa wskazuje, dotyczy tylko medycyny.

40 procent normy

39,8 proc. – to w pierwszych sześciu miesiącach br. średnie wykonanie tegorocznego ryczałtu przez 372 szpitale I i II stopnia sieci, które analizował Związek Powiatów Polskich. Najwyższy uśredniony procent wykonania ryczałtu zanotowały placówki II stopnia inne niż powiatowe (bez szpitali jednoimiennych). Najniższy – jednoimienne szpitale powiatowe II stopnia, ale w zestawieniu znalazły się tylko dwie takie placówki. We wszystkich typach lecznic wykonanie ryczałtu za pierwsze półrocze 2020 r. waha się od 20,3 proc. do 59,4 proc. (wartości te odnoszą się do ryczałtu zaplanowanego na cały rok 2020).

Słabe wyniki LEK

Z 6329 osób, które w całej Polsce przystąpiły 19 września do Lekarskiego Egzaminu Końcowego, nie zdało go 1646, czyli ok. 26 proc. (biorąc pod uwagę zarówno tych, którzy ukończyli studia w ostatnich 2 latach, jak i ponad 2 lata temu). Analizując dane tylko z sesji jesiennych, wskaźnik ten w roku 2019 wyniósł ok. 15 proc., a w 2018 roku – 12 proc. W Krakowie wynik był lepszy od ogólnopolskiego (nie zdało ok. 17 proc.), jednak absolwenci Collegium Medicum UJ wypadli nieco słabiej niż w ostatnich latach, kiedy to uzyskiwali najwyższe średnie w kraju. W tym roku wyprzedzili ich absolwenci Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

4136 rezydentur

Ministerstwo Zdrowia przygotowało dla lekarzy i lekarzy dentystów, którzy rozpoczęli szkolenie specjalizacyjne na podstawie kwalifikacji zaplanowanej na październik br., 4136 miejsc rezydenckich, o 10 więcej niż rok temu.

W Małopolsce dla młodych lekarzy było ich 438, najwięcej z zakresu psy-

chiatrii (33), medycyny rodzinnej (31), anestezjologii i intensywnej terapii (28), chorób wewnętrznych (25) oraz kardiologii i pediatrii (po 23 miejsca). Dla lekarzy dentystów przewidziano 10 rezydentur.

Na Podkarpaciu było 221 miejsc rezydenckich, najwięcej (19) z zakresu pediatrii, chorób wewnętrznych oraz chorób zakaźnych (po 15), medycyny rodzinnej (14), neurologii (13). Dla lekarzy dentystów przygotowano w tym województwie tylko dwa miejsca rezydenckie.

Nobel za odkrycie HCV

Tegorocznymi laureatami Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny zostali Brytyjczyk Harvey J. Alter oraz Amerykanie Michael Houghton i Charles M. Rice, nagrodzeni za odkrycie wirusa wywołującego zapalenie wątroby typu C. Szacuje się, że zakażonych HCV jest obecnie od 65 do 85 mln osób na świecie, ale jedynie 19 proc. jest świadomych nosicielstwa wirusa. Około 400 tys. osób (dane WHO z 2019 r.) umiera każdego roku w wyniku powikłań spowodowanych przewlekłym zakażeniem wywołującym marskość czy raka wątroby. „Odkrycia laureatów ujawniły przyczyny pozostałych przypadków przewlekłego zapalenia wątroby i umożliwiły przeprowadzanie testów krwi oraz zastosowanie nowych leków, które uratowały życie milionów ludzi" – napisano w uzasadnieniu przyznania nagrody. Jak podkreśla Komitet Noblowski, daje to nadzieję na wyeliminowanie HCV, ale szczepionka przeciwko temu wirusowi jeszcze nie powstała. (*O HCV także na str. 44*)

Być może za jakiś czas Nagrodą Nobla zostaną wyróżnieni naukowcy badający dziś SARS-CoV-2…

Nowy SU „Budową roku 2019"

Warbud S.A. – generalny wykonawca nowej siedziby Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, uzyskał tytuł realizatora „Budowy Roku 2019" w Polsce. Nowy Szpital Uniwersytecki został nagrodzony w jednej z dziesięciu kategorii ocenianych obiektów. Głównym organizatorem konkursu jest Polski Związek Inżynierów i Techników Budownictwa, przy współpracy Ministerstwa Infrastruktury i Budownictwa oraz Głównego Urzędu Nadzoru Budowlanego. Budowa szpitala trwała 4,5 roku, powstał najnowocześniejszy w Polsce kompleks medyczny, złożony z 13 obiektów z infrastrukturą, o powierzchni ponad 110 tys. m kw., posiadający m.in. ponad 5 tys. pomieszczeń, 920 łóżek szpitalnych, wielopoziomowy parking i lądowisko helikopterowe. Obecnie wykorzystywany głównie do ratowania pacjentów z COVID-19.

Sala im. Pelczara w Narodowym Instytucie Raka w Wilnie

2 września w Narodowym Instytucie Raka w Wilnie odbyło się uroczyste otwarcie sali im. prof. Kazimierza Pelczara (1894-1943), założyciela placówki. Po raz drugi przyznane zostało także stypendium im. prof. Pelczara dla młodych naukowców i rezydentów.

Fot. Roman Niedźwiecki

Kazimierz Pelczar, absolwent Uniwersytetu Jagiellońskiego, a następnie przez kilka lat pracownik Collegium Medicum, był lekarzem i naukowcem, profesorem Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, prekursorem polskiej onkologii, założycielem pierwszego w przedwojennej Polsce centrum onkologii – Miejskiego Zakładu Badawczo-Leczniczego Wileńskiego Komitetu do Zwalczania Raka w Wilnie. Został rozstrzelany przez hitlerowców w masowej egzekucji w 1943 r. w Ponarach pod Wilnem.

Kronika personalna

Prof. Tomasz Guzik, specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych i alergologii, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Medycyny Wsi CM UJ, został przewodniczącym Rady Fundacji na rzecz Nauki Polskiej w kadencji 2020-2024. Profesor Guzik był też wcześniej prezesem Polskiego Towarzystwa Badań nad Miażdżycą oraz Towarzystwa Internistów Polskich. Fundacja na rzecz Nauki Polskiej jest największą pozarządową instytucją non profit wspierającą badania naukowe w Polsce. Nowy przewodniczący jej Rady w 2010 r. otrzymał nagrodę Fundacji za badania dotyczące roli limfocytów T w powstawaniu nadciśnienia tętniczego krwi, związanego z dysfunkcją śródbłonka naczyniowego.

Prof. Anetta Undas, lekarz chorób wewnętrznych, specjalistka w zakresie diagnostyki i leczenia chorób zakrzepowo-zatorowych, otrzymała nominację na kolejną, 4-letnią kadencję w Radzie Narodowego Centrum Nauki. Profesor Undas jest kierownikiem Zakładu Kardiochirurgii, Anestezjologii i Kardiologii Doświadczalnej Instytutu Kardiologii CM UJ, kierownikiem Pracowni Podejmowania Decyzji w Praktyce Klinicznej (EBM) II Katedry Chorób Wewnętrznych oraz Ośrodka Nowoczesnej Diagnostyki Laboratoryjnej w Szpitalu im. Jana Pawła II w Krakowie.

Rada Narodowego Centrum Nauki m.in. określa dyscypliny naukowe, w ramach których są ogłaszane konkursy NCN na realizację projektów badawczych i ustala kwoty.

Płk dr n. med. Artur Rydzyk, specjalista z zakresu neurologii, chorób wewnętrznych i medycyny lotniczej, w związku z zakończeniem służby wojskowej przestał także pełnić funkcję Komendanta 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką w Krakowie. Uroczyste pożegnanie Komendanta miało miejsce 4 września. Jego obowiązki czasowo pełni płk lek. Piotr Marszałek, specjalista anestezjologii i intensywnej terapii.

Wybory w czasach zarazy

Nie będę wracał do wyborów prezydenckich, które wywołały wiele emocji podczas pierwszej fali pandemii i do prób łamania regulaminu wyborów, pomysłu przeprowadzenia ich w formie korespondencyjnej. Teraz nadeszła kolej na nas – w przyszłym roku zaczynamy procedury wyborcze, które doprowadzą do wyborów delegatów na zjazdy okręgowe IX kadencji samorządu lekarskiego.

Tak szybko mija czas – wydaje się, że „wczoraj" wybraliśmy nowe władze, a tu już musimy wybierać następne. Obecna kadencja przebiega w nadzwyczajnych warunkach, pandemicznych, zmuszających nas do maksymalnego ograniczania kontaktów i pracy w strefie internetowej. Dobrze przynajmniej, że mamy do tego stosowne narzędzia.

Przez specyfikę pandemiczną nie doszło do przeprowadzenia 15. Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy, który miał rozpatrzyć między innymi projekt uchwały zmieniającej brzmienie naszej ordynacji wyborczej. Tym samym pozostaje ona niezmieniona i obowiązuje przy wyborach IX kadencji.

Ale do rzeczy. Na bazie stanu rejestru na **31 grudnia 2020 r**. rozpoczniemy działania wyborcze. Lekarze i lekarze dentyści, wpisani do naszego rejestru na ten dzień, będą uprawnieni do wyborów. Na tej bazie okręgowe komisje wyborcze będą przygotowywały propozycje *liczby członków rejonu wyborczego uprawnionych do wyboru jednego delegata* i przy tej okazji ustalą *minimalną liczebność rejonu wyborczego* oraz przedstawią propozycję maksymalnej liczby rejonu wyborczego. Te propozycje rozpatrzy okręgowa rada lekarska podejmując stosowne uchwały. Mamy na to czas do **28 lutego 2021 r**.

W pierwszym kwartale 2021 r. zostaną ustalone i opublikowane (BIP) rejony wyborcze i przed 30 kwietnia każdy z nas dowie się, w jakim rejonie będzie głosował. Po publikacji list rejonów wyborczych OKW będzie przyjmowała indywidualne wnioski o umieszczenie na liście innego rejonu. W skali kraju czynności te nie mogą przekroczyć terminu 30 czerwca 2021 r.

Po ustaleniu ostatecznej listy członków rejonu wyborczego rozpocznie się procedura zgłaszania kandydatów na delegatów, wysyłka kart do głosowania w trybie korespondencyjnym i samo głosowanie, które musi nastąpić przed **30 listopada 2021 r**. Wybory korespondencyjne funkcjonują już w naszym samorządzie, a w czasach pandemii są szczególnie przyjazną formą, do której gorąco namawiam. Z racji zapisów ustawy wybory musimy przeprowadzić w formie zebrania wyborczego przy urnie i dlatego wszyscy będą powiadomieni o miejscu i terminie głosowania osobistego. Z uwagi na sytuację epidemiologiczną gorąco namawiam do korzystania z możliwości głosowania korespondencyjnego!!!

Przed dniem **15 grudnia 2021 r**. poznamy wyniki wyborów, a do **15 stycznia 2022 r**. – wyniki rozpatrzenia ewentualnych protestów wyborczych.

Do **15 stycznia 2022 r**. OKW jest zobligowana do przeprowadzenia kolejnej tury wyborów w rejonach, w których tego nie dokonano. Ten zapis będzie obowiązywał w przypadku wyboru mniej niż połowy założonej liczby delegatów. W przypadku dokonania wyboru większej niż połowa liczby delegatów, OKW przeprowadza dodatkowe głosowanie na wniosek co najmniej 20% członków rejonu wyborczego, w którym w pierwszej turze nie dokonano wyboru.

Wybierać będziemy delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy, który odbędzie się **w marcu 2022 r**. Te zjazdy z kolei wyłonią delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy, którzy dokonają wyboru naczelnych władz samorządu lekarskiego na IX kadencję. Krajowy Zjazd odbędzie się w **maju 2022 r**.

Przedstawiłem kalendarz wyborczy sugerowany przez Krajową Komisję Wyborczą. Zakłada on możliwość przeprowadzania wyborów w rejonach wyborczych zarówno przed wakacjami, jak i po okresie urlopowym, wygodnym dla wyborców. Powyżej podawałem daty proponowane. Okręgowa Komisja Wyborcza ustali swoje terminy dla poszczególnych czynności, o których będę informował na bieżąco.

Mariusz Janikowski
Sekretarz ORL
Przewodniczący OKW w Krakowie

Rozmowa z profesorem Krzysztofem Pyrciem,
kierownikiem Pracowni Wirusologii w Małopolskim Centrum Biotechnologii UJ,
z-cą przewodniczącego zespołu doradczego ds. COVID-19 przy Prezesie PAN

To tylko preludium...

Jest połowa października 2020 roku. Ponad 40 milionów zachorowań, ponad milion zgonów z powodu infekcji SARS-CoV-2 na całym świecie, dziennie ponad 8 tysięcy pozytywnych wyników testów w Polsce. Kiedy ta gazeta trafi do czytelników, te liczby będą najprawdopodobniej dramatycznie wyższe. Panie Profesorze, czy COVID-19 to choroba X, przed którą od kilku lat ostrzegała WHO – Światowa Organizacja Zdrowia? Czy SARS-CoV-2 to ten właśnie, nieznany dotąd wirus zdolny do wywołania globalnej pandemii?

– Myślę, że pandemia COVID-19 może być tylko preludium. Jest wiele wirusów, przed którymi od lat ostrzegamy, które w każdym momencie mogą przekroczyć barierę gatunkową i wywołać trudne do przewidzenia skutki. W zbiorowej świadomości jak dotąd najlepiej znane były wirusy takie jak HIV, wirus zapalenia wątroby typu C czy grypa. Jednak asortyment natury jest znacznie większy. Można powiedzieć, że obecnie kilka grup wirusów zwierzęcych stanowi szczególne zagrożenie. O koronawirusach nie trzeba nikogo przekonywać, ale należy pamiętać, że SARS-CoV-2 to nie pierwszy gość z tej grupy, który wzbudził niepokój. W 2002 roku do naszego świata przedostał się SARS-CoV-1, dziesięć lat później MERS-CoV. Ten drugi wirus zresztą wcale nie zniknął i co roku notowane są przypadki śmiertelne. Inną potencjalnie groźną grupą są flawiwirusy, wywołujące choroby zagrażające naszemu zdrowiu i życiu, jak denga, wirus odkleszczowego zapalenia mózgu czy sławny kilka lat temu Zika. Do tej rodziny należy też wirus zapalenia wątroby typu C. Wkrótce pojawi się w Polsce wirus Zachodniego Nilu, już szerzący się w Europie. Stale towarzyszy nam grypa, która jest groźna, ponieważ regularnie pojawiają się nowe, odzwierzęce warianty.

Przekroczenie bariery gatunkowej przez wirus zawsze stwarza mniejsze lub większe zagrożenie. Jednak SARS-CoV-2 nie jest ani pierwszy, ani nie będzie ostatni. Wirusy są z nami od zawsze, występują w każdym środowisku i w każdym organizmie. Części zakażeń w ogóle nie zauważamy, część spowoduje lekki katar, inne śmiertelną chorobę.

Pojawiały się doniesienia o wykryciu mutacji SARS-CoV-2, które według jednych mogą być groźniejsze, według innych – łagodniejsze dla nas. Jaki jest dziś stan wiedzy naukowej na ten temat?

– Wirus zmienia się, ale powoli. Koronawirusy ze względu na bardzo duży genom wykształciły mechanizmy korekcyjne, które zmniejszają częstość zmian. Jednak trzeba też pamiętać, że mimo wszystko podlegają one prawom ewolucji i pojawiają się zmiany, które czynią wirusa bardziej efektywnym. Na przykład ułatwiają im transmisję. Zresztą jedyna zmiana, która wydaje się mieć jakiekolwiek znaczenie, D614G w białku S, w warunkach *in vivo* i *in vitro* sprawia, że wirus łatwiej się przenosi z komórki do komórki oraz ze zwierzęcia na zwierzę. Nie wykazano jednak jakiejkolwiek zmiany, która sprawiałaby, że wirus jest mniej lub bardziej groźny dla zarażonej osoby.

A czy można, podobnie jak wirusowi grypy, przypisywać SARS-CoV-2 sezonowość?

– Ten wirus nie znika w czasie lata, lecz łatwość jego przechodzenia na drugiego człowieka jest mniejsza. Ma to dwie przyczyny. Po pierwsze, zmiana temperatury

i wilgotności wpływa na możliwość jego przetrwania poza organizmem gospodarza i trzeba też pamiętać, że nasze zachowania również są sezonowe. W lecie częściej przebywamy na otwartym powietrzu, a rzadziej w tłumie, w zamkniętych pomieszczeniach, gdzie transmisja jest łatwiejsza. Proszę również zwrócić uwagę, że przebieg choroby był wczesną wiosną nieco inny niż latem. Wraz z nadejściem ciepłych dni spadł odsetek ciężkich zachorowań i śmiertelność. Nadchodzące miesiące pokażą, czy stało się tak ze względu na porę roku i fakt, że zniknęły dodatkowe czynniki ryzyka charakterystyczne dla zimy.

Czy stosunkowa stabilność SARS-CoV-2, jedynie powierzchowna jego „zmienność", oznacza, że potencjalna szczepionka będzie skuteczna przez dłuższy czas niż sezonowa szczepionka przeciwko wirusowi grypy?

– Na razie żadnej szczepionki nie mamy. Jeżeli kiedyś powstanie, to mam nadzieję, że uodporni nas na dłużej. Zakładam, że nie będzie konieczności doszczepiania się co roku – mówię to w kontekście zmienności wirusa. Czy jednak sama szczepionka da trwałą odporność? Czy będzie dłużej chronić przed zachorowaniem? Na to pytanie na razie nie można odpowiedzieć. Najpierw musi ona powstać.

W tym miejscu pojawia się pytanie o naszą naturalną odporność. Ostatnio opinię publiczną poruszyła informacja o ponownym zachorowaniu byłego ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego. Sugeruje się, że prawdopodobnie to nie „ponowne", lecz pierwsze zakażenie, bo poprzednio wynik testu mógł być fałszywie pozytywny. Ale informacje o powtórnych zachorowaniach na COVID-19 napływają ze świata coraz częściej. Jaka właściwie jest, w świetle ostatnich badań, odporność na tego koronawirusa po przebytym zakażeniu?

– W ocenie sytuacji związanej z COVID-19 często posiłkujemy się wiedzą o innych koronawirusach, jaką gromadzimy od wielu lat. Pierwsze wzmianki o koronawirusach u ludzi, oczywiście nie obecnym SARS-CoV-2, lecz innych gatunkach, pojawiły się prawie 60 lat temu. Niedawne badania prowadzone w oparciu o dane z ostatnich 35 lat wykazały, że możemy chorować wielokrotnie i najczęściej do ponownego zakażenia dochodzi w rocznych odstępach. Nie znaczy to jednak, że u części osób odporność nie zniknie szybciej. Teraz mamy już przykłady, że w przypadku SARS-CoV-2 może być podobnie.

Panie Profesorze, szukam przesłanek do optymizmu, a te dają wypowiedzi niektórych naukowców, iż każda wielka epidemia wygasa samoistnie po około dwóch latach.

– Historycznie rzecz ujmując, podobne pandemie mają taką właśnie dynamikę – trwają mniej więcej dwa lata, bo po prostu większość ludzi po tym czasie jest już zakażona. Co do SARS-CoV-2 – nie wiemy, jak będzie, wszystko jest nowe. Zobaczymy, co się będzie działo jesienią i zimą. Mam nadzieję, że nie powtórzymy schematu „hiszpanki".

Patrząc na wskaźniki zachorowań, coraz trudniej o jakąkolwiek nadzieję. W Polsce od dłuższego czasu z podium nie chce zejść Małopolska, choć ostatnio Warszawa i Mazowsze próbują pokazać nam wyższość. Sytuacja jest dramatycznie zła, a przecież miało być już pięknie – zapewniali nas niektórzy…

– Na pewno nie byli to specjaliści. Nieustannie ostrzegaliśmy, że jesienią nastąpi wzrost liczby zachorowań, więc dziś najbardziej przeraża mnie, że ktoś się dziwi tej sytuacji. Wróciliśmy z wakacji do biur, zakładów pracy, do zamkniętych wcześniej szkół, przebywamy w pomieszczeniach, w większym zagęszczeniu. Przyszła jesień. Nic dziwnego, że liczby wędrują w górę. A że w Małopolsce jest najgorzej, to także zrozumiałe – startowaliśmy z wyższego pułapu, latem też w tym regionie było najwięcej zakażeń, więc musi być więcej także nowych przypadków. Spirala się nakręca.

Czyli pozostaje czekać na szczepionkę. Badania prowadzi się nad ponad 200 różnymi szczepionkami, a w tym wyścigu wykorzystywane są nawet technologie dotąd niestosowane w pracach nad preparatami przeznaczonymi dla ludzi. I informacje o tym krążą w przestrzeni medialnej, „nakręcając" antyszczepionkowców, antycovidowców i innych anty-. Czy, zdaniem Pana Profesora, nie zaszkodzi to powszechnej akceptacji szczepionki na COVID-19?

– To prawda, że wykorzystuje się wszystko, co możliwe, by jak najszybciej opracować skuteczną szczepionkę. I tak powinno być. Natomiast niekoniecznie wszystko trzeba dopuścić do stosowania. Od tego są badania bezpieczeństwa i następnie badania skuteczności. Na razie żadna szczepionka nie przeszła badań klinicznych. Na straży bezpieczeństwa czuwa EMA, nie dając nikomu taryfy ulgowej. Jeśli ta agencja potwierdzi bezpieczeństwo nowej szczepionki – a w przypadku EMA wierzę, iż będzie to proces rzetelny i wiarygodny, będziemy mogli tej szczepionce zaufać. Zaznaczam jednak, że to, co dzieje się w niektórych krajach poza Europą w tej kwestii, jest bardzo dalekie od bezpieczeństwa i wiarygodności.

Równolegle trwają poszukiwania skutecznych leków, także w Polsce, choćby w kierowanej przez Pana Profesora Pracowni. Sceptycy uważają jednak, że opracowanie leku antywirusowego jest bardzo

trudne, długotrwałe i nie zawsze takie poszukiwania kończą się sukcesem. Za przykład podają brak możliwych do stosowania na masową skalę leków przeciwgrypowych.

– Mamy skuteczne leki przeciwko wirusowi grypy – oseltamiwir i zanamiwir, choć z różnych względów są one stosowane rzadko. Są leki na inne wirusy, nie zapominajmy choćby o skutecznych lekach antyretrowirusowych na HIV, które zmieniają tę potworną chorobę w poważną uciążliwość. Są już leki na wirusowe zapalenie wątroby typu C. Jestem przekonany, że w pewnym momencie powstaną również leki na COVID-19. Jest już remdesivir, który wydaje się działać w określonych przypadkach, choć na pewno nie jest panaceum. W najbliższych miesiącach prawdopodobnie pojawią się kolejne leki, takie, które już znamy w innych wskazaniach. W następnych latach, bo nie miesiącach, pojawią się całkiem nowe substancje.

Pan i Pana zespół duże nadzieje pokładacie w opracowywanych inhibitorach. Wasza nowatorska substancja HTCC silnie hamuje namnażanie SARS-CoV-2, ale też MERS-CoV. Na jakim etapie są badania?

– To jeden z naszych ważnych programów badawczych. HTCC jest w fazie badań przedklinicznych, co niestety zajmuje czas. W kolejnych punktach są leki, o których jeszcze nie chcę mówić. Są projekty, w które włączamy się jako wsparcie, tak jak w pracach nad produktami na bazie osocza ozdrowieńców. To wszystko dzieje się tu i teraz.

Jesteśmy również partnerem w dużym, europejskim projekcie CARE, finansowanym w ramach partnerstwa prywatnych firm farmaceutycznych oraz Unii Europejskiej IMI2. Zaangażowane w niego są najlepsze laboratoria w całej Europie i mam nadzieję, że dzięki współdziałaniu uda się stworzyć rozwiązania nie tylko na obecną sytuację, ale również te przyszłe. Dzięki ścisłej współpracy z największymi firmami mamy czytelną ścieżkę rozwoju.

Czytelna powinna być także ścieżka walki z pandemią. W Polsce błądzimy po manowcach. Jest Pan Profesor wiceprzewodniczącym zespołu doradczego ds. COVID-19 przy Prezesie PAN, opracowaliście ostatnio specjalny raport, w którym są m.in. rekomendacje dla różnych instytucji. Jakoś nie słychać odzewu. Czym to tłumaczyć? Dlaczego polscy decydenci nie słuchają naukowców?

– Cóż, racja naukowa nie zawsze wygrywa z racją polityczną. Nauka jednak również nie jest bez winy – interdyscyplinarność jest często fikcją. Tworzymy małe zespoły skupiające naukowców z jednej dziedziny, którzy się ze sobą w pełni zgadzają, jednak siłą rzeczy mają ograniczony ogląd sytuacji. Powstają więc zespoły matematyków, medyków, biologów, itd., które nie korzystają z synergii własnych doświadczeń. Tak więc mam apel, aby jednak łączyć w tak poważnej chwili różne dziedziny wiedzy. Sytuacja jest wypadkową wielu z nich. Aby zrozumieć to, co się dzieje, oprócz biologa, medyka, matematyka i polityka, warto może zaprosić do stołu także specjalistę nauk społecznych, psychologa i ekonomistę. Nie możemy dłużej patrzeć na świat tylko przez pryzmat własnej specjalności. Czas jest szczególny i wymaga szczególnych zachowań.

Rozmawiała: Jolanta Grzelak-Hodor
Fot. Archiwum prywatne

Prof. dr hab. Krzysztof Pyrć, biolog i biotechnolog, specjalista w zakresie mikrobiologii i wirusologii, nauczyciel akademicki Uniwersytetu Jagiellońskiego. W 2003 r. ukończył biotechnologię na UJ, następnie kontynuował studia za granicą. Stopień doktora uzyskał w 2007 r. na Uniwersytecie Amsterdamskim, stopień doktora habilitowanego – w 2013 r. na Uniwersytecie Łódzkim. W 2019 r. otrzymał tytuł profesora nauk biologicznych. Na Uniwersytecie Jagiellońskim pracuje od 2007 r. Od 2018 r. kieruje Pracownią Wirusologii Małopolskiego Centrum Biotechnologii UJ. Twórca Laboratorium Wirusologicznego BSL3 ViroGenetics w MTB. Kierownik licznych grantów badawczych, m.in. Narodowego Centrum Nauki, Fundacji na rzecz Nauki Polskiej, Narodowego Centrum Badań i Rozwoju oraz Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Członek międzynarodowych towarzystw naukowych, laureat wielu nagród. Jest wiceprzewodniczącym zespołu doradczego ds. COVID-19 przy Prezesie Polskiej Akademii Nauk. Zapytany o to, kto jest/był jego autorytetem, odpowiada: *„Profesor Andrzej Szczeklik, z którym miałem jeszcze szczęście współpracować przez kilka lat. Wybitny lekarz i naukowiec, ale również człowiek i artysta. Każda rozmowa z nim była specjalna”.*

Źródło: http://virogenetics.info/
https://misja.uj.edu.pl/uniwersytet-to-ludzie/krzysztof-pyrc/

Fot. Anna Górska; Szpital im. Żeromskiego

Wokół pandemii

Choć wokół szaleje wirus i świat pogrążony jest w chaosie, metoda „róbmy swoje" pozwala jakoś się w tym odnaleźć. Mimo iż lekarze to dziś najbardziej obciążona fizycznie i psychicznie grupa zawodowa, Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie, podobnie jak cały samorząd, w rygorach sanitarnych działa, podejmuje decyzje i próbuje wpływać na otaczającą rzeczywistość.

I tak podczas zorganizowanych online obrad Prezydium ORL w Krakowie przyjęło 7 października m.in. stanowisko w sprawie wydawania decyzji o izolacji pacjenta z dodatnim wynikiem badania w kierunku SARS-CoV-2.

„Niestety, do OIL w Krakowie dotarły niepokojące sygnały, iż decyzje takie nie są wydawane, a pacjenci kierowani są do lekarza POZ. Podkreślenia wymaga okoliczność, że wystawienie druku e-ZLA przez lekarza prowadzącego leczenie pacjenta z dodatnim wynikiem badania w kierunku SARS-CoV-2, bez jednoczesnego nałożenia decyzji administracyjnej o objęciu obowiązkową izolacją powoduje brak należytej kontroli sanitarnej od dnia uzyskania dodatniego wyniku badania oraz stanowi istotny czynnik rozprzestrzeniania się pandemii..". – czytamy w dokumencie. Brak tej decyzji pociąga też inne konsekwencje, choćby związane ze świadczeniami ZUS, na co kładł nacisk Jerzy Radziszowski, członek ORL i przewodniczący Zespołu ds. POZ. Prezydium OIL w Krakowie postuluje więc, by wprowadzić proces automatyzacji wydawania decyzji o izolacji pacjenta z dodatnim wynikiem w kierunku koronawirusa oraz usprawnienie systemu gabinet.gov.pl, aby automatycznie wyświetlała się lista wyników badań pacjentów skierowanych z POZ na test oraz listy osób objętych izolacją, kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym. Również w tej kwestii zdecydowanie interweniował doktor Radziszowski. Stanowisko zostało jednogłośnie przyjęte przez członków Prezydium ORL.

