nakład 15 800 egz. ISSN 1897-7782

Galicyjska Gazeta Lekarska

PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

2021

2/180

marzec / kwiecień

Nie poddajemy się

W numerze m.in.:

O chęci ucieczki lekarzy z zawodu z prof. B. Buchelt rozmawia J. Hodor (5)

Szpital tymczasowy EXPO i jego kadrę przedstawia K. Domin (9)

O spisie powszechnym i niepokojach demograficznych pisze S. Ciepły (14)

Krakowska Izba Lekarska już po zjeździe (16)

Zawroty głowy – z dr K. Zajdel o problemach w diagnostyce i leczeniu rozmawia J. Sieradzka (22)

Prawo i medycyna – zasady prowadzenia eksperymentów medycznych przedstawia D. Dziubina (26)

Co robić w wolnym czasie – nasze propozycje (36)

Psychoterapię psychodynamiczną przybliża psycholog K. Dyga (40)

W 10. rocznicę śmierci dr. J. Kowalczyka wspomina S. Ciepły (47)

Pożegnania: dr A. Mazurkiewicz, dr hab. E. Szwagrzyk, prof. P. Stręk, prof. K. Urbański (48)

Fot. Szpital im. Rydygiera Sp. z o.o.

Wiosna będzie nasza

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Wygląda na to, że wreszcie są szczepionki, co wcale nie oznacza szybkiej poprawy sytuacji zdrowotnej. Nie jestem pesymistą, nie wróżę czwartej fali, biorę tylko za punkt wyjścia liczbę zaszczepionych drugą dawką. 20 kwietnia po drugim szczepieniu było 2 307 284 Polaków. Wobec liczby mieszkańców naszego kraju to dramatycznie mało i bardzo daleko do osiągnięcia tzw. odporności populacyjnej. Na dodatek terminy szczepień między pierwszą a drugą dawką wydłużyły się, a miały być krótsze. Nie komentuję, mam tylko nadzieję, że procedury są przestrzegane. Na szczęście, w chwili, gdy to piszę, trzecia fala zaczyna opadać, znikają kolejki karetek sprzed szpitali, a wojewoda małopolski zapowiada stopniowe zmniejszanie liczby łóżek covidowych.

Jednak przy tych covidowych łóżkach nadal są nasze Koleżanki i Koledzy, lekarze i lekarze dentyści, którym w tym miejscu pragnę podziękować za heroiczny wysiłek i poświęcenie. Nie ma słów, którymi można wyrazić znaczenie pracy, jaką wykonujecie.

Wróćmy jednak do codziennego życia przeciętnego obywatela. Będą znikać covidowe łóżka, już zniknęły zagrożenia epidemiczne wynikające z kumulacji dni wolnych od pracy oraz skumulowanego pędu Polaków na łono natury, choćby oglądanej z Krupówek. Wkrótce uwagę opinii publicznej prędzej przyciągnie jakiś jednostkowy incydent („w podziemiu" ponoć znów organizuje się wielkie wesela), chyba że od tematów pandemicznych ciekawsza na dłużej stanie się jakaś istotna zmiana na scenie politycznej, w rodzaju powołania rządu mniejszości lub zapowiedzi przedterminowych wyborów do Sejmu. Ale nie oczekują tego przecież szefowie spółek Skarbu Państwa ani też opozycja. Ci pierwsi, bo jest im dobrze, ci drudzy, bo są kompletnie nieprzygotowani (na wypadek zwycięstwa) do pokierowania rozdygotanym państwem.

My róbmy swoje. Mam nadzieję, że dla nas lekarzy te dwa miesiące poprzedzające wakacje będą już czasem przywracania względnej normalności w szpitalach, poradniach, gabinetach. Mimo niedostatków kadrowych trzeba wznowić wszystko: operacje planowe, konieczne badania specjalistyczne, bezpośrednie porady (bo te online dalekie są od doskonałości). Natomiast sama akcja szczepień będzie przede wszystkim egzaminem dla służb pokrewnych. Państwo sobie z nim poradzi – żołnierze i strażacy, studenci i biznesmeni wesprą, a telewizja „publiczna" będzie miała okazję przekonania opornych do szczepień.

Tylko jak wracać do „normalności", skoro wielu z nas już sobie jej nawet nie potrafi wyobrazić. Chyba będziemy inni. Niestety, wszystkie badania dowodzą, że kondycja psychiczna kadry medycznej jest coraz gorsza. Coraz więcej lekarzy ma ochotę jeśli nie całkowicie zaprzestać wykonywania zawodu, to przynajmniej zmienić miejsce pracy, nawet na bardzo odległe. Przemęczenie, brak wsparcia, brak społecznego uznania dla kadry medycznej, brak nadziei na lepszą przyszłość polskiego systemu ochrony zdrowia i wszystko to, z czym spo-

tkamy się na co dzień sprzyja frustracji (o czym m.in. piszmy w tym wydaniu „GGL"). Przemęczenie psychiczne i fizyczne ma katastrofalne skutki, więc nie lekceważmy potrzeby wypoczynku.

Dbajmy o siebie, byśmy mieli siłę cieszyć się z końca tego szaleństwa. Nie liczyłbym jednak na pełną swobodę, czyli na osiągnięcie koniecznego progu odporności zbiorowej już latem. Ani nawet wczesną jesienią, bo, jeśli szczepionek nie braknie, to do pokonania będą jeszcze szeregi antyszczepionkowców. Wątłe, lecz hałaśliwe. Ale miejmy nadzieję, że wiosna żadnych nowych atrakcji nam już nie dostarczy. Będzie nasza. COVID-19 musi przegrać, choć koszt jest wysoki. Te zapowiadane miliony szczepionek w końcu pozwolą ostatecznie wyeliminować zagrożenie. Póki nie zafundujemy sobie czegoś nowego.

Robert Stępień
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej

W skrócie

Przyjmowanie materiałów do numeru zakończono 20 kwietnia 2021

Okręgowy Zjazd już za nami

XL Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie udzielił Okręgowej Radzie Lekarskiej absolutorium za rok 2020. Uchwała w tej sprawie została podjęta w trybie obiegowym. Przyjęto też inne uchwały ważne dla sprawnego funkcjonowania Izby.

Doroczny Zjazd Lekarzy krakowskiej Izby po raz drugi odbył się wyłącznie w formie elektronicznej, w dniach 26-27 marca. W głosowaniach wzięło udział 189 z 270 delegatów.

(*Więcej na stronie 18*)

Krajowy Plan Odbudowy

W ciągu najbliższych 5-6 lat polski sektor ochrony zdrowia powinien z funduszy unijnych otrzymać prawie 3,4 mld euro, czyli ponad 21 mld zł, i to może nie być wszystko. Środki te rząd chce w ramach Krajowego Planu Odbudowy przeznaczyć przede wszystkim na kształcenie większej liczby kadr medycznych, do czego potrzebna jest m.in. rozbudowa bazy dydaktycznej uczelni oraz akademików, na wzmocnienie badań naukowych i zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii.

Jak zastrzegają przedstawiciele rządu, Komisja Europejska sprzeciwia się wydawaniu tych pieniędzy na finansowanie bieżących wydatków na opiekę zdrowotną, więc szybkiej poprawy w dostępności świadczeń raczej się nie spodziewajmy.

Nie ma niemoralnych szczepionek

Eksperci skupieni w inicjatywie Nauka Przeciw Pandemii wydali oświadczenie, w którym podkreślają, że zaszczepienie jakąkolwiek szczepionką przeciw COVID-19 jest najlepszym świadectwem troski o bliźniego.

„By wyprodukować szczepionki przeciw COVID-19 w oparciu o technologię wektorową, nie trzeba było przeprowadzać żadnej aborcji, nie ucierpiała żadna istota ludzka" – podkreślali eksperci, m.in. prof. Krzysztof Pyrć (Małopolskie Centrum Biotechnologii UJ). „Szczepienia przeciw COVID-19 ratują życie. Wskazywanie, że jedne szczepionki są mniej moralne od innych, to budowanie ogólnej do nich niechęci. A powinna przyświecać nam troska o każdego bliźniego. Zaszczepienie – jakąkolwiek szczepionką przeciw COVID-19 – jest najlepszym świadectwem tej troski, również o dzieci nienarodzone. COVID-19 jest bardzo niebezpieczny, także dla kobiet w ciąży" – napisali naukowcy i lekarze w swoim stanowisku, będącym reakcją na oświadczenie Episkopatu Polski, dotyczące „moralnych" aspektów szczepienia przeciw koronawirusowi. (*Źródło: UJ CM, więcej na stronie internetowej Uczelni*)

Kary za nieszczepienie dzieci nie naruszają prawa

Europejski Trybunał Praw Człowieka uznał, że nakładanie kar administracyjnych na rodziców za niezaszczepienie dziecka obowiązkowymi w Czechach szczepionkami nie narusza Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. Zdaniem ETPC, dopuszczalna jest także sankcja w postaci nieprzyjęcia niezaszczepionego dziecka do przedszkola. A tak władze Czech od kilku lat motywują swoich obywateli do nielekceważenia szczepień obowiązkowych dzieci. Trybunał stwierdził, że rozwiązania te są proporcjonalne do celów – czeskim władzom nie chodzi bowiem o ograniczenie praw jednostki, lecz o ochronę ogółu społeczeństwa przed chorobami oraz zagrożeniem dla życia. Obowiązkowe szczepienia chronią nie tylko zaszczepionych, lecz także tych, którzy ze względów zdrowotnych nie mogą przyjąć szczepionki. Czeska polityka zdrowotna jest więc zgodna z najlepiej pojętym interesem ogółu dzieci.

Zmarnowane szanse pacjentów

Centrum Cyklotronowe Bronowice mogłoby leczyć znacznie więcej pacjentów z nowotworami poza narządem wzroku. Jednak ani Minister Zdrowia, ani NFZ, ani Narodowy Instytut Onkologii Oddział w Krakowie nie uczyniły wystarczająco dużo, by protonoterapia była rzeczywiście dostępna. Urzędnicy nie zakwalifikowali do programu leczenia prawie trzech czwartych rekomendowanych rodzajów nowotworów. To ustalenia Najwyższej Izby Kontroli.

Wg NIK, w latach 2015-2020 leczeniu nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku poddano zaledwie 360 pacjentów, wobec możliwości Centrum ustalonej na ok. 400 osób rocznie. Powód – w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych zawężono listę wskazań. Spowodowało to stratę na działalności leczniczej CCB, która od 16 października 2015 r. do 30 czerwca 2020 r. wyniosła ok. 4 688,6 tys. zł.

Pierwotne zalecenia ekspertów dotyczyły możliwości protonoterapii blisko 50 nowotworów złośliwych, jednak – na polecenie MZ – lista przekazana AOTMiT obejmowała wyłącznie 10 wskazań, z czego Agencja pozytywnie zaopiniowała jedynie siedem. W konsekwencji w latach 2016-2018 możliwość skorzystania z protonoterapii ominęła ponad połowę spośród 429 pacjentów. Dopiero w 2019 r. listę poszerzono o kolejne dziewięć wskazań.

Małopolski Oddział NFZ wg NIK również nierzetelnie i nieskutecznie działał na rzecz organizacji świadczeń i dostępności pacjentów pediatrycznych do tej terapii. NIK krytycznie ocenił też postępowanie Narodowego Instytutu Onkologii – Oddziału w Krakowie. (*Źródło: NIK*)

Kolejny rekord Wielkiej Orkiestry

Na zakup sprzętu dla dziecięcej laryngologii i diagnostyki głowy Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy zebrała w tym roku 210 813 830,10 zł. To ponad 20 mln zł więcej niż podczas poprzedniego Finału WOŚP (mającego miejsce jeszcze przed atakiem SARS-CoV-2) i najwięcej w historii wszystkich zbiórek Orkiestry. Mimo pandemii, podczas finału tegorocznej zbiórki działały 1362 tradycyjne sztaby WOŚP i 26 kanałów elektronicznych. Tylko z aukcji na Allegro Orkiestra uzyskała ponad 30 mln zł.

Absolwenci CM UJ znów najlepsi

Absolwenci CM UJ, którzy wiosną tego roku podchodzili do Lekarskiego Egzaminu Końcowego po raz pierwszy, zdali go najlepiej w kraju. Natomiast stomatolodzy z krakowskiej uczelni znaleźli się na miejscu drugim. Łącznie do egzaminu przystąpiło w całym kraju 4779 osób, uzyskując średnio 167,3 punktu na 200 możliwych. Nie zdało 81 osób.

Wyniki organizowanego przez Centrum Egzaminów Medycznych testu to nieformalny ranking uczelni medycznych. Dlatego warto dodać, że w jego czołówce znalazł się także Warszawski Uniwersytet Medyczny (najwyższa pozycja wśród lekarzy, którzy ukończyli studia w ostatnich 2 latach, i druga wśród lekarzy zdających po raz pierwszy). Wysokie wyniki osiągnęli także absolwenci Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego i UM w Białymstoku.

W Krakowie egzamin organizowany był w kilku lokalizacjach. Najwięcej lekarzy zdawało go w Tauron Arenie (*na zdjęciu widok hali tuż przed jego rozpoczęciem*). Egzamin przebiegł bez zakłóceń, choć niektórzy zdający żartowali, że temperaturę w hali celowo znacznie obniżono, by lekarzom nie zagotowały się mózgi.

Nowa oferta dla chorych na cukrzycę

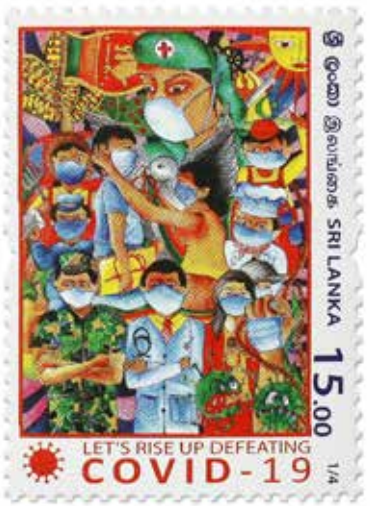
Szpital Uniwersytecki w Krakowie utworzył pierwszy w Polsce wielospecjalistyczny zespół pomocy psychoterapeutycznej dla pacjentów chorujących na cukrzycę typu 1 i cierpiących na zaburzenia psychiczne. Oferuje on pacjentom z cukrzycą nie tylko konsultacje i diagnostykę zaburzeń psychicznych towarzyszących tej chorobie, ale także umożliwia uczestnictwo w grupie psychoterapeutycznej, w której leczenie uwzględnia oba schorzenia. Zespół powstał we współpracy specjalistów z Oddziału Klinicznego Chorób Metabolicznych oraz Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dzieci, Młodzieży i Dorosłych, przy wsparciu Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

Chorzy na cukrzycę typu 1 przez całe życie muszą stale kontrolować swoje funkcjonowanie, a także liczyć się z wieloma ograniczeniami, co może istotnie wpływać na stan psychiki. Pandemia COVID-19 i obawy z nią związane są kolejnym obciążeniem, toteż pomoc psychoterapeutyczna może być bezcenna. Zapewne przydałaby się także pacjentom z innymi chorobami przewlekłymi.

Plany zagospodarowania Wesołej

16 kwietnia opublikowano raport podsumowujący konsultacje społeczne dotyczące zagospodarowania terenów Wesołej, dokładnie – zakupionych jesienią 2019 r. przez miasto 9,13 ha i 17 budynków, w tym obiektów za-

fot. K. Domin



bytkowych, po funkcjonującym tu do niedawna Szpitalu Uniwersyteckim. Podczas debaty z udziałem prezydenta Jacka Majchrowskiego, jaka odbyła się 20 kwietnia w Domu Towarzystwa Lekarskiego, władze miasta zapewniały, że zgodnie z postulatami mieszkańców Krakowa obszar ten stanie się zieloną enklawą, miejscem aktywności kulturalnej oraz odpoczynku i rekreacji. Ma również zostać zachowana pamięć o niegdyś medycznym charakterze tej dzielnicy, m.in. poprzez zebranie w jednym miejscu, np. w specjalnej alei lub w którymś z budynków, wszystkich historycznych tablic poświęconych ważnym postaciom związanym z tą częścią miasta. W budynku przy ul. Kopernika 15, gdzie dawniej mieściła się II Klinika Chorób Wewnętrznych, powstanie centralna biblioteka miejska. Kiedy nowy teren zielony zostanie udostępniony krakowianom, jeszcze nie wiadomo.

Edycja znaczków z COVID-19 ze Sri Lanki. fot. J. Sawicz

Moja Izba – aplikacja krakowskiej OIL

Jak informowaliśmy w poprzednim wydaniu „GGL", dostępna jest już dla wszystkich członków krakowskiej Izby Lekarskiej aplikacja Moja Izba na urządzenia mobilne. Cieszy się ona coraz większym zainteresowaniem, a o jej stale rozbudowywanej użyteczności mogą zaświadczyć sami użytkownicy. Jednocześnie chcemy rozwiać ewentualne obawy – **aplikacja jest oficjalnym narzędziem Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie. Dane, które wpisujecie Państwo podczas rejestracji, są chronione przez OIL w Krakowie.** Nikt nieuprawniony nie ma do nich dostępu. Za to lekarze uzyskują dostęp do wielu cennych informacji i przydatnych funkcji.

Profesor Grodzicki laureatem

Prof. Tomasz Grodzicki, prorektor UJ ds. Collegium Medicum, wcześniej dziekan Wydziału Lekarskiego UJ, a od 20 lat kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, został podczas Kongresu Top Medical Trends 2021 ogłoszony laureatem Nagrody im. prof. Andrzeja Steciwko, przyznawanej przez rodzinę Profesora i wydawnictwo Termedia. Prof. Grodzickiego nagrodzono za szczególne osiągnięcia w edukacji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, zaangażowanie w liczne przedsięwzięcia i projekty epidemiologiczne oraz badania odnoszące się do organizacji opieki nad osobami starszymi.