Pandemia drastycznie uwidoczniła ogromne niedobory kadr medycznych w Polsce. Nie da się tego szybko nadrobić, ale zwłaszcza w tym momencie należy ułatwiać kształcenie lekarzy. Stąd Prezydium ORL w Krakowie 7 października przyjęło też apel do dyrektorów szpitali o zaniechanie praktyk polegających na utrudnianiu odbywania staży specjalizacyjnych przez lekarzy. A tym jest stawianie warunku pracy podczas stażu wyłącznie w jednym szpitalu, zwłaszcza że 5 września utraciło obowiązującą moc kwietniowe rozporządzenie MZ w tej sprawie. Zresztą, w obecnej sytuacji ograniczenie pracy jakiegokolwiek lekarza do jednego miejsca oznacza katastrofę systemu opieki zdrowotnej – podkreślali w dyskusji członkowie Prezydium ORL.

Szpitale wobec chaosu

20 października odbyło się online spotkanie członków Zespołu ds. Szpitalnictwa Okręgowej Rady Lekarskiej oraz przedstawicieli kilku małopolskich szpitali, zorganizowane przez jego przewodniczącego Lecha Kucharskiego, wiceprezesa ORL. Celem było uzyskanie informacji, w jaki sposób samorząd może pomóc szpitalom w sytuacji gwałtownie rozwijającej się pandemii. Kilkanaście dni wcześniej z tym samym pytaniem do lekarzy rodzinnych zwrócił się Zespół ds. POZ.

Doktor Kucharski w skrócie zrelacjonował przebieg ostatnich spotkań z Wojewodą Małopolskim (z ramienia samorządu uczestniczy w pracach „covidowego" zespołu zarządzania kryzysowego przy Wojewodzie). Przedstawił też zastrzeżenia samorządu do projektu regulacji prawnych, jakie miały być w tym samym dniu głosowane w Sejmie (opozycji udało się odroczyć to o jeden dzień). Przedstawiciele szpitali opisali sytuację w ich placówkach, znaną – brak wolnych łóżek, kadry medycznej, chaos decyzyjny i organizacyjny po stronie władz itd. Komentowano też różne pomysły zwiększenia możliwości hospitalizacji, np. w budynkach po SU przy ul. Kopernika w Krakowie, w CUMRiK-u itp., podkreślając, iż nie problem z łóżkami i sprzętem, ale z personelem medycznym.

Mówi się o większym zaangażowaniu stażystów czy setek lekarzy, którzy ostatnio nie zdali LEK, jednak doktor Kucharski zauważył, iż z wielu przyczyn, także formalnych, należy do tego podchodzić z rezerwą.

Jednak pewne problemy można łatwo rozwiązać. Paweł Bujny ze Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie zauważył np., że w ramach „upraszczania" procedur wypełnianie dokumentacji zamiast 20 minut, jak wcześniej, zajmuje teraz godzinę. Z drugiej strony niedociągnięcia w dokumentacji, odstępstwa od standardów zatrudnienia czy wyposażenia oddziałów mogą w przyszłości stać się podstawą do roszczeń, czego, podobnie jak rozwoju pandemii, władze nie biorą pod uwagę. Dr Krzysztof Czarnobilski ze Szpitala MSWiA poinformował, iż choć szpital leczy pacjentów z COVID-19, nie ma dostępu do remdesiviru. Lekarze podkreślali też, że oskarżenia pod adresem personelu medycznego czy niedotrzymywanie obietnic, choćby finansowych, powodują coraz większe rozgoryczenie lekarzy.

W ich imieniu i w imieniu dyrekcji szpitali samorząd skieruje specjalne stanowisko do Wojewody, Ministra Zdrowia i innych organów władzy, wyrażające ostrą krytykę wobec dotychczasowych działań oraz postulaty najpilniejszych zmian.

(jgh)

Nauka

Inauguracja roku akademickiego

1 października Uniwersytet Jagielloński zainaugurował 657. rok akademicki. Uroczystość odbyła się w auli Collegium Novum UJ, gdzie spod Collegium Maius dotarł orszak profesorski. Ze względu na epidemię pod względem liczebnym uroczystość była jednak dużo skromniejsza niż w poprzednich latach.

Rozpoczęło ją przekazanie historycznych insygniów władzy rektorskiej – berła, łańcucha i pierścienia, które prof. Wojciech Nowak, ustępujący po dwóch kadencjach pełnienia funkcji rektora, złożył na ręce prof. Jacka Popiela, obejmującego urząd na lata 2020-2024. Prof. Nowak odznaczony został złotym medalem „*Plus Ratio Quam Vis*", przyznanym mu m.in. za wybitny wkład w rozwój naukowy i dydaktyczny Uniwersytetu – uzyskanie przez UJ tytułu uczelni badawczej i statusu Uniwersytetu Europejskiego (Una Europa), zakończenie budowy Kampusu 600-lecia Odnowienia UJ i wkład w budowę nowej siedziby Szpitala Uniwersyteckiego w Prokocimiu, a także za

wdrożenie zmian wynikających z nowej ustawy o szkolnictwie wyższym.

Podczas uroczystości wręczone zostały także Nagrody Rektora UJ „Laur Jagielloński", honorujące wybitne osiągnięcia naukowe uczonych z Uniwersytetu Jagiellońskiego. Wśród wyróżnionych znaleźli się: prof. Wojciech Kucharz w dziedzinie nauk ścisłych i przyrodniczych, prof. Stefan Chłopicki (*na zdjęciu poniżej*) w dziedzinie nauk medycznych oraz pośmiertnie prof. Franciszek Ziejka w dziedzinie nauk humanistycznych, społecznych i prawnych.

Sukcesy badawcze pracowników UJ przedstawił prorektor UJ ds. badań naukowych prof. Piotr Kuśtrowski. Przypomniał, że w ubiegłym roku akademickim UJ pozyskał 342 nowe projekty na łączną kwotę prawie 300 mln zł, w tym ponad 250 grantów badawczych na łączną kwotę ponad 200 mln zł.

Najważniejszym momentem uroczystości była jednak immatrykulacja studentów pierwszego roku, którą przeprowadził prof. Armen Edigarian, prorektor UJ ds. dydaktyki. 16 studentek i studentów, reprezentujących poszczególne wydziały UJ złożyło przysięgę i odebrało symboliczne indeksy.

W roku akademickim 2020/2021 na UJ na pierwszym roku naukę rozpocznie ok. 15 tys. studentów w trybie stacjonarnym oraz ok. 2,7 tys. w formie niestacjonarnej, a także tysiąc osób z zagranicy. (źródło: www.cm-uj.krakow.pl)

Dzień wcześniej w Auditorium Maximum UJ odbyła się także inauguracja roku akademickiego na Wydziale Lekarskim CM UJ, którą otworzył jego dziekan prof. Maciej Małecki, a swoje wystąpienia mieli także prodziekan

ds. studenckich i programu studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym prof. Jolanta Pytko-Polończyk oraz prodziekan ds. studenckich na kierunku lekarskim i dietetyka prof. Grzegorz Kopeć. Wykład inauguracyjny wygłosił prof. Jerzy Walocha. Ślubowanie złożyło troje studentów (*zdjęcie powyżej*), pozostali mogli wziąć udział w uroczystości tylko online.

Natomiast 9 października w Teatrze im. Słowackiego miała miejsce uroczysta inauguracja 21. roku akademickiego w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, która od 2016 roku kształci również przyszłych lekarzy. Immatrykulacji studentów I roku dokonał rektor KA prof. Klemens Budzowski. Z okazji jubileuszu 20-lecia na uczelni przyznano też pierwsze doktoraty honoris causa. Uhonorowani nimi zostali profesorowie Jacek Majchrowski, pomysłodawca i współzałożyciel uczelni, oraz Jerzy Buzek.

opr. KD
fot. Jerzy Sawicz

Czy empatii będzie się uczyć na ekranie?

Rozmowa z prof. Tomaszem Grodzickim, prorektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego ds. Collegium Medicum

Czy inauguracja roku akademickiego w Collegium Medicum UJ odbyła się online? Ceremoniał bez tóg, bez „Gaudeamus Igitur" chyba nie może zapaść w pamięć…?

– Inauguracja roku akademickiego na Uniwersytecie Jagiellońskim odbyła się w sposób tradycyjny, tyle że w zmienionej lokalizacji – w Collegium Novum zamiast w Auditorium Maximum. Ceremoniał był w togach, odśpiewano „Gaudeamus…" i odbyto wszystkie tradycyjne elementy ceremonii. Natomiast liczba osób była zdecydowanie mniejsza, ograniczona po stronie władz do władz rektorskich, członków Senatu, dziekanów, dyrektorów Szkół Doktorskich, zaś studenci też byli reprezentowani tylko po jednym przedstawicielu z każdego wydziału.

Panie Profesorze, czy w warunkach pandemii nabór na kierunki medyczne uległ jakimś modyfikacjom? Zmniejszył się?

– Wręcz odwrotnie, był nawet większy niż w poprzednim roku. Nam zawsze trudno oceniać nabór, ponieważ studenci mogą składać dokumenty na kilka uczelni. Mogę natomiast powiedzieć, że próg punktowy był wyższy niż poprzednio. Niektórzy mówią, że także poziom matur był wyższy. Sądzę, że część studentów, która planowała studia za granicą, za względu na pandemię postanowiła kształcić się w kraju.

Słowem, nie ma lęku przed medycyną, jako zawodem dziś dość niebezpiecznym.

– Nie. Wręcz można powiedzieć optymistycznie, że pojawił się pewien trend na korzyść pracy w ochronie zdrowia.

A jak Państwo widzicie najbliższą przyszłość? Czy nauczanie zdalne i hybrydowe zastąpią normalny tok studiów medycznych?

– Z mojego punktu widzenia, można część zajęć organizować w formie zdalnej, ale bezpośredni kontakt nauczyciela akademickiego ze studentem jest nie do zastąpienia. Równie ważny jest kontakt studenta z realnym pacjentem, poznanie go. Niezmiernie trudno bowiem wyzwolić uczucie empatii do kogoś znanego tylko z ekranu komputera. Zresztą, kontakt bezpośredni z człowiekiem, z jego problemami, często w ogóle nie kwalifikuje się do przekazu telefonicznego czy pokazania na ekranie. Tak więc część zajęć organizujemy w formie online, zgodnie z zaleceniami sanitarnymi, ale dotyczy to bardziej kwestii przekazywania wiedzy, niż nabywania przez studenta określonych umiejętności.

Czy zatem na pierwszych latach nauki student zetknie się z pacjentem?

– Nie. Pierwszy rok, pierwsze lata nie wymagają tego kontaktu. Część zajęć odbędzie się – używając modnego dzisiaj słowa – hybrydowo, a więc prócz online, odbywać się one będą w sposób klasyczny, ćwiczeniowy. Oczywiście, gdy student nabył już konieczne teoretyczne wiadomości, musi przejść na grunt praktyki, wejść w bezpośredni kontakt z pacjentem. Nie wiem, jaka będzie sytuacja pandemiczna niebawem, ale aktualnie planujemy, że tylko 20 procent wszystkich zajęć będzie miało charakter online. A cała reszta musi się odbyć w realnych warunkach leczenia.

Czy CM dysponuje odpowiednią bazą kliniczną? W jak dużych grupach będą studenci?

– Staramy się ograniczyć ilość osób do wytycznych GIS. Chcemy, by odległość między studentami wynosiła

około półtora metra. Jesteśmy w początkowej fazie organizacyjnej, więc zobaczymy, jak nam to wyjdzie. Oczywiście dzielimy słuchaczy na grupy, a ich liczebność zależy od powierzchni lokalu dydaktycznego.

Mamy nowy Szpital Uniwersytecki. Czy poprawia to, czy pogarsza warunki odbywania studiów na kierunku lekarskim?

– Generalnie mamy dość duże zaplecze lokalowe. Sale wykładowe są wolne, bo nie prowadzi się wykładów. Możemy organizować tam część seminariów i ćwiczeń. Mamy więc pole manewru…

Niemniej przy przeszło 5,5 tysiącach studentów wymaga to całego aparatu logistycznego...

– Owszem, 5563, zważywszy że są to studenci studiów stacjonarnych i niestacjonarnych (pierwszego i drugiego stopnia, studiów jednolitych magisterskich oraz uczestnicy studiów doktoranckich i szkoły doktorskiej), wraz z obcokrajowcami. Ale mamy wszystkie sale pomierzone, wiemy, ilu studentów może w nich bezpiecznie odbyć zajęcia. Większość zajęć seminaryjnych prowadzimy w grupach 16-20-os., a ćwiczeniowych w 4-6-osobowych. Najłatwiejszy jest VI rok, bo tam z założenia zajęcia są w grupach dwuosobowych, mogą się odbywać także popołudniu. Natomiast na IV i V roku staramy się w miarę możliwości zmniejszać liczebność grup. Nie jest to łatwe, nie sposób bowiem uniknąć bliskiego wzajemnego kontaktu studentów. Wymagamy w tej sytuacji, by na zajęciach wszyscy byli w maskach. Staramy się także, choć nie zawsze jest to możliwe, żeby nie dochodziło do bezpośrednich kontaktów studentów z osobami zarażonymi.

Czy ta sytuacja wiąże się z jakimiś dodatkowymi ubezpieczeniami studentów czy pacjentów? A może uczelni?

– Ubezpieczenia od COVID-19, niestety, nie istnieją. Żadna firma, z którą rozmawialiśmy, jak dotąd nie prowadzi tego typu ubezpieczeń. Myślę zresztą, że zagrożenie ze strony pacjenta nie jest szczególnie duże dla studentów.

A bezpieczeństwo lekarzy, wykładowców, kadry. Jako „Galicyjska Gazeta Lekarska" muszę zapytać, jak Pan to widzi?

– Zagrożenie dla kadry jest oczywiste, przy czym ma ona wysoką świadomość ryzyka. Wie, że musi utrzymywać dystans wobec studentów, czyli nauczyciel powinien być w masce w trakcie zajęć, odpowiednio oddalony. To jedyna droga unikania zarażeń.

Są jakieś problemy na tym tle?

– Skarg ze strony kadry nie było. Natomiast główne zagrożenia przynoszą studenci spragnieni kontaktów koleżeńskich, prowadzący bogate życie towarzyskie. Jak każdy mieszkaniec Polski czy Małopolski, studenci też chorują i bywa, że przyjeżdżają na studia już zakażeni.

I trafiają do akademików...

– Akademiki badamy dokładnie, kwateruje w nich około 800 studentów Collegium Medicum i wypełniamy je na chwilę obecną w 98 procentach.

Domy studenckie CM UJ

Prokocim

pokoje 2-os. standard – 556 miejsc
pokoje 2-os. powiększonych – 72 miejsca
pokoje 1-os. – 36 miejsc

ul. Racławicka

pokoje 2-os. – 32 miejsca
pokoje 1-os. – 92 miejsca

Wszyscy studenci, którzy chcą tu mieszkać, podlegają badaniom, według precyzyjnie określonych przepisów, dostępnych na stronie internetowej. W akademiku przy ul. Badurskiego 17 wyłączyliśmy jedno całe piętro dla kwarantanny ewentualnych zarażonych. Jeśli ktoś jest chory, kierujemy go do izolatorium, a jeśli to niemożliwe, to pozostaje w izolacji w swoim pokoju.

Jaki procent studentów zamieszkuje w akademikach w stosunku do ogólnej liczby słuchaczy CM?

– Około 15-20 procent. Większość studentów spoza Krakowa mieszka w kwaterach prywatnych. Ale gdybyśmy mieli więcej miejsc, to chętnych nie brakuje. Miejsce w „jedynce" to koszt ok. 500 zł, w „dwójce" 450 zł. Natomiast studenci wynajmują często duże mieszkania i mieszkają tam po 4, 5 osób. Wychodzi taniej, ale czy lepiej? W akademiku mają m.in. nieograniczoną sieć internetową, bliskość szpitala...

Panie Profesorze, sytuacja z pandemią jest nowa. Czy istnieje jakaś regulacja prawna na wypadek roszczeń odszkodowawczych którejś ze stron?

– Póki nie ma konfliktu, nie doszło do incydentu, wszystko jest w porządku. Osoby, które były w kontakcie i są na kwarantannie, mają obowiązek izolować się w akademikach – i co chciałbym podkreślić – jest pełne zrozumienie rygorów z ich strony. Wszyscy rozumieją, że chodzi nie tylko o własne zdrowie, ale też o zdrowie kolegów. I wszyscy w sposób zdyscyplinowany podchodzą do objawów, które mogą wskazywać na infekcję, bądź też sami zgłaszają, że mieli kontakt z kimś zarażonym. I tak, mam nadzieję, pozostanie. Uczelnia medyczna czy jej akademik muszą być wzorem.

A jak przedstawia się kwestia środków bezpieczeństwa w trakcie ćwiczeń klinicznych?

– Wyposażyliśmy wszystkich studentów w maski, uczelnia zaoferowała również bezpłatne ubrania

Fot. Jerzy Sawicz

ochronne dla uczestniczących w zajęciach klinicznych. Każdy student może pobrać komplet dwóch kombinezonów, do przebrania się na zajęcia. Prócz tego, oczywiście, staramy się, aby wszędzie były dostępne środki dezynfekcyjne.

Miejscem zajęć dydaktycznych w Krakowie jest Szpital Uniwersytecki przy ul. Jakubowskiego i jego pozostałości przy ul. Kopernika. Czy coś jeszcze?

– Jeżeli chodzi o kierunek lekarski, to zajęcia mamy głównie w Szpitalu przy Jakubowskiego, w Centrum Dydaktyczno-Kongresowym przy Łazarza, niektóre odbywają się też w szpitalach im. Dietla, im. Jana Pawła II. Dydaktyce służą także wszystkie SOR-y. Należy pamiętać jeszcze o jednostce ortopedycznej w Zakopanem.

Panie Profesorze, CM UJ jest jedną z mniejszych polskich uczelni medycznych w porównaniu np. z Warszawskim czy Śląskim Uniwersytetem Medycznym, przewodzi natomiast w rankingach jakościowych...

– Rzeczywiście, przyjmujemy ok. 300 studentów na kierunek lekarski, nie licząc 100 obcokrajowców. Natomiast uczelnie w rodzaju warszawskiej czy śląskiej przyjmują dwu-, trzykrotnie więcej. Nasz limit wynosi 240-260 miejsc stacjonarnych. Wielkościowo jesteśmy porównywani z uczelniami w Szczecinie czy Bydgoszczy.

I właśnie na tym tle chciałem zapytać, czy w związku z utrudnieniami w dydaktyce nastąpi w Polsce jakieś obniżenie poziomu kształcenia medycznego?

– Myślę, że poziom nie ulegnie obniżeniu. Młodzież, która do nas przychodzi, chce się nauczyć medycyny i być później lekarzami, pielęgniarkami lub np. ratownikami. Trudniejsze warunki jej nie zrażają. Natomiast uczą się czegoś innego – większej troski o zdrowie pacjenta, uczą się pewnych procedur i myślenia o zagrożeniu, które jest wokół. Umiejętności praktyczne, które absolwenci wyniosą z uczelni, się nie zmniejszają, studia zresztą mają dać pewną bazę, nauczyć pewnej postawy. Natomiast epidemia – to może zabrzmi paradoksalnie – jest pewnym stanem nadzwyczajnym, który wyzwala w wielu studentach bardzo pozytywne reakcje. Oni zresztą dali wielokrotnie tego dowód podczas wakacji czy wcześniej wiosną, angażując się z własnej inicjatywy w ochotnicze grupy pomocy dla szpitali i pacjentów. Wspomnę czasy prehistoryczne, ale gdy został ogłoszony stan wojenny, uczelnie też zostały na kilka miesięcy zawieszone i nie odbiło się to na jakości wykształcenia. Większość z nas poszła po prostu do pracy, do szpitali, do przychodni. I teraz też większość kadry

i słuchaczy rozumie, że warunki są, jakie są. To jest element naszego doświadczenia życiowego.

Miejmy nadzieję, że wszystko to ma charakter przejściowy. Czy zakłada Pan Profesor, że pandemia wygaśnie w ciągu semestru, może roku…?

– Ja tego nie zakładam. Zakładam, że wszystko się nasili. I nie możemy dopuścić do zamknięcia uczelni czy przerwania procesu dydaktycznego na rok czy dwa. Byłoby to ogromną stratą dla tej młodzieży, a także dla społeczeństwa. Przecież okoliczności mogą być rozmaite. Musimy naszym studentom zapewnić możliwość dalszego kształcenia, bo trudno sobie wyobrazić sytuację, w której kilkuset przyszłych lekarzy przerywa naukę. I co? Byłaby to tragedia...

Czarny scenariusz Pan tu naszkicował. Proszę więc jeszcze powiedzieć, jak wygląda sytuacja finansowa uczelni medycznej w czasach pandemii? Czy epidemia COVID-19 została uwzględniona w jakiejś dotacji resortu?

– Resort częściowo uwzględnił koszty związane z koniecznością nabywania środków ochrony osobistej dla studentów, ale nie w stopniu, który by je pokrył. Uchylono też przepisy, które ograniczały wydatki ze środków własnych. I dobrze, bo nie możemy oszczędzać na bezpieczeństwie studentów, personelu czy pacjentów, ono jest priorytetem.

Rozmawiał: Stefan Ciepły

PS: W związku z wprowadzeniem 19 października br. zdalnego nauczania we wszystkich wyższych uczelniach w Polsce, pewne założenia systemu kształcenia w Collegium Medicum, przedstawione w rozmowie, uległy przejściowemu zawieszeniu. A ponieważ medycyny nie da się nauczyć zdalnie, mamy nadzieję, że regulacje przedstawione w wywiadzie (przeprowadzonym 12 października br). staną się aktualne jeszcze w tym roku akademickim.

Redakcja

www.ggl.com.pl

Przypominamy, że „Galicyjska Gazeta Lekarska" jest nie tylko dostępna w internecie (w wersji PDF), ale także ma własną stronę internetową. Znaleźć tam można m.in. nasze wywiady, także zamieszczony powyżej – z profesorem Tomaszem Grodzickim. Na stronie www.ggl.com.pl publikujemy również niektóre ważne, ciekawe informacje, artykuły publicystyczne, recenzje itd. Strona jest uzupełnieniem papierowego wydania „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej".

Na listy od Czytelników czekamy pod adresem:
redakcja@oilkrakow.org.pl

Komunikat Prorektora UJ ds. Collegium Medicum
w sprawie organizacji zajęć dydaktycznych od dnia 20 października 2020 roku
(fragmenty)

20 października Prorektor ds. Collegium Medicum prof. Tomasz Grodzicki wydał komunikat w sprawie wytycznych w zakresie organizacji zajęć praktycznych i praktyk zawodowych w UJ Collegium Medicum obowiązujących od dnia 20.10.2020. Czytamy w nim m.in.:

– Zajęcia praktyczne, a w szczególności: ćwiczenia kliniczne oraz ćwiczenia prowadzone z wykorzystaniem technik symulacji medycznych, ćwiczenia laboratoryjne, powinny być prowadzone w trybie stacjonarnym z zachowaniem zasad bezpieczeństwa określonych we właściwych regulacjach powszechnych oraz wytycznych GIS, jak również z uwzględnieniem możliwości lokalowych poszczególnych jednostek.

– W przypadku zwiększonego zagrożenia epidemicznego w danej jednostce organizacyjnej, która prowadzi zajęcia w trybie stacjonarnym, zajęcia mogą być zawieszone lub przeniesione na inny termin. (…)

– Praktyki zawodowe realizowane są w trybie stacjonarnym z zachowaniem zasad bezpieczeństwa określonych przez właściwą jednostkę, w której się odbywają, z uwzględnieniem regulacji powszechnych oraz wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego.

– Przypominam, że każda osoba, która zaobserwuje u siebie objawy chorobowe (…) winna powstrzymać się od udziału w zajęciach. (…) W przypadku zaistnienia podejrzenia zakażenia konieczne jest stosowanie Procedury postępowania dla studentów UJ CM w przypadku zagrożenia epidemiologicznego SARS-CoV-2 (zgłoszenie do Dziekanatu).

XXIV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Kardiolodzy online

Jedno z najważniejszych wydarzeń naukowych w Polsce – doroczny kongres PTK, przejdzie prawdopodobnie do historii jako jedno z największych wydarzeń naukowych polskiego internetu. 114 sesji: 50 dydaktycznych, 6 wytycznych, 16 specjalnych i 23 satelitarne, prezentacje 132 prac oryginalnych, 14 przypadków klinicznych i 12 prac studenckich. To wszystko odbyło się od 16 do 19 września 2020 roku. W internecie.

– Rok 2020 to duże wyzwanie i dla polskiego społeczeństwa, i dla medyków – mówił podczas inauguracji kongresu prof. Piotr Jankowski z Instytutu Kardiologii CM UJ, przewodniczący Komitetu Organizacyjnego. – W tym roku kongres PTK stał się największym wydarzeniem naukowym polskiego internetu. Już podczas inauguracji przekroczyliśmy liczbę 10 tysięcy uczestników.

– Spotykamy się w ten sposób po raz pierwszy w historii: wystąpienia 90 wykładowców i moderatorów są transmitowane na żywo równolegle z pięciu studiów – dodał prof. Adam Witkowski, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, dodając, iż starano się przygotować ofertę naukową, która może wynagrodzić brak osobistych spotkań i indywidualnych dyskusji.

Motto tegorocznego kongresu to: „*Żyć lepiej i dłużej dzięki kardiologii*". – Jest to motto naszej codziennej pracy i myślę, że również naszych pacjentów – podkreślał prof. Zbigniew Gąsior, przewodniczący Komitetu Naukowego.

Wykład inauguracyjny pod tytułem: „Inhibitory SGLT-2 w leczeniu niewydolności serca – krok milowy czy tylko krok naprzód?" wygłosił prof. Petar Seferović, prezydent Sekcji Niewydolności Serca Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Podczas inauguracji kongresu uczestnicy chwilą ciszy uhonorowali członków Towarzystwa, którzy odeszli w ciągu minionego roku m.in.: prof. Wiesławę Tracz, prof. Stanisława Pasyka, dr hab. Wandę Śmielak-Korombel, dr. Jana Lipkę oraz dr. Marka Zalewskiego.

Mniej pacjentów, mniej zabiegów, większa śmiertelność

Niestety, wszystkie analizy wskazują na znaczący spadek liczby badań oraz procedur medycznych w czasie pandemii. Organizacje pacjenckie również alarmują nie tylko o strachu przed zgłaszaniem się do lekarza, ale też o trudnościach związanych z uzyskaniem porady. O tym, jak pomóc pacjentom, na ostatnim Kongresie PTK dyskutowano podczas Sesji Specjalnej – „Kardiologia i PTK w dobie pandemii COVID-19".

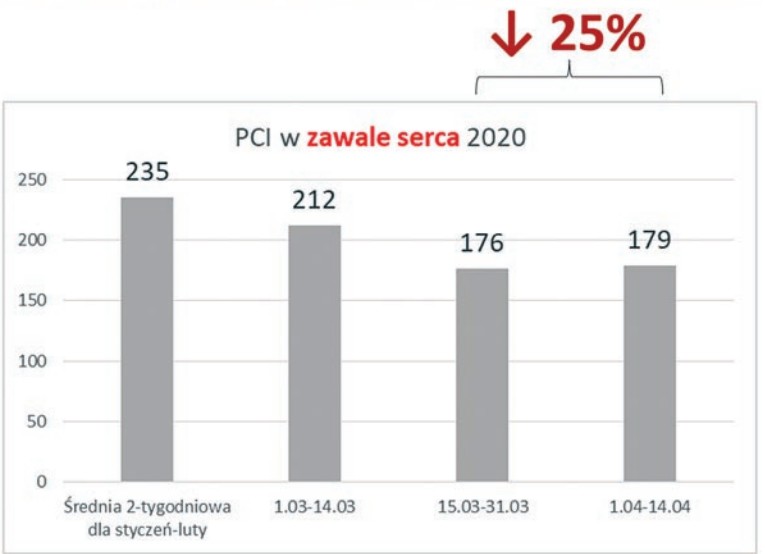
– *Od początku pandemii zaczęła gwałtownie spadać liczba pacjentów kierowanych czy zgłaszających się do ośrodków kardiologii inwazyjnej z zawałem serca* – wskazał prof. Jacek Legutko, dyrektor Instytutu Kardiologii CM UJ. – W analizie z kilkunastu ośrodków referencyjnych spadek ogółem wyniósł ponad 25%, a w samych dwóch pierwszych miesiącach pandemii – nawet 40%, było też ponad 70% mniej zabiegów rewaskularyzacji u chorych z przewlekłymi zespołami wieńcowymi.

W podobny sposób przeanalizowano liczbę zabiegów wykonywanych z elektrofizjologii i elektroterapii.

– *Okazuje się, że wyniki są bardziej przytłaczające niż w przypadku kardiologii interwencyjnej: na począt-*

Liczba zabiegów PCI w zawale serca w dobie pandemii COVID-19 w Polsce (1.01-15.04.2020)

(dane dla 10 ośrodków: Kraków (2), Katowice (1), Zabrze (1), Opole (1), Poznań (1), Warszawa (3) i Białystok (1)



J. Legutko, S. Dobrzycki, M. Gąsior, M. Gierlotka, J. Kochman, M. Lesiak, J. Matysek, A. Ochała, T. Pawłowski, A. Witkowski

ku epidemii liczba procedur z zakresu elektroterapii, czyli wszczepienia stymulatorów, kardiowerterodefibrylatorów, układów do stymulacji resynchronizującej spadła w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego o 46%. Spadek wykonywanych ablacji sięgnął ponad 77% – wtórował prof. Przemysław Mitkowski, prezes-elekt PTK.

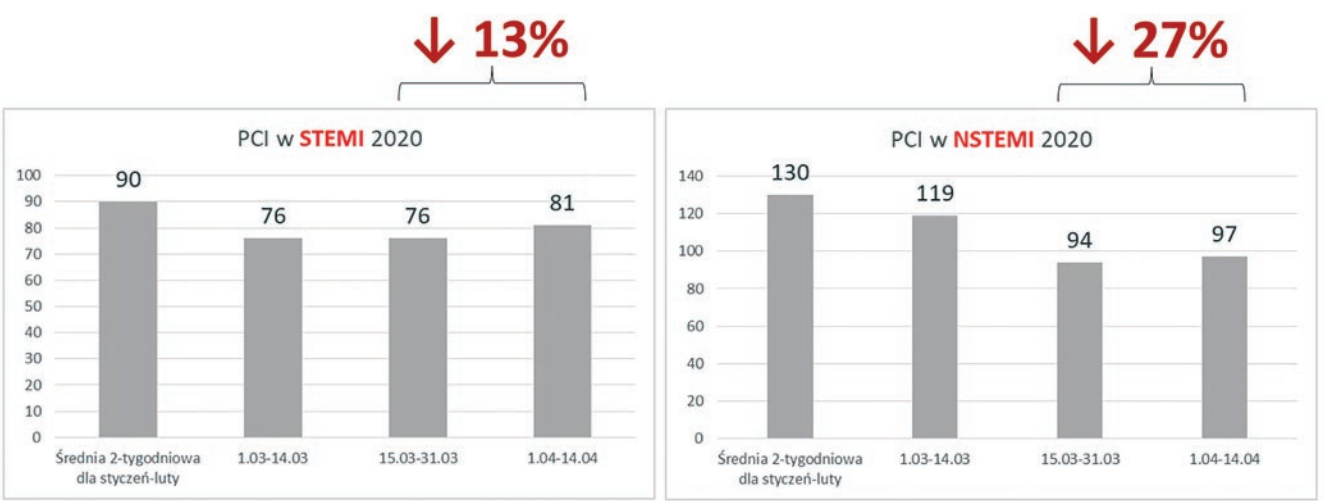
Specjaliści zadają sobie pytanie, czy to załamanie może wpłynąć na statystykę śmiertelności. Czy tę statystykę zmienił może sam COVID-19? Z dostępnych analiz wynika, że w pierwszym półroczu 2020 r. tylko 0,07% zgonów było nim spowodowanych. Mogą do tego dojść zgony z powodu powikłań pocovidowych oraz obiektywnych i nieobiektywnych utrudnień w dostępie do ochrony zdrowia, a także zgony spowodowane zmianami zachowań zdrowotnych – analizował prof. Bogdan Wojtyniak z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH. – *Żeby odpowiedzieć na postawione pytanie, trzeba będzie jak najdokładniej poznać przyczyny zgonów, a to będzie możliwe dopiero w roku 2022. Kluczową sprawą w orzekaniu, czy mamy nadwyżkę zgonów, czy być może liczba zgonów jest mniejsza, jest odpowiedź na pytanie, jakiej liczby zgonów moglibyśmy oczekiwać, gdyby nie było pandemii. Jest to zadanie niezwykle trudne, ale możliwe do wykonania, przy czym jednym z kluczowych elementów tego zadania jest właściwa ocena liczby zachorowań na grypę, ponieważ ma ona istotny związek z poziomem umieralności* – wyjaśniał.

Niestety, rzetelna ocena statystyk umieralności może być bardzo trudna z jeszcze jednego powodu – w świecie naukowym nasze statystyki zgonów są uważane za bardzo złej jakości, co można zauważyć, patrząc chociażby na drugą co do częstości podawaną przyczynę zgonu – jest to „przyczyna nieznana".

Na duże problemy pacjentów z dostępem do lekarzy narzekała Agnieszka Wołczenko, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń „EcoSerce". Jak zauważyła, najpierw tendencja do „pozostania w domu" przełożyła się na „przeczekanie zawału", a następnie ci, którzy chcieli skorzystać z porady medycznej, mieli z tym problem. – *Kłopoty są głównie z dostępem do POZ* – mówiła. – *O ile pacjenci stabilni, długoterminowi są jeszcze w stanie skontaktować się ze swoim specjalistą, to chorzy pierwszorazowi mają trudności nawet ze zdobyciem skierowania z POZ. Chcielibyśmy, aby kompetencje lekarza POZ chociaż trochę się zmieniły.*

Jednak zarówno lekarze, jak i pacjenci będą musieli nauczyć się żyć z pandemią, ponieważ wirus SARS-CoV-2 pozostanie z nami jeszcze długo i opieka medyczna musi stworzyć sobie „nową, covidową rzeczywistość". Jeśli tak się nie stanie, stracą na tym pacjenci.

– *W każdym ośrodku kardiologii inwazyjnej musimy stworzyć możliwość leczenia chorych zakażonych czy podejrzanych o zakażenie, przede wszystkim w ostrej fazie* – podkreślił prof. Jacek Legutko. Jak zaznaczył,



J. Legutko, S. Dobrzycki, M. Gąsior, M. Gierlotka, J. Kochman, M. Lesiak, J. Matysek, A. Ochała, T. Pawłowski, A. Witkowski

wymaga to odpowiedniej organizacji pracy takiego ośrodka: wyposażenia personelu w środki ochrony, przeszkolenia w procedurze zakładania, a przede wszystkim zdejmowania odzieży ochronnej, utworzenie dla pacjentów zakażonych odrębnych sal intensywnego nadzoru, spełniających warunki izolacji. Słowem: nowe procedury i nowa organizacja.

Niepokojącym sygnałem jest analiza 342 chorych hospitalizowanych z powodu COVID-19, którzy mieli obciążenie kardiologiczne i byli wcześniej hospitalizowani z przyczyn kardiologicznych. Zanotowano 14-proc. śmiertelność wewnątrzszpitalną takich chorych, ale przeżycie 4-miesięczne jest na poziomie niewiele ponad 50 proc., bo większość zgonów następuje po wypisie ze szpitala. To zjawisko niepokojące i z pewnością wymagające weryfikacji na większej bazie danych. Jest to istotny sygnał, że chorzy kardiologiczni, których dotknął koronawirus, są nie tylko obciążeni większą śmiertelnością wewnątrzszpitalną, lecz także są zagrożeni powikłaniami w ciągu kilku miesięcy od wypisu.

Joanna Sieradzka

Grafika: Załączniki do Stanowiska PTK „Kardiologia podczas epidemii COVID-19" z kwietnia 2020, dostępne online

Profilaktyka
– niekończąca się walka

15 lat temu grupa polskich kardiologów postanowiła zmobilizować wiele środowisk, aby podjąć wspólną walkę o zapobieganie chorobom układu krążenia. Obchodzą już jubileusz, ale nie ustają w staraniach, bo... profilaktyka ratuje życie, a walka wcale się nie skończyła. Pojawiają się nowe problemy, jak choćby śmiertelnie groźna otyłość, a ostatnio – źle wróżąca fala otyłości także u dzieci i młodzieży.

Z okazji 15-lecia Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia przygotowana została specjalna sesja, której przewodniczyli: prof. Adam Witkowski, prezes PTK, prof. Piotr Podolec, prezes Polskiego Forum Profilaktyki, oraz prof. Adam Torbicki, prezes PTK w latach 2004-2007.

Do dzisiaj opublikowano 16 biuletynów Forum Profilaktyki. Ukazały się również wytyczne w Kardiologii Polskiej w latach 2006-2011, a także wytyczne uaktualnione w 2015 i 2017 roku. Forum wydało również Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki oraz materiały dla pacjentów i dzieci.

– Polskie Forum Profilaktyki postawiło sobie za cel wymianę informacji oraz przede wszystkim ujednolicenie wytycznych dotyczących profilaktyki w Polsce. Ważne było również dostosowanie europejskich zasad profilakty-

ki do warunków i specyfiki naszego kraju – mówił prof. Podolec.

Prof. Tomasz Grodzicki, prezes Kolegium Lekarzy Geriatrów, przewrotnie przekonywał, że u osób w wieku zaawansowanym prewencję należy wręcz… ograniczać, a na pewno wprowadzać bardzo ostrożnie, ponieważ może się okazać, że będzie ona przynosić więcej szkód. – Prewencja u osób po 75. roku życia nie powinna koncentrować się wyłącznie na klasycznych czynnikach ryzyka sercowo-naczyniowego, bo będzie bardzo wybiórcza. Ocena medyczna to tylko mały fragment oceny osoby starszej, jeśli rzeczywiście chcemy o nią zadbać. Nie powinno się mówić tylko o prewencji choroby wieńcowej, udaru czy niewydolności serca, ale również o prewencji upadków, niesprawności, ubóstwa, demencji czy nawet samotności. Bo jeżeli to uda się nam zabezpieczyć, będziemy mogli mówić, że rzeczywiście udało się nam prewencję u tych osób wdrożyć właściwie.

Jak zaznaczył, po 80. roku życia 80% osób choruje już na nadciśnienie bądź na chorobę wieńcową. W związku z tym można mówić jedynie o prewencji wtórnej. Leczenie nadciśnienia należy wprowadzać bardzo ostrożnie, żeby nie doprowadzić do hipotonii ortostatycznej i upadków, które stanowią o wiele większe zagrożenie.

Do regularnego monitorowania glikemii przekonywał natomiast prof. Maciej Małecki, szef Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego: – Średni czas trwania cukrzycy typu II przed rozpoznaniem to 7-10 lat w populacji nieobjętej badaniami przesiewowymi. U około połowy pacjentów występują objawy późnych powikłań cukrzycy już w momencie rozpoznania: zawał, udar mózgu, zaburzenia wzroku, choroby nerek. Dlaczego badania przesiewowe są ważne i w ogóle je robimy? Bo cukrzyca typu II nie daje oczywistych, klinicznych objawów. Osoby w wieku 50 lat, u których rozpoznano cukrzycę, umierają o 6 lat wcześniej niż ich rówieśnicy. Jeżeli opanujemy wszystkie podstawowe czynniki ryzyka cukrzycy typu II: hemoglobinę glikowaną, poziom LDL, palenie tytoniu, ciśnienie tętnicze oraz albuminurię, to tak naprawdę to ryzyko sercowo-naczyniowe nie różni się od ryzyka populacyjnego.

U kogo szukamy cukrzycy? Jak tłumaczył prof. Małecki, raz do roku badań przesiewowych wymagają osoby: z nieprawidłowym BMI, z małą aktywnością fizyczną, cukrzycą w wywiadzie, kobiety, które urodziły dziecko o masie ciała powyżej 4 kg, osoby z nadciśnieniem czy dyslipidemią. Okazuje się, że tak naprawdę większość z nas może się w tej szerokiej grupie zmieścić. Może więc nie jest to taki zły pomysł, aby każdy wykonywał raz w roku pomiar glikemii na czczo? Jeżeli nie ma żadnego czynnika ryzyka, osoby po 45. roku życia powinny mierzyć cukier raz na 3 lata.

Prof. Jan Duława, prezes Towarzystwa Internistów Polskich, przestrzegał z kolei przed zbyt wielką ufnością w możliwości współczesnej farmakologii i zwracał uwagę na gospodarczo-finansowe przyczyny złych nawyków polskiej populacji. – Leczenie chorych z zespołem metabolicznym polega na leczeniu poszczególnych jego elementów: insulinooporności, nadciśnienia tętniczego i dyslipidemii. W tym leczeniu, a nie tylko w prewencji, należy redukować masę ciała, być aktywnym fizycznie, stosować odpowiednią dietę, w tym abstynencję od alkoholu i papierosów – mówił. – My, lekarze, często niestety jesteśmy winni, bo mówimy „jedz, pij, co chcesz, a my znajdziemy środek, który cię wyleczy". Zrównanie wiedzy z ignorancją, mylenie autonomii jednostki ze zwykłym chciejstwem to też przyczyny braku właściwej prewencji. Jak zaznaczył, fakt, że wartość rynku żywieniowego, tytoniowego, alkoholowego i rynku leków jest ogromna, nie pozostaje bez znaczenia.

Smutne, wręcz przerażające wieści przyniósł prof. Jerzy Stańczyk z Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. Jak podkreślił, rozwój czynników ryzyka sercowo-naczyniowego oraz metabolicznych jest głównie łączony z otyłością, a liczba dzieci w wieku od 2 do 19 lat z nadwagą w ostatnich dekadach znacząco wzrosła: – Pierwsze badania przeprowadzone w latach 90. ubiegłego wieku wskazywały, że dzieci z nadwagą i otyłością stanowią od 7 do 9%. Natomiast badania, które wykonano na dużej grupie uczniów w wieku od 7 do 18 lat w latach 2007-2009, wykazały, że już 14% dziewcząt i aż 18% chłopców miało nadwagę lub otyłość – tłumaczył.

Według danych WHO Polska jest w pierwszej piątce najbardziej otyłych narodów Europy razem z Irlandią, Wielką Brytanią, Słowacją i Czechami. 25% społeczeństwa to osoby otyłe! Otyłość w dzieciństwie wiąże się z przerostem mięśnia sercowego lewej komory, a także pogrubieniem kompleksu warstwy środkowej i wewnętrznej tętnicy szyjnej w dorosłym wieku. O ile więc u starszych pacjentów prewencję należy wprowadzać ostrożnie i stopniowo, to u najmłodszych chorych z otyłością powinniśmy robić to w trybie wręcz alarmowym.

(JS)
Fot. Archiwum „GGL"

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Pisanie o czymś innym niż COVID-19 jest obecnie nie na miejscu, a wręcz nieeleganckie. No to co się toczy na marginesie covidu?

Najbardziej niepokoi mnie narastanie niezrozumienia na linii lekarze POZ – AOS i lekarze zatrudnieni w szpitalach, zwłaszcza na oddziałach ratunkowych i covidowych. Nie mam zamiaru próbować oceniać – odnotowuję tylko fakt, który mnie niepokoi, jak każdy potencjalny konflikt w środowisku lekarskim. Jeżeli nie będziemy razem, to nie wyjdziemy na tym dobrze. Tymczasem nie mogę się oprzeć wrażeniu, że wcale niemała jest grupa, która kosztem kolegów dba wyłącznie o swoje interesy.

Od dawna obawiałem się tego, że słowa uznania i szacunku, jakie w naszą stronę kierowano w maju, kiedy sam premier z towarzystwem bił nam brawo, skończą się hejtem i brutalnymi atakami. Wiele się nie pomyliłem. Nie trzeba było zbyt długo czekać. Zaczyna się fala ataków na lekarzy – ze wszystkich stron. Począwszy od wicepremiera Sasina, przez licznych posłów i senatorów, nie wykluczając naszych kolegów, lekarzy. Stajemy się jak zwykle wdzięcznym celem.

Tymczasem epidemia zatacza coraz szersze kręgi. Coraz więcej chorych, a łóżek w szpitalach nie przybywa. Z zamiany internistycznych na covidowe też ich nie przybędzie. Kadra medyczna, dziesiątkowana przez infekcję, przestaje dawać radę. Dają o sobie znać co najmniej kilkunastoletnie zaniedbania. Zmniejszenie liczby absolwentów uczelni medycznych, kształcenie (i nadal) za pieniądze studentów zagranicznych, zamordowanie kształcenia pielęgniarskiego, zniszczenie funkcjonujących struktur na rzecz niefunkcjonującego systemu ratownictwa medycznego… Te wszystkie mankamenty systemu obnażane są bezlitośnie przez pandemię.

I wreszcie brak decyzji i jednolitego ośrodka kierowania. Decyzje odkładane są „o kilka dni". Te kilka dni mierzy się zdrowiem i życiem ludzkim. Decyzje podejmuje sztab antykryzysowy, który zbiera się i radzi. A decyzji, skąd wziąć więcej łóżek szpitalnych, ciągle brak.

Zresztą nawet gdyby były łóżka, to i tak nie ma kto pracować. Za to wszystkie szczeble zarządzania wymyślają coraz to nowe tabele. Ostatnio szpitale wypełniają ich 4-6 dziennie, włącznie z sobotami i niedzielami. Tabele świetnie leczą każdą pandemię. A niedawno wymyślono taką tabelę, że dla jej wypełnienia wydział antykryzysowy zorganizował specjalne szkolenie na temat „jak wypełniać tabelę". Bo pracownicy ochrony zdrowia nie mają nic lepszego do roboty, jak sprawozdawać.

Padło hasło „wszystkie ręce na pokład". Ale to znaczy wszystkie, a nie tylko te, co zawsze.

Ktoś za ten bałagan musi odpowiadać, ktoś musi być winny. Nie widzę lepszego kandydata niż lekarze, którym „się nie chce robić". Ale pozostają jeszcze chorzy ludzie, którym trzeba pomóc. Pomoże im na pewno wicepremier Sasin.

Jerzy Friediger

Poradnik e-skierowania

– część pierwsza

Kolejne ułatwienie w pracy z pacjentami: e-skierowania

Obowiązujące od początku 2020 roku e-recepty okazały się doskonałym rozwiązaniem wielu problemów, wywołanych przez epidemię COVID-19. Stanowiły jednocześnie kolejny krok na drodze do informatyzacji polskiej ochrony zdrowia. W styczniu 2021 roku wejdzie do codziennej praktyki e-skierowanie.

Wprowadzenie e-skierowań będzie ważne dla lekarzy POZ i poradni specjalistycznych, ponieważ uprości proces kierowania i rejestrowania pacjentów na wizyty czy badania, zmniejszy biurokratyczne obciążenia i pozwoli wystawiać skierowania podczas teleporady, bez potrzeby osobistej wizyty. Da im również lepszy dostęp do wiedzy na temat ścieżki leczenia i medycznych danych pacjentów, którymi się opiekują.

E-skierowania będą dotyczyć finansowanych przez NFZ ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, leczenia szpitalnego oraz części badań diagnostycznych, takich jak badania medycyny nuklearnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, badania endoskopowe przewodu pokarmowego oraz EKG płodu. Tomografia komputerowa i medycyna nuklearna musi podlegać e-skierowaniu także, jeśli jest finansowana prywatnie. Katalog świadczeń, na które można wystawić e-skierowanie, opisuje rozporządzenie MZ z 15 kwietnia 2019 roku.

Do wystawiania e-skierowań lekarze mogą używać bezpłatnej aplikacji gabinet.gov.pl. Korzystanie z niej jest proste, zwłaszcza dla kogoś, kto opanował już sztukę wystawiania e-recept.

E-skierowanie jest podpisywane elektronicznie – certyfikatem ZUS, Profilem Zaufanym, podpisem osobistym zawartym w e-dowodzie lub podpisem kwalifikowanym. Cały proces – od momentu wystawienia e-skierowania do wizyty czy badania ujętego we wspomnianym rozporządzeniu MZ – jest oparty o system informatyczny.

Korzyści ze stosowania e-skierowań:

- znika obowiązek dostarczenia oryginału skierowania
- znika konieczność archiwizowania papierowych skierowań
- wystarczy rejestracja przez telefon, pacjent podaje 4-cyfrowy kod i numer PESEL
- można śledzić wystawione e-skierowania na Internetowym Koncie Pacjenta (IKP) w serwisie pacjent.gov.pl
- lekarz może kontrolować przebieg leczenia pacjenta, który udostępnił mu swoje dane

Przychodnia POZ, która ma 5 tys. pacjentów i wystawi ponad 90 proc. skierowań w postaci elektronicznej, może otrzymać miesięcznie dodatkowe 3,5 do 4,4 tys. zł (jeśli posiada również certyfikat akredytacyjny). Natomiast AOS prowadzący 15 poradni specjalistycznych, który udzieli w miesiącu świadczeń na kwotę 835 tys. zł, może otrzymać miesięcznie dodatkowo nawet do 30 tys. zł, jeśli minimum 20 proc. rejestrowanych skierowań jest w postaci elektronicznej, a e-skierowania wystawia podczas 30 proc. porad.

Od 8 stycznia 2021 r. wszystkie placówki będą zobowiązane do obsługi e-skierowań. Do tego czasu pacjent z elektronicznym skierowaniem może się zapisać na wizytę lub badania ujęte we wspomnianym rozporządzeniu także w placówce, która jeszcze nie obsługuje e-skierowania. Musi wtedy podać 4-cyfrowy kod dostępu oraz numer PESEL i złożyć oświadczenie, że na podstawie tego dokumentu zapisał się tylko w jednym miejscu. Zapisanie możliwe jest także przez telefon. Wydruk informacyjny nie musi być podpisany przez lekarza, natomiast podpisany wydruk nie wymaga już złożenia oświadczenia przez pacjenta.

Wszystkich pracowników poradni, przychodni i szpitali Centrum e-Zdrowia zaprasza na bezpłatne szkolenia. Na stronach CeZ są informacje o terminach, można także zapisać się na wybrany kurs: **https://cez.gov.pl/akademia-cez**. Materiały edukacyjne dostępne są na: **http://bit.ly/e-skierowanieCeZ**.

Centrum e-Zdrowia zaprasza wszystkich lekarzy do kontaktu i zadawania pytań – tel. 19 457 – lub na e-mail: e-skierowanie@csioz.gov.pl. W następnym wydaniu opublikujemy odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania.

Partnerem artykułu jest Centrum e-Zdrowia

O zdrowiu Polaków w czasie pandemii

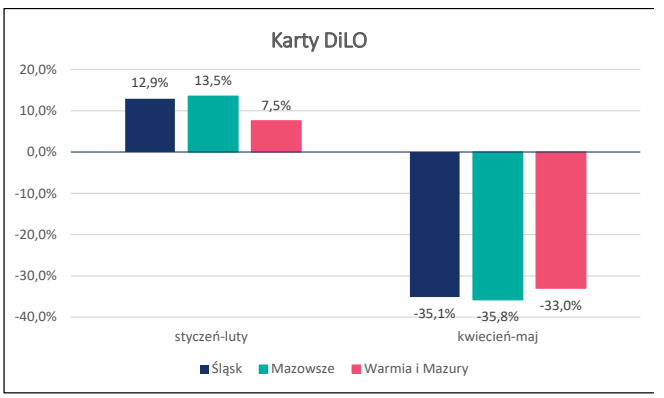
Jaki będzie krajobraz po zarazie

Mniej zabiegów w kardiologii, znaczące wydłużenie i tak już długich kolejek do operacji zaćmy, dramatyczne opóźnienia w rozpoczęciu leczenia onkologicznego, epidemia bezsenności, otyłości, opóźnienia we wdrażaniu nowych programów terapeutycznych w leczeniu ciężkich chorób itd. – długo trwałoby wyliczenie wszystkich „skutków ubocznych" trwającej w Polsce i na świecie pandemii COVID-19. I choć w chwili, gdy to piszemy, decydenci postulują ograniczenie lub nawet zaniechanie zabiegów, które nie są konieczne, lekarze specjaliści apelują, by ich nie unikać, by nie lekceważyć symptomów chorób innych niż COVID-19. Z takim przesłaniem zwrócili się do ponad 100 dziennikarzy biorących udział w 19. już Ogólnopolskiej Konferencji „Polka w Europie", zorganizowanej online przez Stowarzyszenie „Dziennikarze dla Zdrowia" w dniach 25-26 września pod hasłem „Zdrowie Polaków w dobie pandemii". Konferencja „Polka w Europie" to największe tego typu przedsięwzięcie informacyjno-szkoleniowe dla polskich mediów. Podczas swoich wystąpień prawie wszyscy eksperci prosili więc o przekazanie polskiemu społeczeństwu jednej informacji – żadna choroba nie poczeka na koniec pandemii, a niektórzy pacjenci z innymi schorzeniami mogą nie doczekać jej końca.

Karta DiLO 2019 vs. 2020
Zmiana %

	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj
Śląsk	5,9%	19,8%	-9,1%	-39,9%	-30,4%
Mazowsze	14,5%	12,4%	-13,7%	-41,5%	-30,2%
Warmia i Mazury	7,8%	7,3%	-12,4%	-42,5%	-22,5%

	styczeń-luty	kwiecień-maj
Śląsk	12,9%	-35,1%
Mazowsze	13,5%	-35,8%
Warmia i Mazury	7,5%	-33,0%



Nowe terapie w onkologii

Tradycyjnie podczas każdej konferencji dużo uwagi poświęca się chorobom nowotworowym, możliwościom ich nowoczesnej diagnostyki i terapii, europejskim i polskim zaleceniom. I tak prof. Grzegorz Basak z Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego poinformował o pracach nad wdrożeniem terapii CAR-T w leczeniu nowotworów. Projekt pn. „Zastosowanie limfocytów CAR-T antyCD19 w niskich dawkach w leczeniu dorosłych chorych na nawrotową i oporną ostrą białaczkę limfoblastyczną i chłoniaka Burkitta. Badanie kliniczne fazy I/II (MERMAID1)" realizowane przez WUM otrzymało we wrześniu ponad 17 mln zł dofinansowania z Agencji Badań Medycznych, co przybliża do osiągnięcia celu, czyli do wytwarzania zmodyfikowanych limfocytów CAR-T w naszym kraju.

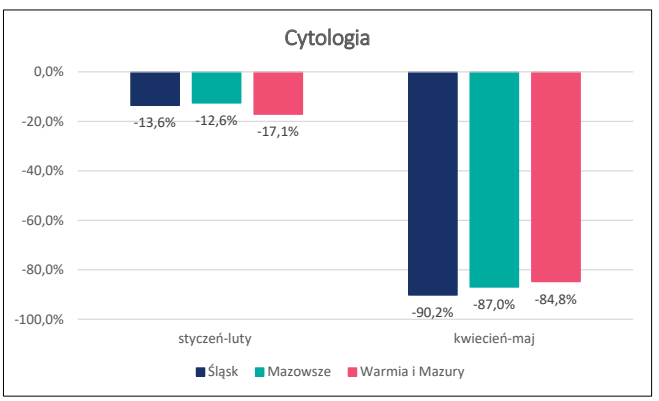
Dr hab. Barbara Radecka z Uniwersytetu Opolskiego, mówiąc o raku jelita grubego, nie kryła, iż głównym problemem jest jego zbyt późne wykrywanie, choć dysponujemy powszechnie dostępnym badaniem profilaktycznym, czyli kolonoskopią. Pacjenci sami nie mają ochoty się badać, a lekarze pierwszego kontaktu rzadko kiedy potrafią przekonać do potrzeby diagnostyki. Specjaliści zalecają wykonywanie jej po 50. roku życia raz na 10 lat, tymczasem wg badań choć raz w życiu wykonało ją tylko 23 proc. mężczyzn i 17 proc. kobiet z tej grupy wiekowej Polaków. – Wysokiej jakości kolonoskopia przesiewowa, w której wykazano nieprawidłowości, wiąże się z 84-proc. redukcją ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i 90-proc. redukcją ryzyka zgonu na raka w cią-

gu 17 lat – podkreśla prof. Radecka: – Jeśli rozpoznajemy chorobę w stopniu pierwszym, po 5 latach nadal żyje 92 proc. pacjentów. Jeśli w stopniu czwartym – zaledwie kilkanaście procent.

W ostatnich latach nastąpił postęp w paliatywnym leczeniu systemowym, pojawiły się nowe leki biologiczne, istotnie przedłużające życie. W połowie lipca br. zespół ekspertów wydał nowe rekomendacje dotyczące diagnostyki i terapii raka jelita grubego, pierwsze od pięciu lat tak kompleksowe zalecenia w chirurgii, chemioterapii, radioterapii i leczeniu paliatywnym tego nowotworu. Zostały one ogłoszone 28 sierpnia na XXII Kongresie Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej. W postępowaniu paliatywnym – w raku nieoperacyjnym – dla chorych ważne jest

Cytologia 2019 vs. 2020
Zmiana %

	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj
Śląsk	-22,7%	-4,7%	-61,0%	-95,8%	-84,8%
Mazowsze	-16,3%	-9,1%	-62,4%	-94,8%	-79,3%
Warmia i Mazury	-22,3%	-11,8%	-61,5%	-91,1%	-78,0%
	styczeń-luty			kwiecień-maj	
Śląsk	-13,6%			-90,2%	
Mazowsze	-12,6%			-87,0%	
Warmia i Mazury	-17,1%			-84,8%	



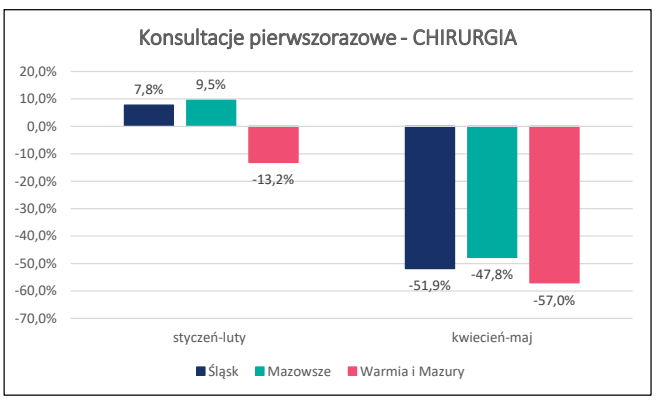
pacjentki. Precyzyjna terapia inhibitorami PARP opóźnia progresję choroby zarówno u pacjentek po pierwszej linii leczenia, jak i u tych, u których doszło już do wznowy.