Dokonania Profesora w obszarze geriatrii, hipertensjologii, chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej są rozliczne. Był m.in. jednym z inicjatorów fundamentalnych badań POLSENIOR oraz specjalistą krajowym ds. geriatrii. Zajmuje się też chorobami rzadkimi. Autor i współautor ok. 200 publikacji, podręczników i prac naukowych, laureat wielu nagród. Pod Jego merytorycznym nadzorem powstawał też Nowy Szpital Uniwersytecki.

Gratulujemy wyróżnienia.

Stanisław Kracik odszedł ze Szpitala im. J. Babińskiego

Decyzją Zarządu Województwa Małopolskiego „za porozumieniem stron" Stanisław Kracik z dniem 1 kwietnia odszedł ze stanowiska dyrektora Szpitala Specjalistycznego im. J. Babińskiego w Krakowie. Do czasu rozstrzygnięcia konkursu obowiązki dyrektora pełni dr Anna Depukat, dotychczasowy zastępca ds. lecznictwa.

Stanisław Kracik, rocznik 1950, poseł na Sejm II i III kadencji, zasłynął jako burmistrz Niepołomic (1990-2009), które doprowadził do spektakularnego rozkwitu. Przed objęciem kierownictwa w Szpitalu im. J. Babińskiego w 2012 r., był przez dwa lata wojewodą małopolskim. W tej roli m.in. zatwierdził odzyskanie przez krakowską Izbę Lekarską prawa własności do kamienicy przy ul. Krupniczej 11a.

Kronika personalna

W związku ze zmianą siedziby Szpitala Uniwersyteckiego nastąpiło dostosowanie struktury organizacyjnej katedr CM oraz oddziałów SU do nowych warunków. Pociągnęły one za sobą kilka zmian personalnych na stanowiskach kierowniczych. M.in. w I Klinice Kardiologii i Oddziale Klinicznym Kardiologii, Elektrokardiologii Interwencyjnej i Nadciśnienia Tętniczego obowiązki kierownika pełni dr hab. **Marek Rajzer**. Prof. **Danuta Czarnecka**, wcześniej kierująca Kliniką, pozostała w Katedrze i Klinice jako nauczyciel akademicki, a prof. **Piotr Jankowski** przeszedł do Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

Z powodu śmierci prof. **Pawła Stręka** (w listopadzie ub. roku) obowiązki kierownika Oddziału Otolaryngologii pełni prof. UJ dr hab. **Jerzy Tomik**.

Na emeryturę przeszedł prof. **Rafał Niżankowski**, przez wiele lat związany z II Katedrą Chorób Wewnętrznych CM UJ, były wiceminister zdrowia, były małopolski wojewódzki inspektor sanitarny, współtwórca AOTMiT.

Zanim będzie za późno...

Rozmowa z profesor UEK dr hab. Beatą Buchelt, kierującą Centrum Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, specjalistką z zakresu zarządzania kadrami w ochronie zdrowia.

Pani Profesor, ilu lekarzy, Pani zdaniem, chciałoby dzisiaj – wiosną 2021 roku, wyjechać z naszego kraju, rzucić pracę? Latem ubiegłego roku, kiedy rzeczywistość wyglądała lepiej, aż 15 procent lekarzy deklarowało chęć emigracji lub rezygnację z czynnego wykonywania zawodu, a 29 procent zamierzało po pandemii radykalne ograniczyć aktywność zawodową – to dane z raportu przygotowanego przez Panią oraz prof. UJ dr hab. Iwonę Kowalską-Bobko, dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego CM UJ. Można zakładać, że powtórzenie tej analizy dałoby obecnie jeszcze gorszy wynik...

– Z pewnością, dlatego zamierzamy wkrótce powtórzyć badania. Poprzednie prowadziliśmy w pierwszych miesiącach pandemii. Był strach, obawy przed nowym zagrożeniem, brakowało procedur i środków ochrony osobistej. Potem przyszła druga fala i bardzo liczne zachorowania także wśród personelu medycznego, narastało zmęczenie. Ci, którzy mogli, pracowali za chorych i tych na kwarantannie. Dziś mamy trzecią falę. Medycy są generalnie zaszczepieni, obawy o życie są mniejsze, lecz występuje skrajne przemęczenie. Kondycja psychiczna jest na pewno gorsza, więc pewnie chęć porzucenia takiej pracy, w polskich warunkach, w panującej tu atmosferze, jest większa niż wcześniej.

Czyli już dramatyczne i stale rosnące niedobory kadrowe mogą się pogłębić?

– Niestety. Obecna sytuacja to najbardziej drastyczny dowód na to, że przez 20 lat, a nawet więcej, nikt nie słuchał ostrzeżeń i tego, co mówią specjaliści. Przecież niedobory kadr wynikają z konkretnych sytuacji i zbyt niska liczba kształconych lekarzy nie jest jedyną przyczyną problemów. Przypomnijmy, że każdego roku duża grupa wykształconych lekarzy wyjeżdża z Polski. I tu kolejny mit – nie wyjeżdżają tylko i wyłącznie z powodu niższych niż w zachodniej Europie wynagrodzeń. To jest bzdura – ktoś, kto twierdzi, że lekarzy przywiązuje do miejsca pracy wyłącznie wynagrodzenie, nie ma pojęcia o zarządzaniu. Nie zna profesji lekarskiej. W prowadzonych przeze mnie od lat badaniach lekarze wskazują na takie czynniki satysfakcji z pracy, jak możliwość rozwoju (szkolenia, kariera), dobre warunki pracy czy przyjazna atmosfera.

O dobrą atmosferę dziś wszędzie trudno, lecz lekarze szczególnie dotkliwie to odczuwają. Zarówno społeczeństwo, jak i rządzący miotają się między hejtem a wdzięcznością, choć to drugie jest coraz rzadsze.

– Rzeczywiście, dzieje się coś złego. W pierwszych tygodniach pandemii społeczeństwo manifestowało poparcie dla

lekarzy, biło im brawa, a teraz, kiedy lekarzom jest o wiele trudniej, kiedy wykonują tytaniczną pracę, nie mają wsparcia. Dziś, pod wpływem planowanej rozmowy z panią, pojawiła się u mnie myśl, dość desperacka, by skontaktować się na przykład z profesorem Horbanem, doradcą premiera, i powiedzieć mu: „Czy naprawdę nie widzicie, że oprócz respiratorów trzeba zadbać o ludzi? Nie można lekarzy traktować tak przedmiotowo!". Nie jestem lekarzem „covidowym", który cały dzień jest w tym kombinezonie, w którym nie ma swobody ruchu ani nawet swobody zaspokajania podstawowych potrzeb fizjologicznych, ale sama wizja tej sytuacji jest dla mnie przerażająca. Tymczasem zamiast wdzięczności wylewa się fala hejtu. Może więc sami lekarze powinni zacząć się bardziej skarżyć, bo ludzie chyba nie mają pojęcia, jak naprawdę ta praca wygląda. Może powinni mówić więcej o własnych problemach, a nie tylko o dramacie pacjentów. Lekarze są takimi samymi ludźmi. Poczucie docenienia, szacunku jest szalenie ważne. Także szacunku ze strony przełożonych, więc nie wspomnę o niektórych poniżających wypowiedziach decydentów. Ciągle też słyszę o „służbie zdrowia". Jaka „służba"? Terminy mają znaczenie – lekarze mają nam pomagać, a nie służyć. To jest praca, normalny zawód. Podobnie zresztą, jak nie ma „siły roboczej" – to jest „kapitał ludzki" i pracowników należy traktować jak cenny kapitał. Cała ta atmosfera sprawia, że pojawia się przemęczenie, nie tylko fizyczne, lecz także psychiczne, rozgoryczenie, wypalenie zawodowe, potem absencja chorobowa i w efekcie ucieczka z zawodu. Będzie dużo gorzej.

Czy jest jakaś szansa poprawy sytuacji i ograniczenia skali tej ucieczki? Pomysły słyszymy od lat, jednak nic z tego nie wynika. Co w obecnych warunkach jest możliwe, co jest realne?

– Gdybym miała podzielić działania na bieżące, czyli zarządzanie operacyjne, i długoterminowe, to dziś zastanowiłabym się, w jaki sposób szybko wesprzeć lekarzy psychicznie – tu i teraz. Należy skoncentrować się na tym, czego w tym momencie lekarze oczekują i czego potrzebują. Konsultacje psychologiczne, e-learningi, jak radzić sobie ze stresem i emocjami, powinny być dostępne online w każdym momencie. Praca lekarzy powinna być stale doceniana. Jednak, przede wszystkim, należy spytać samych lekarzy, czego teraz najbardziej potrzebują. To działania bieżące. Długoterminowo – trzeba jak najszybciej zacząć eliminować lukę związaną z niedoborem lekarzy na rynku pracy. Nie wiem, jak to efektywnie robić, bo samo środowisko lekarskie jest w tym zakresie podzielone, więc zacznijmy od wypracowania konsensusu w tej kwestii. Na przykład w zakresie wydzielania niektórych kompetencji do innych zawodów medycznych, oczywiście tych, w których deficyty kadrowe nie są tak wielkie, czyli może farmaceutów? Postarajmy się jednocześnie zwiększyć nabór w innych dziedzinach. Tymczasem na przykład w ratownictwie medycznym kształci się coraz mniej osób, a z badań wiadomo, że wielu ratowników również deklaruje chęć wyjazdu z Polski. Podobnie jest w przypadku pielęgniarek. Może należałoby jednak przywrócić dawne licea pielęgniarskie? No i maksymalnie zwiększać nabór na studia medyczne, choć pamiętajmy, że to długie i wysoce kosztochłonne studia.

Kształcenie medyczne zawsze jest drogie, a wśród oczekiwań deklarowanych przez lekarzy w Państwa badaniach znalazła się też możliwość rozwoju specjalistycznego, pomoc w zdobywaniu nowych umiejętności i wiedzy – jako element przywiązania do miejsca pracy i zawodu.

– Niestety, systemy, które funkcjonują w szpitalach, nie przystają do obecnych czasów. Nie uwzględniają ani zmian pokoleniowych, ani tego, że personel lekarski musi się stale rozwijać. Dzisiaj konstrukcja systemu dopuszcza do tego, że po specjalizacji lekarz nie musi już nic, chociaż prawo zobowiązuje lekarza do rozwoju. Nie ma ani systemu zachęt, ani monitoringu ciągłego rozwoju kompetencji zawodowych lekarzy, choć medycyna to najszybciej rozwijająca się dziedzina nauki. Samorząd lekarski dba o kształcenie, lecz mógłby w tym zakresie robić jeszcze więcej, bo przecież jeśli nie ma przymusu, tylko nielicznym chce się ciągle uczyć. Niestety, wiele w tym wszystkim hipokryzji. Miałam kilka lat temu kontakt z lekarzem, który za podstawę swej wiedzy specjalistycznej miał książkę z lat 90. ubiegłego wieku. Pozwalam sobie na takie uwagi, bo pochodzę z rodziny lekarskiej, mój ojciec stale coś czyta, ciągle czegoś się uczy, choć praktykuje już ponad 50 lat. Ilu jest dziś takich lekarzy?

Lekarze często usprawiedliwiają się brakiem czasu. Jeśli ktoś zauważy, że przecież nie muszą pracować w kilku miejscach jednocześnie, tłumaczą to także niedoborem kadr i potrzebami pacjentów. Jak więc dać lekarzom czas na odpoczynek i samodoskonalenie, jak lepiej zarządzać kadrami, których nie ma?

– Tak, lekarze są przepracowani, może nie wszyscy, ale duża część z nich. Dyskusję czy muszą, czy nie muszą pracować w kilku miejscach, zostawmy na marginesie. Część robi to ze względów ekonomicznych. Część dlatego, że gdyby tego nie robiła, w publicznym systemie ochrony zdrowia czekalibyśmy na świadczenie zdrowotne, np. zwykłą wizytę u specjalisty, o wiele dłużej. Sytuacja nie jest tutaj czarno-biała. Natomiast ja chcę zwrócić uwagę na to, że przepracowaniu lekarzy, brakowi czasu na rozwój sprzyjają elastyczne formy ich zatrudniania, tzw. kontrakty. Kontrakty nie są dobre ani dla lekarzy, ani dla podmiotów ochrony zdrowia. Wieloletnie badania w tym zakresie, m.in. w Wielkiej Brytanii, potwierdzają, że elastyczne formy zatrudniania mogą się przyczyniać do pogorszenia jakości świadczeń medycznych. Oczywiście, mam świadomość, że kontraktów nie da się wyeliminować z dnia na dzień, ale można je

stopniowo ograniczać, tworząc ciekawą ofertę zatrudnienia w jednym miejscu pracy.

Kiedyś przeciw kontraktom głośno protestowano, lecz dziś już nie budzą emocji, są coraz powszechniejsze. Dlaczego Pani Profesor uważa, że nie należy ich akceptować?

– Dobra umowa o pracę jest zawsze lepsza od nawet najlepszego kontraktu. Przede wszystkim, umowa o pracę zapewnia stabilność zatrudnienia, bezpieczeństwo. Dzisiaj jednym z argumentów podkreślanych przez lekarzy, kiedy usprawiedliwiają swoją pracę w wielu miejscach, jest chęć zapewnienia sobie większej stabilizacji. Jeśli w jednym miejscu coś nie będzie się układać, mają zabezpieczenie w innej placówce czy gabinecie. Dajmy więc lekarzom bezpieczeństwo zatrudnienia. Kolejna sprawa – kontrakt to ucieczka od limitu czasu pracy, i to jest szkodliwe. Przemęczony lekarz szybciej ulegnie wypaleniu zawodowemu i efekt jest odwrotny – całkowicie się go traci. Nie można tak bardzo eksploatować lekarza, zwłaszcza starszego, a wiadomo, jaka jest średnia wieku polskiego medyka. Nikt nie ma siły i zdrowia, by stale pracować, spada efektywność, koncentracja. Wypalenie zawodowe to efekt przemęczenia również emocjonalnego, nie tylko wielu godzin pracy. Dziwne, że w Polsce wypalenia zawodowego wśród lekarzy nie analizuje się, choć w innych zawodach takie dane są szeroko i szczegółowo zbierane. Wygląda to tak, jakby lekarze sami mieli sobie radzić z tym problemem.

Czy wszystko nie sprowadza się w końcu tylko do pieniędzy – wysokości nakładów na szeroko rozumianą ochronę zdrowia? Na kształcenie, wynagrodzenia, poprawę warunków pracy itd.

– Jak wyjaśniłam wcześniej, pieniądze to nie wszystko, jednak w systemie na pewno jest ich za mało. Jak je zdobyć? Dlaczego na przykład nie można wprowadzić dopłat do leczenia? Tylko z przyczyn politycznych? Nie jestem politykiem, więc nie muszę powtarzać politycznych sloganów. Duża część społeczeństwa mając kogoś bliskiego w szpitalu chętnie zapłaciłaby za dodatkową opiekę, lepsze warunki. Szpitale miałyby więcej pieniędzy i sytuacja uległaby poprawie nie tylko dla tych dodatkowo płacących, ale i dla pozostałych pacjentów. Moim studentom tak to tłumaczę – przyjmijmy, że ochrona zdrowia to taki pociąg do Warszawy. Wsiada się do niego, by dojechać do celu. Celem jest też wyleczenie pacjenta. Jedni jadą „ekstraklasą", inni „dwójką", lecz kiedy wysiadamy na dworcu, czy kogoś z nas interesuje, w jakich warunkach dojechał tam inny pasażer, czy dopłacił za kawę? Tak samo nie jest ważne, czy w sali jedno-, czy pięcioosobowej, ważne, że odzyska się zdrowie. Trzeba to ludziom wytłumaczyć, wyedukować społeczeństwo i wprowadzać zmiany. Natomiast nie jestem zwolenniczką upowszechnienia dodatkowych, komercyjnych ubezpieczeń – one nie dają pełnej ochrony, zwiększają dostęp tylko do wybranych procedur. Jestem za dopłatami do publicznego systemu ochrony zdrowia – to jest inny poziom i inny rodzaj świadczeń. W poważniejszej chorobie ostatecznie i tak trafimy do publicznego szpitala.

To może pomysł obecnego rządu, by przejąć pełną kontrolę nad opieką zdrowotną i ponownie „upaństwowić" szpitale nie jest taki zły?

– Ale po co to robić? Płaci się dostawcy usług. I jeszcze premier mówi, że prywatna ochrona zdrowia się nie sprawdza w walce z pandemią. Co chwilę jakiś polityk mówi coś nieprzemyślanego i zaraz się z tego wycofuje. Przecież to prywatne podmioty jeżdżą do ludzi, by ich szczepić, przyjmują pacjentów, którzy nie mogą się dostać do przyszpitalnych poradni. Cóż, rządzący nie mają na kogo zwalać winy za to, że kiedy był czas przygotować się do kolejnej fali zakażeń, nic nie zrobiono. Teraz szuka się winnych wszędzie, tylko nie u siebie. Oczywiście, zmiany w systemie są potrzebne, lecz nie mogą być rewolucyjne. Siądźmy i zastanówmy się, co poprawić. Na poważnie i długofalowo. Czy nie można spytać osób, które się na tym znają, które potrafią doradzić, jak to zrobić dobrze? A tu ktoś niekompetentny wstaje z fotela i mówi: „dzisiaj damy podwyżkę tym, a tym drugim nie". I fakt przyznania podwyżki wywołuje konflikt oraz jeszcze większe oburzenie niż jej brak.

Ale co z kadrami? Za żadne pieniądze liczba lekarzy w Polsce szybko nie wzrośnie.