Zagrożenia systemowe

Rozwój cywilizacji pozwala coraz skute czniej leczyć wiele schorzeń. I tak na przykład poszerza się arsenał leków pozwalających kontrolować przebieg SM – najczęstszej „nieurazowej" przyczyny niepełnosprawności ludzi młodych, o czym podczas konferencji mówiły prof. Halina Bartosik-Psujek oraz dr hab. Monika Adamczyk-Sowa, prof. nadzw. SUM, prezes i prezes elekt Sekcji Stwardnie-

Chirurgia - konsultacje pierwszorazowe 2019 vs. 2020
Zmiana %

	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj
Śląsk	9,1%	6,5%	-32,1%	-57,7%	-46,1%
Mazowsze	8,8%	10,2%	-26,5%	-50,9%	-44,7%
Warmia i Mazury	-12,9%	-13,5%	-40,6%	-63,8%	-50,9%
	styczeń-luty			kwiecień-maj	
Śląsk	7,8%			-51,9%	
Mazowsze	9,5%			-47,8%	
Warmia i Mazury	-13,2%			-57,0%	

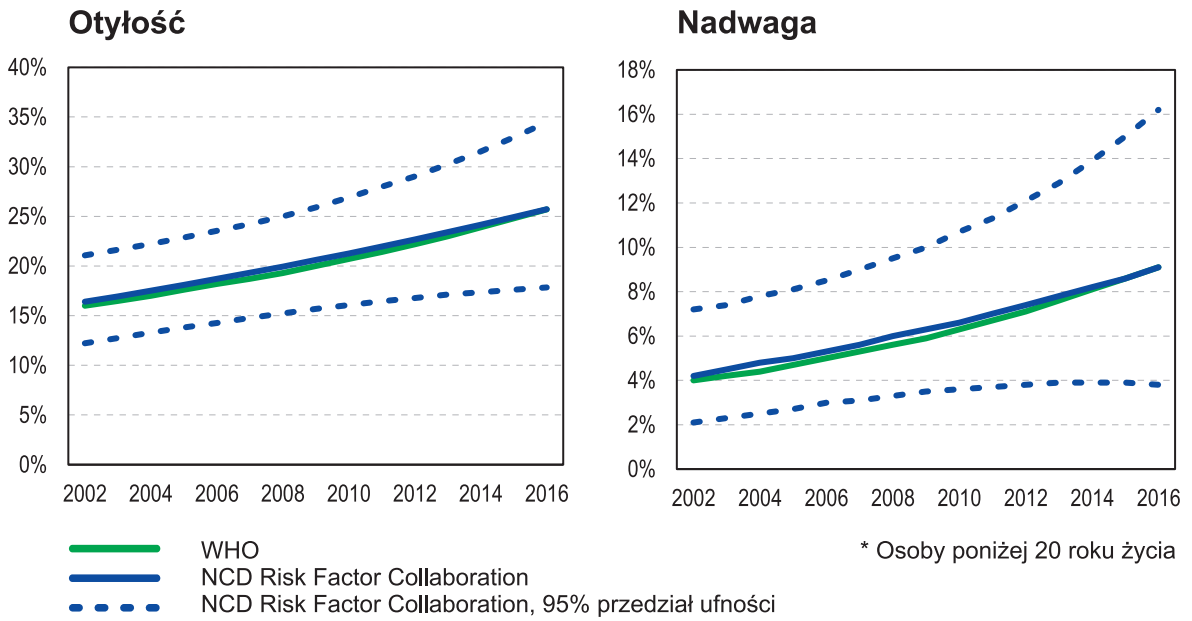


zalecenie rozszerzenia programu lekowego w pierwszej linii leczenia, dzięki czemu lekarz uzyskuje możliwość indywidualnego dostosowania terapii do potrzeb pacjenta.

Także w raku jajnika są nowe możliwości terapii. W leczeniu podtrzymującym wykorzystuje się obecnie ukierunkowane molekularnie leki z grupy inhibitorów PARP, które hamują wzrost nowotworu – informował dr hab. Radosław Mądry ze Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego w Poznaniu. Niestety, w Polsce stosowanie jednego z nich jest refundowane w ramach programu lekowego wyłącznie u pacjentek z mutacją genów BRCA1 i/lub BRCA2. Tymczasem w wielu krajach, m.in. w Niemczech, Francji czy Wielkiej Brytanii, z refundowanej terapii inhibitorami PARP mogą korzystać również pacjentki bez mutacji genów BRCA1 czy BRCA2, ponieważ badania dowodzą, iż pozwala to ponad dwukrotnie wydłużyć czas wolny od postępu choroby. Leki te stymulują także układ odpornościowy

nia Rozsianego i Neuroimmunologii Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Pojawiło się wiele nowych leków, które już nie tylko przedłużają czas między rzutami, czyli modyfikują przebieg choroby, ale są w stanie poprawić sprawność chorego, cofnąć niektóre zmiany. Niestety, w Polsce te na ogół drogie terapie są dostępne w ramach programów lekowych. I tu pojawia się znany problem – restrykcyjne kryteria przejścia z I do II linii terapii ograniczają i znacznie opóźniają skuteczne leczenie, co prowadzi do większej niepełnosprawności chorych. Dlatego trwają starania o zmianę tej sytuacji. Nie tylko w przypadku stwardnienia rozsianego w Polsce nie liczy się kosztów zaniechania nowoczesnej terapii. – W Polsce preparatami z I linii leczy się ok. 90 proc. pacjentów z SM, tylko 10 proc. korzysta z II linii. Tymczasem terapii preparatami z II linii wymaga ok. 30 proc. chorych i tylu korzysta w innych krajach Europy – informowała dr hab. Adamczyk-Sowa.

Odsetek dzieci i młodzieży* z nadwagą w Polsce według źródeł danych



Zaburzenia snu w czasie pandemii

Osoby z nakazaną kwarantanną
– zaburzenia zasypiania – 76,7%
– zbyt wczesne poranne budzenie się – 79,5%

Osoby dobrowolnie poddające się samoizolacji
– zaburzenia zasypiania – 51%
– zbyt wczesne budzenie – 56%

Osoby nieprzebywające w samoizolacji
– zaburzenia snu – 42,3%
– zbyt wczesne budzenie się – 49%

Badania chińskie, dostęp online:
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7172848/

Jednym z wielu zagrożeń cywilizacyjnych jest epidemia otyłości. Cóż z tego, że chirurgia bariatryczna prężnie się rozwija, o czym m.in. mówił prof. Wojciech Lisik, prorektor ds. klinicznych i inwestycji WUM, która to uczelnia była partnerem tegorocznej „Polki". Gwałtownie narasta problem nadwagi i otyłości wśród dzieci. Tymczasem opieka zdrowotna nad dziećmi w naszym kraju pozostawia wiele do życzenia. Jak podkreślał dr Jerzy Friediger, reprezentujący na konferencji jednego z jej patronów – Naczelną Izbę Lekarską, mamy obecnie w Polsce tylko nieco ponad 15 tysięcy pediatrów wykonujących swój zawód, nie ma więc kto zajmować się milionami polskich dzieci. Dobre chęci nie wystarczą, bo np. realizacja postulatu uruchomienia w szkołach gabinetów stomatologicznych w praktyce wygląda tak, że Miasto Kraków wyposażyło ok. 70 gabinetów szkolnych, których nie można otworzyć, bo NFZ traktuje je jak każdy inny gabinet dentystyczny. O sytuacji w polskiej stomatologii poinformował uczestników konferencji dr Andrzej Cisło, wiceprezes NRL – więcej o tym na stronie 31 „GGL". Jedynie w tej dziedzinie nie brakuje lekarzy, lecz specjalistów już tak.

Prof. Ryszard Gellert, dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, wskazał kilka pomysłów na to, „jak odchudzić szkolenie specjalizacyjne bez straty jego jakości i akredytacji międzynarodowych". Jego zdaniem, uczelnia medyczna, oprócz kształcenia ogólnoakademickiego powinna przygotować lekarza do świadczenia po stażu podyplomowym usług lekarskich – np. w ramach POZ (przy zapewnieniu stałego dostępu do konsultującego lekarza specjalisty). Należy też kształcić do współpracy całe zespoły medyczne, w składzie lekarz, pielęgniarka, pomoc medyczna, diagnosta laboratoryjny, farmaceuta kliniczny. – Szkolenie specjalizacyjne powinno odwoływać się do już nabytej wiedzy i ograniczać się do tych szczególnych elementów, które nie są niezbędne dla uzyskania uprawnień do udzielania przez lekarza świadczeń niespecjalistycznych – podstaw wielu specjalności nabywa się w czasie szkolenia przeddyplomowego i stażu. Pozwoli to też na dogłębniejsze szkolenie w dziedzinie wybranej przez specjalizującego się – podkreślał prof. Gellert.

* * *

Oczywiście, w każdym wystąpieniu odnoszono się do panującej pandemii. Bezpośrednio nawiązali do niej m.in. prorektor WUM prof. Piotr Pruszczyk w wykładzie inauguracyjnym, prof. Wojciech Bik z CMKP, prof. Adam Wichniak z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, prof. Bolesław Samoliński, przewodniczący Rady Ekspertów „Continue Curatio", prof. Jacek P. Szaflik, prezes Polskiego

Towarzystwa Okulistycznego, prof. Jacek Wysocki, wiceprzewodniczący Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, Irena Rej, prezes Izby Gospodarczej Farmacja Polska, czy wreszcie doktorzy Marek Posobkiewicz, były GIS, i Paweł Grzesiowski, prezes Fundacji Instytut Profilaktyki Zakażeń. Wśród wykładowców omawiających najistotniejsze wyzwania zdrowotne znaleźli się także prof. Robert Spaczyński, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, prof. Krzysztof Czajkowski z WUM, prof. Stanislav Czudek z Zawiercia i prof. n. farm. Iwona Wawer z Krosna. Wszyscy mieli nadzieję, iż kolejna konferencja „Polka w Europie", planowana tradycyjnie na przełom września i października,

Grafika: „Onkologia w czasach COVID-19". Wrzesień 2020, opublikowane na portalu Fundacji Onkologia 2025;
Raport NFZ „Cukier, otyłość - konsekwencje. Przegląd literatury, szacunki dla Polski"

Hiszpania wyciągnęła wnioski

– Lada dzień gotowy będzie nasz drugi szpital polowy, przeprowadziliśmy intensywne badania wśród pracowników służby zdrowia, aby móc stwierdzić, czy są zarażeni, czy nie albo czy przeszli chorobę. Przebadaliśmy również pracowników i mieszkańców domów seniora – tak pod koniec września (a nie października) przygotowania do wzrostu zachorowań na COVID-19 relacjonowała polskim dziennikarzom Maria E. Carballedo Berlanga, szefowa Kancelarii Premier Rządu Wspólnoty Autonomicznej Madrytu: – *Teraz będziemy przeprowadzać testy w środowisku akademickim, a następnie wśród pracowników szkół podstawowych i średnich. Badamy również uczniów – niezbędne jest jak najwcześniejsze wykrywanie zachorowań i śledzenie kontaktów osób zarażonych.*

Jej wystąpienie miało miejsce podczas międzynarodowego seminarium online „COVID-19. Sytuacja na świecie", będącego uzupełnieniem konferencji „Polka w Europie". Jednodniowa sesja poświęcona była działaniom, jakie Polska i Europa podejmują lub powinny podjąć w walce z pandemią COVID-19.

Przedstawicielka władz Madrytu podkreślała, iż praktycznie przez całe lato Hiszpanie przygotowywali się do tego, co mamy teraz. W Madrycie znaczenie wcześniej niż w innych regionach i innych krajach wprowadzono znów obowiązek noszenia maseczek i częściowy lockdown.

– Już w czerwcu przygotowaliśmy cztery możliwe scenariusze powrotu dzieci do szkół, w zależności od kształtu krzywej wzrostu zachorowań, i w sierpniu – przed rozpoczęciem roku szkolnego, zrezygnowaliśmy z pełnego powrotu do tradycyjnych zajęć – informowała M.E. Carballedo Berlangi.

Władze Hiszpanii, podobnie zresztą jak wielu innych krajów, słuchały głosu ekspertów, więc już latem budowano w pobliżu madryckiego lotniska nowy szpital polowy. Pierwszy szpital polowy, zorganizowany doraźnie na początku pandemii, kiedy Hiszpania była jednym z najbardziej dotkniętych nią krajów świata, działał na terenie madryckich targów IFEMA. W sumie objął opieką ponad 4 tysiące osób, przy niewielu zarejestrowanych tam zakażeniach personelu. Władze Madrytu uznały jednak, że lepiej postawić całkowicie nowy obiekt.

– Szpital ten, imienia pielęgniarki Isabel Zendal, będzie wyposażony w najnowocześniejszy sprzęt i będzie to obiekt modułowy. Możemy go powiększać stosownie do potrzeb – mówiła we wrześniu przedstawicielka madryckich władz.

Zgodnie z planem oddanie szpitala miało nastąpić 31 października. Ma służyć obecnej i przyszłym epidemiom, także spodziewanej grypy, oraz szkoleniu kadr medycznych. W razie konieczności w każdej chwili jest też możliwe ponowne uruchomienie szpitala IFEMA, bo zachowano tam wszystkie instalacje i wyposażenie, brakuje tylko łóżek. Wielomiesięczne przygotowania zapewne ułatwiają dziś walkę z koronawirusem.

O sytuacji w Europie i realizowanych projektach mówiła także dr Paloma Cuchi, przedstawicielka WHO – Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce i również nie próbowała zaczarować rzeczywistości: – *Naprawdę bardzo martwimy się tym, że stoimy przed podwójną epidemią – grypy i COVID-19. Przeciętnemu pacjentowi ciężko będzie odróżnić objawy tych dwóch chorób, zresztą, nie będzie to łatwe także dla pracowników służby zdrowia. Te dwie epidemie w jednym czasie mogą doprowadzić do olbrzymiego obciążenia systemów opieki zdrowotnej w Europie* – przestrzegała dr Paloma Cuchi z WHO, dodając, że odpowiedź na epidemię to nie jest problem pojedynczego kraju, lecz całego świata. Konieczne jest wspólne poszukiwanie najlepszych rozwiązań i dzielenie się odpowiedzialnością. Dr Cuchi podkreślała, iż zmiany w rekomendacjach, modyfikacje zaleceń wynikają z coraz większej wiedzy na temat koronawirusa i możliwości walki z pandemią. Ale pojawiają się także nowe wyzwania. Na przykład nie tylko w Polsce istnieje problem z dostępem do opieki zdrowotnej dla pacjentów z wszystkimi innymi niż COVID-19 schorzeniami i konieczne jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego chorym.

– Pozytywną konsekwencją COVID-u, o ile można w ogóle mówić o czymś pozytywnym, jest szybki rozwój telemedycyny, telekonsultacji – pocieszała dr Cuchi: *– Ale teraz czas, by tę lekcję wykorzystać, wprowadzić regulacje technologiczne i prawne w tej kwestii, aby na stałe wpisać takie świadczenia do systemu.*

Na razie znów inne problemy stały się ważniejsze…

(jgh)

Prawa pacjenta – wybrane materiały Rzecznika Praw Pacjenta

Rzecznik Praw Pacjenta (RPP) jest centralnym organem administracji rządowej właściwym w sprawach ochrony praw pacjentów. Zakres i formy jego działania reguluje ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zadania Rzecznika obejmują w szczególności: prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów; współpracę z organami władzy publicznej w obszarze praw pacjenta oraz analizę skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy. Ustawa określa również katalog praw pacjenta, w tym m.in. prawo do: świadczeń zdrowotnych; informacji; zgody; poszanowania intymności i godności, tajemnicy oraz prawo do dokumentacji medycznej.

Wybrane materiały sprawozdawcze z działalności Rzecznika Praw Pacjenta.

1. Raport – problematyka zgłoszeń kierowanych na infolinię Rzecznika Praw Pacjenta w 2019 roku

W biurze RPP funkcjonuje infolinia dla pacjentów, której celem jest działalność informacyjno-edukacyjna w obszarze objętym zadaniami Rzecznika. Jednocześnie infolinia jest integralną częścią Telefonicznej Informacji Pacjenta. Raport prezentuje w różnym układzie szereg danych, w tym: liczbę zgłoszeń skierowanych za pośrednictwem infolinii (w tym zakresie m.in. z uwzględnieniem struktury wojewódzkiej oraz podziału na płeć i wiek zgłaszających), wskazań kategorii podmiotów ochrony zdrowia, rodzajów praw pacjenta, typów świadczeń i dziedzin medycyny, których dotyczyły zgłoszenia. Porównawczo dane prezentowane są w podziale na poszczególne lata z przedziału od 2014/2015 do 2019.

W 2019 r. najczęściej zgłaszane problemy dotyczyły m.in.: długiego czasu oczekiwania na świadczenie (szczególnie do niektórych poradni specjalistycznych); braku dostępu do badań diagnostycznych oraz kompleksowego udzielania świadczeń zdrowotnych w placówce, która taką pomoc oferuje; dostępu do dokumentacji medycznej czy naruszania zasad etycznych przez pracowników placówek medycznych.

Biorąc pod uwagę poszczególne rodzaje prawa pacjenta, ponad 81% zgłoszeń dotyczyło prawa do świadczeń zdrowotnych, następne w kolejności były odpowiednio prawo dostępu do dokumentacji oraz kwestie związane z ochroną zdrowia psychicznego i dostępu do informacji o przebiegu leczenia.

Najwięcej zgłoszeń w 2019 r. wpłynęło z województwa mazowieckiego, śląskiego, dolnośląskiego i małopolskiego (5715). Spośród rodzajów świadczeń największa liczba zgłoszeń dotyczyła leczenia szpitalnego (16 238), kolejno w zakresie: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (13 516), podstawowej opieki zdrowotnej (9734) oraz leczenia uzdrowiskowego (5173).

Pełny tekst raportu: https://www.gov.pl/web/rpp/problematyka-zgloszen-kierowanych-na-infolinie-rzecznika-praw-pacjenta-w-2019-roku-2-raport-rzecznika

2. Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta za 2019 rok

Corocznie Rzecznik przedstawia Radzie Ministrów sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. 31 lipca 2020 r. do Sejmu wpłynęło przyjęte przez Radę Ministrów sprawozdanie Rzecznika dotyczące przestrzegania praw pacjenta w całym 2019 r. Sprawozdanie obejmuje szereg informacji opisowych oraz danych liczbowych. Informacje prezentowane są w różnorodnych konfiguracjach porównawczych, klasyfikowanych przez np. zasięg terytorialny, typ prawa pacjenta, rodzaj podmiotu wykonującego działalność leczniczą czy świadczenia medycznego. Porównawczo w sprawozdaniu prezentowane są także dane z uprzednich okresów sprawozdawczych.

W 2019 r.:

– ogólna liczba spraw, które wpłynęły do Rzecznika, wyniosła 86 114 (o 17 149 więcej niż w 2018 r.)

– liczba prowadzonych postępowań wyjaśniających: 1683,

– w sprawie praktyk naruszających zbiorowe prawa zakończonych zostało 78 postępowań (w 51 przypadkach Rzecznik stwierdził stosowanie takich praktyk).

Ogółem w 2019 r. stwierdzono 817 indywidualnych naruszeń poszczególnych praw pacjenta, w tym m.in. prawa do: świadczeń zdrowotnych (436); dokumentacji medycznej (200); informacji i wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego (97). Najwięcej stwierdzeń naruszeń Rzecznik odnotował w województwie mazowieckim (133). W województwie małopolskim było ich 24, a w podkarpackim 22.

W 2019 r. Rzecznik uczestniczył w 48 postępowaniach cywilnych oraz na prawach przysługujących prokuratorowi podjął 21 nowych spraw.

W sprawozdaniu zaprezentowane zostały także m.in. kwestie: pytań prawnych kierowanych przez Rzecznika do Sądu Najwyższego, systemu orzekania o zdarzeniach medycznych (komisje wojewódzkie), organizacji i funkcjonowania instytucji Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, działalności informacyjno-edukacyjnej Rzecznika i inne.

Pełny tekst sprawozdania na stronie internetowej Rzecznika Praw Pacjenta pod adresem: https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdanie-rzecznika-praw-pacjenta-za-2019-r-przyjete-przez-rade-ministrow

3. Strategia Rzecznika Praw Pacjenta na lata 2020-2023

W omawianym dokumencie analizowane jest otoczenie prawno-organizacyjne sytemu ochrony praw pacjenta, w tym także działalności Rzecznika Praw Pacjenta.

W strategii wieloletniej planowanej przez RPP na lata 2020-2023 w obszarze ochrony praw pacjenta zakłada się realizację celów w obszarze:

– edukacji (m.in. utworzenie kompleksowej platformy edukacyjno-informacyjnej oraz wdrożenie projektu „Wiedza o zdrowiu" jako elementu procesu edukacji zdrowotnej w szkołach);

– bezpieczeństwa (m.in. monitoring przestrzegania praw pacjenta oraz realizacja szkoleń z tego zakresu dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych);

– wsparcia (m.in. utworzenie Rady Organizacji Pacjentów przy RPP, działalność Rady Ekspertów przy RPP oraz prace nad koncepcją zmiany pozasądowego modelu dochodzenia roszczeń).

Poszczególne działania zostały w dokumencie omówione w kontekście aktualnej sytuacji prawno-organizacyjnej oraz ze wskazaniem pożądanych kierunków rozwoju.

Niezależnie od przyjętych na lata 2020-2023 wieloletnich celów strategicznych corocznie Rzecznik zamierza skupić się na wybranych zagadnieniach. I tak w 2020 r. będą to sprawy seniorów oraz ochrony praw pacjentów w czasie epidemii. Z uwagi na moment publikacji strategii, brak w dokumencie pełnej analizy wpływu epidemii COVID-19 na system ochrony zdrowia, tym niemniej już wskazano, że liczba sygnałów i zapytań kierowanych do Biura Rzecznika we wstępnym okresie I fali epidemii (marzec-kwiecień 2020 r.) zwiększyła się o około 25%. W kontekście sytuacji epidemiologicznej w dokumencie zwraca się również uwagę na kwestię monitorowania przez Rzecznika przyjętych rozwiązań telemedycznych stosowanych przy udzielaniu świadczeń medycznych.

Pełna treść dokumentu pod adresem:

https://www.gov.pl/web/rpp/nowa-strategia-rzecznika-praw-pacjenta-na-lata-2020-2023

4. Uwagi końcowe

W prezentowanych przeze mnie na łamach „GGL" tekstach staram się unikać formułowania własnych opinii czy forsowania subiektywnego stanowiska. Kieruję się przekonaniem, że przedstawione informacje (oparte na danych źródłowych) pozwolą Czytelnikom wyciągnąć własne wnioski na dany temat. W odniesieniu do niniejszego tekstu pozwolę sobie jednak na pewne wyjaśnienie. Niektórzy mogą odnieść wrażenie, że poruszanie tematyki praw pacjenta w dobie walki z epidemią nijak się ma do tego, z czym lekarze, także w obszarze prawa, borykają się na co dzień. Niestety, moja refleksja jest taka, iż nie dość, że stan epidemii powoduje z dnia na dzień zmianę sytuacji prawno-społecznej, to skupienie na tym obszarze całej uwagi zaciera nieco fakt, iż nie doszło do znaczącej zmiany istoty czy zawieszenia obowiązujących przed epidemią wymogów formalnoprawnych dotyczących np. praw pacjenta, zasad wykonywania zawodu lekarza w obszarze zgody, informacji czy tajemnicy. Koncentrowanie się na doraźnie (nierzadko chaotycznie) wprowadzanych regulacjach prawnych, związanych z wystąpieniem epidemii, może nieco przypominać sytuację obserwatora, który – w eksperymencie – skupiając uwagę na grających w piłkę, nie zauważa przebiegającego w ich tle goryla. Taka myśl przyświecała mi przy wyborze niniejszego tematu. Jakkolwiek bardzo chciałbym się mylić, podejrzewam, że po powrocie do „normalności" problem z szeroko rozumianą „roszczeniowością", przy wykorzystaniu stale obowiązujących i na różnych płaszczyznach wielokrotnie przećwiczonych mechanizmów prawnych, o których w obecnym stanie rzeczy albo zapominamy, albo liberalnie podchodzimy do ich przestrzegania, może wrócić znacząco spotęgowany.

mgr Dariusz Dziubina

Bezpieczne leczenie wirusowych infekcji układu oddechowego

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

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

Wzmożone występowanie infekcji układu oddechowego zawsze podnosi ryzyko generowania błędów podczas ich farmakoterapii. Dodatkowo, w obecnych warunkach pandemii COVID-19, kiedy coraz trudniejszy staje się dostęp do lekarza POZ, coraz częściej farmakoterapia przeradza się w samoleczenie, doprowadzając do jeszcze większego ryzyka wystąpienia powikłań.

Ten dylemat warto zaprezentować poprzez pryzmat najczęściej popełnianych błędów. Niniejszym prezentujemy 10 najczęściej spotykanych w praktyce klinicznej i ambulatoryjnej sytuacji terapeutycznych, które zamiast pomagać pacjentowi, mogą prowadzić do powikłań. Powikłania są szczególnie niebezpieczne u pacjentów z populacji geriatrycznej, ale także mogą w niekorzystny sposób modyfikować skuteczność i bezpieczeństwo stosowanej polifarmakoterapii u pacjentów z wielochorobowością.

1. Leczenie przeciwkaszlowe. Jak wybrać skuteczny i bezpieczny lek?

W przypadku pacjentów wymagających leczenia przeciwkaszlowego wybór leku powinien uwzględniać choroby współistniejące oraz profil bezpieczeństwa leku przeciwkaszlowego. Przy wielochorobowości, a także u pacjentów starszych, powyżej 65. roku życia, należy unikać leków przeciwkaszlowych będących pochodnymi opioidów (kodeina, dekstrometorfan). Podawanie tych leków jest lekkomyślne ze względu na ryzyko interakcji z innymi lekami stosowanymi w politerapii. Wydaje się, że u tej grupy pacjentów bezpiecznie jest stosować butamirat oraz lewodropropizynę.

2. Suplementy diety. Suplementy niestety nie leczą.

W infekcjach dróg oddechowych w celu terapeutycznym nie należy rekomendować stosowania suplementów. Po pierwsze, w suplementach nie dopuszcza się używania substancji czynnych (np. wyciągów roślinnych) w dawkach terapeutycznych i dlatego ich skuteczność terapeutyczna jest znikoma, jeśli jakakolwiek. Po drugie, mogą powodować liczne, trudne do przewidzenia interakcje.

3. Nie istnieją leki skuteczne w każdym rodzaju kaszlu.

W przypadku połączenia leków, które byłoby skuteczne w kaszlu suchym i produktywnym, musiałoby dochodzić do antagonizmu farmakodynamicznego, co nie jest korzystnym zjawiskiem w farmakoterapii.

4. Brak dowodów na przeciwwirusowe działanie pranobeksu inozyny, stosowanego w infekcji dróg oddechowych.

Tego leku nie należy zalecać w przypadku infekcji wirusowych układu oddechowego. Lek może, jako działanie niepożądane, powodować wzrost stężenia kwasu moczowego w surowicy oraz wielomocz, którego konsekwencją często jest przyśpieszenie eliminacji nerkowej innych, jednoczasowo stosowanych leków. To z kolei wiąże się z obniżeniem ich skuteczności.

5. U pacjentów przyjmujących deksametazon nie należy jednoczasowo stosować paracetamolu.

Deksametazon jest silnym induktorem CYP3A4 i może zmieniać metabolizm paracetamolu, prowadząc do nasilenia jego hepatotoksyczności.

6. Nie należy łączyć antybiotyków beta-laktamowych z ambroksolem.

Ambroksol jest lekiem mukokinetycznym i zwiększa objętość wydzieliny oskrzelowej, co w efekcie doprowadza do spadku stężenia antybiotyków beta-laktamowych w płynie pokrywającym nabłonek oskrzeli (ELF). U starszych pacjentów zamiast leków mukoki-

netycznych można stosować leki mukolityczne. Zmiana charakteru wydzieliny i jej upłynnienie może umożliwiać nasilenie penetracji antybiotyków, szczególnie hydrofilnych, do wydzieliny.

7. Leki o działaniu antycholinergicznym zmniejszają skuteczność leków wykrztuśnych, mukolitycznych i mukokinetycznych.

Leki takie jak: hydroksyzyna, neuroleptyki fenotiazynowe, difenhydramina, doksylamina, butylobromek hioscyny oraz leki przeciwhistaminowe „starej generacji" osłabiają skuteczność leków stosowanych w kaszlu produktywnym. Wynika to zarówno z faktu, że leki antycholinergiczne niekorzystnie wpływają na aparat rzęskowy, jak i że zagęszczają wydzielinę oskrzelową.

8. W infekcjach układu oddechowego nie należy stosować soli wapnia.

Sole wapnia są nie tylko niepostrzegalnie skuteczne, ale mogą niekorzystnie modyfikować wydzielinę dróg oddechowych.

9. Interakcje oseltamiwiru z innymi jednoczasowo stosowanymi lekami.

Warto pamiętać, że oseltamiwir należy ostrożnie stosować jednoczasowo z paracetamolem. Lek ten zmniejsza bowiem wydalanie paracetamolu i dlatego podwyższa jego stężenie w surowicy.

Oto najważniejsze leki, których stężenie zwiększa się w przypadku jednoczasowego stosowania z oseltamiwirem:

Benzodiazepiny z wyjątkiem oksazepamu i lorazepamu
Bisoprolol
Cetyryzyna
Ciprofloksacyna
Dabigatran
Doksepina
Duloksetyna
Gabapentyna
Lewofloksacyna
Metoklopramid
Metoprolol

10. Leków przeciwkaszlowych nie należy jednoczasowo podawać z lekami wykrztuśnymi, mukolitycznymi i mukokinetycznymi.

Krosno

21 września br. nastąpiło otwarcie drugiej kondygnacji Galerii Portius w Krośnie. Pierwsze piętro Galerii zostało przygotowane pod działalność medyczną. Część zajmie Centrum Zdrowia Euromed, które do tej pory miało punkty w różnych częściach miasta. W nowej lokalizacji będzie ponad 35 gabinetów, pracowni i sal terapeutycznych. Oferowane będą świadczenia z zakresu porad lekarzy specjalistów, psychiatrii dziecięcej, diagnostyki medycznej oraz wieloprofilowej rehabilitacji leczniczej. Będą też dostępne specjalistyczne konsultacje kardiologiczne i diagnostyka chorób układu sercowo-naczyniowego, realizowane przez spółkę Intercard. Obok mieści się Centrum Medyczne Medmar, w którym przyjmują lekarz rodzinny i pediatra. Oba centra rozpoczęły działalność od 1 października br.

W siedzibie Delegatury OIL w Krośnie 26 września lekarze stażyści pisali test z prawa medycznego, orzecznictwa lekarskiego i bioetyki. Jest on wymagany po odbyciu szkoleń z powyższych dziedzin. Kursy te są obowiązkowe w realizacji programu stażu podyplomowego. Natomiast od 1 października na terenie naszej Delegatury staż podyplomowy rozpoczęło 12 lekarzy medycyny i jeden lekarz dentysta.

W Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny wykonywane są metodą RT-PCR badania w kierunku obecności wirusa SARS-CoV-2. Skorzystać z nich mogą zarówno pacjenci skierowani tu przez lekarza rodzinnego, służby sanitarne, osoby wybierające się na leczenie uzdrowiskowe, jak i osoby pragnące wykonać test na własne życzenie – odpłatnie.

Epidemia COVID-19 nie omija naszego regionu. Gwałtownie rośnie liczba zakażonych. Jak w całym kraju, tak i w tutejszych szpitalach w związku z koniecznością zastosowania kwarantanny personelu i dezynfekcji wstrzymywane są okresowo przyjęcia pacjentów do oddziałów, w których były przypadki zakażenia lub podejrzenia o zakażenie.

Janusz Kulon
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura Krosno

Nowy Sącz

Decyzją Wojewody Małopolskiego Łukasza Kmity z dn. 30 września br. utworzono w szpitalach działających na południu województwa małopolskiego, a więc w Gorlicach, Nowym Sączu, Krynicy, Limanowej, Nowym Targu i Zakopanem 157 łóżek dla chorych lub podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 oraz 10 łóżek intensywnej terapii z monitorowaniem, możliwością tlenoterapii i wentylacji mechanicznej.

Szpital Specjalistyczny w Nowym Sączu kończy remont budynku przy placu Kuźnice, w którym mieściły się oddziały ginekologiczno-położniczy i noworodkowy, obecnie przeniesione do nowego pawilonu dobudowanego do gmachu głównego Szpitala. W wyremontowanych wnętrzach znajdą siedzibę oddziały pulmonologiczny i psychiatryczny oraz mające powstać oddziały rehabilitacyjny i geriatryczny. Jednak szalejący wirus ogranicza działalność lub wymusza zamknięcie jednostek szpitali i przychodni, co utrudnia czy wręcz w danej chwili uniemożliwia leczenie „zwykłych" chorób.

W Szpitalu Powiatowym w Limanowej do końca listopada powinny zostać zrealizowane prace przy budowie oddziału geriatrycznego. Inwestycja, polegająca na nadbudowie istniejącego budynku bloku operacyjnego, warta jest blisko 11 mln zł, z których ponad 3,5 mln zł pochodzi z budżetu powiatu limanowskiego. W nowym oddziale będą 64 łóżka dla pacjentów.

Krzysztof Wróblewski
Pełnomocnik Delegatury OIL w Krakowie
Delegatura Nowy Sącz

Przemyśl

Pod koniec września w Wojewódzkim Szpitalu im. św. Ojca Pio pacjentce wstawiono endoprotezę 3D stawu skokowego, idealnie dopasowaną do anatomii jej kończyny. Operacją kierował dr hab. Grzegorz Guzik, ordynator Oddziału Ortopedii Onkologicznej w Szpitalu w Brzozowie i jeden z najlepszych ortopedów w Polsce. Asystował mu lek. Piotr Szremski, kierownik Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

Proteza została wydrukowana z proszku tytanowego na najnowszej drukarce 3D. Operację wykonano u pacjentki ze złośliwym pierwotnym nowotworem kości – mięsakiem. Powodzenie zabiegu oznacza wyleczenie z nowotworu i normalne życie. Endoprotezy onkologiczne wstawia 10 szpitali w Polsce, wykonując kilkanaście takich operacji rocznie. Endoprotezy 3D wykonywane są jeszcze rzadziej. Zajmuje się tym sześć szpitali, w tym przemyski.

Przemyscy specjaliści z Oddziału Urologicznego z Pododdziałem Urologii Onkologicznej odbyli warsztaty z dr. Andrzejem Lewickim z Kliniki Urologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – Szpital Orłowskiego w Warszawie, który do współpracy zaproszony został przez dr. Rafała Walczaka, kierownika oddziału. Szkolenie dotyczyło biopsji fuzyjnej gruczołu krokowego – innowacyjnego zabiegu, który pozwala o wiele skuteczniej wykrywać ogniska nowotworowe, diagnozować chorobę, a przez to szybciej podjąć leczenie.

Niestety, zabiegi te wciąż nie są refundowane przez NFZ, dlatego nie mogą wejść do standardów leczenia w przemyskim szpitalu.

Delegatura dysponuje maseczkami FFP2, które chcemy przekazać w szczególności niepracującym lekarzom seniorom.

Marek Zasadny
Pełnomocnik Delegatury OIL w Krakowie
Delegatura Przemyśl

Teleporady w roli parawanu

Rozpoczynając cykl felietonów „okiem pacjenta" na pierwszym miejscu powszechnych dolegliwości pacjentów postawiłem kolejki przed gabinetami. Nie te jednak wynikające z błędów systemowych ochrony zdrowia, z braku specjalistów czy łóżek szpitalnych. Chodziło mi przede wszystkim o te będące konsekwencją braku empatii dla oczekujących godzinami na przyjęcie. Codzienny dyskomfort setek tysięcy ludzi w Polsce jest pod tym względem ogromny. Sytuacja jest upokarzająca dla pacjentów – i o tym pisałem przed miesiącem. (Tekst jest też na stronie internetowej „GGL".)

Dzisiaj sytuacja się zmieniła, nie w tym sensie, że kolejki zniknęły. Stała się rzecz trudna do pojęcia w XXI wieku, wieku niezwykłego postępu technicznego, bo wskutek pandemii pogrążyliśmy się na wielu płaszczyznach życia publicznego we wszechogarniającym chaosie, graniczącym z paniką. W dodatku od Mińska po Nowy Jork tak zwana władza rozmija się, delikatnie mówiąc, z rozsądkiem, a rozmaite organizacje religijne, fundamentalistyczne, nacjonalistyczne, pokoleniowe usiłują zawładnąć całą sceną polityczną, za nic mając reguły demokracji.

Przypomnijmy, że jeszcze przed pandemią zrodziła się wielka moda na porozumiewanie się online, która nieoczekiwanie w warunkach pandemii stała się koniecznością, praktycznie jedynym wyjściem pozwalającym na funkcjonowanie cywilizacji. Przyswojenie sobie tego sposobu komunikacji przez społeczeństwa odbyło się w błyskawicznym tempie i można powiedzieć, że online już z nami zostanie na zawsze. W zakresie medycyny na plan pierwszy wybiły się teleporady.

Pandemia oczywiście szczególną rolę przypisała ludziom medycyny. Dla starszych pokoleń oraz rodzin z dziećmi lekarze, pielęgniarki czy ratownicy medyczni stali się najważniejsi. Dla młodzieży natomiast, zwłaszcza w wieku poprzedzającym założenie rodziny, stali się zrzędami utrudniającymi życie towarzyskie.

Jednocześnie w samym środowisku lekarskim i pielęgniarskim pojawił się podział innej natury – na tych gotowych ryzykować zdrowie dla zdrowia innych i tych umiarkowanie skłonnych do ryzyka, co zresztą jest zachowaniem powszechnym.

I tu mogę wrócić do tematu teleporad, które w warunkach dotkliwego braku kadr stały się nadzieją, a zarazem dolegliwością. Nadzieją na dwóch płaszczyznach. Po pierwsze wprowadzają one możliwość kontaktu lekarza z pacjentem z każdego miejsca (gdziekolwiek się oni znajdują) i o każdej porze (w wymiarze dobowym). Rzecz jasna trzeba zasady ich współistnienia uregulować we wzajemnym porozumieniu. Niemniej, przy braku specjalistów i lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej to właściwie jedyna szansa na szybką, doraźną diagnozę i terapię. Oczywiście, wszystko pod warunkiem że druga strona podniesie słuchawkę. Szwagier, człowiek nauki, niezwykle skrupulatny, odnotował 83 bezskuteczne telefony pod numer swojej poradni POZ w godzinach jej pracy.

Po drugie telemedycyna niesie ogromne oszczędności finansowe i organizacyjne w kwestii czasu pracy lekarza, a także oczekiwania pacjenta nie tylko na pomoc medyczną, ale też na wystawienie e-recepty, e-zwolnienia czy e-skierowania. Przy obecnym braku kadr to właściwie rzeczywista szansa poprawy sytuacji.

Oczywiście, wymienione wyżej zalety teleporady w niczym nie umniejszają rangi kontaktu bezpośredniego pacjenta z lekarzem, który jest najważniejszy. Nie mogą one jednak stanowić parawanu osłaniającego przed pacjentem. Nie będę drążył tego tematu, bo zbyt wielu lekarzy walczy na pierwszej linii frontu, ale przypomnienie, że etyka zawodowa nadal jest wartością, nie zaszkodzi. Kto jej nie ma, w wypadku medycyny, rozminął się z zawodem.

Stefan Ciepły

Jak państwo (nie) dba o zęby Polaków

4 złote na głowę

Stan uzębienia Polaków jest coraz gorszy, podobnie jak finansowanie świadczeń stomatologicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. – Udział stomatologii w ogólnym budżecie świadczeń finansowanych przez NFZ w 2008 roku wynosił 3,83%, w 2013 roku – 2,82%, w 2019 – 2,21%, a w tym roku jest to 2,02%. W 2021 roku spadnie poniżej 2%. To mniej niż koszty administracji w NFZ – informował Andrzej Cisło, wiceprezes NRL, dziennikarzy uczestniczących w XIX Ogólnopolskiej Konferencji „Polka w Europie", zorganizowanej online pod koniec września. Celem tych dorocznych spotkań jest uświadamianie Polakom największych problemów i wyzwań zdrowotnych w Polsce i Europie. Niestety, stomatologią media praktycznie w ogóle się nie interesują, dlatego warto było uzmysłowić ich przedstawicielom, że statystycznie na leczenie zębów każdego Polaka NFZ przeznacza ok. 4 – 4,5 zł miesięcznie. Podobnie jak to, że i w stomatologii nie myśli się o specjalistycznych kadrach. Zaledwie 3% rezydentur jest przeznaczanych na specjalizacje dentystyczne. Tymczasem dentyści w korporacji lekarskiej stanowią 22%.

– Może nie jest przesądzone, czy każdy stomatolog musi zostać specjalistą, ale państwo powinno przejąć jakąś rolę w kształceniu podyplomowym stomatologów. Nie jesteśmy w samorządzie lekarskim przygotowani, by wziąć pełną odpowiedzialność za kształcenie stomatologów – podkreślał doktor Cisło.

Niestety, decydentom brakuje świadomości, jakie to może mieć konsekwencje. Zapominają, iż w przypadku młodych, zdrowych ludzi, którzy na ogół nie odwiedzają przychodni POZ, wizyta u stomatologa może stanowić jedyny kontakt z lekarzem. Dentysta może więc pełnić ważną rolę w profilaktyce chorób odogniskowych, ale też w profilaktyce nowotworowej.

– Tylko wymaga to wszystko podnoszenia kompetencji. Przy 3% rezydentur stomatolodzy z konieczności sami, z własnych środków organizują sobie kształcenie – podkreślał wiceprezes NRL.

Państwo jednak nie czuje się odpowiedzialne ani za kadry, ani za tę sferę zdrowia Polaków.

– Przypomnę artykuł 68 Konstytucji; „Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku" – zacytował A. Cisło: – Jak to wygląda w praktyce? Mamy 700 gabinetów szkolnych, a szkół jest 25 tysięcy. O stomatologii, niestety, w przestrzeni publicznej mówi się hasłami, np. dentobusy. (…) Jak do tych 25 tysięcy szkół wyślemy 16 dentobusów, małych dostawczaków, w których gabinet dentystyczny jest niekompletny? Nie ma tam żadnego leczenia. I nie zapewni to żadnego zwrotu akcji, podobnie jak uchwalony w ubiegłym roku akt prawny o opiece zdrowotnej nad uczniami. A właśnie w dzieciństwie w dużym stopniu definiuje się to, w jakiej kondycji będzie uzębienie dorosłego człowieka. I ta opieka jest bardzo ważna.

Potrzebne są pieniądze. Bowiem nie jest prawdą, że Polacy od lat korzystają z komercyjnych świadczeń stomatologicznych i nie ma potrzeby większego ich finansowania ze środków publicznych. To, jak podkreślał A. Cisło, jeden z mitów na temat stomatologii. Według oficjalnych sprawozdań, w 2016 roku poradnie stomatologiczne w ramach NFZ odwiedziło ponad 7 mln pacjentów, w 2018 – ponad 6,5 mln. Wzrost finansowania pozwoli na zwiększenie liczby świadczeń oraz na podniesienie ich jakości.

– Prowadzimy rozmowy z Funduszem, jest jakieś światełko w tunelu, ale te podwyżki, nawet jeśli będą, to przy niskiej bazie – punkcie wyjścia, wzrost tylko na papierze będzie wyraźny (…) Problemy narastały od dawna, ale wszyscy się do tego przyzwyczaili. Nie pomagają ani petycje, ani interpelacje poselskie. Najprawdopodobniej jest to efekt braku pomysłu władzy publicznej na zorganizowanie opieki stomatologicznej – mówił Andrzej Cisło.

I nie można tego tłumaczyć „trudnymi czasami". W latach 2008 – 2019 ogólny wzrost wydatków na zdrowie wyniósł ok. 50%. Na stomatologię w tym czasie wydawano coraz mniej. Obecny wskaźnik ok. 2% w budżecie NFZ nie pozwala na twierdzenie, iż państwo wywiązuje

się z obowiązku troski o czyjekolwiek zdrowie. W innych europejskich systemach wydatki na świadczenia stomatologiczne zaczynają się od 5% środków publicznych przeznaczanych na opiekę zdrowotną.

Pojawiają się także nowe problemy. Nieco na marginesie swojego wykładu dla dziennikarzy doktor Cisło poinformował, iż Naczelna Rada Lekarska postanowiła wkroczyć w sferę tak zwanej medycyny estetycznej. Powstała też „stomatologia estetyczna": – Nastąpiło zatarcie granicy między kosmetyką a medycyną, pozwolono zbyt wiele wykonywać w ramach działalności gospodarczej, a nie medycyny. Będziemy uparcie dążyć do tego, aby prawo bardzo wyraźnie rozdzieliło usługi kosmetyczne od medycznych. Nie może być też „stomatologii estetycznej", bo każda jest estetyczna. Prowadzimy już w tej sprawie rozmowy z Ministerstwem Zdrowia.

Czas pokaże, czy choć w tym przypadku rząd stanie po stronie samorządu lekarskiego.

(jgh)

Pandemiczne
planowanie stażu

Nowe zapisy Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wprowadzone 31 marca br. a dotyczące m.in. możliwości przedłużenia stażu podyplomowego w związku z pandemią, spowodowały, że w październiku częściowo nałożyły się na siebie staże z dwóch roczników. Ponieważ miejsca stażowe w niektórych jednostkach szkolących nie zostały zwolnione do 30 września, placówki te nie decydowały się na przyjęcie nowych osób.

Zgodnie z harmonogramem staż lekarzy dentystów rozpoczęty 1 października kończy się po 12 miesiącach, czyli 30 września roku następnego. W takim też terminie dokumenty potwierdzające jego zaliczenie złożyła w Okręgowej Izbie Lekarskiej większość lekarzy stomatologów odbywających staż w minionym roku, lecz nie wszyscy. Kilkanaście osób, zgodnie z „pandemicznymi" przepisami, ubiegało się o jego przedłużenie – ze względu na tzw. postojowe, pobyt na kwarantannie, czasowe zamknięcie placówki, w której prowadzony był staż, czy po prostu dlatego, że reżim sanitarny utrudniał kontakt z pacjentem, więc można się czuć „niedouczonym". Uchwały zaliczające te staże są sukcesywnie podejmowane przez prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej.

Jednak 1 października staż podyplomowy rozpoczął kolejny rocznik absolwentów i dla około 20 z 85 młodych lekarzy dentystów jak nigdy wcześniej trudno było znaleźć miejsca szkoleniowe. Na szczęście większą liczbę stażystów niż wcześniej deklarowano zdecydowały się przyjąć placówki, z którymi OIL współpracuje od lat, w tym Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna im. Zbigniewa Żaka, która zwiększyła limit miejsc stażowych z 30 do 46, V Wojskowy Szpital Kliniczny z Poliklinika (przyjął 18 zamiast 10 osób) oraz Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna (przyjęto 15 zamiast 10 osób).

Biorąc pod uwagę prognozy rozwoju epidemii w kraju, można zakładać, że sytuacja w przyszłym roku się powtórzy, być może nawet na większą skalę.

KD

Krakdent
kontra COVID-19

Fot. www.expo.krakow.com

Już trzykrotnie z powodów epidemiologicznych przekładano termin tegorocznych 28. Międzynarodowych Targów Stomatologicznych „Krakdent". Najpierw z daty 12-14 marca na 28-30 maja, później na 24-25 września (do ich odwiedzenia zachęcało wielu specjalistów z dziedziny stomatologii, a wstęp na nie na zachętę miał być bezpłatny), a ostatecznie podjęto decyzję o przełożeniu ich na przyszły rok, dokładnie na 15-17 kwietnia 2021 r. „To najtrudniejsza decyzja w historii naszej firmy. W przygotowania do imprezy zaangażowaliśmy wszystkie zespoły oraz wielu podwykonawców. (…) Jednak priorytetem jest zdrowie naszych pracowników i gości" – stwierdziła prezes Targów w Krakowie Grażyna Grabowska.

Jak zapewniają organizatorzy, decyzja ta spotkała się z pełnym zrozumieniem wystawców.

Wypada dodać, że w tym roku odwołano nie tylko targi stomatologiczne (największe w tej części Europy, odwiedzane przez ok. 15 tys. gości z całego świata i 450 wystawców), lecz także 19. edycję Kongresu Dental Spaghetti.

Jednak w połowie października odbyło się w Krakowie AntyCOVID EXPO, pierwsze w Polsce Targi Rozwiązań Zwiększających Bezpieczeństwo Sanitarno-Epidemiologiczne. Niestety, chyba proroczo. W chwili, gdy to piszemy, zamiast o targach mówi się o zorganizowaniu na terenie EXPO Kraków szpitala polowego dla chorych na COVID-19.

Opr. KD

Zgody – nowy obowiązek lekarzy dentystów

Znowelizowana ustawa „Prawo atomowe" (Dz.U. 2019, poz. 1792) wprowadza dla lekarzy dentystów prowadzących działalność związaną z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych, polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki – obowiązek uzyskania zgody państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego.

Wniosek o wydanie zgody zawiera:

1. oznaczenie jednostki ochrony zdrowia, jej siedzibę, adres, numer telefonu, numer faksu oraz adres poczty elektronicznej,

2. resortowy kod identyfikacyjny oraz numer REGON, o ile taki numer został nadany,

3. imię i nazwisko, numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej kierownika jednostki ochrony zdrowia,

4. przewidywany termin rozpoczęcia działalności, a jeżeli działalność ma być prowadzona przez czas oznaczony – także okres prowadzenia działalności, nie dłuższy niż czas, na który zostało wydane zezwolenie,

5. informacje dotyczące nazwy i siedziby organu wydającego zezwolenie oraz daty wydania tego zezwolenia (PWIS, z dnia…, nr…),

6. zakres działalności związanej z narażeniem lub będącej częścią medycznych procedur radiologicznych,

7. informację o wykonaniu wszystkich testów specjalistycznych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych,

8. wykaz medycznych pracowni rentgenowskich jednostki ochrony zdrowia, które będą prowadzić działalność objętą zgodą, wraz z ich adresami.

Do wniosku o wydanie zgody dołącza się:

1. kopię zezwolenia,

2. imienny wykaz osób wykonujących czynności z zakresu związanego z ekspozycją medyczną wraz z określeniem ich kwalifikacji, w szczególności odbytych specjalizacji, staży i kształcenia ustawicznego,

3. procedury szczegółowe, które będą stosowane, wraz z uzasadnieniem.

W przypadku stosowania procedur szczegółowych zgodnych z wzorcowymi medycznymi procedurami radiologicznymi dla standardowych ekspozycji medycznych – wykaz procedur szczegółowych wraz z podaniem wzorcowych medycznych procedur radiologicznych dla standardowych ekspozycji medycznych, według których je opracowano (bez uzasadnienia),

4. wykaz urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych, w tym urządzeń pomocniczych wykorzystywanych w ramach teleradiologii, wraz z podaniem ich podstawowych parametrów i daty uruchomienia,

5. kopię protokołu wyników wszystkich testów specjalistycznych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych, w tym urządzeń pomocniczych wykorzystywanych w ramach teleradiologii,

6. oświadczenie kierownika jednostki ochrony zdrowia o wdrożeniu programu zapewnienia jakości.

Wydanie, odmowa wydania i cofnięcie zgody następują w drodze decyzji administracyjnej.

Kierownicy jednostek, którzy prowadzą działalność medyczną związaną z narażeniem polegającym **jedynie** na wykonywaniu stomatologicznych zdjęć wewnątrzustnych za pomocą aparatów rentgenowskich, służących wyłącznie do tego celu, **nie mają obowiązku** ubiegania się o wydanie zgody.

Ważne

Minister Zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, minimalne wymagania, jakie mają spełniać jednostki ochrony zdrowia prowadzące działalność związaną z narażeniem na promieniowanie w celach medycznych, uwzględniając wymagania dotyczące wyposażenia w urządzenia radiologiczne i urządzenia pomocnicze oraz liczebności i kwalifikacji personelu biorącego udział w wykonywaniu poszczególnych rodzajów medycznych procedur radiologicznych.

Przewiduje się, że jednostki ochrony zdrowia będą miały 6 miesięcy na dostosowanie swojej działalności do wymagań określonych w rozporządzeniu.

Przypomnienie dotyczące podnoszenia kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta.

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie rozpoczyna (zdalne) szkolenia z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta, których zakończenie jest zgodne z art. 33n ust. 3 pkt. 2 tj.: uzyskania zaświadczenia wraz z odpowiednią ilością punktów szkoleniowych. Osoby nadzorujące i wykonujące badania z zastosowaniem promieniowania jonizującego są obowiązane uzyskać 20 pkt. szkoleniowych w ciągu kolejnych 5 lat (tj. do 23.09.2024 r.).

Informacje na temat kursów – na stronie internetowej OIL w Krakowie.

Dr n. tech. Edward Araszkiewicz

Felieton

Johann Strauss (syn) (1825–1899)

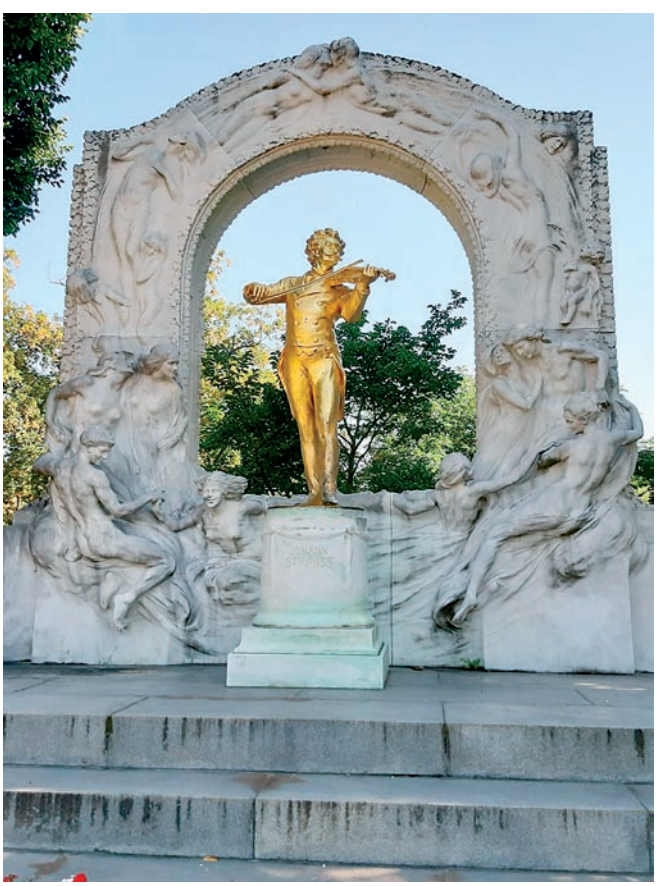
W ślad za portretami Verdiego i Haydna, których sylwetki przedstawiliśmy piórem doktora Franciszka Serwatki na łamach „GGL-LD", przybliżamy sylwetkę Johanna Straussa (syna), trzeciego z wielkich kompozytorów muzyki współczesnej o austriackim rodowodzie, i innych muzyków z rodziny Straussów.

Były czasy, kiedy w wejściu do samolotu austriackich linii lotniczych witały podróżnego wiedeńskie gazety i walc „Nad pięknym modrym Dunajem". Ta powszechnie znana kompozycja Johanna Straussa (syna) to wizytówka Wiednia i nieoficjalny hymn Austrii. Dziś, niestety, masowa i tania komunikacja lotnicza wyparła tamtą elegancję. Ale dźwięki walca wciąż pobrzmiewają na ulicach.

Johann Strauss młodszy mieszkał przy Praterstrasse 54 i tam napisał w roku 1867 ten popularny utwór. Tuż obok tego domu istnieje zielona nadrzeczna oaza Wiednia; Prater Hauptallee, po której biegają dla zdrowia doktorzy, broniąc się przed nadwagą. Wieczorem można tam także spotkać zające, jeże, a nawet sarny. W upalne lato, wieczorem, migają świetliki. Biegają tu też niewidome dzieci z pobliskiego ośrodka, trzymając się po lewej i prawej stronie tekstylnego pasa, kierowanego przez przewodnika. A późną jesienią, gdy spadnie mroźny deszcz, znaleźć można opadłe pod ciężarem lodu krzaki jemioły. Wiedeński prezent na adwent.

Rodzina Straussów to fenomen, sześciu muzyków w czterech pokoleniach. Ojciec – Johann Strauss starszy (1804-1849) miał trzech synów. Johann młodszy, zwany królem walców, miał 6 lat, gdy skomponował swego pierwszego walca, Josef, który zmarł wcześnie, był pianistą wirtuozem, dyrygentem, malarzem, postacią renesansową; wreszcie Eduard, dyrygent orkiestry Straussów, koncertował z nią po całym świecie.