– Marzy mi się, by utworzyć centra zarządzania kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia, na poziomie powiatu czy nawet województwa. I w takim centrum można zgrupować konieczne działania – od tworzenia projektów rozwiązań, zasad pozyskiwania kadr itd. To nie jest wielka filozofia, potrzebna jest tylko specjalistyczna wiedza i planowe działanie. Minie pandemia, lecz pewne zjawiska pozostają stałe. Nasze społeczeństwo się starzeje, inne też. Bogatsze państwa od lat wyciągają personel medyczny z różnych krajów, a my jesteśmy bardzo atrakcyjnym kąskiem, ponieważ mamy świetnie wykształconą kadrę. Będą żniwa. Tymczasem my nie chcemy zastosować podobnej polityki. Mówi się o niższych kwalifikacjach choćby lekarzy zza wschodniej granicy. Wcale nie jestem przekonana, że absolutnie wszyscy nasi lekarze są lepsi od lekarzy spoza krajów Unii Europejskiej. Stwórzmy dobry system weryfikowania kwalifikacji, można opracować system dokształcania. Uważam, że nie mamy wyjścia, musimy to zrobić. Wykształcenie lekarza zajmuje jakieś 10 lat, dokształcenie medyka, np. ze Wschodu, będzie szybsze. Określmy, kogo nam najbardziej brakuje, i otwórzmy się na innych. Poza tym, może Słowak by do nas przyjechał, Rumun, Bułgar. Poziom życia u nas jest wyższy i warunki pracy też lepsze. Trzeba się tylko otworzyć na inność. Musimy sobie uświadomić, że nie mamy wyboru. Przed czym się bronimy?

Rozmawiała Jolanta Grzelak-Hodor
Fot. Archiwum prywatne

Wybory – ciąg dalszy

„Galicyjska Gazeta Lekarska" dotrze do Państwa zapewne już po publikacji przez Okręgową Komisję Wyborczą ostatecznych list członków rejonów wyborczych. To dowodzi, że jesteśmy na zaawansowanym etapie wyborów delegatów na okręgowy zjazd lekarzy naszej Izby. Lista członków rejonów wyborczych nie ulega zmianie w okresie kadencji. Na ich podstawie ustalimy liczbę mandatów przypadających na rejon. Okręgowa Rada Lekarska, w oparciu o liczbę mandatów określonych w rejonach wyborczych, na wniosek komisji wyborczej podejmie uchwałę o liczbie mandatów na okręgowy zjazd lekarzy. Ta liczba wyznaczy nam poprzeczkę wyborczą. Aby wybory były skuteczne, musimy wybrać co najmniej 50% tej ogólnej liczby mandatów.

Po publikacji list rejonów wyborczych Okręgowa Komisja Wyborcza będzie przyjmowała zgłoszenia kandydatów na delegatów. Zgłoszenie musi być dokonane na odpowiednim wniosku, który publikujemy na stronie internetowej Izby w zakładce „WYBORY". Zgłoszenie to może być dokonane przez każdego członka rejonu wyborczego w odniesieniu do członka danego rejonu. Na tym etapie wyborów sam zainteresowany może złożyć zgłoszenie swojej osoby. Ilość zgłoszeń ograniczona jest liczbą członków rejonu wyborczego. Zgłoszenia kandydatów przyjmować będziemy do 17 maja.

W czerwcu 2021 r. odbędą się wybory w rejonach wyborczych. Dzięki możliwości wyborów korespondencyjnych mamy ten komfort, że nie musimy osobiście stawić się przy urnie wyborczej, co jednak, ze względu na zapisy ustawy, nie zwalnia nas z obowiązku umożliwienia również osobistego głosowania w lokalu wyborczym.

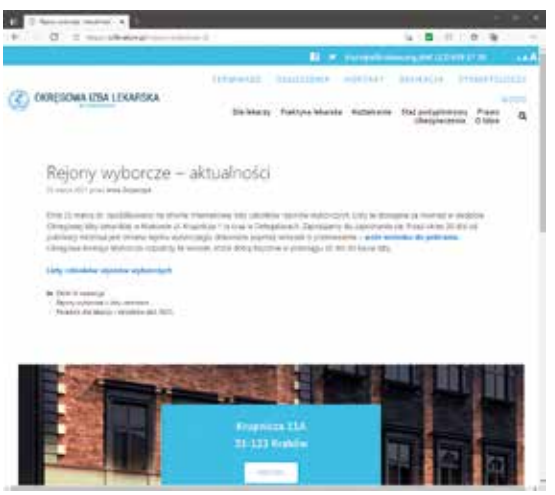
Proszę o uważne przeczytanie instrukcji, która będzie dołączona do korespondencji wyborczej zawierającej kartę do głosowania, i odesłanie swojego głosu zgodnie z tą instrukcją (umieszczając ten głos w odpowiedniej kopercie, a tę – w kolejnej kopercie z umieszczeniem na kopercie wysyłkowej odcisku pieczątki lekarskiej i swojego podpisu). Przesyłka będzie już opłacona, więc nie wymaga zakupu znaczka pocztowego. Głos musi dotrzeć do Izby przed terminem wyborów w rejonie.

Jeśli w czerwcu nie wybierzemy 50% delegatów, to jesienią powtórzymy wybory w rejonach, w których do nich nie doszło. Będą to nowe wybory, z możliwością zgłaszania nowych kandydatów na delegatów. W przypadku przekroczenia progu 50%, jesienią będą możliwe wybory w rejonach, w których nie doszło do wyboru, na wniosek co najmniej 20% członków tego rejonu, pod warunkiem zgłoszenia co najmniej jednego kandydata.

Zachęcam wszystkich do korzystania z naszej strony internetowej, gdzie w zakładce „WYBORY" na bieżąco zamieszczamy informacje na ich temat. Całą procedurę wyborczą w rejonach pragniemy zakończyć do końca roku. Wybrani tą drogą delegaci stanowić będą Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie, uprawniony do wyboru władz naszej Izby w IX Kadencji. Ten zjazd planowany jest na marzec 2022 r. Zjazd Krajowy będzie miał miejsce w Warszawie, w maju 2022 r.

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

Mariusz Janikowski
Sekretarz ORL
Przewodniczący OKW w Krakowie



fot. K. Domin

Projekt na miarę pandemii

Chwilami trudno uwierzyć, że nie jest to tylko scenografia filmu katastroficznego – wielkopowierzchniowa hala podzielona na boksy z łóżkami dla pacjentów, którymi opiekują się lekarze i pielęgniarki w kombinezonach, maskach i goglach, wojskowe samochody na parkingu przed budynkiem, a w tle poprzemysłowy krajobraz z kłębami chmur znad elektrociepłowni. Jednak to wszystko dzieje się naprawdę. Od 19 marca szpital tymczasowy w Międzynarodowym Centrum Targowo-Kongresowym EXPO Kraków działa, stanowiąc odciążenie dla oddziałów covidowych w małopolskich szpitalach. Jego uruchomienie okazało się nie lada wyzwaniem logistycznym, pochłonęło ponad 8 mln złotych. Nie mniejszym było utworzenie zespołów medycznych z osób różnych specjalności, z różnym doświadczeniem, także takich, które wcale nie chciały się tu znaleźć. Dziś walczą z pandemią na pierwszej linii frontu, bo jak przyznają – na tym polega powołanie lekarskie.

Szpital tymczasowy w liczbach

Decyzja Ministra Zdrowia o uruchomieniu szpitala tymczasowego w EXPO Kraków – trzeciego w Małopolsce po Centrum Urazowym Medycyny Ratunkowej i Katastrof w Krakowie oraz 20. Wojskowym Szpitalu Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnym w Krynicy-Zdroju – zapadła 23 października 2020 r., w trakcie drugiej fali pandemii COVID-19. Rozpoczęły się prace adaptacyjne w budynku, w tym także montaż instalacji tlenowej o wysokich parametrach. Kwestiami związanymi z organizacją i usprzętowieniem tego miejsca zajął się zespół, w skład którego weszli m.in. dr Arkadiusz Trzos, kierujący Zakładem Medycyny Katastrof i Pomocy Doraźnej CM UJ, dr Wojciech Serednicki, pełnomocnik wojewody małopolskiego ds. zabezpieczenia intensywnej terapii w województwie małopolskim, oraz zespół specjalistów pod kierow-

nictwem Artura Asztabskiego, prezesa zarządu Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie (w którego strukturach działa szpital tymczasowy), i dr. Wojciecha Mudyny, ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii tegoż szpitala.

Ostatecznie do otwarcia placówki doszło podczas trzeciej fali – 19 marca

br., dzień po tym, gdy liczba zakażonych w Polsce sięgnęła 27,3 tys., w tym 2192 w samej Małopolsce. Pierwszych pacjentów szpital przyjął tego właśnie dnia. Początkowo uruchomiono dwa moduły, każdy na 28 łóżek oraz 10 łóżek wentylacyjnych (łącznie 66 miejsc z 375 przygotowanych). Do 21 kwietnia szpital przyjął łącznie 323 pacjentów. Natomiast gdy dokładnie tydzień wcześniej rozmawiam z pełnomocnikiem zarządu Szpitala im. L. Rydygiera ds. szpitala tymczasowego dr. Wojciechem Mudyną, przebywa w nim 123 pacjentów, w tym 13 na odcinku wzmożonego nadzoru, z czego trzech jest sztucznie wentylowanych.

Tymczasowość kontra potrzeby

Doktor Mudyna od razu zaznacza, że szpitalom tymczasowym, nie tylko w Polsce, bliżej jest do szpitali polowych, które jedynie wspomagają stacjonarną opiekę zdrowotną. Dlatego też nie można mylić wspomnianych tu łóżek wzmożonego nadzoru z łóżkami respiratorowymi, a tym bardziej z łóżkami IT w stacjonarnym szpitalu: – Odcinek wzmożonego nadzoru przypomina intensywną terapię, jeśli chodzi o pewne elementy – rozszerzone monitorowanie chorego, możliwość zastosowania wentylacji mechanicznej, ale służy on do tego, żeby zapewnić opiekę nad pacjentem w sytuacji, gdy jego stan się pogarsza i gdy szukamy dla niego miejsca w systemie szpitalnym.

Zgodnie z tym założeniem do szpitala tymczasowego powinni trafiać pacjenci w lżejszym stanie, tacy, dla których ograniczona infrastruktura nie stanowi zagrożenia. W przypadku znacznego pogorszenia się stanu zdrowia szpital tymczasowy musi mieć możliwość przekazania takiej osoby do dedykowanego jej oddziału szpitalnego, co oczywiście nie zawsze się udaje, choćby z powodu braku miejsc. Dlatego też tak ważna jest odpowiednia kwalifikacja do szpitala tymczasowego. – Procedura wygląda w ten sposób, że lekarze, którzy opiekują się pacjentem zazwyczaj na szpitalnych oddziałach ratunkowych, muszą skontaktować się z naszym lekarzem dyżurnym lub lekarzem odpowiedzialnym za przyjęcie i we wstępnej rozmowie tę kwalifikację uzyskać. Dopiero wtedy pacjent może być przetransportowany do nas – wyjaśnia dr Mudyna i dodaje: – Generalnie ten system działa, chociaż czasami okazuje się, że z powodu jakiegoś niedopowiedzenia ci pacjenci wychodzą poza zakres naszych możliwości. Zdarzało się też, że przez kilka dni, głównie w okolicach świąt wielkanocnych, przyjmowaliśmy chorych w ciężkim stanie na odcinek wzmożonej opieki z powodu braku miejsc wentylacyjnych w innych szpitalach.

Dynamiczny rozwój choroby, nagłe komplikacje ogólnomedyczne, obciążenie chorobami terminalnymi to tylko niektóre z przyczyn, dlaczego nie wszystkim pacjentom udaje się pomóc.

Tworzymy zespół

W szpitalu przy ul. Galicyjskiej w kwietniu zatrudnionych było łącznie 206 lekarzy, pielęgniarek i ratowników. Około 120 pracowników zostało tu skierowanych decyzją Wojewody Małopolskiego. Działanie szpitala wspiera też wojsko i nie są to tylko żołnierze od zabezpieczenia logistycznego (m.in. transport wewnętrzny, dystrybucja posiłków), lecz także ratownicy medyczni oraz ratownicy posiadający uprawnienia kwalifikowanej pierwszej pomocy. Nie do przecenienia jest również rola personelu pomocniczego. Natomiast główny trzon specjalistycznej kadry lekarskiej stanowią lekarze ze Szpitala im. Rydygiera, przede wszystkim z oddziałów internistycznych, w mniejszym stopniu zabiegowych, a na odcinku wzmożonego nadzoru – z oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Ze względu na ograniczenia kadrowe znalezienie personelu medycznego nie było proste, tym bardziej że w „Rydygierze" również działają oddziały covidowe – intensywnej terapii i ogólny.

– COVID to trudna i podstępna choroba, której leczenie może nie jest jakoś specjalnie wysublimowane, ale bardzo ważne, żeby zajmowali się tym doświadczeni lekarze i doświadczone pielęgniarki. Więc to nie jest tak, że braki w kadrze, które tak jaskrawo ujawniły się w naszym systemie, mo-

żemy zapełnić ludźmi młodymi czy dopiero się kształcącymi. Oni są bardzo ważni, natomiast nie zastąpią specjalistycznej kadry – mówi dr Wojciech Mudyna i dodaje: – Nie chodzi o to, że jesteśmy tutaj najmądrzejsi, tylko o to, że znamy specyfikę tej pracy i siebie nawzajem, mamy przećwiczone pewne procedury. Jeżeli ktoś pracował w szpitalu na oddziale, to wie, że współpraca w zespołach lekarskich i pielęgniarskich to jedna z najważniejszych rzeczy. Natomiast tutaj trafiają ludzie z różnych miejsc, z bardzo wieloma doświadczeniami i schematami pracy, a my, jako kierownicy liniowi, stajemy przed koniecznością sformowania z nich zespołów terapeutycznych. Jak to wszystko organizowaliśmy, nikt nie przypuszczał, że ten problem będzie tak duży i że będzie tak wyraźnie implikował jakość świadczeń.

Organizacja pracy w szpitalu tymczasowym, podobnie jak i w szpitalach stacjonarnych opiera się na pracy mniejszych zespołów, w skład których wchodzą zarówno doświadczeni, jak i mniej doświadczeni w danej dziedzinie lekarze czy pielęgniarki. Problemem jest czasami wyznaczenie kierowników takich zespołów, bo osób ze zdolnościami kierowniczymi, potrafiących też kontrolować proces i jakość, nawet w normalnych warunkach szuka się niekiedy miesiącami. Tutaj nie było na to czasu. Dr Mudyna zwraca uwagę, że wszyscy pracujący w zespołach wykazują się bardzo dużą chęcią pomocy i wolą realizacji powierzonych im zadań: – To wszystko jest bardzo ciężkie i na pewno niejedna z tych osób wyjdzie stąd z jakąś traumą. Dlatego tym bardziej dziękuję każdemu, kto jest w to zaangażowany. Od ludzi wykonujących najprostsze, ale bardzo ważne prace, aż po całą kadrę, która zajmuje się kierowaniem. Dla mnie jest to bardzo ważne, by móc to powiedzieć, nie są to czcze słowa. Gdyby nie współpraca i praca tych wszystkich osób, cały projekt szpitala tymczasowego można by odłożyć na półkę.

Z powołania, z powołaniem

Zapewne u niejednego młodego lekarza widok strażaka stojącego przed progiem mieszkania, nawet gdy ten przyjdzie po prostu z kalendarzem na nowy rok, jeszcze przez jakiś czas będzie wywoływał stres. Bo w Małopolsce wiosną 2021 roku funkcjonariusze straży pożarnej zajmowali się m.in. dostarczaniem do domów lub miejsc pracy decyzji wojewody o powołaniu do pracy w szpitalu tymczasowym. – Wezwanie zostało dostarczone do mojego miejsca zameldowania w piątek o godzinie 20. Mimo że straży pożarnej została udzielona informacja, iż tam nie mieszkam, nie przeszkodziło im to przyjść następnego dnia i znowu mnie tam nie zastać – wspomina doktor Jakub Marciniak, obecnie zatrudniony w szpitalu tymczasowym, choć właśnie miał rozpocząć specjalizację z wymarzonej ortopedii. Ostatecznie doktor Marciniak wyręczył strażaków i do szpitala w EXPO zgłosił się sam. Co wtedy czuł? – Na pewno strach. Jestem świeżo po stażu podyplomowym, dokładnie pół roku. Mam świadomość, że moje zdolności i wiedza medyczna nie są na jakimś wysokim poziome, więc borykanie się z pacjentami, którzy są ciężcy, z zupełnie nową jednostką chorobową, na pewno wiązało się ze strachem. Oczywiście czułem też rozczarowanie, bo ten trzymiesięczny okres przesuwał wszystkie plany związane z rozpoczęciem rezydentury. Choć jak się później

okazało, oddział, w którym chciałbym rozpocząć specjalizację, również został przemieniony w covidowy.

Podobne odczucia miała doktor Katarzyna Paszko, lekarz dentysta, zatrudniona jako młodszy asystent w Uniwersyteckiej Klinice Stomatologicznej w Krakowie, ale pracująca też w sektorze prywatnym: – Nie ukrywam, że byłam zaskoczona, gdy dostałam skierowanie. Na początku czułam też przerażenie. Towarzyszyły mi obawy, że będę musiała walczyć o życie ludzkie, a przecież charakter mojej codziennej pracy nie przygotowuje mnie do tego. Tym bardziej że z oddziałem szpitalnym ostatni raz miałam styczność w czasie studiów. Jednak już w trakcie badań poprzedzających zatrudnienie w szpitalu tymczasowym, dzięki rozmowom z osobami, które tam pracują, a część z nich to moi znajomi, zmieniało się moje podejście do tego wszystkiego. Doszłam do wniosku, że trzeba się bardziej bojowo nastawić. Każdy z nas jest lekarzem, niezależnie od tego, jaką ukończył specjalizację. Dlatego powinniśmy się kierować przysięgą składaną po studiach i po prostu walczyć o to, aby ta pandemia jak najszybciej się skończyła.