Ich autorstwa jest ok. 1500 udanych kompozycji. Najbardziej znane są operetki: „Zemsta nietoperza", „Baron cygański", „Wiedeńska krew", „Noc w Wenecji". Wszystkie



są dziełami Johanna (syna), którego rodzina nazywała *Schani* (od włoskiego Gianni lub też francuskiego Jean). Polskim akcentem w tej muzycznej rodzinie jest Elisabeth Strauss. Wdowa po ostatnim muzyku w rodzinie Straussów dzieciństwo i młodość spędziła w Krakowie. Tam też zdała maturę. Potem, na studiach w konserwatorium wiedeńskim poznała Eduarda Straussa i została jego żoną. Ich syn, też Eduard Strauss – nie został już muzykiem. Jest sędzią, ale z matką lubi odwiedzać Kraków.

„Rodzina Straussów to był własny kosmos – nieporównywalny z niczym innym w świecie" – napisał sławny współczesny dyrygent Mariss Jansons. Wcześniej słowa podziwu i uznania dla twórczości Straussów napisali m.in. Antoni Rubinstein, Johannes Brahms, Giuseppe Verdi, Ryszard Wagner, Emil Zola, a także książę Otto von Bismarck. Do historii przeszedł pamiętny koncert Straussów dla uczczenia 100-lecia niepodległości Stanów Zjednoczonych w Bostonie, na którym Johann młodszy prowadził wykonanie walca „An der schoenen blauen Donau" z udziałem 1000 muzyków orkiestry i 20 dyrygentów.

„Marsz Radeckiego" kończący Koncert Noworoczny w złotej sali Musikverein – to sławna kompozycja Straussa ojca. Koncertu tego w Nowy Rok słucha cały świat. I na całym świecie istnieją też towarzystwa muzyczne Straussów. W Rosji, w mieście Pawłowsk, odsłonięto w 2003 roku pomnik Johanna młodszego dla przypomnienia jego „rosyjskich lat". Liczne place i ulice w Europie noszą jego imię. Wydano znaczki pocztowe, banknoty i bilon z jego podobizną. Nakręcono 12 filmów zagranicznych, 5 krajowych i 4 telewizyjne.

74-letni Johann młodszy zmarł wskutek zapalenia płuc 3 czerwca 1899 roku w swoim domu w Wiedniu na Igelgasse. Pochowano go w obecności wąskiego grona rodziny 8 października na Centralnym Cmentarzu w pobliżu grobów Beethovena, Schuberta, Brahmsa i Johanna starszego. Uroczyste ceremoniały pożegnalne trwały całe miesiące. Johann młodszy miał trzy żony, żadna nie urodziła dziecka. Jego najsłynniejsze walce to: „Nad pięknym modrym Dunajem", „Odgłosy wiosny", „Opowieści lasku wiedeńskiego", „Wino, kobiety i śpiew", „Wiedeńska krew". Swoisty rekord ustanowiła „Zemsta nietoperza" („Die Fledermaus"), która niezmiennie trwa w repertuarze Wiener Staatsoper od swojej premiery 5 kwietnia 1874 roku!

Dziś charakterystycznie pozłocony pomnik Johanna młodszego, odsłonięty w 1921 roku przy udziale wiedeńskich filharmoników, jest najpopularniejszym i najczęściej fotografowanym monumentem w Wiedniu. Jest to w obecnym czasie pandemii jedyna możliwość dla turystów pokłonienia się Straussom, bo wszystkie wiedeńskie muzea im poświęcone do końca 2020 roku pozostają zamknięte. Ale pandemia minie, a muzyka Straussów pozostanie.

Franciszek Serwatka

Ochrona zdrowia

O zdrowiu psychicznym podczas Human Week II

Już po raz drugi Szpital Uniwersytecki, przy współpracy z Uniwersytetem Jagiellońskim oraz Urzędem Miasta Krakowa zorganizował na początku października Krakowski Tydzień Zdrowia Psychicznego – „Human Week II". Wszystkie spotkania i rozmowy przeniosły się do internetu, co niewątpliwie ma swoje plusy – nadal można je oglądać na YouTubie (linki dostępne na stronie humanweek.pl).

Debaty (np. z udziałem dr. Marka Balickiego, pełnomocnika MZ ds. reformy w psychiatrii, i prof. Andrzeja Cechnickiego) dotyczyły m.in. wdrażanych od 3 lat w Polsce zmian w opiece psychiatrycznej i wyzwań w czasie pandemii. Prof. Dominika Dudek i prof. Jerzy Samochowiec, prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, dyskutowali m.in. o psychiatrii dzieci i młodzieży, problemach psychicznych osób starszych, prowadzeniu terapii online. Jak zgodnie przyznają, azylowy model lecznictwa nie sprawdził się nigdzie w Europie. Znosząc bariery w dostępie do specjalistycznej pomocy psychiatrycznej tworzy się Centra Zdrowia Psychicznego – od dwóch lat w ramach pilotażu działa ich w Polsce 31. By skorzystać z pomocy Centrum, nie potrzebne jest ani skierowanie, ani wcześniejsze umawianie spotkania – w przypadkach pilnych wizyta u psychiatry nastąpi nie później niż w ciągu 3 dni. Centra obejmą opieką także dzieci i młodzież.

Poruszono też kwestię stygmatyzacji osób z problemami psychicznymi, byłych pacjentów szpitali psychiatrycznych, a nawet samej psychiatrii jako dziedziny medycyny, która przez lata – jak oceniła prof. Dudek – traktowana była po macoszemu. Przekłada się to również na nakłady – w Polsce z całej puli środków na opiekę zdrowotną na psychiatrię przeznacza się 3 proc., podczas gdy w innych krajach europejskich ok. 5-7 proc. Tymczasem osoby z poważnymi zaburzeniami dzięki skutecznemu leczeniu mogą dziś funkcjonować w społeczeństwie. Warto mieć tego świadomość, a także nie traktować problemów psychicznych jako wstydliwych. Tym bardziej że zgodnie z przewidywaniami kryzys psychiczny w najbliższych latach dotknie co czwartą osobę w naszym kraju.

opr. KD

Profesorowie

Prezydent Rzeczpospolitej Polskiej wręczył uroczyście
29 września 2020 r. tytuł profesora
dr. hab. Jackowi Legutce
8 października 2020 r. tytuł profesora
dr. hab. Mirosławowi Bik-Multanowskiemu
dr. hab. Hubertowi Hurasowi
dr. hab. Grzegorzowi Rabie

Doktorzy habilitowani

Rada Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego nadała stopień naukowy doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne
w dniu 15 września 2020 r.
dr. n. med. Pawłowi Lataczowi

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

w dniu 15 września 2020 r.

lek. Michał Andres
Czynniki wpływające na przebieg, rokowanie i nawrotowość róży kończyny dolnej
Promotor: prof. dr hab. Anna Wojas-Pelc

lek. dent. Damian Czerwonka
Ocena skuteczności zamykania poekstrakcyjnych połączeń ustno-zatokowych z zastosowaniem autogennej fibryny bogatopłytkowej
Promotor: dr hab. Małgorzata Zaleska

lek. Maciej Dębski
Long-term follow-up of patients with DDD pacemaker (Długotrwała obserwacja pacjentów z kardiostymulatorem DDD)
Promotor: prof. dr hab. Barbara Małecka

lek. Anna Furman-Niedziejko
Ocena związku między stężeniem NT-proBNP w surowicy a polimorfizmami genów dla prekursora NT-proBNP i jego receptorów u chorych z przewlekłą niewydolnością serca i obecnym zespołem metabolicznym
Promotor: prof. dr hab. Jadwiga Nessler

lek. Ilona Hübner
Analysis of neurophysiological parameters, as well as mood and cognitive function disorders accompanying the progression of limb impairment in patients with amyotrophic lateral sclerosis (Analiza parametrów neurofizjologicznych oraz zaburzeń nastroju i funkcji poznawczych w przebiegu narastającej niepełnosprawności kończyn u chorych na stwardnienie zanikowe boczne)
Promotor: dr hab. Sławomir Kroczka

lek. stom. Marian Inglot
Algorytm rekonstrukcji pooperacyjnych ubytków dziąseł po usunięciu niezłośliwych guzów dziąseł
Promotor: dr hab. Małgorzata Zaleska

lek. Elżbieta Klimiec-Moskal
The association between Toll-like receptor 4-mediated inflammatory response and outcome after ischemic stroke (Związek pomiędzy reakcją zapalną zależną od receptora Toll-podobnego typu 4 a rokowaniem w udarze niedokrwiennym mózgu)
Promotor: prof. dr hab. Tomasz Dziedzic

mgr inż. Paweł Konieczny
Rola kinazy aktywowanej AMP (AMPK) w regulacji procesu przerzutowania komórek nowotworowych
Promotor: prof. dr hab. Marcin Majka

mgr Renata Kostogrys
Wpływ restrykcji kalorycznej na rozwój zmian miażdżycowych – molekularne mechanizmy
Promotor: prof. dr hab. Iwona Wybrańska

mgr Barbara Kościelniak-Merak
The biochemical assessment of postoperative pain modulators in children undergoing extensive spinal surgeries (Biochemiczna ocena modulatorów bólu pooperacyjnego u dzieci po przebytych rozległych zabiegach w obrębie kręgosłupa)

Promotor: dr hab. Przemysław Tomasik, prof. UJ

lek. Katarzyna Kotuła-Horowitz
Wpływ leczenia fenofibratem na odpowiedź rozkurczową tętnicy ramiennej, oraz stężenia N1 -metylonikotynamidu i homocysteiny w osoczu u osób z dyslipidemią
Promotor: dr hab. Teresa Domagała

mgr Aleksandra Musiał-Wysocka
Detailed characteristic of stem cells isolated from Wharton's Jelly (WJ-MSCs) by use of modern molecular genetic methods. Assessment of the regenerative potential of WJ-MSCs based on the murine model of hindlimb ischemia (HLI)
(Szczegółowa charakterystyka komórek macierzystych izolowanych z Galarety Whartona (WJ-MSC) przy użyciu nowoczesnych metod genetyki molekularnej. Ocena potencjału regeneracyjnego WJ-MSC w oparciu o mysi model niedotlenienia kończyny dolnej (HLI)
Promotor: prof. dr hab. Marcin Majka
Promotor pomocniczy: dr Marta Kot

mgr Aldona Olechowska-Jarząb
The effect of gastrin and non-amidated gastrin peptides on interactions between receptors activated by peroxisome proliferators (PPAR?) and mechanisms of intestinal carcinogenesis and apoptosis in in vitro cancer (Wpływ gastryny i nie amidowanych peptydów gastryny na interakcje między receptorami aktywowanymi przez proliferatory peroksysomów (PPAR?) a mechanizmami karcinogenezy jelitowej i apoptozy w modelach nowotworowych in vitro)
Promotor: prof. dr hab. Agata Ptak-Belowska

lek. Wojciech Panek
The outcomes of surgical treatment of ureteropelvic junction obstruction in children and adults – various aspects related to the use of laparoscopic technique (Wyniki leczenia operacyjnego przeszkody podmiedniczkowej u dzieci i dorosłych – wybrane aspekty związane z zastosowaniem techniki laparoskopowej)
Promotor: dr hab. Rafał Chrzan, prof. UJ

lek. Paulina Pasińska
Delirium post-stroke: prevalence, risk factors, and it's subtypes in patients in acute phase of stroke. Long term prognosis of patients with post-stroke delirium (Ocena częstości występowania i czynników ryzyka majaczenia oraz jego podtypów u pacjentów z udarem mózgu. Wpływ majaczenia na rokowanie po udarze)
Promotor: dr hab. Aleksandra Klimkowicz-Mrowiec

lek. Magdalena Pisarska-Adamczyk
The impact of compliance with Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol on short and long-term outcomes in patients after laparoscopic colorectal cancer surgery (Stopień realizacji protokołu opieki okołooperacyjnej ERAS a wyniki leczenia pacjentów operowanych z powodu raka jelita grubego)
Promotor: dr hab. Michał Pędziwiatr, prof. UJ

lek. Agnieszka Rosławiecka
The impact of stent-assisted angioplasty of atherosclerotic renal artery stenosis on renal function and blood pressure (Wpływ leczenia miażdżycowych zwężeń tętnic nerkowych metodą przezskórnej angioplastyki na funkcję nerek oraz ciśnienie tętnicze)
Promotor: prof. dr hab. Tadeusz Przewłocki

lek. Beata Róg
Long term observation of adults after coarctation of aorta repair in childhood (Obserwacja odległa dorosłych chorych po leczeniu interwencyjnym koarktacji aorty w dzieciństwie)
Promotor: dr hab. Lidia Tomkiewicz-Pająk, prof. UJ

lek. Michał Skalski
Lower urinary tract symptoms in patients treated for depression (Występowanie objawów z dolnego odcinka dróg moczowych u pacjentów leczonych z powodu depresji)
Promotor: prof. dr hab. Dominika Dudek

lek. Magdalena Spałkowska
Ekspresja receptorów estrogenowych i progesteronowych w znamionach barwnikowych i czerniaku skóry
Promotor: prof. dr hab. Anna Wojas-Pelc

lek. Dorota Studzińska
Concomitant vascular pathologies in patients with abdominal aortic aneurysm and incidence and predictors of myocardial and renal injury after selected vascular procedures (Współwystępowanie patologii naczyniowych u pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej oraz czynniki ryzyka oraz częstość występowania uszkodzenia serca i nerek u pacjentów po wybranych zabiegach naczyniowych)
Promotor: prof. dr hab. Wojciech Szczeklik

mgr Piotr Szczepaniak
Mechanizmy dysfunkcji śródbłonka naczyniowego indukowanej chemioterapią u pacjentek z rakiem gruczołu sutkowego
Promotor: prof. dr hab. Tomasz Guzik

mgr Renata Szydlak
Ocena właściwości biomechanicznych i potencjału migracyjnego mezenchymalnych komórek macierzystych wyizolowanych z Galarety Whartona
Promotor: prof. dr hab. Piotr Laidler

lek. Aleksandra Trojak
Nonalcoholic fatty liver disease as the risk factor of macroangiopathy complications in patients with type 2 diabetes (Niealkoholowa choroba stłuszczeniowa wątroby jako czynnik ryzyka makroangiopatii u chorych z cukrzycą typu 2)
Promotor: prof. dr hab. Barbara Idzior-Waluś

mgr inż. Dagmara Wójcik
Wpływ dobrowolnego i wymuszonego wysiłku fizycznego na przebieg doświadczalnego zapalenia jelita grubego przy współtowarzyszącej otyłości
Promotor: dr hab. Sławomir Kwiecień
Promotor pomocniczy:
dr hab. Marcin Magierowski

lek. Agnieszka Żygadło
Wpływ przewlekłej obturacyjnej choroby płuc na rezultaty leczenia wewnątrzszpitalnego oraz wyniki odległe pacjentów z zawałem mięśnia sercowego NSTEMI oraz STEMI poddanych przezskórnej interwencji wieńcowej
Promotor: prof. dr hab. Maria Olszowska

Fot. Anna Górska: Szpital im. Żeromskiego

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

Szanowni Państwo,

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

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

Kursy dla specjalizacji lekarskich

listopad – grudzień 2020

anestezjologia i intensywna terapia

Anestezjologia w onkologii
4-6.11.2020
Kierownictwo naukowe:
dr Małgorzata Zając

Diagnostyka i leczenie bólu
7-11.12.2020
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Anna Przeklasa-Muszyńska

diabetologia

Postępy w zakresie patogenezy, rozpoznawania, zapobiegania i leczenia powikłań cukrzycy
9-10.11.2020
Kierownictwo naukowe:
prof. Maciej Małecki

geriatria

Choroby układu kostno-stawowego i problemy ortopedyczne u osób w wieku podeszłym
5.11.2020
Kierownictwo naukowe:
prof. Anna Skalska

Zaburzenia odporności, infekcje i choroby hematologiczne w wieku podeszłym
6.11.2020
Kierownictwo naukowe:
dr Małgorzata Fedyk-Łukasik

kardiologia

Nieinwazyjna diagnostyka elektrokardiograficzna
2-6.11.2020
Kierownictwo naukowe:
prof. Jadwiga Nessler

Elektrofizjologia i elektroterapia
16-20.11.2020
Kierownictwo naukowe:
prof. Jacek Lelakowski

kardiochirurgia

Postępy w kardiochirurgii wrodzonych wad serca u noworodka
25-27.11.2020
Kierownictwo naukowe:
prof. Janusz Skalski

ortopedia i traumatologia narządu ruchu

Choroby stawu biodrowego wieku rozwojowego
16-20.11.2020
Kierownictwo naukowe:
prof. Maciej Tęsiorowski

Chirurgia kręgosłupa
23-27.11.2020
Kierownictwo naukowe:
prof. Maciej Tęsiorowski

Wady stóp
14-18.12.2020
Kierownictwo naukowe:
dr hab. n. med. Artur Gądek, prof. UJ

położnictwo i ginekologia

Choroby przenoszone drogą płciową
7-11.12.2020
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

psychiatria

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

psychiatria dzieci i młodzieży

Wprowadzenie do psychiatrii dzieci i młodzieży
23-27.11.2020
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Renata Modrzejewska

Kursy dla specjalizacji lekarsko-dentystycznych

Implantoprotetyka stomatologiczna – podstawy teoretyczne oraz chirurgiczne i protetyczne procedury zabiegowe, cz. II
16-18.11.2020
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Małgorzata Pihut, prof. UJ

Kursy dla wszystkich specjalizacji

Ratownictwo medyczne
23-27.11.2020
Kierownictwo naukowe:
dr Arkadiusz Trzos

Kursy doskonalące

Onkologia – Neuroblastoma
20-21.11.2020
Kierownictwo naukowe:
prof. Walentyna Balwierz

Kiedy poetka pisze do poety...

Wprawdzie Kraków w związku z pandemią znalazł się w czerwonej strefie, to jednak teatry wciąż grają, oczywiście z zachowaniem pełnego reżimu sanitarnego i możliwością zajęcia przez widzów jedynie 25 procent foteli. Można więc wybrać się na grany w Starym Teatrze spektakl „Kochana Wisełko, najdroższy Zbyszku". Oparte na korespondencji Wisławy Szymborskiej i Zbigniewa Herberta przedstawienie potrafi rozbawić i wzruszyć.

To zdarzyło się w czasach, kiedy telefony komórkowe nikomu się jeszcze nie śniły, a te stacjonarne, wykręcane za pomocą palca wsadzanego do ponumerowanych dziurek w tarczy, były przedmiotem prawdziwego pożądania. Pewnego dnia skromna poetka dostała przydział na to cudo techniki. Podzieliła się swoim szczęściem z przyjacielem, również poetą, który właśnie przebywał w Krakowie. Zbigniew Herbert nie mógł przepuścić takiej okazji i wpadł do mieszkania Wisławy Szymborskiej, by wypróbować owo urządzenie.

Wyciągnął od niej notesik z telefonami krakowskich literatów i zaczął do nich dzwonić. „Moje nazwisko nic panu nie powie, nazywam się Frąckowiak, przyjechałem z Jasła i mam przy sobie walizę z wierszami, to jest dwa tysiące sonetów i chciałbym bardzo prosić, żeby pan zechciał je przeczytać i ocenić" – zaczynał bezpardonowo rozmowę, a my możemy sobie tylko wyobrazić, jaki popłoch taka propozycja musiała wzniecać w domach pisarzy, którzy na gwałt wymyślali wyjazdy, choroby i inne życiowe kataklizmy, niepozwalające zagłębić się im w proponowanej lekturze. Ów Frąckowiak nie znalazł przychylnego recenzenta, ale za to doprowadził do łez, oczywiście ze śmiechu, Szymborską, stając się później w słanych do niej listach alter ego Herberta. Ile miały one w sobie ironii i purnonsensowego dowcipu, udowadnia grany w Starym Teatrze spektakl „Kochana Wisełko, najdroższy Zbyszku".

W przedstawieniu Mikołaja Grabowskiego w role poetów wcielają się Katarzyna Krzanowska i Jacek Romanowski. Ale już na początku zastrzegają, że nie będą udawać swoich bohaterów. Można odnieść wrażenie, że są ich duchami, nieziemskimi istotami, którym przydarzyła się niezwykła, podszyta flirtem przyjaźń. Ślady literackiego romansu pozostały do dziś w korespondencji twórców, która zaczęła się od prośby ówczesnej redaktorki działu poezji „Życia Literackiego" o przysłanie przez poetę kilku wierszy. Oglądając przedstawienie roztacza się przed nami historia związku dwojga wyjątkowych osobowości, mających podobne poczucie humoru i prowadzących ze sobą inteligentną grę.

Jednak podczas spektaklu nie wybuchamy cały czas śmiechem. Aktorzy wydobywają z tekstu także ogromne pokłady czułości, którą darzyła się para, wzajemnej wyrozumiałości dla swoich życiowych porażek – socrealistycznych wierszy Szymborskiej czy alkoholizmu Herberta. Tym większym więc zaskoczeniem jest ostatni telegram, który poeta wysłał przyjaciółce na wieść o otrzymaniu przez nią Nagrody Nobla. Zawierał on dwa suche słowa „Serdeczne gratulacje". Szymborska bez pudła zrozumiała ukrytą za nimi zazdrość i jak to ona odpisała: „Zbyszku, Wielki Poeto. Gdyby to ode mnie zależało, to Ty byś teraz męczył się nad przemówieniem".

Jednak o tym niemiłym zgrzycie po zakończeniu przedstawienia szybko się zapomina. Za to pozostaje z nami obraz Wisławy Szymborskiej i Zbigniewa Herberta, którzy idą przed siebie podtrzymując się nawzajem, tak jak to robili przez całe życie w wysyłanych do siebie listach.

Magda Huzarska-Szumiec
Fot. Stary Teatr – Ryszard Kornecki

Malarstwo religijne w muzealnej scenerii

Snująca się w tle barokowa muzyka, przymglone światło i wydobywane z mroku sylwetki rozmodlonych świętych, nad którymi unoszą się rozkoszne aniołki… Wchodząc do Gmachu Głównego Muzeum Narodowego w Krakowie, możemy poczuć się jak w jednym ze starych kościołów, w którym szukamy schronienia przed hałasem ulicy. Dziś wystawa „Geniusz baroku. Szymon Czechowicz" może być również fantastycznym miejscem ucieczki przed atakującą nas pandemią. Wrażenia estetyczne najwyższej próby na pewno ukoją nasze nerwy.

Nazwisko Szymona Czechowicza do tej pory znane było przede wszystkim historykom sztuki, badającym epokę baroku, choć z dziełami artysty, żyjącego w latach 1689-1775, mogliśmy się spotkać, nawet nieświadomie, zwiedzając kościoły w Rzymie, Lwowie, Wilnie. Nie brak jego obrazów także w Krakowie, choćby w kościele Przemienienia Pańskiego ojców pijarów. Kurator wystawy, dr Tomasz Zaucha uważa, że przyczyną tego, iż malarz

został zapomniany, jest rozproszenie jego prac po niemal całej Europie, a co za tym idzie, brak porządnej wystawy monograficznej, która przybliżałaby sylwetkę artysty.

– Uważam, że umieszczając w tytule słowo „geniusz", nie dokonujemy żadnego nadużycia. Na tle malarstwa polskiego w XVIII wieku twórczość Czechowicza wybija się wyraźnie. Wystarczy przyjrzeć się bliżej obrazowi przedstawiającemu św. Jadwigę, który udało się nam sprowadzić z Chiesa di San Stanislao, czyli z kościoła polskiego w Rzymie. To jedno z naprawdę genialnych arcydzieł malarza, pokazujące całe jego mistrzostwo. Po jego obejrzeniu, ale także całej naszej ekspozycji, widz zrozumie, dlaczego Czechowicz mógł uchodzić za wyjątkowego artystę nie tylko wśród polskich, ale i włoskich malarzy – mówi kurator.

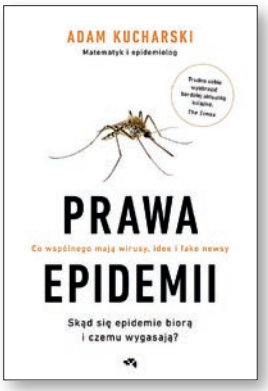
A z Italią Szymon Czechowicz miał bardzo bliskie związki. Otóż jako młody człowiek został wysłany przez Franciszka Maksymiliana Ossolińskiego, który poznał się na jego talencie, do niezwykle wówczas prestiżowej Akademii św. Łukasza w Rzymie. Biorąc lekcje malarstwa u jednego z czołowych jej przedstawicieli Sebastiano Conca, artysta opanował perfekcyjnie sztukę kompozycji, kunszt rysunku, zdolność do zestawień barwnych. Po powrocie po 20 latach do Polski Szymonowicz robił furorę wśród ówczesnych magnatów, którzy zamawiali u niego obrazy, ozdabiające leżące w ich majątkach kościoły, tak jak zrobił to hetman Jan Klemens Branicki. Na jego proś-

bę artysta namalował aż cztery dzieła, zdobiące kościół Świętej Trójcy w Tykocinie. Malował też dla Franciszka Maksymiliana Ossolińskiego, ozdabiając znajdujący się w jego ciechanowskich dobrach kościół. Dzięki zleceniu Pawła Sanguszki, wykonał cały zestaw obrazów dla Lubartowa. Na krakowskiej wystawie można zobaczyć trzy z nich. Większość ma typowo barokowy charakter, z bogatą ornamentyką i rzucającymi się w oczy religijnymi motywami, w których sfera ziemska przenika się z zaludnioną przez gromady aniołów sferą niebios.

Wśród tego bogactwa i feerii barw rzuca się w oczy ostatni, zamykający wystawę obraz Czechowicza, przedstawiający św. Franciszka. Jest on niezwykły pod względem formy, bardziej surowy niż pozostałe dzieła malarza. Widać, że artysta malując go, przeczuwał zbliżającą się śmierć. Zresztą Franciszek ubrany jest tu w habit podobny do tego, w jakim kazał się pochować sam Czechowicz, który umarł jako tercjarz. Warto przy nim dłużej przystanąć, gdyż skłania do refleksji nad tym, co dziś dzieje się na świecie. A gdy wszystko wróci już na właściwe tory i znów będziemy mogli normalnie podróżować, poszukajmy obrazów polskiego geniusza baroku w kościołach Rzymu, Wilna czy Lwowa.

Wystawa „Geniusz baroku. Szymon Czechowicz" czynna będzie do 21 lutego 2021 r.

Magda Huzarska-Szumiec



Adam Kucharski

Prawa epidemii. Skąd się epidemie biorą i czemu wygasają?

Adam Kucharski, epidemiolog i matematyk, jest profesorem w London School of Hygiene and Tropical Medicine, gdzie prowadzi badania nad mechanizmami chorób epidemicznych na całym niemal świecie. W swojej karierze naukowej zajmował się m.in. wirusem gorączki krwotocznej Ebola i wirusem Zika, patogenu spokrewnionego z wirusami wywołującymi gorączkę denga czy japońskie zapalenie mózgu. Jest też wziętym popularyzatorem nauki. Tym razem postanowił przedstawić szerszemu gronu czytelników problem, który w dobie rozprzestrzeniania się pandemii COVID-19 jest przedmiotem zainteresowania nie tylko lekarzy.

Jak to się dzieje – pisze profesor – że niektóre choroby ograniczają się do jednego obszaru geograficznego lub dotykają tylko wybrane społeczności ludzkie, inne zaś gwałtownie się rozprzestrzeniają, zyskując status pandemii? Dlaczego niektóre z nich są relatywnie krótkotrwałe, a inne rozciągają się w czasie? Co sprawia, że pewne ich cechy jawią się jako wspólne i powtarzalne, podczas gdy pozostałe bywają tak bardzo różne? Innymi słowy, czy istnieje możliwość wykreślenia wzoru lub wzorów, które pozwoliłyby nam w pełni zrozumieć prawa rządzące dynamiką epidemii?

Kucharski szukając na te pytania odpowiedzi, zwraca uwagę na fakt, że problem jest o wiele bardziej złożony niż tylko zbieranie i zestawianie ze sobą faktów dostępnych współczesnym epidemiologom. Ilość czynników mogących wpływać na rozprzestrzenianie się danej choroby zależy bowiem nie tylko od warunków środowiska zewnętrznego, ogólnej kondycji danej społeczności czy zjadliwości patogenu, lecz także od indywidualnych reakcji ludzi na zagrożenie. Od ich wiedzy i postawy wobec potencjalnych środków zaradczych, wreszcie od natężenia „szumu informacyjnego" wzmacnianego różnymi pogłoskami czy wręcz plotkami. Już na wstępie książki Kucharski przywołuje popularne wśród epidemiologów

stwierdzenie, że „znając przebieg jednej epidemii znamy… przebieg tylko jednej epidemii". Dlatego też przy tworzeniu modeli epidemiologicznych, tak przecież istotnych w rozpoznawaniu i przewidywaniu dynamiki ich rozwoju, należy na badany problem spojrzeć w szerszej, bo cywilizacyjnej perspektywie.