Zapewne kierownictwo szpitala tymczasowego ma pełną świadomość, z jakimi obawami trafiają do niego młodzi lekarze, i wie, że strategia rzucania na głęboką wodę w tym przypadku się nie sprawdzi. Doktor Mudyna wyjaśnia, że podczas przyjmowania

do pracy młodego lekarza zawsze zadaje mu się pytanie, jaki jest jego zakres, wyobrażenie i dopuszczalny poziom ryzyka. – Jeśli ktoś nam mówi, że nie chce wchodzić na salę, bo się boi, to znajdujemy dla niego pracę administracyjną, której jest cała masa. Lekarzy, którzy nie chcą się bezpośrednio angażować w opiekę nad pacjentem, bo nie mają do tego predyspozycji w związku ze swoim wykształceniem czy obawami, staramy się wykorzystać właśnie w zakresie uzupełniania dokumentacji medycznej. Jest to dla nas bardzo duża pomoc, której absolutnie nie można deprecjonować. Natomiast tej grupie osób, które chcą wchodzić do „strefy brudnej", staramy się znaleźć odpowiednie miejsce, głównie w zespołach internistycznych. Na bieżąco są też oceniane ich możliwości, więc obowiązki albo zwiększamy, albo zmniejszamy. Natomiast wszystkie najważniejsze decyzje dotyczące leczenia pacjentów muszą być zaakceptowane przez lekarzy specjalistów.

Doktor Jakub Marciniak bardzo dobrze ocenia organizację pracy w EXPO oraz to, w jaki sposób młodsi lekarze zostają do niego „wprowadzeni". Jak dodaje, niemała w tym zasługa ordynatora Pawła Szwedyka, internisty i hematologa ze Szpitala im. Rydygiera. – Zostaliśmy podzieleni na mniejsze zespoły, w których zawsze jest doświadczony klinicysta, ze specjalizacji internistycznej. Pod ich opieką zajmujemy się pacjentami. Zdarza się, że sami robimy obchód i modyfikujemy zalecania, ale i tak na koniec ktoś ze starszych lekarzy to sprawdza. Kadra jest bardzo pomocna i skora do dzielenia się swoimi doświadczeniami. Dbają o to, żebyśmy się wdrożyli, ale też mieli możliwość zadawania pytań, więc myślę, że wyniosę stąd dużo wiedzy internistycznej, co może się okazać bardzo przydatne.

* * * * *

Na koniec rozmowy pytam doktora Wojciecha Mudynę o kondycję psychiczną zespołu. – To jest bardzo trudna praca i jak to zawsze w szpitalu,

jeden dzień jest lepszy, drugi gorszy. Ale widzimy, że zmęczenie personelu jest bardzo duże… – zawiesza głos, bo jak zamknąć w kilku okrągłych słowach to, co czują pracownicy szpitali covidowych, zwłaszcza w rozmowie z kimś z zewnątrz.

Umowa dotycząca funkcjonowania szpitala tymczasowego w budynku EXPO ma obowiązywać do 23 czerwca br. (co oznacza odwołanie po raz kolejny zaplanowanych na czerwiec targów stomatologicznych KRAKDENT). „Mamy ogromną nadzieję, że po tym terminie EXPO zostanie przywrócone do stanu sprzed szpitala i będziemy mogli zacząć organizację naszych targów" – czytamy w przysłanym do nas piśmie od zarządu Targów w Krakowie.

Wszyscy mamy nadzieję, że po tym czasie szpitale tymczasowe przestaną być potrzebne.

Katarzyna Domin
Zdjęcia: Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera Sp. z o.o.

PS. Gdy zamykaliśmy to wydanie „GGL", wojewoda małopolski Łukasz Kmita, w związku ze spadkiem liczby pacjentów z COVID-19, podjął decyzję o zmniejszeniu liczby łóżek w szpitalu tymczasowym w EXPO w Krakowie o 56 (dwa moduły).

Lista STU „Pulsu Medycyny"

„Puls Medycyny" opublikował w marcu Listy STU najbardziej wpływowych osób w ochronie zdrowia oraz w medycynie w 2020 r. – wynik plebiscytu organizowanego przez tę redakcję od 19 lat. W pierwszej kategorii zwyciężył dr n. ekon. **Adam Niedzielski**, minister zdrowia, natomiast miejsce trzecie zajął prof. **Andrzej Matyja**, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Obrażeń Wielonarządowych i Medycyny Ratunkowej UJ CM i Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Stanów Nagłych SU w Krakowie, prezes NRL. W drugiej kategorii zwyciężył prof. **Krzysztof Simon**, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii UM we Wrocławiu, członek Rady Medycznej przy premierze.

Na liście 100 najbardziej wpływowych osób w polskiej medycynie w 2020 r. znaleźli się z Collegium Medicum UJ: prof. **Maciej Małecki**, dziekan Wydziału Lekarskiego, kierownik Katedry Chorób Metabolicznych, prof. **Janusz Skalski**, dyrektor Instytutu Pediatrii, kierownik Kliniki Kardiochirurgii Dziecięcej, prof. **Tomasz Grodzicki**, prorektor UJ ds. Collegium Medicum, kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, ordynator Kliniki Chorób Wewnętrznych i Geriatrii SU, prof. **Dariusz Dudek** z II Kliniki Kardiologii Instytutu Kardiologii, prezydent elekt Europejskiej Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, prof. **Piotr Chłosta**, kierownik Katedry i Kliniki Urologii, prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, prof. **Ryszard Lauterbach**, p.o. kierownika Kliniki Neonatologii Katedry Ginekologii i Położnictwa oraz Oddziału Klinicznego Neonatologii SU, prezes Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii.

Wśród najbardziej wpływowych osób w ochronie zdrowia z Krakowa znaleźli się: **Marcin Jędrychowski**, dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego, dr **Roman Topór-Mądry**, prezes AOTMiT, prof. **Piotr Jankowski** z I Kliniki Kardiologii i Elektrokardiologii Interwencyjnej oraz Nadciśnienia Tętniczego SU, prof. **Agnieszka Słowik**, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii UJ CM, konsultant krajowy w dziedzinie neurologii, prof. **Rafał Niżankowski**, przewodniczący Rady Akredytacyjnej Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, konsultant wojewódzki w dziedzinie angiologii.

Gratulujemy

Trwa Narodowy Spis Powszechny

Niepokoje demograficzne

Próby przedstawienia statystycznego obrazu społeczeństw, od narodzin po kres życia, sięgają starożytności – o czym warto pamiętać, przyjmując do wiadomości, że od 1 kwietnia do 30 września 2021 r. trwa w Polsce „Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań". W myśl ustawy o statystyce publicznej z 1995 r., spis jest obowiązkowy, o czym mówi także art. 51 Konstytucji. Podobny miał miejsce w 2011 r., teraz, ze względu na pandemię, spis ma charakter internetowy, uzupełniony armią zrekrutowanych już rachmistrzów.

Na mocy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Europy z 9 lipca 2008 r., spisy powszechne ludności i mieszkań są organizowane w podobnych terminach w całej Europie.

W starożytnym Egipcie czy Chinach idea spisów wiązała się z poborem podatków. Natomiast w Rzymie u progu naszej ery – z rekrutacją do wojska. Dla świata chrześcijańskiego momentem szczególnym było, opisane w Ewangeliach św. Łukasza i św. Mateusza, poszukiwanie przez Heroda, namiestnika Judei, podczas specjalnie zarządzonego spisu ludności, maleńkiego Jezusa Chrystusa, urodzonego w Betlejem, co wiemy z lekcji religii. W średniowieczu spisy znajdują się w bullach papieskich i księgach uposażeń biskupstw. Natomiast początki współczesnej statystyki wiąże się z krajami skandynawskimi. W 1749 r. przeprowadzono pierwszy spis powszechny w Szwecji, podobne próby miały miejsce na terytorium Wielkiego Księstwa Fińskiego podległego Rosji. W 1790 r., wkrótce po uzyskaniu niepodległości, wielki spis powszechny przeprowadzono w Stanach Zjednoczonych, pod nadzorem Thomasa Jeffersona. U progu XIX wieku spisy powszechne odbyły się w Wielkiej Brytanii, Francji, Prusach i Austrii.

W Polsce pierwsza „Lustracya dymów i podanie ludności" miała miejsce 9 marca 1789 r., na mocy uchwały Sejmu Czteroletniego, z inicjatywy posła hrabiego Fryderyka Józefa Moszyńskiego. Podjęta na Zamku Królewskim w Warszawie uchwała miała na celu ustalenie wysokości podatków na koszt utrzymania wojska, liczącego w założeniu 100 tys. żołnierzy. Nie obejmowała jednak szlachty i duchowieństwa, pozostając praktycznie teoretyczną próbą uporządkowania państwa. Później zabory sztucznie podzieliły kraj, spisy były cząstkowe, przeprowadzano je głównie w Galicji, dwukrotnie miały miejsce w Księstwie Warszawskim (1808 i 1810), a pod koniec XIX stulecia jednorazowo (w 1897) w Cesarstwie Rosyjskim i należącym do niego Królestwie Polskim.

* * *

Po odzyskaniu niepodległości spis powszechny był nieodzowny. Scalenia wymagały ziemie w 69% należące do zaboru rosyjskiego, w 20% do austriackiego i w 11% do pruskiego. Różnice były ogromne, poczynając od braku wspólnego pieniądza. Narodowy Spis przeprowadzono więc natychmiast, już w 1921 r., przy niezatwierdzonych jeszcze ostatecznie traktatowo granicach. Dokonano go zresztą z ogromną starannością, uwzględniając obok różnic narodowościowych (69% Polaków, 15% Ukraińców, 8% Żydów, 4% Białorusinów, 3% Niemców), wyznaniowych, mieszkaniowych, majątkowych, nawet takie informacje, jak liczba sierot. Publikacja Spisu liczyła 29 tomów. Liczbę mieszkańców obliczono na 25 694 700 osób. Spis powtórzono w 1931 r., przy czym mimo wielkiego kryzysu przyrost ludności był wyraźny (32,1 mln), a po aneksji Zaolzia ludność Polski w 1938 r. obliczano na 34,8 mln.

Po wojnie, w 1946 r., Polska miała 23,9 mln mieszkańców, co było rezultatem nie tylko strat wojennych, ale też znacznych przemieszczeń terytorialnych. Utraciliśmy na rzecz ZSRR (obecne tereny Rosji, Białorusi, Ukrainy i Litwy) ziemie na wschodzie kraju, stanowiące 45% powierzchni przedwojennej Polski (179 tys. km^2). Zyskaliśmy natomiast Ziemie Zachodnie i Północne – łącznie ok. 100 tys. km^2.

W 1950 r. ludność Polski obliczano na 25 mln, z czego 63,1% mieszkało na wsi. Kolejne spisy miały miejsce w 1960, 1970, 1978, 1988, 2002, 2011 r. Wspomniane proporcje urbanizacji uległy niemal całkowitemu odwróceniu, bo w 2017 r. już tylko 39,9% ludności mieszkało na wsi, natomiast aż 60,1% osiedlone było w miastach. Powojenny przyrost naturalny spiętrzył się w latach 50. ubiegłego wieku. Łatwo obliczyć, że to pokolenie – urodzone w latach 1950-1960 – właśnie weszło w wiek 70+ i w najbliższym dziesięcioleciu musi być uwzględniane m.in. w strukturze systemu emerytalnego i ochrony zdrowia.

* * *

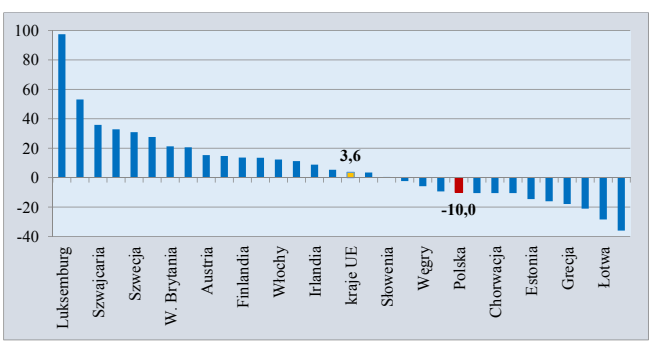
Dane Spisu podlegają anonimizacji, mogą być wykorzystywane tylko do celów statystycznych. Uchylanie się przed Spisem zagrożone jest karą grzywny (do 5 tys. zł), a ograniczenia wynikające z tzw. RODO zostały decyzjami Parlamentu Europejskiego i Rady Europy na rzecz spisów zawieszone.

A pokrótce, w rozległym formularzu spisowym ujęto m.in. takie dane Polaków jak płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, obywatelstwo, narodowość, status zawodowy, rodzinny, charakter i miejsce zatrudnienia, stopień ewentualnej niesprawności i charakter pobieranych z tego tytułu świadczeń, ewentualny pobyt za granicą. Zastrzeżono, że niektóre kwestie, jak wyznanie, czy stan zdrowia, mogą pozostać bez odpowiedzi. Autorzy pytań oczywiście nie przewidzieli dwie dekady temu, że wynikną problemy np. w określeniu płci. Bardzo szeroko ujęte są w pytaniach warunki mieszkaniowe gospodarstw domowych, poczynając od cenzusu własnościowego obiektów, przez konieczny szczegółowy opis zamieszkiwanych budynków, liczby znajdujących się w nim mieszkań, wielkości izb zajmowanych przez rodzinę, ich powierzchni na osobę, wreszcie po ocenę stanu sanitarnego obiektów, wyposażenia grzewczego, a nawet rok ich wybudowania.

Jeśli chodzi o sam formularz spisowy, znajdziemy go w internecie jako „samospis NSP 2021" do wypełnienia (kolejność pytań jest narzucona elektronicznie). Jeśli ktoś nie wywiąże się z tego obowiązku do 10 września, skontaktują się z nim rachmistrze, w trybie wynikającym z aktualnych regulacji związanych z pandemią.

O szczegółach i zasadach przeprowadzenia Spisu nie piszę, to obszerny temat, do odrębnej publikacji. Natomiast poniżej kilka informacji statystycznych o współczesnej Polsce – w chwili rozpoczęcia Spisu. Mamy 38 mln 226 tys. mieszkańców, tj. o 115 tys. mniej niż w 2019 r. To skutek wzrostu liczby zgonów (o 67 tys. więcej niż przed rokiem) oraz spadku liczby urodzeń (o 20 tys. mniej). W liczbach bezwzględnych liczba zgonów wyniosła 477 tys., a urodzeń zmalała do 355 tys. Niestety, prognozy dotyczące wzrostu urodzeń zawiodły, podobnie zresztą jak we Francji czy USA.

W miastach mieszka blisko 70% Polaków, przy czym granice administracyjne miast są tylko pośrednio wskaźnikiem urbanizacji ze względu na rozległe „obwarzanki" gęstej zabudowy gmin graniczących z miastami. Najludniejsze na początku 2020 r. wg GUS były województwa: mazowieckie – ponad 5 mln 420 tys. mieszkańców, śląskie – blisko 4 mln 518 tys. i wielkopolskie – blisko 3 mln 490 tys. Małopolskie jest na 4. miejscu (3 mln 410 tys.). Liczba ludności wzrasta tylko w woj. mazowieckim i małopolskim, natomiast w pozostałych maleje, zwłaszcza w śląskim i łódzkim.



Zmiana liczby ludności między rokiem 2013 a 2050 (w %). Źródło: Główny Urząd Statystyczny, „Prognoza ludności na lata 2014-2050", www.stat.gov.pl

Etnicznie byliśmy nadal w Europie krajem wyjątkowo jednorodnym, zaledwie 410 tys. mieszkańców deklarowało przynależność śląską, 214 tys. przynależność kaszubską, 75 tys. niemiecką oraz 2,5 tys. rosyjską. Większość naszego społeczeństwa stanowią kobiety – 51,6%, na 100 mężczyzn przypada 107 kobiet (w miastach 111).

* * *

Abstrahując od bieżącej sytuacji epidemiologicznej, warto u progu „Narodowego Spisu Ludności i Mieszkań", *de facto* bilansującego minione dziesięciolecie, sformułować kilka uwag natury perspektywicznej.

W aspekcie malejącej dzietności trzeba przerwać ględzenie o polityce prorodzinnej i zdobyć się na działanie. Do dyskryminacji kobiet w zakresie polityki płacowej i zajmowania stanowisk kierowniczych dochodzi zatrudnianie na umowach śmieciowych, niegwarantujących kobietom urlopów macierzyńskich ani powrotu do pracy. W rezultacie coraz częściej pierwsze dziecko pojawia się u kobiet po „trzydziestce", po czym brak już czasu na kolejne. W dodatku ok. 1,5 mln par deklaruje problemy z płodnością, a procedura in vitro nie jest refundowana przez NFZ. Nadto połowa żłobków i przedszkoli to placówki prywatne, za które trzeba płacić w znacznej części z własnej kieszeni. W 2/3 polskich gmin żłobków nie ma w ogóle. Nawet waloryzacja 500+ nie pomoże. Wciąż brakuje mieszkań, zwłaszcza tanich. W 2018 r. było ich 380 na 1000 mieszkańców, tj. daleko za średnią UE, wynoszącą 435/1000. Aż 45% młodych mieszka więc z rodzicami, nie posiadając własnego miejsca dla dziecka. W ogóle polityka mieszkaniowa nie istnieje. A polityka emerytalna czy dramatyczny przyrost liczby zgonów to problematyka wcale nie poboczna, ale nie do ujęcia w tej publikacji.

* * *

Na koniec, wcale nie w ramach ciekawostki, a w ujęciu statystycznym, kilka prognoz demograficznych dla Polski, w horyzoncie czasowym pokolenia, które właśnie wchodzi w dorosłe życie. Według GUS, w 2050 r. będzie nas mniej o 4,5 mln, tj. ludność Polski będzie liczyła poniżej 34 mln, w tym jedną trzecią w wieku powyżej 65 lat. Już wcześniej, w 2035 r., będzie nas o 2,5 mln mniej. Natomiast w dalszych latach rysuje się katastrofa. Przytaczam trzy źródła; wg „Eurostatu" w 2100 r. będziemy mieć 27 mln mieszkańców i będziemy najstarszym społeczeństwem w Europie, wg prognoz ONZ – spadek liczby ludności w Polsce będzie jeszcze większy – do 24 mln. A na koniec, wg raportu ekspertów czasopisma „Lancet" – na początku XXII wieku będziemy mieć liczebność dzisiejszej Belgii czy Czech, czyli ok. 12-13 mln mieszkańców.

Czy ktoś może sobie to wyobrazić?

Stefan Ciepły

Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie w 2020 roku

Kiedy w czerwcu ubiegłego roku przedstawiałem sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Lekarskiej w 2019 roku i krótki komentarz dotyczący sytuacji panującej w pierwszej połowie 2020 roku, wyraziłem szczerą nadzieję, iż kolejny, jubileuszowy, XL Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie przebiegnie w normalnej atmosferze. Niestety, nie możemy się spotkać. Podobnie jak w ub. roku – delegaci otrzymali wszystkie dokumenty oraz uchwały drogą elektroniczną. Jednak pracujemy i nie tracimy wiary w lepsze czasy.

Nasza działalność w ub. roku koncentrowała się głównie na niesieniu pomocy lekarzom i lekarzom dentystom, pozostawionym początkowo całkowicie bezbronnymi wobec koronawirusa. Nie mieliśmy nic – nawet najzwyklejszych maseczek, nie mogliśmy kupić żadnych środków ochrony osobistej. Na szczęście, społeczeństwo pospieszyło z pomocą. Do szpitali

popłynęły dary rzeczowe, dowożono posiłki, uaktywniliśmy pomoc socjalną. Największe w skali kraju wsparcie ofiarowała wiosną Fundacja Rodziny Kulczyków, która sprowadziła do Polski ogromny transport środków ochrony i przekazała go Fundacji Lekarze Lekarzom. Dar był znaczący, lecz tylko w naszej Izbie przyjęliśmy ponad 11 tysięcy wniosków o wsparcie z tej puli. Proporcjonalny rozdział oznaczał, iż na lekarza przypadnie mniej niż jedna para gogli, pół przyłbicy i 4 maseczki. Dlatego ze środków OIL w Krakowie zakupiliśmy dodatkową partię tych materiałów. Oczywiście, nie zaspokoiło to potrzeb, ale przynajmniej na początek stanowiło jakieś wsparcie. Z naszych wspólnych środków kupiliśmy także specjalny materiał na fartuchy ochronne i zleciliśmy pracowni krawieckiej ich uszycie. Każdy lekarz mógł nabyć taki fartuch po kosztach usługi krawieckiej. Pośredniczyliśmy w przekazywaniu darów ufundowanych przez wielu sponsorów.

Natychmiast po ogłoszeniu epidemii uruchomiliśmy w Izbie, wysiłkiem Zespołu Radców Prawnych, również po-

moc prawną, socjalną, a także, dzięki zaangażowaniu naszego pełnomocnika ds. zdrowia dr. Wojciecha Oleksego, szalenie ważną pomoc psychologiczną dla naszych członków. Pracownicy Izby pełnią dyżury, możliwy jest nie tylko kontakt telefoniczny i mailowy, ale w razie potrzeby również bezpośredni. Każdy lekarz zawsze może uzyskać w Izbie potrzebne mu dokumenty i załatwić wszystkie sprawy.

Pandemia wymusiła przyspieszenie cyfryzacji, co można chyba uznać za jedyną korzyść z tej sytuacji. Po pewnych, niezależnych od nas perturbacjach, uruchomiliśmy długo oczekiwaną aplikację Moja Izba na urządzenia mobilne dla członków krakowskiej OIL. W związku z pandemią musieliśmy też na kilka miesięcy zawiesić wydawanie „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej", jednak uruchomiliśmy własną stronę internetową ggl.com.pl, która stanowi uzupełnienie wydania papierowego.

To tylko część naszej działalności w pierwszym roku pandemii. Ogromnie ważne są również wszystkie inicjatywy związane z działaniami rządu i parlamentu. Najpierw zabiegaliśmy m.in. o lepsze zabezpieczenie lekarzy w środki ochrony osobistej, potem podejmowaliśmy skuteczne interwencje w sprawie przymusowego kierowania lekarzy do pracy na oddziałach covidowych, formułowaliśmy apele i stanowiska krytyczne wobec decyzji nieprzemyślanych, niekorzystnych dla naszego środowiska i dla pacjentów. Walczyliśmy o dodatki covidowe dla lekarzy, o renty specjalne dla rodzin naszych kolegów zmarłych z powodu zakażenia SARS-CoV-2, podjęliśmy działania zmierzające do powstrzymania groźby zatrudniania w Polsce lekarzy z zagranicy bez potwierdzenia ich kwalifikacji. Teraz nieustannie walczymy o przyspieszenie szczepień. Stale apelujemy o zmiany systemowe i większe finansowanie ochrony zdrowia. Lista apeli i stanowisk skierowanych w tych i innych sprawach do wojewodów, do premiera, rządu, Sejmu i NFZ jest bardzo długa.

W 2020 roku odbyło się 5 posiedzeń Okręgowej Rady Lekarskiej, w tym trzy „zdalne" oraz 21 posiedzeń Prezydium ORL – od wiosny organizowanych online.

Jaki jest obecny stan naszej Izby? Na dzień 31 grudnia 2020 roku Okręgowy Rejestr Lekarzy OIL w Krakowie obejmował 17 693 osoby posiadające uprawnienia do wykonywania zawodu, w tym 13 747 lekarzy, 3913 lekarzy dentystów oraz 33 osoby posiadające podwójne uprawnienia lekarsko-dentystyczne. W tych liczbach mieszczą się lekarze zrzeszeni w naszych delegaturach. Delegatura w Nowym Sączu liczyła na koniec ub. roku 2794 lekarzy i lekarzy dentystów, Delegatura w Krośnie – 1527 lekarzy i lekarzy dentystów, Delegatura w Przemyślu zrzesza natomiast 1070 koleżanek i kolegów. Od stycznia 2020 do stycznia 2021 roku zarejestrowaliśmy 1692 nowe miejsca udzielania świadczeń w ramach prywatnej praktyki, czyli o ponad 200 więcej niż rok wcześniej.

Podstawowym źródłem finansowania działalności samorządu lekarskiego są składki członkowskie wpłacane przez lekarzy w wysokości określonej przez Naczelną Radę Lekarską i niezmienianej od 2014 roku. W 2020 roku przychody z tytułu składek w naszej Izbie były na porównywalnym poziomie jak w latach ubiegłych. Odpis na rzecz NIL przekroczył 1,4 miliona zł. Ostatecznie, Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie uzyskała w 2020 roku dodatni wynik finansowy, głównie z powodu niewykorzystania środków przez niektóre Komisje i inne organy samorządu w związku z pandemią. Na rok 2021 Okręgowa Rada Lekarska proponuje podział środków podobny, jaki planowaliśmy na rok 2020.

Do Okręgowego Sądu Lekarskiego, któremu przewodniczy prof. Waldemar Hładki, w roku 2020 wpłynęło 65 wniosków o ukaranie oraz 24 zażalenia na postanowienia Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Orzeczenia wydane przez OSL w roku 2020 dotyczyły 45 lekarzy. Mimo utrudnień odbyło się 75 sesji Sądu, w tym 29 posiedzeń i 46 rozpraw.

Biuro Okręgowej Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Krakowie, którą to funkcję pełni doktor Anna Kot, w 2020 roku zarejestrowało 320 zawiadomień. Rzecznik zakończyła w sumie 215 postępowań, z czego 74 stanowiły umorzenia, 81 – odmowy wszczęcia postępowania, a 60 – wnioski o ukaranie do Okręgowego Sądu Lekarskiego.

W pracy Rzecznik Praw Lekarza doktor Katarzyny Turek-Fornelskiej dominowały sprawy związane z pandemią COVID-19, z zapewnieniem bezpieczeństwa lekarzom narażonym w pracy na zakażenie, oddelegowanym do bezpośredniej pracy z pacjentami zakażonymi SARS-CoV-2.

Komisja Socjalno-Bytowa pod kierunkiem Barbary Wiejowskiej w roku 2020 przekazała lekarzom ponad milion złotych, w różnych formach finansowego wsparcia. Tylko z zapomóg losowych skorzystało ponad 100 członków naszej Izby, 247 lekarzy otrzymało tzw. „becikowe", z dopłat do nauczania korzystało 19 studentów i 12 uczniów szkół średnich – dzieci lekarzy.

Z powodu pandemii Komisja ds. Lekarzy Seniorów, chroniąc najstarszych z nas, musiała praktycznie zawiesić swoją działalność. Natomiast nasi młodzi lekarze pod przewodnictwem Damiana Kowalskiego i Agaty Dynkiewicz w elektronicznych formach komunikacji radzą sobie doskonale, więc pracowali intensywnie. Podobnie jak inni, np. Komisja Kształcenia pod kierunkiem doktora Lecha Kucharskiego w 2020 roku zorganizowała aż 12 edycji szkoleń online. Bardzo aktywne były Zespoły ds. Szpitalnictwa pod kierunkiem wiceprezesa ORL doktora Lecha Kucharskiego oraz ds. POZ, kierowany przez Jerzego Radziszowskiego, a miało to związek z sytuacją w szpitalach i gabinetach lekarzy pierwszego kontaktu najpierw po wybuchu pandemii, następnie w związku z rozpoczęciem szczepień przeciwko COVID-19. Wszystkie sygnały dotyczące fatalnej organizacji systemu ochrony zdrowia, chaosu decyzyjnego, dezinformacji itd. przekazywaliśmy dalej, także podczas odbytych na wniosek Izby bezpośrednich spotkań z Wojewodą Małopolskim.

Robert Stępień
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie

Balansując na fali

Od ostatniego wydania naszej gazety odbyło się pięć posiedzeń Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej. Na każdym omawiano bieżącą sytuację na wojnie z epidemią. Określenie „fala zachorowań" doskonale obrazuje przebieg dyskusji. Pod koniec lutego liczba zachorowań zaczynała rosnąć, w połowie marca wznosiła się bardzo gwałtownie, by 20 kwietnia, kiedy przygotowujemy gazetę do druku, powoli opadać, przynosząc nieśmiałą nadzieję, że znów najgorsze mamy za sobą.

W związku z pandemią, władze Izby formułowały wnioski do władz w sprawie unormowania zasad wypłaty dodatków covidowych dla lekarzy zatrudnionych na oddziałach zajmujących się zakażonymi pacjentami. Omawiano też problemy związane z delegowaniem lekarzy do tej pracy przez wojewodów. W Małopolsce udało się jednak uniknąć tak poważnych konfliktów z władzą, jak miało to miejsce np. w woj. mazowieckim. Stale monitorowany jest także przebieg szczepień, gdyż jeszcze w marcu wielu medyków czekało na swoją kolej. Na szczęście dostawy szczepionek są już regularne i znacznie większe (przynajmniej w dniu, kiedy to piszemy). Na początku kwietnia, w szczycie trzeciej fali zakażeń, władze krakowskiej Izby Lekarskiej zaapelowały także do szpitali o możliwie najlepszą współpracę i niezapominanie, że poza COVID-19 zabijają też inne choroby, więc pacjentów przywożonych do szpitala z powodów innych niż zakażenie należy, jeśli tylko to możliwe, przyjmować bez zbędnej zwłoki.

Jednak Okręgowa Rada Lekarska i jej Prezydium zajmują się nie tylko epidemią. W dniach 26-27 marca odbył się „elektronicznie" XL Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie, podczas którego delegaci zdalnie przyjęli przesłane im wcześniej uchwały zatwierdzające sprawozdania z działalności w 2020 roku Okręgowej Rady Lekarskiej (sprawozdanie Prezesa ORL doktora Roberta Stępnia publikujemy w tym numerze), Okręgowej Komisji Rewizyjnej OIL w Krakowie, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Lekarskiego, sprawozdanie finansowe ORL za rok obrotowy 2020 oraz uchwała o udzieleniu absolutorium ORL i projekt preliminarza budżetowego na rok 2021. Zjazd przyjął wszystkie przedstawione uchwały i udzielił absolutorium Okręgowej Radzie. Z 270 delegatów zagłosowało 189, w tym 114 lekarzy i 75 lekarzy dentystów.

Kolejny zjazd odbędzie się za rok, jednak rozpoczynają się właśnie wybory delegatów, którzy w przyszłym roku zdecydują o tym, komu zostanie powierzone pełnienie funkcji w organach samorządu. To także jeden z tematów dyskusji podczas wszystkich posiedzeń Prezydium ORL. Stan przygotowań do kolejnego zjazdu na bieżąco omawia doktor Mariusz Janikowski, sekretarz ORL oraz przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej. O kalendarzu wyborczym przewodniczący OKW informuje także w swoim felietonie na str 8. Podczas hybrydowych obrad Okręgowej Rady Lekarskiej, 24 lutego, nieco więcej czasu członkowie Rady poświęcili tylko drobnym zawirowaniom przy ustalaniu rejonów wyborczych, których granice, w związku z przeniesieniem Szpitala Uniwersyteckiego do nowych obiektów w Prokocimiu, musiały ulec pewnym modyfikacjom. I, jak zwykle w takich sytuacjach, wpłynęły wnioski o korekty.

Jednym z przykładów działań Rady, wybiegających w optymistyczną przyszłość bez wirusa oraz przejawem dążenia do „normalności", może być apel o podjęcie przez władze energicznych kroków w celu likwidacji nielegalnych reklam usług medycznych. Niestety, znów coraz liczniej pojawiają się takie w przestrzeni publicznej. Być może zleceniodawcy tych reklam liczą, że w obecnym czasie wszyscy przymkną oko na bezprawie. Jednak OIL w Krakowie nie tylko skierowała w tej sprawie apel do NRL, ale też przedstawiciele Izby przedstawili/przybliżyli problem wojewodzie małopolskiemu. Zostaną podjęte wspólne działania, bowiem nieuczciwa reklama lekarskich usług nie tylko narusza prawo i Kodeks Etyki Lekarskiej, ale może doprowadzić też do powstania zagrożenia dla zdrowia pacjentów.

(JGH)

Izba zamknęła rok 2020

XL Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie odbywał się w dniach 26-27 marca 2021 roku, w formie elektronicznej. Odpowiednio wcześniej delegatom pocztą elektroniczną przesłano siedem uchwał, których podjęcie jest wymagane prawem. Uwagi do tych dokumentów można było przesyłać do 23 marca. Były to uchwały zatwierdzające sprawozdania z działalności w 2020 roku Okręgowej Rady Lekarskiej, Okręgowej Komisji Rewizyjnej OIL w Krakowie, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Lekarskiego, sprawozdanie finansowe ORL za rok obrotowy 2020 oraz uchwała o udzieleniu absolutorium ORL i projekt preliminarza budżetowego na rok 2021. Zjazd przyjął wszystkie przedstawione uchwały i udzielił absolutorium Okręgowej Radzie.

Z 270 delegatów zagłosowało 189, w tym 114 lekarzy i 75 lekarzy dentystów.

Kolejny zjazd, kończący obecną kadencję samorządu lekarskiego, odbędzie się za rok.

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Nie ulega wątpliwości, że podstawowym problemem ochrony zdrowia i nas wszystkich jest COVID. O tym głośno w mediach i wszędzie dokoła. Ale niech w tej wrzawie covidowej nie giną inne problemy, które być może nie są najpilniejsze dla kraju, ale, moim zdaniem, istotne dla nas lekarzy i nie najlepiej świadczące o kondycji środowiska medycznego.

Jednym z takich problemów jest konflikt wokół procedury interwencyjnego leczenia udarów. Metoda znana i uznana na całym już świecie. W Polsce Ministerstwo Zdrowia uznało za właściwe przeprowadzić jej pilotaż, który trwał dwa lata i niedawno dobiegł końca. Wydawałoby się, że kiedy wreszcie naszym własnym sprawdzianem potwierdziliśmy to, co wiadomo już od dawna, powinna przyjść pora na jego zakończenie, upowszechnienie metody i włączenie jej do katalogu procedur NFZ. I tu podniósł się krzyk protestu ośrodków, które pilotaż prowadziły – argumentów merytorycznych zabrakło. Lobbing w ministerstwie okazał się skuteczny – pilotaż przedłużono. W praktyce oznacza to, że stosowanie sprawdzonej, skutecznej procedury, pozwalającej wielu ludziom uniknąć kalectwa, zostaje nadal ograniczone do niewielkiej liczby (20) ośrodków, które są „godne" prowadzenia pilotażu w naszym kraju, mimo że wiele innych jednostek też jest przygotowanych do ratowania pacjentów z udarem.

Próbuję to porównać do procesu wprowadzania leczenia interwencyjnego w ostrych zespołach wieńcowych. Tam na szczęście nie było hamulcowych, którzy usiłowali ograniczyć stosowanie terapii, skutkiem czego jest spadek śmiertelności w świeżych zawałach serca. W przypadku udarów trudno na to liczyć.

Sprawa ustnych egzaminów specjalizacyjnych bulwersowała (i nadal bulwersuje) nie tylko Koleżanki i Kolegów zdających te egzaminy, ale i nas wszystkich. Przypomnę decyzję Ministra Zdrowia z sesji jesiennej 2020: „W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu, na podstawie art. 16 rc ust. 3a i 3b o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, 567 i 1291), mając na uwadze konieczność zapewnienia bezpieczeństwa lekarzy i lekarzy dentystów w związku z aktualnym stanem epidemii, niniejszym odstępuję od przeprowadzenia części ustnej Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w sesji wiosennej 2020 r. …". Taką decyzję podjął Minister Zdrowia przy znacznie mniejszej liczbie zachorowań niż teraz. Zwracam uwagę, że w tej sesji, mimo wielokrotnie większej liczby chorych, zwiększono zagrożenie dla zdających lekarzy, którzy na egzaminy ustne jeździli na drugi koniec Polski, bo takie były decyzje ich starszych kolegów. Poza narażeniem na infekcje, podróż taka, kiedy nie ma np. gdzie zjeść, staje się jeszcze bardziej uciążliwa. Czyżby nawet takie ułatwienie było dla MZ za trudne? Czy rzeczywiście lekarze z Krakowa musieli zdawać egzamin specjalizacyjny w Gdańsku i w Lublinie czy Warszawie? W Krakowie nie ma profesorów godnych przeprowadzenia egzaminu specjalizacyjnego np. z anestezjologii? Porażający jest brak elastyczności w sytuacji nadzwyczajnej. Do tego, kiedy w kraju dramatycznie brakuje lekarzy, ministerstwo spokojnie wyłącza kilkuset z aktywności zawodowej. Decyzja godna Einsteina.