Kucharski odwołuje się do historii, rozpoczynając swoją opowieść o narodzinach nowoczesnej epidemiologii od badań Ronalda Rossa nad malarią, które przyniosły rozwiązanie zagadki jednej z najgroźniejszych chorób, a autorowi tego odkrycia Nagrodę Nobla w 1902 roku. Stopniowo wprowadza nas w świat metod badawczych i różnych dróg opisu oraz interpretacji zjawisk towarzyszących epidemiom. Dalej dowodzi, że modelowanie epidemiologiczne sprawdza się nie tylko na gruncie nauk medycznych, lecz okazuje się pożyteczne w analizowaniu procesów rozgrywających się w przestrzeni makroekonomii, np. w badaniu dynamiki wzrostu przestępczości czy nadużywania opioidów.

W kolejnych rozdziałach Kucharski wskazuje na użyteczność modeli epidemiologicznych dla przeprowadzenia charakterystyki obiegu informacji w ogóle. Z pozoru błahe zdarzenia, jak zamieszczenie krótkiej wiadomości lub filmu na którymś z portali społecznościowych, może mieć zgoła nieoczekiwane konsekwencje, podobnie jak zbieg wydawałoby się banalnych okoliczności przeradza się w łańcuch transmisji zakażeń. Wreszcie Kucharski wykreśla analogie pomiędzy „biochemicznymi" wirusami a wirusami „informatycznymi".

Autor przekonuje, że epidemiologia, badając procesy rozgrywające się w przestrzeni społecznej, w naturalny sposób wkracza w zagadnienia będące przedmiotem zainteresowań innych nauk, w tym socjologii. Tym samym matematyczne modele epidemiologiczne są de facto elementem matematycznych modeli sieci społecznych. Dlatego też w ujęciu Kucharskiego pojęcia epidemii i pandemii nie ograniczają się wyłącznie do zjawisk biologicznych, a margines naszej niewiedzy o ich naturze i przebiegu bywa nadal znaczący. Podkreśla przy tym, że kluczowym jest nie tyle moment, gdy znajdujemy rozwiązanie, lecz gdy uświadamiamy sobie własne błędy, bo to właśnie one prowadzą nas do właściwego rozwiązania.

Czy dzięki tej książce bliżej jesteśmy poznania tytułowych praw epidemii? Na to pytanie każdy czytelnik może sobie sam odpowiedzieć. Jedno wydaje się nie ulegać wątpliwości, że książka Kucharskiego pozwala nam spojrzeć na to zjawisko – dzisiaj niezmiernie nas absorbujące – w nowy, często zaskakujący sposób.

Ryszard W. Gryglewski

Adam Kucharski, „Prawa epidemii. Skąd się epidemie biorą i czemu wygasają?" (przekład Jowita Maksymowicz-Hamann), Wydawnictwo Relacja; Warszawa 2020; str. 352.

Jacek Prusak SJ, Sławomir Rusin

Kościół na kozetce

Nakładem Wydawnictwa WAM ukazała się intersująca książka typu wywiad rzeka pt. „Kościół na kozetce. Rozmowy o niełatwej relacji psychologii i wiary". Prowadzącym rozmowę jest Sławomir Rusin, a rozmówcą – jezuita, psychoterapeuta, teolog i publicysta „Tygodnika Powszechnego" ks. Jacek Prusak. Książka zawiera sześć frapujących i bardzo ciekawych rozdziałów: „Ksiądz i psychoterapeuta", „Duchowość i psychika", „Kościół, seksualność i dojrzałość", „Sprawca i ofiara", „Świętość, choroba, opętanie" oraz „Bunt, sumienie i wspólnota". W sumie 267 stron poruszającej, bolesnej, ale i optymizmem napawającej lektury.

Każdy lekarz, psychoterapeuta, ksiądz, a przede wszystkim pacjent dowie się z niej, co jest mitem, a co prawdą w funkcjonowaniu Kościoła oraz psychoterapeutów. W dialogu Kościół, przede wszystkim instytucjonalny, jest w stanie usłyszeć, co może uchronić go przed zapaścią, czyli poważnym kryzysem. Jest jeszcze na to czas, a prawdy ukazane w książce mogą pomóc zarówno instytucji Kościoła, jak i wiernym.

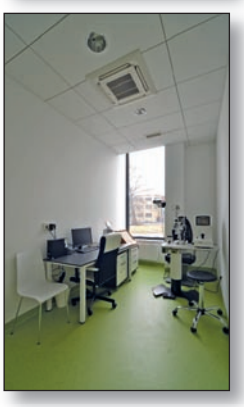
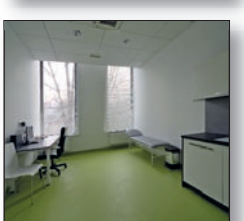
„Kozetka" kojarzy się oczywiście z Zygmuntem Freudem i jego uczniami, którzy rozpoczęli wielkie dzieło psychoterapii. Lektura odsłania różnice, ale i związki

między terapią psychiatryczną i psychoterapeutyczną oraz aspektami wiary i duchowości pacjenta, pokazując granice między sprawowaniem posługi przez księdza a „usługą" psychoterapeuty. Pokazuje granicę między leczeniem a przewodnictwem duchowym osoby wierzącej w Boga. „Nie wierz wszystkiemu, co myślisz" – taki napis na drzwiach gabinetu psychoterapeutycznego, według ks. Jacka Prusaka, widnieć powinien. W innych poradniach być może także napis „Wierz, ale zawsze sprawdzaj..." (prof. Fulford). Dotyczy to także superwizji, koniecznej w pracy każdego psychoterapeuty.

Lektura opisanej książki może być bardzo pomocna w pracy lekarza każdej specjalności medycznej. Także w owocnej współpracy z psychoterapeutami oraz księżmi, którzy nie przekraczają granic wpływu na zdrowie psychiczne pacjenta czy klienta.

Wojciech Oleksy

Jacek Prusak SJ, Sławomir Rusin, „Kościół na kozetce. Rozmowy o niełatwej relacji psychologii i wiary", Wydawnictwo WAM 2020, s. 267.

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

Oferujemy:
- Wynajem nowych gabinetów konsultacyjnych na stałe godziny przyjęć
- Wynajem gabinetów zabiegowych
- Szeroki zakres obsługi w nowoczesnym miejscu

W ramach pakietu oferujemy:
- obsługę recepcji
- osobistą elektroniczną bazę pacjentów z dokumentacją medyczną
- rejestrację pacjentów

Gabinety Sport Medicum powstały jako działalność otwarta na potrzeby pacjenta, dająca jednocześnie możliwość pełnej realizacji reprezentantom zawodów medycznych.

Cena:
od 150 zł netto gabinet lekarski / dzień
od 200 zł netto gabinet zabiegowo-lekarski / dzień

Więcej informacji:
tel. +48 690 040 903
e-mail: biuro@sportmedicum.pl
www.sportmedicum.pl

Rok 2030 – czy za 10 lat czeka nas świat bez WZW i HIV?

Choć obecnie cały świat walczy z innym wirusem, nie możemy zapominać o „starych" zagrożeniach, a tym jest m.in. wirus zapalenia wątroby typu C. O znaczeniu badań nad nim świadczy tegoroczna Nagroda Nobla w dziedzinie medycyny. Nie zniknął też HIV. Pięć lat temu Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła, iż w 2030 roku uporamy się z tym problemem – ludzkość uwolni się od wirusowego zapalenia wątroby typu B i C, nie będzie także nowych zakażeń HIV. Teoretycznie jest to możliwe, lecz wiele zależy także od lekarzy.

Dyskusja o możliwości realizacji planów WHO toczyła się m.in. na początku tego roku w Krakowie, podczas konferencji poświęconej współczesnym problemom chorób zakaźnych. Wkrótce po niej zaczęła się pandemia SARS-CoV-2, więc problemy z HIV czy HCV zeszły na plan dalszy, jednak nie zniknęły. Przypomniał o tym tegoroczny Nobel w dziedzinie fizjologii i medycyny, przyznany za odkrycie wirusa zapalenia wątroby typu C.

– *Na razie Polska jest daleko od osiągnięcia celów WHO* – nie krył Marek Sitko z Kliniki Chorób Zakaźnych i Tropikalnych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, mówiąc o obecnym tempie eliminacji wirusowego zapalenia wątroby typu C. – *Nawet do roku 2050 nie damy rady. Dlaczego? – Pomimo tego, że obecnie wszyscy pacjenci ze zdiagnozowanym zakażeniem HCV mają zapewniony dostęp do bezpłatnych, dobrze tolerowanych i bardzo skutecznych terapii bezinterferonowych, to w Polsce nie został systemowo rozwiązany problem dostępu do testowania w kierunku HCV* – podkreśla Marek Sitko.

Ostatnie kilka lat dały świetne możliwości leczenia chorych i szansę na całkowitą eliminację HCV. – *W Polsce terapia lekami o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym jest refundowana. U pacjentów wcześniej nieleczonych terapie są krótkie (8-12 tygodni), bezpieczne, dobrze tolerowane, dają mało objawów ubocznych i minimalną ilość interakcji z innymi lekami, a także łatwe w dawkowaniu* – tłumaczyła Małgorzata Zejc-Bajsarowicz z Kliniki Chorób zakaźnych i Tropikalnych CM UJ. – *Najnowsze terapie są wysoko skuteczne nawet u najtrudniejszych chorych: z marskością wątroby, po przeszczepie wątroby, z wieloma schorzeniami współistniejącymi, po nieskutecznych wcześniejszych terapiach przeciwwirusowych.*

Problemem jest zbyt mała liczba osób diagnozowanych. Konieczny jest dobrze przygotowany, o dużym zasięgu narodowy program badań przesiewowych i leczenie. Szacunki mówią, że niemal 200 tys. Polaków jest zakażonych HCV i o tym nie wie. Są to osoby w 4., 5. i 6. dekadzie życia, czyli w szczycie swojej aktywności. Diagnozowanych jest mniej niż 20 proc. chorych. Lekarze rodzinni nie mają możliwości wykonania pacjentom testu w ramach swojego koszyka świadczeń. – *Ale pacjenci sami mogą zgłosić się na test bezpłatny, z palca, z szybkim wynikiem i możliwością wykonania bezpłatnego testu potwierdzającego. W Polsce są takie programy oferowane przez samorządy czy fundacje* – mówił Marek Sitko. Informacje o tym można znaleźć na stronie www.gwiazdanadziei.pl.

Niezbyt optymistycznie wygląda również szansa na eliminację HBV, głównie ze względu na niewystarczające wyszczepienie populacji. Problemem stają się też zakażenia wertykalne. Dlatego u każdej kobiety w ciąży powinno się rutynowo wykonywać test HbsAg i to już na samym początku ciąży, co pozwala na zastosowanie leczenia lub chemioprofilaktyki transmisji wertykalnej.

Z tego samego powodu – niedostatecznego testowania, mało prawdopodobne wydaje się także powstrzymanie nowych zakażeń HIV. W Polsce, mimo dramatycznie niskiej liczby wykonywanych testów, rośnie liczba nowo zdiagnozowanych pacjentów z HIV. We wszystkich grupach wiekowych.

Joanna Sieradzka

O rycerskich pasjach krakowskiego lekarza

Lupus in fabula!

Geralt, herbu Biały Wilk z podkulonym ogonem, walczył pod Grunwaldem jako najemny żołnierz piechoty chorągwi miasta Brunsberg, mającej za znak dwa krzyże: jeden biały, drugi czarny... Nie jest to bynajmniej postać historyczna znana z kart kronik Długosza czy poematów rycerskich. Mowa o doktorze Macieju Sztuce, pracującym w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w NSU w Krakowie, pasjonacie broni dawnej i kultury rycerskiej, który jako bodajże jedyny lekarz w Polsce należy do szlachetnego grona rycerzy pasowanych.

– Ja właściwie nie mam zdjęcia z dzieciństwa, na którym nie dzierżyłbym w łapie jakiegoś plastikowego karabinu, strzelby, miecza czy czegoś takiego. Broń mi zawsze leżała w ręce, i to właściwie każda. A nożami i wszelką bronią białą „bawię" się do dzisiaj – mówi doktor Sztuka, gdy spotykamy się w dyżurce lekarskiej w Szpitalu Uniwersyteckim w Prokocimiu. Wyznanie niespecjalnie mnie zaskakuje: koszulka moro, fryzura wzorowana na XV-wiecznych rycerzach, z podgolonymi bokami i irokezem, wojskowy plecak to dowody na to, że z pewnych zainteresowań po prostu się nie wyrasta. Do plecaka przytroczona jest szabla, ta akurat wykonana na zamówienie, bo niektóre elementy uzbrojenia doktor Sztuka robi sobie sam w kuźni w Sułkowicach. Szabla przyniesiona została na potrzeby tego reportażu, podobnie jak i rewolwer, do którego pan doktor sam dorobił rękojeść z drzewa orzechowego i postarzył go tak, by przypominał te XIX-wieczne okazy, które „podbiły Dziki Zachód i wybiły bizony". Piękny, i dużo cięższy niż się może wydawać, oglądając westerny.

Z zawodu Maciej Sztuka jest lekarzem. Przez 10 lat pracował jako neurochirurg urazowy w zespole prof. Igora Gościńskiego w Klinice Neurotraumatologii UJ CM. Związany był także ze szpitalem MSW w Krakowie, gdzie otworzył specjalizację z medycyny ratunkowej, a później, do czasu przeprowadzki do Prokocimia, z CUMRiK-iem. Od 8 lat pełni dyżury w ambulatorium w areszcie śledczym przy Montelupich. Ukończył także kursy z taktyczno-bojowej opieki nad rannym na polu walki, tzw. TC3, choć ma nadzieję, że nigdy mu się one nie przydadzą.

Natomiast z pasji jest najprawdziwszym rycerzem, pasowanym w 2006 r. w katedrze w Opolu wraz z kilkoma innymi osobami. Jak można zostać rycerzem w XXI wieku? – Jeszcze na studiach dostałem się do największego bractwa rycerskiego w południowej Polsce – Bractwa Orlich Gniazd, istniejącego od 1999 r. Tak się jakoś złożyło, że dość szybko zostałem jego szefem, namiestnikiem, i razem z moją serdeczną przyjaciółką Kasią prowadziliśmy je przez 10 lat. W pewnym momencie przekształciło się ono częściowo w taką ekipę kaskaderską – opowiada doktor Sztuka.

Przez pięć lat Bractwo we współpracy z Muzeum Historycznym Miasta Krakowa organizowało cykl wydarzeń pn. „Turnieje rycerskie w Barbakanie". – O ile na początku był to po prostu pokaz walk rycerskich i zbroi, o tyle pod koniec naszej działalności to była spójna 3-godzinna historia, w którą wpleciony został nie tylko etos rycerski, ale było też trochę walk, tańce dworskie i – to takie moje dziecko – pokaz katowski. Raz nawet wezwano straż miejską, bo ktoś powiedział, że mordujemy człowieka, tak sugestywnie to było zrobione – śmieje się.

Z ekipą z Bractwa Orlich Gniazd, które niestety z czasem zostało rozwiązane, doktor Sztuka zaczął też brać udział w inscenizacjach bitwy pod Grunwaldem, na które jeździ regularnie od 20 lat. Bierze w nich udział jako najemny żołnierz piechoty krzyżackiej chorągwi miasta Braniewo (dawniej Brunsberg), której działania taktyczne dość szczegółowo opisał Jan Długosz. Walczy tam, w zbroi typowej dla piechoty najemnej, za pomocą młota lucereńskiego, którym można rozbijać pancerze, ale i ściągać przeciwnika z konia. Podczas rekonstrukcji walk obowiązuje ta sama zasada co w medycynie – *Primum non nocere*. – Nie przypominam sobie, żebym komuś zaszkodził. Inscenizacja bitwy pod Grunwaldem to najbezpieczniejsze miejsce na świecie. To, że każdy tam chodzi z bronią u pasa, nie znaczy, że komuś dzieje się krzywda. Zawsze biorę pod uwagę, że z drugiej strony klingi stoi ktoś, kto nie chce doznać poważnego uszczerbku na zdrowiu. Każdy prowadzi na co dzień zupełnie normalne życie, więc nie wyobrażam sobie, że mógłbym tam doznać urazu, który wyeliminowałby mnie z pracy – opowiada mój rozmówca.

Jak przyznaje, pod Grunwaldem nie wciela się w postać rycerza, bo *chevalier* – jak wynika z samego źródłosłowu

– to wojownik walczący na koniu, których doktor Sztuka panicznie się boi. Jednak rycerzem jest najprawdziwszym, pasowanym wraz z przyjacielem, w dowód uznania za krzewienie kultury i historii, zgodnie ze średniowiecznym rytuałem opisanym w kronice Henryka Duranda, choć z braku posiadania przez Polskę monarchy, celebrantem wydelegowanym przez biskupa diecezji opolskiej był ks. Edmund Podzielny.

– Każdy z nas pewnie traktuje to na swój sposób, ale ja podchodzę do tego całkiem poważnie i nieraz już mi się zdarzyło powiedzieć, że pewne rzeczy mi nie licują, bo jestem szlachcicem pasowanym – wyznaje i dodaje, że w dzieciństwie zafascynowała go książka Jerzego Głowackiego „O Warszu z Dębicy i wiślanej rusałce", opowiadająca o prekursorach Warszawy i tatarskim najeździe w XIII wieku, która uczy, co to przyjaźń i honor – zaleta, „której praktycznie dzisiaj się już nie spotyka, bo nie jest wiele warta we współczesnym społeczeństwie".

Jak przystało na prawdziwego rycerza, Geralt – bo takie imię wybrał sobie Maciej Sztuka na fali fascynacji „Wiedźminem" Sapkowskiego – ma swoją zbroję. – Z tego

co mam, mogę złożyć trzy komplety, w tym taką zbroję od stóp do głów, XV-wieczną, pełnopłytową, łącznie z trzewikami stalowymi, ważącą razem z tarczą ok. 80 kg – opisuje swój oręż. Ma także własne godło, którym jest biały wilk na czarnym polu z podkulonym ogonem. Na tarczy, a konkretniej pawęży, rozrysowana jest cała historia związana z tym godłem. Jest rycerz walczący ze ślimakiem, symbolizującym ludzkie słabości, oraz biały wilk – w ikonografii średniowiecznej uosobienie zła – który w swoim herbie ma dla kontrastu czarnego wilka. – Ten mój wilk na tarczy mówi o tym, że z prawdziwym złem może sobie

tak naprawdę poradzić drugie zło. Trzeba tylko wybrać to mniejsze. Na tarczy jest też wypisane zawołanie rycerskie: *Lupus in fabula*, co można przetłumaczyć: o wilku mowa, a wilk tuż. Zagrożenie zawsze jest gdzieś blisko.

Swoją pasją doktor Sztuka chętnie dzieli się z innymi, także o wiele młodszymi osobami. Kiedy jeszcze działało Bractwo Orlich Gniazd, jego członkowie prowadzili nieodpłatnie naukę szermierki dawnej dla młodzieży w jednym ze starszych krakowskich liceów, a także lekcje żywej historii w innych szkołach. – To mi zostało z tamtego czasu. Jak ktoś do mnie zadzwoni z jakiejś szkoły z prośbą, to przychodzę i robię taką lekcję z rycerzem – opowiada Maciej Sztuka. Od 8 lat, raz na pół roku, prowadzi również wykłady w Muzeum Narodowym w Krakowie w ramach cyklu Akademia Bronioznawcy, dotyczące dawnej wojskowości, ale i medycyny pola walki. Na wykłady prócz eksponatów z własnej kolekcji zabiera też tuszkę kurczaka lub indyka, „którą można sobie pociąć mieczem lub czymś innym. Ludzie się wtedy orientują, że to, iż szabla tak łatwo przelatuje przez kurczaka, to nie jest takie proste". Niektóre pokazy potrafią mocno zakłócić muzealną ciszę. – Raz podczas wykładu na temat Dzikiego Zachodu z jednym kolegą ze szpitala, który zawsze marzył, żeby być kowbojem, na sali wykładowej zrobiliśmy całą scenkę razem ze strzelaniną jak w saloonie. To się bardzo podobało. Ludzie wychodzą z takiego wykładu nie zaspani, tylko wynoszą z niego nowe, fajne informacje – wspomina.

Obecnie ze względu na pandemię wykłady w tradycyjnej formie zostały wstrzymane, również tegoroczny „Grunwald" został odwołany. Czym zatem doktor Sztuka zajmuje się w wolnym czasie? – Mój kolega ma zrobione profesjonalne tory łucznicze. Czasem bierzemy z synem łuki i jedziemy tam postrzelać. Łuk mam taki zupełnie tradycyjny, jak i bloczkowy. Może kiedyś będę mógł z nim legalnie polować, a nie tylko strzelać do plansz 3D.

Kto wie, może również legenda Robin Hooda zostanie pod Wawelem wskrzeszona.

Katarzyna Domin
Fot. Arch. prywatne M. Sztuki

Komisja Kształcenia Medycznego zaprasza na szkolenia z kompetencji miękkich.

Szkolenia prowadzone będą w formie warsztatowej za pomocą platformy online zoom, co umożliwi pełną interakcję uczestników spotkań.

Kompetencje przyszłości lekarza i lekarza dentysty

Termin: **19.11.2020 r., godz. 16.00-19.00**

Prowadząca: **prof. dr hab. Alicja Gałązka**

Celem szkolenia jest wskazanie potrzeby nabycia całkiem nowych umiejętności, które pozwolą sprostać wyzwaniom takim, jak globalizacja, starzenie się społeczeństw, rozwój technologii i inteligentnych maszyn, możliwość pokonywania bariery czasu i przestrzeni oraz wirtualna współpraca i wymiana informacji, przeładowanie danymi, których nie umiemy przetwarzać.

Wykorzystanie strategii coachingowych w pracy lekarza i lekarza dentysty

Termin: **10.12.2020 r., godz. 16.00-19.00**

Prowadząca: **prof. dr hab. Alicja Gałązka**

Celem szkolenia jest pokazanie, że włączenie strategii coachingowych w pracy lekarza i lekarza dentysty przyczyni się do poprawy jakości świadczonych przez nich usług medycznych, a co najważniejsze, również dobra pacjentów.

Za każdy kurs przysługują punkty edukacyjne: 3

Rejestracja: ksztalcenie57@hipokrates.org

SP ZOZ Szpital Kolejowy w Wilkowicach-Bystrej; 43-365 Wilkowice, ul. Żywiecka 19

zatrudni od zaraz, w ramach umowy o pracę
– lekarza kierującego oddziałem neurologicznym
oraz jego zastępcę.
Warunki płacowe do negocjacji.
Szpital posiada wolne miejsca specjalizacyjne w zakresie chorób wewnętrznych, pulmonologii oraz kardiologii.

Więcej informacji – pod nr. tel. 33 812 20 20 w. 135 (Zespół Kadr Szkoleń i Analiz) lub adresem e-mail: danuta.parcia@szpital-kolejowy.com

Zakład Opieki Zdrowotnej „Medycyna Pracy"

Sp. z o.o., Kraków, ul. Centralna 51,
zatrudni lekarza medycyny pracy i lekarza okulistę
na dogodnych warunkach finansowych.
Kontakt: tel. 518 825 517

Centrum Medyczne Diamed w Krakowie

poszukuje do współpracy lekarzy specjalistów
(lub w trakcie specjalizacji):
chorób wewnętrznych, geriatrii, medycyny rodzinnej,
medycyny pracy, kardiologii, laryngologii,
dermatologii, okulistyki, ortopedii.
Wymagane:
prowadzenie dokumentacji medycznej
w formie elektronicznej.
Oferujemy: pracę w komfortowych warunkach
w nowoczesnej placówce medycznej;
atrakcyjne wynagrodzenie; dodatkowe ubezpieczenia
zdrowia i życia dla pracowników.
Prosimy o składanie CV wraz z listem motywacyjnym
i zdjęciem w wersji elektronicznej.
Przychodnia Lekarska Diamed Sp. z o.o.
ul. Schweitzera 7, 30-695 Kraków,
Kontakt: tel. 503 088 166,
e-mail: sekretariat@cmdiamed.pl
www.cmdiamed.pl

Centrum Stomatologii i Medycyny Estetycznej Medicus w Słupsku

poszukuje trzech stomatologów
(doświadczenie nie jest wymagane) w pełnym
lub niepełnym wymiarze godzin
oraz stomatologa na staż.
Oferta dla lekarzy chcących się rozwijać w miłej
atmosferze i gronie doświadczonych specjalistów
chętnie dzielących się wieloletnim doświadczeniem
pracy z pacjentami.
Kontakt: Martyna Szcześniak, tel. 662 310 231,
e-mail: szczesniakmartyna.ms@gmail.com

Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklika w Tarnowie

zatrudni w Oddziale Dermatologii:
– lekarza dermatologa
w nowo powstałym Centrum Kardiologii:
– lekarza kardiologa lub lekarza będącego
w trakcie specjalizacji w dziedzinie kardiologii;
– lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych
Warunki pracy, tj. forma, wymiar zatrudnienia
oraz wynagrodzenie – do indywidualnego uzgodnienia.
Osoby zainteresowane proszone są o kontakt pod nr.
tel.: 14 631 06 06, 14 631 04 84
lub na e-mail: kadry@ssz.tar.pl

Za treść ogłoszeń Redakcja nie ponosi odpowiedzialności

NZOZ „Vita" sp. z o. o.
w Brzeszczach (powiat Oświęcim)

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

lekarzy POZ – nie jest wymagana specjalizacja
internistów, pediatrów
lekarzy AOS – każdy rodzaj specjalności
lekarzy medycyny pracy, techników radiologii techników i magistrów analityki medycznej masażystów, magistrów rehabilitacji

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

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt w celu umówienia spotkania
tel.: 32 733 80 47;
e-mail: sekretariat@nzozvita.com.pl

Studio Stomatologii Skrzat w Krakowie na Ruczaju

nawiążę współpracę z lekarzem ortodontą (może być w trakcie specjalizacji).
Zapewniamy dużą liczbę pacjentów,
pracę w zespole wielospecjalistycznym,
dni i godziny pracy do uzgodnienia.
CV prosimy wysyłać na adres: skrzat@studioskrzat.pl
Kontakt: tel. 600 464 425

Szpital Powiatowy w Limanowej

zatrudni lekarzy:
– specjalistów w dziedzinie medycyny rodzinnej,
– pediatrów do pracy w POZ,
– internistów do pracy w SOR
i oddziale chorób wewnętrznych, do pracy w gabinecie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
– diagnostów laboratoryjnych
i techników analityki medycznej.
Warunki płacy i formy zatrudnienia do uzgodnienia.
Szczegółowych informacji udziela dyrekcja Szpitala pod nr. tel. 18 330 17 80

Dr .... dnia .....

.....

.....
dokładny adres zamieszkania

Okręgowa Izba Lekarska
w Krakowie

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

.....

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

.....
podpis i pieczątka

200 lat Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

Miała być wielka gala, nie udało się, jednak czas biegnie i bez świętowania Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, „zaprzyjaźnione" z Towarzystwem Lekarskim Krakowskim, doczekało jubileuszu 200 lat. TLW było jednym z pierwszych, ale nie jedynym stowarzyszeniem lekarskim utworzonym w czasie zaborów na ziemiach polskich. W XIX i na początku XX w. wielu polskich lekarzy odczuwało potrzebę zrzeszania się, a ruch ten traktowany był jako praca społeczna w najszerszym tego słowa znaczeniu. Był to także wyraz patriotyzmu.

Jako pierwsze na ziemiach polskich powstało w 1805 r. Towarzystwo Lekarskie Wileńskie. W latach 1833-1840 towarzystwo lekarskie działało także w Poznaniu. W 1859 r. powstało w Lesznie „Sutyńskie" Towarzystwo Lekarskie, zajmujące się leczeniem metodami zachowawczymi. Mniej więcej w tym samym czasie zaczęło działać w Kamieńcu Podolskim Towarzystwo Lekarzy Podolskich, przetrwało ono jednak tylko kilka lat. W 1866 r. z istniejącego wcześniej C.K. Towarzystwa Naukowego Krakowskiego wyodrębniono niezależne Towarzystwo Lekarskie Krakowskie (TLK). Wiele towarzystw skupiających polskich lekarzy działało na terenie innych krajów, np. powstałe w 1858 r. w Paryżu, w Sankt Petersburgu (od 1901) czy w Chicago (od 1907 r.), które w 1912 r. objęło swoją działalnością obszar całych Stanów Zjednoczonych Ameryki. Żywot tych towarzystw był zwykle krótki, jedynie Towarzystwa Lekarskie Warszawskie i Krakowskie, z przerwą na okres okupacji niemieckiej, w czasie której ich członkowie działali w podziemiu, prowadząc tajne nauczanie i biorąc udział w walce zbrojnej, dotrwały do dzisiejszych czasów i prowadzą aktywną działalność.

W Warszawie już w 1808 r. zaczęło działać Towarzystwo Warszawskie Przyjaciół Nauk, z sekcją zwaną „wydziałem", obejmującą matematykę, fizykę, chemię, naukę lekarską, historię naturalną i ekonomikę, rozwiązane przez władze carskie w 1832 r. w ramach represji po powstaniu listopadowym. Odrębne Towarzystwo Lekarskie Warszawskie (TLW) założono w 1820 r.

Dwa wieki później TLW przygotowywało się do obchodów Jubileuszu 200-lecia. Planowano je na 18 czerwca br. na Zamku Królewskim w Warszawie, niestety, pandemia

Prof. Jerzy Jurkiewicz i prof. Igor Gościński; 150-lecie TLK, Uniwersytet Jagielloński, 2016 r.

pokrzyżowała te plany. Trudno przewidzieć, kiedy uroczyste obchody będą możliwe, dlatego warto przedstawić, nawet fragmentarycznie, fakty z historii Towarzystwa i postacie, które tę historię tworzyły.

Lekarz i historyk medycyny dr Józef Emilian Peszke, opisując burzliwy życiorys prof. Franciszka Antoniego Brandta (1777-1837) w książce „Album biograficzne zasłużonych Polaków i Polek wieku XIX", wydanej w Warszawie w 1901 r., podaje, że to on był inicjatorem powołania TLW. Zmobilizował kolegów „*widząc, że w uczonem gronie tem, zajętem zagadnieniami wielorakiemi, nauka, której sam był przedstawicielem, nie mogła liczyć na uwzględnienie dostatecznie rozległe, powziął wraz z kilkoma kolegami myśl założenia naukowego towarzystwa lekarskiego. Myśl tę, popieraną głównie przez przyjaciół swych, Czekierskiego i Wolffa, niebawem w czyn zamienił. W grudniu r. 1820 zawiązało się Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, a w dniu 10 kwietnia roku następnego Książę Namiestnik Królewski ustawę jego zatwierdził*". Obecnie skrótowo podaje się, że inicjatywa utworzenia stowarzyszenia lekarskiego zrodziła się w gronie profesorów ówczesnego Wydziału Akademicko-Lekarskiego Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego:

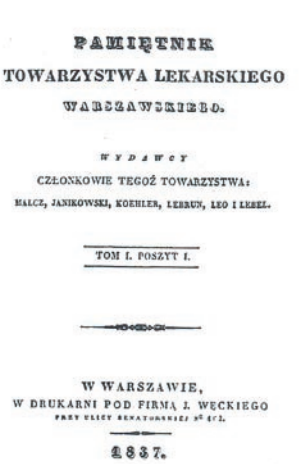
Augusta Ferdynanda Wolffa, Józefa Czekierskigo, Franciszka Brandta, Maurycego Woyde'a i Fryderyka Roemera oraz lekarzy Jana Kuehnela i Jana Theinera.

Pierwszym prezesem TLW został August Wolff, wiceprezesem prof. Andrzej Franciszek Dybek, po nim wiceprezesem był Franciszek Brandt, który potem do 1837 r. pełnił funkcję prezesa. Cele i działalność TLW w krótkich słowach scharakteryzował obecny prezes prof. Jerzy Jurkiewicz w zaproszeniu na nieodbytą galę jubileuszową. Założono je, cytując pierwszy statut, dla: „*przykładania się do udoskonalenia umiejętności lekarskich, zbliżenia do siebie osób naukowych, poświecenie się tymże umiejętnościom w Polsce i wzajemnego udzielania sobie uwag w przedmiotach wyżej wymienionych, mianowicie kraju Polskiego dotyczących się*". Dalej czytamy: „*Powołane do życia w okresie niewoli, kiedy Polski nie było już na mapie Europy, przyjęło jako naczelne hasło swojego działania obowiązek służby „Ludziom i Ojczyźnie". Losy Towarzystwa przez te minione, często tragiczne lata zaborów, wojen, powstań narodowych, okupacji były ściśle związane z losem mieszkańców Warszawy. Byliśmy zawsze razem. Lista członków Towarzystwa to zarazem spis najwybitniejszych polskich lekarzy XIX i XX wieku, oddanych Polsce uczonych, społeczników i patriotów...*".

W 1951 r. TLW zostało wcielone jako Oddział Warszawski do Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Do pierwotnej nazwy wróciło w 1979 r. Od 1995 r. nieprzerwanie funkcję Prezesa TLW pełni prof. Jurkiewicz i do jego zasług należy wznowienie w 1997 r., po 60 latach przerwy, wydawania „Pamiętników Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego" (PTLW), ukazujących się od 1837 r., a dokumentujących jego bardzo szeroką działalność. Wydawnictwo przedstawia też zasłużonych lekarzy. Szczególną uwagę poświęcono lekarzom działającym w czasie i po Powstaniu Warszawskim. Temu celowi służyło powołanie Koła Lekarzy i Medyków Uczestników Powstania Warszawskiego, z pierwszym przewodniczącym prof. Andrzejem Danyszem. Przy wsparciu finansowym OIL w Warszawie wydano dwukrotnie suplementy PTLW „Powstanie Warszawskie i Medycyna. Wspomnienia lekarzy, medyków i sanitariuszek z Powstania Warszawskiego", przy czym drugie wydanie znacznie poszerzono. Prof. Jurkiewicz tak podsumował losy członków TLW: „*W czasie II wojny światowej członkowie TLW ginęli w obozach koncentracyjnych, byli mordowani na Pawiaku, w Katyniu, w gettach, wielu poległo w czasie Powstania Warszawskiego. Zginęło około 300 członków TLW. A jednak mimo terroru i eksterminacji, TLW nie zaprzestało swojej działalności, udzielano pomocy żołnierzom Polski Walczącej, działała Rzeczpospolita Ujazdowska, kwitło tajne nauczanie*".

Należy podkreślić, że prof. Jurkiewicz skupił wielu współpracowników, którzy są współautorami sukcesów TLW, by wymienić dr Wiesławę Granowską, dr Krystynę Podgórską, dr. Józefa Hornowskiego, profesorów Andrzeja Śródkę, Tadeusza Tołłoczkę, Edwarda Towpika i wielu innych. Było to możliwe nie tylko ze względu na pracowitość wymienionych, ale i na osobowość Prezesa. Zaznaczmy tylko, że prof. Jurkiewicz jest absolwentem AM w Katowicach, specjalistą neurochirurgii i anestezjologii. Pracował w Zabrzu, następnie w Centrum Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN w Warszawie, od 2005 r. był kierownikiem Kliniki Neurochirurgii WUM i ordynatorem Oddziału Neurochirurgii Szpitala Bielańskiego. Jest autorem ponad 170 prac naukowych i doniesień zjazdowych, członkiem wielu towarzystw naukowych, w tym długoletnim członkiem ZG Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Działa również na niwie Kościoła rzymskokatolickiego. Za pracę zawodową i społeczną otrzymał wiele odznaczeń i wyróżnień.

22 października 2009 r. podczas obchodów 70. urodzin i 15-lecia prezesury prof. Jurkiewicza krakowskie środowisko lekarskie i TLK reprezentowali profesorowie Zdzisław Gajda i Igor Gościński. Prezes TLK, jako ostatni mówca, powiedział: „*Wbrew wcześniejszej opinii, że krakowianie się nie lubią z warszawiakami, muszę przyznać, że wcale tak źle nie jest. Od lat istniała dobra współpraca, ale chciałbym powiedzieć, że owa intensywność współpracy jest największa w ostatnim okresie, kiedy dwóch neurochirurgów jest prezesami dwóch najstarszych towarzystw*".

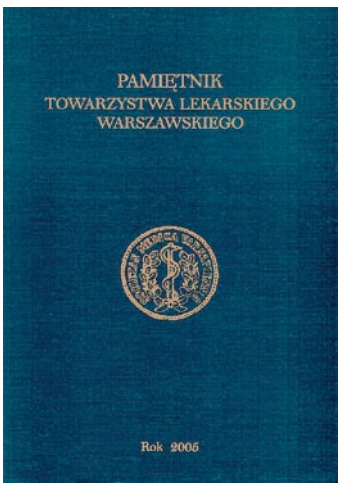

PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO.

WYDAWCY
CZŁONKOWIE TEGOŻ TOWARZYSTWA:
MALCZ, JANIKOWSKI, KOEHLER, LEBRUN, LEO I LEBEL.

TOM I. POSZYT I.

W WARSZAWIE,
W DRUKARNI POD FIRMĄ I. WĘCKIEGO

1837.



Ścisła współpraca TLW i TLK rozpoczęła się za prezesury prof. Marii Rybakowej, poprzedniczki prof. Gościńskiego. Jej spektakularnym wyrazem był wspólny list otwarty do społeczności lekarskiej w sprawie zagrożeń w medycynie i naruszenia etosu lekarza pt. „Stanowisko Towarzystw Lekarskich Warszawskiego i Krakowskiego w sprawie sytuacji stanu lekarskiego i medycyny we współczesnym świecie". Opublikowany w 2001 r. w organie TLK „Przeglądzie Lekarskim" oraz „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego" i przesłany do ówczesnych władz dokument jest w zasadzie nadal aktualny.

Dr n. med. Adam Wiernikowski

Fot: Jerzy Sawicz, archiwum TLK

Dr hab. n. med.
Janina Kujawska-Tenner
ur. 20 czerwca 1928 r. w Brzezinkach Śląskich
zm. 31 stycznia 2020 r. w Krakowie
(pochowana w Pszczynie)

31 stycznia 2020 roku w Hospicjum im. św. Łazarza w Krakowie zmarła dr hab. n. med. Janina Kujawska-Tenner, dla pracowników Hospicjum – Pani Docent.

Urodziła się 20 czerwca 1928 roku w Brzezinkach Śląskich w rodzinie lekarskiej Kazimierza i Marii z d. Rajda. W czasie II wojny światowej m.in. więziona w nazistowskim obozie koncentracyjnym w Ravensbrück w Niemczech. Po zakończeniu studiów medycznych, w latach 50. stworzyła od podstaw Pracownię Rentgenoterapii, przekształconą później w Zakład Radioterapii Krakowskiego Oddziału Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. W latach 70. brała udział w tworzącym się ruchu społecznym „Solidarność", w którym zetknęła się z Zespołem Synodalnym przy Arce Pana w Krakowie-Nowej Hucie, gdzie dyskutowano m.in. o budowie Domu Hospicjum dla nieuleczalnie chorych. Zainteresowana tematem w 1978 roku uczestniczyła w wykładach Dame Cicely Saunders, znanej charyzmatycznej lekarki, założycielki pierwszego nowoczesnego hospicjum w Wielkiej Brytanii. Od tej pory była zaangażowana w powstanie w 1981 roku Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Hospicjum" w Krakowie, pierwszego stowarzyszenia hospicyjnego w Polsce, którego została pierwszym prezesem. Zabiegając przez lata o darczyńców z wielu krajów, w istotny sposób wsparła budowę, a później także funkcjonowanie Hospicjum im. św. Łazarza.

Była inicjatorką wprowadzania naukowych metod leczenia objawów towarzyszących chorobie nowotworowej. Miało to miejsce z początkiem lat 90. w założonej przez nią, już na emeryturze, Poradni Terapii Paliatywnej Centrum Onkologii w Krakowie, a od 1993 roku także w Poradni Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej TPCH „Hospicjum św. Łazarza". Z jej inicjatywy powstała także hospicyjna Poradnia Leczenia Obrzęku Limfatycznego, pierwsza w Polsce tego typu placówka, oferująca pacjentom onkologicznym z objawami niewydolności chłonnej kompleksową terapię przeciwobrzękową, wzorowaną na ówczesnych ośrodkach brytyjskich.

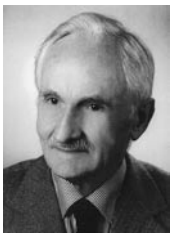
Przykładając ogromną wagę do podnoszenia kwalifikacji zawodowych personelu medycznego, była inicjatorką założenia naukowej biblioteki hospicyjnej, w której, dzięki Jej osobistemu wsparciu i pozyskaniu darczyńców, udostępniano unikatowe w tym czasie w skali kraju, wiodące czasopisma i książki z zakresu opieki paliatywnej. Organizowała także od 1994 roku cykliczne szkolenia dla zespołów opieki hospicyjnej oraz od 1995 roku kursy leczenia obrzęku limfatycznego. Zabiegała jednocześnie o możliwość uczestniczenia personelu medycznego Hospicjum w konferencjach i szkoleniach zagranicznych w wiodących ośrodkach w Europie. Tłumaczyła i popularyzowała światowe wytyczne postępowania w chorobach nowotworowych i opiece paliatywnej.

Dr hab. Janina Kujawska-Tenner, powołana jako przedstawicielka pozarządowego hospicjum, wniosła (obok prof. Jacka Łuczaka, (zm. w 2019 r.) kluczowy wkład w prace Krajowej Rady Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej przy Ministrze Zdrowia i przy powstaniu zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia Programu Rozwoju Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej w Polsce. Zainicjowała też prace nad powstaniem nowych specjalizacji z medycyny paliatywnej dla lekarzy oraz z opieki paliatywnej dla pielęgniarek. Aktywnie uczestniczyła też w pracach Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, którego została pierwszym członkiem honorowym.

Mówiąc o opiece hospicyjnej, Pani Docent podkreślała zawsze jej holistyczny, wielowymiarowy charakter, wymagający dostrzeżenia różnorodnych potrzeb chorych. Jednocześnie kładła szczególny nacisk na konieczność zapewnienia chorym profesjonalnej pomocy przez odpowiednio wyszkolony personel medyczny, dysponujący nowoczesnymi metodami terapeutycznymi. Jako nauczyciel i naukowiec była wymagająca w stosunku do współpracowników. I, zwłaszcza w ostatnich latach życia, pełniła rolę nieocenionego mentora na drodze rozwoju naukowego kolejnego pokolenia lekarzy.

Wraz z Nią odeszła istotna cząstka polskiej historii opieki hospicyjnej.

Dr n. med. Tomasz Grądalski



Dr n. med.
Czesław Żurowski
ur. 2 października 1927 r. w Łazach k. Krakowa
zm. 2 września 2020 r. w Krakowie

8 września pożegnaliśmy naszego Kolegę i Przyjaciela Doktora Czesława Żurowskiego. Na pogrzebie był prawdziwy tłum. Poza rodziną i najbliższymi, także współpracownicy z wielu instytucji medycznych: państwowych, społecznych i charytatywnych, w których działał przez długie lata. Jednak najliczniejszą grupę stanowili Jego pacjenci. Ci, którymi opiekował się jako znakomity, troskliwy lekarz, życzliwy dla wszystkich potrzebujących, także dla ludzi wykluczonych, bezdomnych, z potrzeby pożegnania tego szlachetnego Człowieka, Samarytanina naszych czasów, przedstawiciela epoki wiary w braterstwo ludzi, która wraz z nim odchodzi.

Dr Czesław Żurowski urodził się 2 października 1927 r. w Łazach k. Krakowa, w gminie Jerzmanowice-Przeginia, w posiadłości nadanej Żurowskim przez króla Augusta II w 1724 r. Wychowanie w tradycyjnej, chrześcijańskiej rodzinie ukształtowało charakter i poglądy młodego członka rodu. W psychice przyszłego lekarza ślad pozostawiły niestety także dramatyczne wypadki związane z okupacją niemiecką. Miał kilkanaście lat, kiedy przeżył w 1943 roku pacyfikację rodzinnej wsi, brutalnie przeprowadzoną przez gestapo wspierane przez Wehrmacht. Był świadkiem aresztowania ojca i znęcania się nad nim przez niemieckich oprawców, którzy następnie wywieźli go do obozu koncentracyjnego. Sam Czesław też doznał dotkliwego pobicia przez niemieckiego oficera, gdy usiłował przynieść wodę maltretowanym mieszkańcom wsi, zapędzonym przez hitlerowców do stodoły. O tym dramatycznym epizodzie wspominał rzadko i niechętnie, ale przechowywał w pamięci te obrazy udręki i poniżania godności ludzkiej (IPN, „Łazy 43", Jerzmanowice 2008).

W roku 1947 rozpoczął studia medyczne na Wydziale Lekarskim UJ, w roku 1952 otrzymał dyplom lekarza. Podjął pracę w Przychodni Kolejowej w Krakowie i na Stacji Pogotowia Ratunkowego, której wkrótce został kierownikiem. W tym samym czasie, jako wolontariusz, odbywał staże specjalizacyjne w I Klinice Chorób Wewnętrznych, pod kierunkiem ówczesnego rektora, prof. dr. Leona Tochowicza, uzyskując w roku 1964 stopień specjalisty II st. w zakresie chorób wewnętrznych. W 1964 roku Czesław Żurowski obronił pracę doktorską pt. „Znaczenie kliniczne pomiarów szybkości krążenia krwi". W lutym 1974 roku został powołany na stanowisko dyrektora Szpitala Kolejowego w Krakowie oraz Ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych. Stanowisko to piastował ponad 20 lat. Otrzymał wiele wysokich odznaczeń resortowych, państwowych, w tym Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski oraz Medal za Zasługi dla Miasta Krakowa.

Pozostałą część życia Doktora wypełniała działalność społeczna oraz pomoc ludziom bezdomnym, ubogim, doznającym wykluczenia społecznego. Przez ponad 30 lat współpracował ze Stowarzyszeniem Lekarze Nadziei jako wolontariusz w charakterze kierownika gabinetu internistycznego Przychodni Lekarskiej dla Ludzi Bezdomnych, Ubogich i Migrantów SLN przy ul. Olszańskiej 5, a następnie przy ul. Smoleńsk 4 w Krakowie. Stał się tam niezastąpionym nauczycielem młodych lekarzy. Jego ujmująca osobowość sprawiała, że cieszył się wielką sympatią, stworzył rodzinną atmosferę wśród kolegów, nie zapominał o przepracowanych pielęgniarkach, którym nierzadko przynosił słodycze. Sam głęboko wierzący, obdarowywał nas wydawnictwami katolickimi. Został wybrany przewodniczącym Oddziału Krakowskiego SLN. Z wielkim zapałem organizował wysyłki materiałów medycznych i książek dla Polaków żyjących na dawnych Kresach Wschodnich. W pracy tej pomagała Mu Żona, dr Krystyna Żurowska, lekarz pediatra (nb. urodzona we Lwowie).

Walne Zebranie Członków Stowarzyszenia Lekarze Nadziei nadało Doktorowi Żurowskiemu tytuł Honorowego Członka Stowarzyszenia, „za wieloletnią, charytatywną działalność lekarską na rzecz ludzi najbardziej potrzebujących pomocy medycznej oraz za krzewienie etyki i podnoszenie godności każdego człowieka inspirowanymi chrześcijańskimi wartościami".

By dopełnić życiorys Doktora Żurowskiego, dodajmy, że przez kilkadziesiąt lat pełnił bezinteresownie funkcję lekarza w klasztorze, seminarium i dziełach oo. franciszkanów. W podzięce za tę opiekę jako jeden z pierwszych

otrzymał prestiżową nagrodę Rady Prowincji Franciszkańskiej. Dr Żurowski zapytany kiedyś, skąd czerpie siły do tak rozległej charytatywnej działalności, wyznał, że skoro otrzymał od Stwórcy talent leczenia ludzi, to stara się go wykorzystać jak najlepiej, dopóki starczy sił…

Niestety, tych sił coraz bardziej ubywało. Z podziwem i z najwyższym szacunkiem patrzyliśmy, jak ten 90-letni lekarz przychodzi regularnie na dyżury do Przychodni dla Bezdomnych, entuzjastycznie witany przez pacjentów.

Takim zapamiętamy Go na zawsze.

prof. Zbigniew Chłap

Pamięci Zbyszka Żaka w 15. rocznicę śmierci

Ten tekst przeznaczony jest wyłącznie dla tych, którzy Go znali. I co się rozumie samo przez się, których On znał. Z perspektywy czasu, wydaje się, że znał wszystkich, od Piotra Skrzyneckiego po Marka Pacułę, od Leszka Długosza po Mariana Koniecznego, od Andrzeja Fortuny po Konstantego Radziwiłła. Anna Maciąg, której przyszło przejąć cały ten orszak, częściowo już też nieobecny, do dzisiaj trafia na nieznanych jej dotąd pacjentów mieniących się przyjaciółmi Zbyszka z lat…

No właśnie. W listopadzie mija 15 lat Jego nieobecności. I nikt mnie nie przekona, że takie luki wypełniają się samoczynnie, bo coś tam nie lubi próżni.

Kto znał Żaka, wie, że tego typu osobowości są niepowtarzalne. Że tej łatwości przechodzenia na „ty"; obdarzania każdego radosnym uśmiechem; witania wszystkich Pań świata (niezależnie od wieku czy pozycji społecznej) pocałunkiem; umiejętności bezpośredniego poruszania najtrudniejszych kwestii bez urażania kogokolwiek; wreszcie ustawicznej gotowości do pomocy w każdej sprawie – otóż tego wszystkiego nie spotyka się na co dzień. I w żaden sposób nie da się tego odtworzyć czy powielić. Jakkolwiek zatem cenna i ważna pozostaje tablica na budynku przedwojennej lecznicy Kasy Chorych, upamiętniająca Jego imię przy ulicy Batorego 3, czy nadanie Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej Jego imienia, nazwa pozostaje nazwą, a tablica jedynie tablicą. Choć te słowa na niej, autorstwa Leszka Długosza, nadal parzą („Że ogień, że śpiew wspólny niecił, i w trudzie innych widział swe udziały, dlatego więcej żył, więcej tu zostawił").

Wypada oczywiście poświęcić akapit Jego karierze (gdyby „ktoś postronny" zabrał się za lekturę tego tekstu). Nie był uczonym. Był z krwi i kości działaczem. Współtworzył jako sekretarz Izby pierwszy samorząd lekarski w Krakowie od podstaw, u boku Jana Ciećkiewicza. Jednocześnie należał do jego odnowicieli w skali kraju (członek krajowej komisji reaktywacyjnej powołanej przez Ministerstwo Zdrowia). Zorganizował nową siedzibę Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej przy ul. Batorego, a równolegle, to się nie mieści w głowie, założona przez niego sieć powiatowych przychodni stomatologicznych w Małopolsce obejmowała opieką 83 proc. młodzieży szkolnej. Klęska systemowa w tym względzie jest w medycynie nieporównywalna. 11 proc. budżetu zdrowia kierowane wówczas na stomatologię spadło aktualnie do około 3 proc. Danych dotyczących próchnicy u dzieci, stanu uzębienia starszego pokolenia lepiej nie przytaczać, choć nie ma premiera III RP, który by nie zapowiadał poprawy.

Zbyszek, obok swego przyjaciela Andrzeja Janusza Fortuny, był na pierwszej linii walki o te nakłady. To on negocjował w imieniu Naczelnej Rady Lekarskiej, jako jej wiceprezes, kwestie nostryfikacji polskich dyplomów stomatologicznych w Unii Europejskiej. Nazwy „stomatolog" nie udało się przeprowadzić (na Zachodzie to jedna ze specjalizacji po studiach medycznych), ale pozostałe uprawnienia uzyskaliśmy w pełni.

Nie mnożę tu szczegółów biografii zawodowej Doktora Żaka. Nie potrafię też oddać klimatu dnia powszedniego na gruncie przyjaźni, spełniającej się m.in. na co dzień w ramach wspólnie prowadzonego latami 200-letniego domu po przodkach Zbyszka w Starym Sączu.

Potwornie mi Go brakuje. Nie tylko mnie. Nie będę tu wyliczał, komu szczególnie. Teresie i dzieciom – to oczywiste. Ale w Izbie, którą dziś kieruje też stomatolog, przyjaciel sprzed lat, pamięć Żaka jest wciąż żywa, choć jego pokolenie zwolna przemija. Jedno jest pewne. Odszedł jako jego pionier. Zawsze chciał być pierwszy. I tym razem mu się udało. Bez sensu.

Stefan Ciepły

Składki członkowskie

Uchwała nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2014 r.
w sprawie wysokości składki członkowskiej

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

§1

1. Ustala się wysokość składki obowiązującej lekarza i lekarza dentystę, członka okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej, zwanego dalej „lekarzem", w wysokości 60 zł miesięcznie.

2. Lekarz posiadający ograniczone prawo wykonywania zawodu, zwany dalej „lekarzem stażystą", opłaca składkę w wysokości 10 zł miesięcznie.

§2

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

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

2) utracił prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki.

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

1) na konto bankowe okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej lub

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

3) w kasie okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej.

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

§3

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

1) ukończył 75 lat;

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

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

(...)

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

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

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

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

§ 4

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

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

§ 5

Traci moc uchwała Nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2004 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej, zmieniona uchwałą Nr 9/12/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 kwietnia 2012 r. zmieniającą uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej.

§ 6

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

Prezes Maciej Hamankiewicz
Sekretarz Konstanty Radziwiłł

Załączniki do Uchwały znajdują się na stronie:

www.nil.org.pl

Przypominamy

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

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

Numer indywidualnego konta – na które proszę przekazywać comiesięczne składki – pozostaje bez zmian.

W wypadku wątpliwości prosimy o kontakt z Izbą Lekarską w Krakowie

tel: 12 619 17 32

e-mail: skladki@oilkrakow.org.pl

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

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

Numery wewnętrzne:

- Dyrektor Biura (mgr J. Bizoń) 619 17 05
- Kancelaria OROZ (kierownik mgr S. Smoleń) 619 17 25
  e-mail: s.smolen@hipokrates.org
- Kancelaria OROZ ..... 619 17 17; fax 619 17 29
  e-mail: kancelariaoroz@gmail.com
- Kancelaria Sądu Lekarskiego (mgr E. Kowaliczek) 619 17 08
  e-mail: emilia@oilkrakow.org.pl
- Biuro Radców Prawnych (mgr D. Dziubina) 619 17 26
  e-mail: d.dziubina@hipokrates.org
- Rejestr Lekarzy 619 17 16
  e-mail: rejestr57@hipokrates.org
- Rejestracja Indyw. Praktyk; Staże podyplomowe 619 17 13
- Księgowość (mgr M. Chodór) 619 17 15
  e-mail: ksiegowosc57@hipokrates.org
- Kasa 619 17 14
- Składki 619 17 32
  e-mail: skladki@oilkrakow.org.pl
- Redakcja „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej”..... 619 17 27
  e-mail: redakcja@oilkrakow.org.pl
- Informatycy; str. internetowe 619 17 01

Komisje:

- Bioetyczna (A. Krawczyk) 619 17 12
  e-mail: a.krawczyk@hipokrates.org
- Etyki 619 17 13
- Kształcenia (mgr P. Pachel) 619 17 22
  e-mail: ksztalcenie57@hipokrates.org
- Sportu, Turystyki i Rekreacji 619 17 01
- Socjalno-Bytowa 619 17 18
- Stomatologiczna (mgr K. Trela) 619 17 18
  e-mail: k.trela@hipokrates.org
- Współpracy Zagranicznej i Obcokrajowców..... 619 17 05
- ds. Lek. Seniorów 619 17 01
- ds. Młodych Lekarzy; ds. Praktyk (mgr A. Chuchmacz)... 619 17 13
  e-mail: a.chuchmacz@hipokrates.org
- Zespół ds. POZ 619 17 12
- Zespół ds. AOS 619 17 12
- Zespół ds. Szpitalnictwa 619 17 12
- Zespół ds. Opieki Długoterminowej i Opieki Hospicyjnej ... 619 17 16
- Zespół ds. Kultury 619 17 16
- Rzecznik Praw Lekarza 619 17 13

Biuro OIL w Krakowie – przyjmowanie stron: oraz Delegatury

w Krośnie:
ul. Niepodległości 2, 38-400 Krosno
tel. 13 432 18 59; e-mail: krosno@hipokrates.org

w Nowym Sączu:
ul. Kopernika 18, 33-300 Nowy Sącz
tel. 18 442 16 47; e-mail: nowy.sacz@hipokrates.org

w Przemyślu:
Rynek 5, 37-700 Przemyśl
tel. 16 678 26 70, fax 16 678 33 24 e-mail: przemysl@hipokrates.org

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

Dyżury Radców Prawnych:

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

Kancelaria Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

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

Ubezpieczenia

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

Galicyjska Gazeta Lekarska
PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

Galicyjska Gazeta Lekarska – Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie • nakład 16 050 egz.
ul. Krupnicza 11a, 31–542 Kraków; tel. 12 619 17 27; fax: 12 422 57 55; e-mail: redakcja@oilkrakow.org.pl
Redaguje kolegium w składzie: Redaktor Naczelny – Janusz Legutko; Sekretarz Redakcji – Jolanta Grzelak-Hodor
Członkowie: Stefan Ciepły, Jerzy Friediger, Artur Hartwich, Mariusz Janikowski, Bożena Kozanecka, Małgorzata Popławska, Filip Ratkowski, Jacek Tętnowski, Katarzyna Turek-Fornelska, Andrzej Urbanik, Krzysztof Zgłobicki (grafika), Katarzyna Domin (korekta). Przygotowanie do druku: Globic; e-mail: globic@gmail.com

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