Dążenie do wyeliminowania ekspertów medycznych z jakichkolwiek decyzji dotyczących ochrony zdrowia jest od dawna widoczne. Ale wyeliminowanie z niemal wszystkich gremiów – nawet doradczych – profesjonalistów, przy absurdalnej wręcz centralizacji decyzji, jest działaniem na zgubę polskiej ochrony zdrowia. Tylko że tego decydenci wydają się nie dostrzegać. Wszystko najlepiej scentralizować, całą władzę oddać urzędnikom, a ze skutkami ich decyzji zmagać się będą lekarze, których w systemie publicznej ochrony zdrowia będzie coraz mniej, pielęgniarki, które również przejdą do sektora prywatnego. Zamykanie szpitali, do którego dojdzie nieuchronnie, będzie ekonomistom rządzącym zdrowiem Polaków na rękę, bo kasa będzie się zgadzała. Poza tym, zwracam uwagę Koleżankom i Kolegom, że wśród osób kierujących Ministerstwem Zdrowia znalazło się miejsce zaledwie dla jednego lekarza i ani jednej pielęgniarki. Tam są sami ekonomiści, za to agencją zajmującą się taryfikacją technologii medycznych kieruje lekarz rodzinny. Skutki tej polityki widać w kondycji naszej ochrony zdrowia. Widać w walce z zarazą i w przebiegu szczepień.

Pozostaje nam liczyć na to, że kiedyś jednak będzie lepiej.

Jerzy Friediger

Nowe możliwości – chirurgia dziecięca i centrum pomocy dzieciom z FASD

Szpital św. Ludwika po remoncie

Po blisko trzech latach dobiegła końca modernizacja Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie. W jej efekcie Szpital wzbogacił się o cały kompleks chirurgii dziecięcej wraz z blokiem operacyjnym i intensywną terapią, powstał też oddział diagnostyki i terapii dzieci z FASD.

Szpital św. Ludwika przez wiele lat nie mógł w pełni wykorzystywać swoich możliwości, choć założony w 1876 r. (m.in. staraniem jego pierwszego dyrektora prof. Macieja Leona Jakubowskiego) uważany jest za kolebkę polskiej pediatrii. To tutaj funkcjonowała pierwsza w Polsce Uniwersytecka Klinika Dziecięca, był on też trzecim na ziemiach polskich (po Lwowie i Warszawie) ośrodkiem zamkniętego lecznictwa dziecięcego. – To, czego najbardziej brakowało szpitalowi, to część zabiegowa i intensywna terapia z anestezjologiem dostępnym całą dobę. Teraz mamy salę operacyjną wyposażoną w sprzęt na bardzo wysokim poziomie. Jest to dopełnienie kompleksowej opieki nad dzieckiem, którą od dawna realizują pozostałe oddziały szpitalne, POZ oraz przychodnie specjalistyczne – powiedział 25 marca dyrektor szpitala Stanisław Stępniewski podczas uroczystego otwarcia przebudowanej części placówki.

Utworzenie oddziałów zabiegowych to niejedyne inwestycje w szpitalu – tak gruntownego remontu nie przeszedł on w całej swej 145-letniej historii. Kosztem ponad 40 mln zł (niemal 28 mln zł to dofinansowanie z UE, 3,5 mln zł pochodziło z budżetu Województwa Małopolskiego, reszta to głównie środki własne placówki) dobudowana została dodatkowa kondygnacja, przystosowano także poddasze tak, by mogły tam funkcjonować oddziały specjalistyczne. Wymieniono też instalacje, przebudowano podjazdy, przeprowadzono prace konserwatorskie (m.in. odnowiono elewację budynku), a także zakupiono aparaturę medyczną i wyposażenie.

Choć powierzchnia szpitala zwiększyła się, paradoksalnie ubyło w nim łóżek. Stało się tak dlatego – wyjaśnia dr Katarzyna Przybyszewska, pełnomocnik ds. lecznictwa zamkniętego Szpitala św. Ludwika – by poprawić warunki pobytu w szpitalu zarówno dla pacjentów, jak i ich rodziców. Po przebudowie sale są jedno-, dwu – lub trzyosobowe, każda ma własny węzeł sanitarny. Co istotne w czasie pandemii, część sal może być wykorzystana jako izolatki dla osób podejrzanych o infekcję. – Już teraz takich łóżek jest 6 na oddziale pulmonologii, w miarę potrzeb jesteśmy w stanie zwiększyć ich liczbę o kolejne 6 w izolatkach w innych oddziałach – informuje dr Przybyszewska.

W związku z powstaniem nowych oddziałów wzrosło natomiast zatrudnienie. Zespół lekarzy powiększył się o specjalistów anestezjologii, chirurgii, ortopedii i laryngologii. Związane to jest głównie z planowaniem operacji z zakresu nie tylko chirurgii ogólniej, ale też właśnie ortopedii i laryngologii. Poszerzenie profilu Szpitala to także szansa zdobycia większego doświadczenia praktycznego przez studentów medycyny ze współpracującej z placówką Krakowskiej Akademii im. Frycza-Modrzewskiego.

Kolejnym ważnym osiągnięciem jest utworzenie unikatowego w skali kraju ośrodka diagnostyki i leczenia dzieci z poalkoholowym spektrum zaburzeń rozwojowych (FASD). Jak wyjaśnia dr Przybyszewska: – Oddział przeznaczony dla dzieci z FASD jest pierwszym krokiem w kierunku stworzenia systemowej pomocy dla tej grupy pacjentów i ich rodzin. Ma on być miejscem, gdzie można uzyskać diagnozę i otrzymać pomoc w przypadku pojawienia się nowych lub dodatkowych problemów z funkcjonowaniem. Diagnostyka będzie prowadzona zespołowo: przez lekarza i neuropsychologa z pomocą innych specjalistów, według polskich rekomendacji opublikowanych w 2020 roku, które współtworzyli również członkowie naszego zespołu. W dalszej perspektywie planujemy rozwój terapii FASD w oparciu o świadczenia ambulatoryjne, także środowiskowe, oddział dzienny oraz Małopolskie Centrum Rehabilitacji w Radziszowie.

Wspomniane Centrum w Radziszowie jest integralną częścią Szpitala. Obecnie pełni także funkcję ośrodka, w którym podczas turnusów rehabilitacyjnych do sprawności fizycznej powracają dzieci i młodzież po przebytym COVID-19. Pacjentom tym Szpital oferuje także diagnostykę pulmonologiczną, kardiologiczną, ocenę badań biochemicznych z surowicy, a także opiekę psychiatryczno-psychologiczną. W planach dyrekcji prócz budowy Ośrodka Rehabilitacji i Diagnostyki Biometrycznej w Radziszowie jest nadbudowa Pawilonu Jakubowskiego przy ul. Strzeleckiej, w którym mieści się właśnie Oddział Psychiatrii Dzieci, i utworzenie Centrum Zaburzeń Odżywiania.

Katarzyna Domin
Fot. archiwum Szpitala św. Ludwika

Centrum Chirurgicznego Leczenia Otyłości SU wyróżnione

Kompleksowo i profesjonalnie

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia i Głównego Urzędu Statystycznego, co drugi Polak w wieku powyżej 15 lat ma kilka kilogramów za dużo. Trzech na pięciu z nas ma nadwagę, a ok. 25% dorosłych Polaków jest otyłych. W pandemii tyjemy jeszcze szybciej – w 2025 roku otyłych będzie co najmniej 26% kobiet i 30% mężczyzn w naszym kraju. Dlatego rośnie zapotrzebowanie na specjalistyczną pomoc w walce z nadwagą. Można ją już uzyskać m.in. w Krakowie. Utworzone 1 września 2020 r. Centrum Chirurgicznego Leczenia Otyłości przy Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Stanów Nagłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie otrzymało właśnie wyróżnienie w kategorii „efekty kliniczne" w polskiej edycji prestiżowego konkursu „Wartość w medycynie Dragon's Grant and Endorsement". Inicjatywa ta ma na celu promowanie dobrych, praktycznych rozwiązań z obszaru organizacji systemu w oparciu o jakość, tzw. Value Based Healthcare. Centrum wyróżniono za kompleksowy i nowoczesny model leczenia otyłości. Ośrodek oferuje kwalifikację do zabiegu, przygotowanie i diagnostykę przedoperacyjną, edukację, hospitalizację i leczenie chirurgiczne technikami minimalnie inwazyjnymi (jak laparoskopia). Co więcej, już po zabiegu, pacjent zostaje objęty długoterminową opieką wielospecjalistyczną zgodnie z indywidualnym planem leczenia dostosowanym do jego potrzeb (m.in. opiekę dietetyka, wsparcie psychologiczne). Przyjęty model organizacji Centrum Chirurgicznego Leczenia Otyłości jest zgodny z koncepcją KOS-BAR (kompleksowej skoordynowanej opieki nad pacjentem bariatrycznym). Projekt promuje również nowoczesną opiekę okołooperacyjną (protokół ERAS).

Jak przyznaje prof. Piotr Major, koordynator Centrum: „Model kompleksowej, skoordynowanej opieki nad pacjentem bariatrycznym został wdrożony w Szpitalu Uniwersyteckim pomimo braku odrębnego finansowania. Dzięki temu ośrodek stał się jednym z nielicznych w kraju, w którym pacjent cierpiący na otyłość uzyska kompleksową pomoc w pełni bezpłatne".

Dodajmy, że w grudniu 2020 r. projekt „Współczesny model chirurgicznego leczenia otyłości – organizacja i działalność Centrum Chirurgicznego Leczenia Otyłości Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie", realizowany przez zespół chirurgów pod kierownictwem prof. Andrzeja Matyi, był jednym z 11 laureatów konkursu Złoty Skalpel, organizowanego od 12 lat przez wydawnictwo Puls Medycyny.

(Źródło: www.su.krakow.pl, opr. KD)

Choroby, w których świat wiruje

Rozmowa z dr Katarzyną Zajdel, specjalistką otolaryngologiem z centrum Medycznego ZDROWA w Krakowie

Zawroty głowy to dolegliwość uznawana za dość powszechną, ale nadal przysparza problemów diagnostycznych i terapeutycznych. Wielu pacjentów właśnie z tego powodu trafia zarówno do lekarzy podstawowej opieki, jak i do specjalistów. Czy możemy wskazać jakąś prostą ścieżkę diagnostyczną dla takich chorych?

– Zawroty głowy traktujemy oczywiście jako objaw, który może wynikać z różnych schorzeń obejmujących odrębne układy, różne są więc też ścieżki diagnostyczne. Jednak w ponad połowie przypadków zawroty głowy wynikają z powodów otologicznych, a wśród nich najczęstsze z kolei są dysfunkcje narządu otolitowego. Drugą istotną grupą są przyczyny neurologiczne, a następnie wynikające z chorób ogólnoustrojowych, m.in. kardiologicznych. Pozostaje niewielki, paroprocentowy margines, gdy nie potrafimy wskazać przyczyn dolegliwości.

Zgłasza się więc pacjent, który mówi: „mam zawroty głowy". To określenie bardzo pojemne i wydaje się, że wymaga rozległych działań diagnostycznych. Od czego zacząć?

– Oczywiście, jak zawsze w medycynie – od solidnego wywiadu. Jest najważniejszy. To podczas wywiadu dowiemy się, jaki charakter i przebieg mają zawroty głowy, co pozwoli nam już wstępnie ocenić, czy mają one podłoże obwodowe, czy ośrodkowe. Inaczej pacjenci opiszą dolegliwości ośrodkowe, czyli dysfunkcję w obrębie jąder przedsionkowych, a zupełnie inaczej – dolegliwości wynikające z uszkodzenia obwodowego, czyli na poziomie ucha wewnętrznego. Warto wesprzeć się ogólnodostępnymi tabelami, które znacząco ułatwiają różnicowanie tych dwóch sytuacji. Można też wstępnie zapytać pacjenta o występowanie szumów usznych i ewentualne problemy ze słuchem. Różnice w przebiegu zawrotów głowy pochodzenia obwodowego i ośrodkowego są tak charakterystyczne, że już sam starannie zebrany wywiad da nam istotne informacje, pozwalające właściwie pokierować pacjenta. Tę wiedzę możemy uzupełnić w badaniu przedmiotowym, wykonując wstępne badanie otoneurologiczne. Można wykonać próbę Romberga oraz badanie oczopląsu samoistnego. Dla schorzeń o podłożu obwodowym bardzo charakterystyczny jest oczopląs poziomy, rytmiczny, uregulowany. W każdym gabinecie mamy też możliwość wykonania testu położeniowego Dix-Hallpike'a, jeśli podejrzewamy BPPV, czyli łagodne położeniowe zawroty głowy.

Wszystkie te działania pozwalają na wskazanie pacjentowi dalszej drogi diagnostycznej. W skrócie można powiedzieć, że wiemy wtedy, czy pacjent wymaga w pierwszej kolejności konsultacji otolaryngologicznej czy neurologicznej. Czy są sytuacje, w których pacjenta z zawrotami głowy kierujemy do szpitala?

– Zawsze natychmiastowej hospitalizacji wymagają chorzy, którzy manifestują objawy neurologiczne, sugerujące np. udar czy wzrost ciśnienia śródczaszkowego, oraz chorzy z poważnymi objawami ogólnoustrojowymi, sugerującymi zagrożenie życia. Druga grupa pacjentów, którzy powinni być hospitalizowani, to osoby z zawrotami głowy pochodzenia obwodowego, ale u których atak przebiega wyjątkowo burzliwie i występują silne zaburzenia równowagi i objawy wegetatywne, takie jak intensywne nudności i wymioty. Taki przebieg ma najczęściej zapalenie neuronu przedsionkowego i chory jest wtedy niezwykle cierpiący. Wymaga uregulowania gospodarki wodno-elektrolitowej i ewentualnie uzupełnienia leków, które przyjmuje stale z innych przyczyn, a z powodu wymiotów nie jest w stanie przyjąć ich doustnie.

Spośród obwodowych przyczyn zawrotów głowy na pierwszy plan wysuwają się trzy najczęstsze schorzenia: BPPV (*Benign Paroxysmal Positional Vertigo*), czyli łagodne położeniowe zawroty głowy, zapalenie neuronu przedsionkowego oraz choroba Meniere'a.

– Dwa pierwsze schorzenia to rzeczywiście codzienność lekarza otolaryngologa, natomiast choroba Meniere'a jest stosunkowo rzadka. Do mojego gabinetu w ciągu roku trafia około 10-15 pacjentów, u których mogę potwierdzić to schorzenie. W mojej ocenie to rozpoznanie jest często nadużywane wobec niespełnienia wszystkich kryteriów diagnostycznych. Pacjent z chorobą Meniere'a musi prezentować jednocześnie trzy objawy: napadowe zawroty głowy z oczopląsem i wymiotami, szumy uszne oraz postępujące uszkodzenie słuchu – niedosłuch w tym uchu, które objęte jest chorobą. To bardzo ciężka przypadłość, prowadząca do stopniowej degeneracji ucha wewnętrznego i w efekcie do całkowitego uszkodzenia słuchu i narządu równowagi. Mimo że wiedza na jej temat jest coraz większa, nadal, niestety, nie mamy tak naprawdę dobrych możliwości terapeutycznych.

Objawy zapalenia neuronu przedsionkowego są niemal identyczne. Jak więc rozróżnić te dwie choroby?

– Jednoznacznym objawem różnicującym jest brak uszkodzenia słuchu. Występują bardzo silne zawroty głowy i zaburzenia równowagi, które uniemożliwiają w zasadzie samodzielne funkcjonowanie, do tego dołączają się intensywne wymioty, ale słuch pozostaje w pełni sprawny. *Neuronitis vestibularis* to dziwna choroba, ponieważ nie znamy jej przyczyny, ale nie jest to rzadkość w gabinecie otolaryngologa. VIII nerw czaszkowy (przedsionkowo-ślimakowy) składa się z dwóch części: włókien ślimakowych i przedsionkowych. I choć przecież biegną one obok siebie, w tym wypadku uszkodzeniu ulegają tylko włókna przedsionkowe. Nie wiemy, dlaczego tak się dzieje – istnieją teorie o możliwym zakażeniu wirusowym, ale, jak na razie, nie znalazły one wiarygodnego potwierdzenia. Choroba pojawia się nagle, przebiega wyjątkowo burzliwie i na kilka-, kilkanaście tygodni ogranicza normalne funkcjonowanie, ale daje szansę na pełny powrót do zdrowia.

Chorzy po przejściu zapalenia nerwu przedsionkowego, osoby wcześniej bardzo sprawne, przez długi czas nie mogą dojść do siebie. Utrzymują się u nich zaburzenia równowagi, uciążliwe w codziennym życiu.

– Utrzymywanie równowagi u człowieka to bardzo skomplikowany mechanizm, składający się z wielu elementów. Zmiana pozycji ciała, chodzenie, a nawet poruszanie głową wymaga zaangażowania ośrodków i połączeń w ośrodkowym układzie nerwowym, receptorów czucia głębokiego, narządu wzroku, układu mięśniowo-szkieletowego oraz prawidłowego działania błędnika. Gdy z tego precyzyjnego układu wypada jeden element, organizm doznaje pewnego rodzaju szoku. U połowy pacjentów błędnik po około pół roku się regeneruje, ale u pozostałych niestety nie. Ci pacjenci jednak również wracają do formy, ponieważ ich organizm korzysta z kompensacji ośrodkowej. Jeśli nawet pozostaje niewielka niedomoga, są ćwiczenia, które pomagają w uzyskaniu tej kompensacji.

Najczęstszą, można powiedzieć, że powszechną przyczyną zawrotów głowy, jest BPPV, czyli łagodne położeniowe zawroty głowy. Nie brzmi groźnie, ale okazuje się bardzo dokuczliwe.

– Rzeczywiście, nazwa „łagodne" może się wydawać myląca. Nie jest to choroba, która stanowiłaby zagrożenie życia, jest natomiast uciążliwa. Otolity – drobne kryształki węglanu wapnia, które stanowią jeden z elementów budowy narządu równowagi, przemieszczają się w sposób nieprawidłowy i powodują zaburzenia pracy błędnika. Objawy są bardzo nieprzyjemne: zawroty głowy, zaburzenia równowagi, nudności i wymioty – nie są jednak tak mocno nasilone, jak w zapaleniu nerwu przedsionkowego. I znów, niestety, nie wiemy, z jakiego powodu te otolity się przemieszczają, choć istnieje kilka hipotez. Możemy jednak pacjentowi pomóc. Po określeniu, w którym z kanałów półkolistych doszło do przemieszczenia się otolitów, można wykonać odpowiednie manewry repozycyjne. Pacjenci poinstruowani, później już, gdy znają diagnozę, mogą przy nawrocie dolegliwości samodzielnie lub przy pomocy lekarza opieki podstawowej – jeżeli czuje się on na siłach, wykonać takie manewry.

Jest to jednak schorzenie, które może nawracać. Czy są jakieś metody profilaktyczne pozwalające uchronić się przed tym?

– Jest to choroba bardzo nieprzewidywalna. U jednych chorych epizody bywają jednorazowe, u innych – mogą się pojawić nawet kilka razy w roku. Niestety, nie znamy przyczyny tej choroby i nie jesteśmy też w stanie wskazać niczego, co by jednoznacznie wiązało się z pojawieniem epizodów. Ja zalecam pacjentom, żeby po prostu żyli normalnie. Wiem też jednak, że część chorych bardzo boi się powrotu dolegliwości. Stosują różne „metody", które ja odradzam. Unikanie spania na konkretnym boku czy unikanie jakichś konkretnych pozycji ciała albo, co gorsza, wycofanie się z aktywności fizycznej może tyko pogorszyć ich samopoczucie, a w żaden sposób nie wpłynie na ewentualne pojawienie się nawrotu BPPV.

Zdarza się, że jako przyczyna zawrotów głowy wskazywana jest dysfunkcja w obrębie kręgosłupa szyjnego – czy to częste przypadki?

– Tak, jak wspomniałam na początku, zawroty głowy to objaw, który może wynikać z zaburzeń różnych układów. Zawsze wymaga drobiazgowej diagnostyki – my tutaj pokrótce wspomniałyśmy jedynie o wycinku problemu, o sytuacjach najbardziej typowych w otolaryngologii. Trzeba też pamiętać o tym, że często pacjenci mianem „zawrotów głowy" określają bardzo różne dolegliwości i dopiero staranny wywiad i badanie może doprecyzować, o jaki dokładnie objaw chodzi. Może się więc okazać, że pacjent z „zawrotami głowy" ma np. problemy okulistyczne, kardiologiczne, naczyniowopochodne, metaboliczne czy nawet psychiczne. Jeżeli jednak chodzi o rzeczywiste zawroty głowy, to nie przeceniałabym roli kręgosłupa szyjnego. Wyjątkowo kręty przebieg naczyń kręgowych czy występowanie niestabilności kręgosłupa szyjnego mogą powodować takie dolegliwości, ale moje doświadczenie wskazuje raczej na to, że są to pacjenci, których po prostu właściwie nie zdiagnozowano, a przyczyna dolegliwości jest otologiczna i najczęściej jest to BPPV.

Rozmawiała: Joanna Sieradzka
Fot. Archiwum prywatne

Ważne dla lekarzy i lekarzy dentystów

Obowiązki osób funkcyjnych w systemie ochrony radiologicznej

Działalność z użyciem promieniowania jonizującego jest regulowana Ustawą z 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe (t. jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1792), szczegółowe informacje są umieszczone w przepisach wykonawczych.

Wykonywanie działalności jest dopuszczalne po zastosowaniu określonych w przepisach środków dla zapewnienia bezpieczeństwa oraz ochrony życia i zdrowia ludzi, jak również bezpieczeństwa mienia i ochrony środowiska.

Ochrona radiologiczna jest zdefiniowana w ustawie Prawo atomowe w następujący sposób: **zapobieganie narażeniu ludzi i skażeniu środowiska, a w przypadku braku możliwości zapobieżenia takim sytuacjom – ograniczenie ich skutków do poziomu tak niskiego, jak tylko jest to rozsądnie osiągalne, przy uwzględnieniu czynników ekonomicznych, społecznych i zdrowotnych;**
dotyczy:
– ochrony radiologicznej ogółu ludności,
– pracowników,
– pacjentów,
– środowiska.

Zadania osób funkcyjnych dotyczą między innymi:
1. **Kierowników jednostek organizacyjnych, którzy:**
– odpowiadają za przestrzeganie wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej w swojej jednostce,
– opracowują zakładowy plan postępowania awaryjnego,
– podczas zdarzenia radiacyjnego powodującego zagrożenie jednostki organizacyjnej kierują akcją likwidacji zagrożenia i usuwania skutków zdarzenia.
2. **Inspektorów Ochrony Radiologicznej, którzy:**
– sprawują wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w jednostkach
(Nie dotyczy jednostek organizacyjnych wykonujących działalność polegającą na stosowaniu aparatów rtg do zdjęć wewnątrzustnych).

Uprawnienia, obowiązki Inspektora Ochrony Radiologicznej są określone w art. 7 ustawy Prawo atomowe.

Podkreślenia wymaga punkt mówiący o nadzorze nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według procedur wewnętrznych i instrukcji pracy oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, w tym dotyczącej pracowników i innych osób przebywających w jednostce organizacyjnej w warunkach narażenia, **z wyjątkiem ochrony radiologicznej pacjentów poddanych terapii i diagnostyce z wykorzystaniem promieniowania jonizującego.**
W zakresie ochrony radiologicznej pacjenta:
– **lekarz kierujący** – odpowiada za poprawność uzasadnienia ekspozycji medycznej,
– **lekarz prowadzący** – ocenia poprawność uzasadnienia skierowania oraz odpowiada za wybór odpowiedniej procedury szczegółowej i jej poprawne stosowanie.
– **specjalista** w dziedzinie fizyki medycznej lub osoba zwana „fizykiem medycznym" w zakresie rentgenodiagnostyki i radiologii zabiegowej wykonuje zadania w zakresie: optymalizacji ochrony radiologicznej pacjentów i innych osób poddawanych ekspozycjom medycznym, w tym na stosowaniu i wykorzystywaniu diagnostycznych poziomów referencyjnych tam, gdzie ma to zastosowanie.

Optymalizacja realizowana jest również przez redukcję badań niepotrzebnie powtarzanych.

Nieprzestrzeganie wymagań prawnych dotyczących ochrony radiologicznej skutkuje nałożeniem na kierownika i jednostkę organizacyjną kar finansowych.

Dr n. tech. Edward Araszkiewicz
Bieżące informacje z zakresu ochrony radiologicznej na stronie www.oilkrakstom.pl/category/radiologia/

Dziennikarze nie są bez winy

Nie ma wprawdzie wyników kolejnej Diagnozy Społecznej, czyli badania „warunków i jakości życia Polaków", przeprowadzanej rzetelnie od lat pod kierunkiem prof. Janusza Czaplińskiego, ale spokojnie mogę zaryzykować opinię, że dawno nie było tak wysokiego usytuowania stanu lekarskiego w tabeli prestiżu społecznego. Kto wie, czy razem z pielęgniarkami i ratownikami medycznymi nie znaleźli się oni na miejscu pierwszym, wyprzedzając strażaków. Natomiast pewien jestem, że politycy nadal zajmują tam ostatnie miejsce, mimo że ich dostęp do mediów kształtujących opinię publiczną bije wszelkie rekordy. I wcale się nie sprawdza słynna maksyma, że „nie ważne jak mówią, byle w ogóle mówili". Chyba jednak ważne, bo widok twarzy niektórych polityków powoduje niemal automatyczne przełączenie programu.

Myślę, że z wolna postępuje wśród pacjentów proces zrozumienia, że na fatalną sytuację w ochronie zdrowia składa się kilka, a może nawet kilkanaście przyczyn, wśród których trudno jest wyodrębnić jakąś szczególną i przypisać winę za jej powstanie konkretnemu sprawcy. Ta lista – i to jest osobliwy postęp – nie jest już teraz wolna od samokrytycyzmu. Jeszcze półtora roku temu gotowi byliśmy przypisywać winę głównie władzy za zbyt niskie nakłady finansowe na zdrowie, a lekarzom za umiarkowaną empatię do nas, pacjentów.

Teraz, o czym wspomniałem powyżej, lekarze stanęli w przeważającej większości na piedestale, zaś władza postrzegana jest jako tragicznie niekompetentny sternik życia publicznego. Natomiast doszedł trzeci ważny czynnik, my sami, jako społeczeństwo, okazaliśmy się ciężko sterowalni.

Owszem, pojawiły się inicjatywy wzruszające, pomysły trafiające do wyobraźni, przykłady ofiarności sąsiedzkiej – i to akurat media wychwyciły. Ale proporcje w kwestiach dyscypliny społecznej okazały się fatalne. Od Krupówek w Zakopanem po Wały Chrobrego w Szczecinie tłumy wyległy na ulice w szczycie lockdownu. A już reakcje ludzi zapisanych na szczepienia w południe, przybyłych skoro świt i opuszczających w kilka godzin później punkt szczepień z pianą niezadowolenia (że tyle godzin czekali) to już przykład kompletnej aberracji.

Ma ona zresztą charakter wszechogarniający. Tak zwane „tarcze" wciąż pomijają lub faworyzują tę czy inną branżę bez uzasadnienia. Badania przesiewowe wciąż są niewystarczające. Tak zwane lockdowny ciągle kłócą się ze zdrowym rozsądkiem. A te liczne informacje o kolejności szczepień wg roczników czy branż, o punktach ich przeprowadzania, o ewentualnościach szczepień „last minute" albo w zakładach pracy – to wszystko podawane jest w niezwykle chaotyczny sposób. Fakt natomiast, że liczba szczepień nie pokrywa się z liczbą skutecznie zaszczepionych, mylony jest nagminnie. Bo tylko ci zaszczepieni dwukrotnie składają się na faktyczną ocenę wielkości populacji uodpornionej na COVID-19. Liczyła ona w połowie kwietnia br. ok. 2,2 mln osób, czyli mniej niż 10% mieszkańców. Taka była prawda! Jakże daleka do Wielkiej Brytanii (72%). Chociaż teraz ruszyliśmy i może w maju osiągniemy średnią europejską.

W całym tym zamąconym obrazie pandemii mają swój udział dziennikarze. Gazety polują głównie na incydenty, a telewizje toną w propagandowym przepychaniu swoich racji. Natomiast milczą stowarzyszenia dziennikarzy, nie słychać opinii Rady Etyki Mediów, mało tego – pojawił się jakiś karykaturalny obraz konferencji prasowych, podczas których zadawanie pytań jest zakazane. Wchodzi facet z urzędu na mównicę i plecie co chce. Nikt mu nie zakłóca ślinotoku. Polacy mają zatem wiedzieć, że „walczymy", ale czy „rozumnie", czy „skutecznie", „w jakim stopniu", „jakimi siłami", „jakim kosztem", to już pozostaje do wiadomości wybranych ekspertów, którzy zostali podzieleni na zwolenników strategii rządowej i przeciwników. Tych ostatnich najlepiej byłoby pozbawić dyplomów. Pierwsze wnioski już są (patrz oskarżenie przez GIS doktora Pawła Grzesiowskiego). Nic dziwnego, że opinia publiczna kreśli w rezultacie scenariusze w stylu dreszczowców Hitchcocka.

Tyle że dziennikarstwo dzisiaj to obok sądownictwa jeden ze szczególnie nielubianych zawodów w państwach odchodzących od demokracji. Dlatego nie dziwią założenia projektu nowej ustawy o „scentralizowanym" dostępie do informacji publicznej, „jawnej" pod warunkiem „jej przetworzenia w zakresie istotnym dla ogółu obywateli". W tej sytuacji można się spodziewać, że imię psa Obajtka będzie utajnione. Oczywiście dla dobra śledztwa.

Oko dziennikarza nie różni się od oka lekarza. Widzimy tyle, ile można. Reszta podlega „przetworzeniu".

Stefan Ciepły

Eksperymenty medyczne – nowe regulacje

Ustawą z 16 lipca 2020 r. *o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2020 r., poz. 1291)* dokonano modyfikacji zasad przeprowadzania eksperymentów medycznych. W uzasadnieniu projektu ustawy wskazano, że „dotychczasowe przepisy nie oddają w sposób rzeczywisty ich bieżącego przebiegu z zachowaniem praw pacjentów (…)". Nowe regulacje, zawarte w art. 21-29a oraz art. 58 ust. 4-8 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, weszły w życie 1 stycznia 2021 r. Zmiany dotyczą w szczególności wymogów formalnoprawnych w zakresie procedur przeprowadzania eksperymentów, składów i organizacji działania komisji bioetycznych, obowiązku ubezpieczeniowego oraz odpowiedzialności karnej.

Co do zasady eksperyment medyczny może być przeprowadzany, jeżeli spodziewana korzyść lecznicza lub poznawcza ma istotne znaczenie, a przewidywane osiągnięcie tej korzyści oraz celowość i sposób przeprowadzania eksperymentu są zasadne w świetle aktualnego stanu wiedzy i zgodne z zasadami etyki zawodu medycznego.

W świetle przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty eksperyment medyczny przeprowadzany na ludziach może być eksperymentem leczniczym albo eksperymentem badawczym. Eksperymentem **leczniczym** jest wprowadzenie nowych albo tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby chorej. Ten typ eksperymentu może być przeprowadzony, jeżeli dotychczas stosowane metody nie są skuteczne albo jeżeli ich skuteczność nie jest wystarczająca. Z kolei eksperyment **badawczy** ma na celu przede wszystkim rozszerzenie wiedzy medycznej i może być przeprowadzany zarówno na osobie chorej, jak i zdrowej wtedy, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem albo też ryzyko jest minimalne i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów eksperymentu.

Eksperymentem kieruje lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny, która jest szczególnie przydatna w danym przypadku, oraz ma odpowiednio wysokie kwalifikacje zawodowe i badawcze. W tym zakresie szczególne zasady dotyczą eksperymentów zawierających część niemedyczną. Natomiast uczestnikiem eksperymentu medycznego jest osoba, na której jest on bezpośrednio przeprowadzany. W ustawie podkreślono, że udział w eksperymencie leczniczym kobiet ciężarnych wymaga szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla matki i dziecka poczętego. Zabronione jest przeprowadzanie eksperymentu badawczego na: dziecku poczętym, osobie ubezwłasnowolnionej, żołnierzu i innej osobie pozostającej w zależności hierarchicznej, ograniczającej swobodę dobrowolnego wyrażania zgody oraz na osobie pozbawionej wolności albo poddanej detencji. Udział w eksperymencie badawczym uczestnika będącego osobą małoletnią jest dozwolony po łącznym spełnieniu określonych warunków, tzn. wówczas gdy: spodziewane korzyści mają bezpośrednie znaczenie dla zdrowia małoletniego lub innych należących do tej samej grupy wiekowej; eksperyment badawczy przyniesie istotne rozszerzenie wiedzy medycznej oraz nie istnieje możliwość przeprowadzenia go z udziałem osoby pełnoletniej z porównywalną efektywnością.

W eksperymentach medycznych, z wyjątkiem tych z udziałem osób pełnoletnich, które mogą wyrazić skuteczną prawnie zgodę, i zdrowych uczestników, nie mogą być stosowane żadne zachęty ani gratyfikacje finansowe, z wyjątkiem rekompensaty poniesionych kosztów.

Eksperyment medyczny może być prowadzony po uzyskaniu zgody jego uczestnika lub osoby, której skutki procedury mogą bezpośrednio dotknąć. W przypadku osoby małoletniej do 13. roku życia zgody udziela jego przedstawiciel ustawowy. W przypadku małoletniego powyżej 13. roku życia, wymagana jest zgoda zarówno jego samego, jak i jego przedstawiciela ustawowego. Jeżeli między tymi osobami nie ma porozumienia, sprawę rozstrzyga sąd opiekuńczy. W aspekcie zgody, ustawa określa także sytuację uczestnika będącego osobą ubezwłasnowolnioną lub osobą posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych, lecz niebędącą w stanie z rozeznaniem wyrazić zgody.

Co do zasady, zgoda na eksperyment medyczny wymaga formy pisemnej, a w przypadku niemożności takiego jej wyrażenia za równoważne uważa się wyrażenie zgody ustnie, złożone w obecności dwóch bezstronnych świadków posiadających pełną zdolność do czynności prawnych. Zgoda podlega odnotowaniu w dokumentacji. Przeprowadzenie eksperymentu bez niej jest dopuszczalne po łącznym spełnieniu określonych w ustawie warunków (m.in. uczestnik jest niezdolny do udzielenia zgody; zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki i ze względu na konieczność natychmiastowego działania jej uzyskanie od przedstawiciela ustawowego uczestnika albo zezwolenia sądowego nie jest możliwe w wystarczająco krótkim czasie). Uczestnik (inny podmiot uprawniony) może cofnąć zgodę w każdym stadium eksperymentu. W takim przypadku podmiot przeprowadzający eksperyment ma obowiązek go przerwać. Nadto podmiot prowadzący eksperyment leczniczy ma obowiązek go przerwać, jeżeli w czasie jego trwania wystąpi zagrożenie zdrowia uczestnika przewyższające spodziewane dla niego korzyści.

Uczestnik (jego przedstawiciel ustawowy) przed wyrażeniem zgody powinien uzyskać ustną i pisemną, jasną informację, co odnotowywane jest w dokumentacji eksperymentu. W ustawie szczegółowo wskazano zakres ww. informacji, winna ona obejmować w szczególności: cel, pełny plan eksperymentu medycznego oraz ryzyko i korzyści; zakres i długość trwania procedur, które mają być stosowane, w szczególności wszelkie uciążliwości i zagrożenia dla zdrowia uczestnika; środki powzięte w celu zapewnienia poszanowania życia prywatnego uczestnika oraz poufności jego danych osobowych; zasady wypłaty odszkodowania w sytuacji powstania szkody; zasady dostępu do leczenia eksperymentalnego po zakończeniu udziału w eksperymencie leczniczym, jeżeli okaże się, że u danego uczestnika eksperyment ten przyniósł korzyści dla jego zdrowia. Dodatkowo uczestnik przed rozpoczęciem eksperymentu medycznego jest informowany o swoich prawach oraz o ochronie gwarantowanej w przepisach, w szczególności o przysługującym mu prawie do odmowy udzielenia i wycofania zgody w każdym momencie, bez podania przyczyny i bez negatywnych konsekwencji prawnych w postaci jakiejkolwiek dyskryminacji. Przeprowadzający eksperyment ma także obowiązek poinformować uczestnika, gdyby natychmiastowe przerwanie procedury mogło spowodować niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia.

Zgodnie z przepisami ustawy, udział w eksperymencie medycznym nie może opóźnić ani pozbawiać koniecznych medycznie procedur profilaktycznych, diagnostycznych lub terapeutycznych. Stosowanie placebo jest dopuszczalne jedynie, gdy nie ma żadnych metod o udowodnionej skuteczności albo jeżeli ich wycofanie lub wstrzymanie nie stanowi niedopuszczalnego ryzyka lub obciążenia dla uczestnika.

Eksperyment medyczny może być przeprowadzony wyłącznie po wyrażeniu pozytywnej opinii o projekcie przez niezależną komisję bioetyczną. Wymogi dotyczące składu i zasad działania komisji bioetycznych określa w szczególności art. 29 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Podmiot, który przeprowadza eksperyment medyczny, jest zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia OC na rzecz jego uczestnika oraz osoby, której skutki eksperymentu mogą bezpośrednio dotknąć. W przypadkach niecierpiących zwłoki i ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia uczestnika eksperymentu można wyjątkowo odstąpić od tego obowiązku. Szczegółowy zakres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny, termin powstania tego obowiązku oraz minimalną sumę gwarancyjną określa *Rozporządzenie Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej z 23 grudnia 2020 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przeprowadzającego eksperyment medyczny (Dz.U. z 2020 r., poz. 2412)*.

W określonych przypadkach naruszenie zasad przeprowadzania eksperymentów medycznych może grozić odpowiedzialnością karną m.in. osobie, która się tego dopuszcza (zagrożenie karą pozbawienia wolności do lat 3). Prowadzenie eksperymentu bez pozytywnej opinii komisji bioetycznej albo wbrew jej warunkom to zagrożenie karą grzywny od 1000 zł do 50 000 zł.

Zgodnie z brzmieniem art. 29a, przepisy Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty dotyczące eksperymentów medycznych nie naruszają przepisów innych ustaw określających odmienne zasady i tryb przeprowadzania badań klinicznych lub badań genetycznych, zaś działalność w zakresie gromadzenia, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji materiału biologicznego do celów naukowych nie stanowi eksperymentu medycznego.

mgr Dariusz Dziubina

Nagrody OIL w Krakowie

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

Maria Gruba – chirurgia dziecięca
Marcin Jawor – anestezjologia i intensywna terapia
Katarzyna Łosińska – choroby wewnętrzne
Wojciech Magoń – kardiologia
Agnieszka Nowak – okulistyka
Katarzyna Pieruszka – protetyka stomatologiczna
Beata Szymanowska – ortodoncja
Maria Zaborowska – chirurgia dziecięca
Katarzyna Żuber-Łaskawiec – okulistyka

Memento w sprawie fluorochinolonów u pacjentów z COVID-19

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

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

W okresie pandemii COVID-19 znacznie wzrosła liczba działań niepożądanych raportowanych po zastosowaniu w tej chorobie chemioterapeutyków z grupy fluorochinolonów. Pomimo że dla tej grupy leków zostały wydane komunikaty bezpieczeństwa, informujące o zwiększonym ryzyku występowania kolagenotoksyczności, tendinopatii oraz komplikacji w zastawkowych wadach serca, ostrzeżenia te są powszechnie lekceważone. Podobnie jest z niebezpieczeństwem występowania interakcji z tą grupą leków, co w sposób oczywisty zwiększa częstość występowania powikłań. Stosowanie fluorochinolonów jako leków pierwszego wyboru w leczeniu zapalenia płuc w przebiegu COVID-19 w znacznej części przypadków zamiast pomagać prowadzi do powikłań.

Przede wszystkim warto przypomnieć, że chemioterapeutyki z grupy fluorochinolonów nie powinny być stosowane jako leki pierwszego wyboru w leczeniu pacjentów z COVID-19 z towarzyszącym zapaleniem płuc o etiologii bakteryjnej. W szczególności wtedy, gdy u pacjenta dochodzi do spadku saturacji oraz narastania aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH). Fluorochinolony mogą wpływać na aktywność topoizomerazy mitochondrialnej, co w konsekwencji prowadzi do kumulacji mleczanów.

W skojarzeniu z deksametazonem zwiększa się znacząco ryzyko wystąpienia tendinopatii.

Z uwagi na ryzyko wywołania dysfunkcji mitochondriów podczas stosowania fluorochinolonów u pacjentów z COVID-19 nie zaleca się ich łączenia z następującymi lekami:

Lek/grupa leków:	Dysfunkcja:
Statyny – w szczególności simwastatyna i atorwastatyna	Hamowanie fosforylacji oksydacyjnej, zwiększenie uwalniania jonów wapnia, spadek poziomu ATP
Omeprazol	Hamowanie transporterów acylokarnityny
Paracetamol	Zwiększenie przepuszczalności błon mitochondrialnych, nasilenie procesu powstawania wolnych rodników tlenowych
Klopidogrel	Deplecja glutationu, indukcja stresu oksydacyjnego
Metformina	Kwasica metaboliczna

Szczególnie niebezpieczne, z uwagi na sumowanie się działań niepożądanych, może być jednoczasowe zastosowanie u pacjentów z COVID-19 fluorochinolonów z paracetamolem i deksametazonem.

W praktyce, istotną rolę odgrywają też interakcje farmakokinetyczne. Największe ryzyko interakcji farmakokinetycznych z fluorochinolinami występuje w trakcie jednoczasowego stosowania ciprofloksacyny oraz norfloksacyny. Ciprofloksacyna i norfloksacyna hamują bowiem aktywność izoenzymów CYP1A2 oraz CYP3A4. Ryzyko interakcji jest najmniejsze w przypadku stosowania lewofloksacyny i moksyfloksacyny.

Najistotniejsze interakcje fluorochinolonów występujące w praktyce klinicznej zebrano w tabeli poniżej.

Fluorochinolony	Leki stosowane jednoczasowo	Konsekwencje
Ciprofloksacyna Norfloksacyna	Leki metabolizowane przez CYP3A4 o dużym potencjale interakcji z fluorochinolonami – ciprofloksacyna i norfloksacyna hamują metabolizm	Wzrost ryzyka wystąpienia działań niepożądanych
Ciprofloksacyna Norfloksacyna	Leki metabolizowane przez CYP1A2 o dużym potencjale interakcji z fluorochinolonami – ciprofloksacyna i norfloksacyna hamują metabolizm	Wzrost ryzyka wystąpienia działań niepożądanych, nie stosować jednoczasowo z amiodaronem, duloksetyną, omeprazolem, tamoksyfenem, tyzanidyną
Ciprofloksacyna	diklofenak	Z uwagi na fakt , że diklofenak jest antagonistą receptora NMDA, wzrasta ryzyko wystąpienia drgawek, szczególnie u pacjentów w populacji geriatrycznej
Ciprofloksacyna Norfloksacyna	Teofilina	Wzrost toksyczności teofiliny, wzrost ryzyka wystąpienia zaburzeń rytmu serca
Ciprofloksacyna Norfloksacyna	Metotreksat	Zwiększenie toksyczności metotreksatu
Ciprofloksacyna Norfloksacyna	Benzodiazepiny o klirensie CYP3A4 np. diazepam, klorazepan, midazolam	Nasilenie objawów niepożądanych benzodiazepin
Ciprofloksacyna Norfloksacyna	Doustna hormonalna antykoncepcja	Możliwe zmniejszenie skuteczności antykoncepcyjnej
Ciprofloksacyna Norfloksacyna, stosowane w infekcjach dróg moczowych	Furazydyna	Antagonizm farmakodynamiczny, nie stosować jednoczasowo
Ciprofloksacyna Norfloksacyna	Leki z grupy antacida	Możliwe zmniejszenie wchłaniania fluorochinolonów z przewodu pokarmowego
Ciprofloksacyna	Leki obniżające próg drgawkowy, np. leki przeciwdepresyjne z grupy SSRI, SNRI, bupropion, tramadol, winpocetyna	Wzrost ryzyka wystąpienia drgawek
Ciprofloksacyna Norfloksacyna	Warfaryna	Nasilenie działania przeciwzakrzepowego, wzrost ryzyka krwawień
Ciprofloksacyna Norfloksacyna Lewofloksacyna Moksyfloksacyna	Glikokostykosteroidy	Wzrost ryzyka wystąpienia tendinopatii i kolagenotoksyczności

Krosno

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie przystąpiła do organizacji wyborów władz samorządowych IX kadencji. Przeprowadzenie ich planowane jest na czerwiec br. W Delegaturze, na podstawie otrzymanych z placówek leczniczych wykazów zatrudnienia lekarzy na dzień 31 grudnia 2020 roku, sporządzane były projekty rejonów wyborczych. Na stronie OIL Kraków zostały one opublikowane do wglądu (do 25 marca br.). Następnie przez okres 30 dni każdy lekarz mógł dokonać zmiany rejonu wyborczego, składając odpowiedni wniosek o przeniesienie.

Lekarze delegaci VIII kadencji Delegatury Krosno w dniach 26-27 marca 2021 roku po raz ostatni uczestniczyli w Okręgowym Zjeździe Lekarzy OIL w Krakowie. Odbył się on, z uwagi na panującą sytuację epidemiologiczną, w formie zdalnej.

5 marca 2021 roku w Starostwie Powiatowym w Ustrzykach Dolnych została podpisana umowa na dostawy sprzętu medycznego dla tutejszego SP ZOZ. Dostawy to część zadania, obejmującego też zaprojektowanie i wybudowanie nowego pawilonu szpitalnego wraz z łącznikiem przy SP ZOZ w Ustrzykach Dolnych.

W ramach umowy wykonawca wyposaży ZOZ m.in. w laparoskop FULL HD z oprzyrządowaniem do chirurgii i artroskopii oraz dostarczy zestaw mebli specjalistycznych. Wartość podpisanej umowy wynosi ponad 2,6 mln zł na sprzęt medyczny i blisko 690 tys. zł na meble specjalistyczne. Całość dofinansowana jest z projektu: *Razem dla ratowania życia. Zintegrowany polsko-ukraiński system pierwszej pomocy w strefie przygranicznej, realizowanego w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Polska-Białoruś-Ukraina 2014-2020*. Wkład własny Powiatu wynosi ponad 10 proc. wartości zamówienia.

19 marca br., w wyniku postępowania konkursowego, Beata Trzop została powołana na stanowisko dyrektora Szpitala Specjalistycznego w Jaśle. Nowa dyrektor posiada wykształcenie medyczne oraz prawniczo-administracyjne. Ze Szpitalem w Jaśle związana jest od 1989 roku. Po ukończeniu Medycznego Studium Zawodowego w Rzeszowie na Wydziale Pielęgniarstwa rozpoczęła pracę na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Po ukończeniu studiów magisterskich na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Lublinie została specjalistą ds. zamówień publicznych i umów. Poczynając od 1999 roku pełniła rozmaite funkcje kierownicze w Szpitalu – od zastępcy kierownika Działu Organizacji i Nadzoru, do zastępcy dyrektora ds. administracyjno-ekonomicznych.

W połowie kwietnia, kiedy powstała ta informacja, SP ZOZ w Sanoku funkcjonował jako szpital jednoprofilowy, tj. wszystkie łóżka na oddziałach szpitalnych przeznaczone zostały dla pacjentów z zakażeniem SARS-CoV-2. Stało się tak na mocy decyzji Wojewody Podkarpackiego z 12.03.2021 roku. Tym samym SP ZOZ w Sanoku został zobowiązany do zabezpieczenia 217 łóżek dla pacjentów z COVID-19, w tym 20 łóżek intensywnej terapii z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej. Na dzień 29.03.2021 roku ok. godz. 8:00 w SP ZOZ w Sanoku hospitalizowanych było aż 225 pacjentów zakażonych koronawirusem, w tym u 27 pacjentów prowadzona była respiratoterapia, a u 191 pacjentów – tlenoterapia.

Minister Zdrowia pozytywnie zaopiniował plan rozbudowy oddziału psychiatrii w Szpitalu Specjalistycznym w Jaśle. Program inwestycyjny pn. *Rozbudowa Szpitala Specjalistycznego w Jaśle. Etap I – Oddział Psychiatryczny z Poradniami* został niedawno uzgodniony przez wojewodę podkarpacką Ewę Leniart i skierowany do Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej, a teraz dodatkowo zyskał pozytywną opinię MZ. Można się spodziewać, że dzięki zaangażowaniu Wojewody i parlamentarzystów, w szczególności europosła Bogdana Rzońcy, będzie możliwe pozyskanie na rozbudowę Szpitala niemal 13 mln zł.

Warto wspomnieć, że inwestycja została rozpoczęta w 2020 roku, z budżetu powiatu jasielskiego wydano już ponad 238 tys. zł na dokumentację projektową. Wg kosztorysu, cała inwestycja pochłonie blisko 20 mln zł.

„Szyte na miarę" implanty biodrowe będą wszczepiane pacjentom w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie, gdzie dynamicznie rozwija się Oddział Ortopedii. Prócz pomocy pacjentom po urazach, Oddział leczy też chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów. W planach jest m.in. wyposażenie bloku operacyjnego w wysokospecjalistyczny sprzęt. „Spodziewam się, że będziemy dysponować endoprotezami zakupionymi u wiodących producentów światowych" – mówi dr Daniel Pyrka, kierownik Oddziału, informując jednocześnie, że „obecnie wprowadzane są implanty typu custom made („na miarę"), do niedawna stosowane głównie w ortopedii onkologicznej. Ale w zaawansowanej fazie produkcyjnej są już pierwsze implanty tego typu dla chorych wymagających zabiegów rewizyjnych". (Źródło: portal Krosno 24)

Janusz Kulon
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura Krosno

Nowy Sącz

W marcu, wirtualnie, odbyła się dziewiąta edycja seminarium „O zdrowiu Sądeczan", poświęconego tym razem tematyce pandemii COVID-19. Omawiano problemy lecznictwa otwartego na tym tle oraz zagadnienia dotyczące powikłań po przechorowaniu infekcji. Seminarium, jak co roku, zorganizowała Fundacja Sądecka pod kierownictwem jej wiceprzewodniczącego Jerzego Bochyńskiego.

Rozstrzygnięto także szósty plebiscyt o tytuł Lekarza Roku 2020. Otrzymała go lek. Anna Olech (na zdjęciu), natomiast Pielęgniarką Roku została Renata Augustyn z przychodni NZOZ Femina w Łącku.

źródło: sadeczanin.info

Po przerwie wynikającej ze spadku zachorowań na COVID-19, z dniem 20 marca wznowił działalność szpital tymczasowy na bazie 20. Szpitala Wojskowego Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnego w Krynicy-Zdroju, z 28 łóżkami dla chorych zakażonych koronawirusem. Mamy nadzieję, że kiedy Państwo będziecie czytać ten tekst, szpital tymczasowy w Krynicy nie będzie już potrzebny…

Musimy się pochwalić – Delegatura OIL w Nowym Sączu otrzymała nowy komputer, odpowiadający zaawansowanym potrzebom biura. W dobie powszechnego przechodzenia na komunikację online to ważny nabytek.

Na terenie Delegatury OIL w Nowym Sączu trwają przygotowania do wyboru delegatów na kolejną kadencję samorządu. Gotowa jest już mapa rejonów wyborczych, a wkrótce przystąpimy do wyboru delegatów.

Krzysztof Wróblewski
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura Nowy Sącz

Przemyśl

„Ginekologia i położnictwo" z pododdziałem ginekologii onkologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Przemyślu zyskała miano Oddziału Klinicznego. Podpisanie umowy między Uniwersytetem Medycznym w Rzeszowie a podległą samorządowi placówką odbyło się 12 lutego 2021 roku.

źródło: www.nowawszp.pl

Dokument parafowali Marszałek Województwa Władysław Ortyl, rektor uczelni prof. Sylwester Czopek oraz dyrektor Wojewódzkiego Szpitala im. Św. Ojca Pio Barbara Stawarz. Utworzenie oddziału klinicznego daje możliwość kompleksowego leczenia we współpracy z innymi oddziałami klinicznymi Uniwersytetu Rzeszowskiego. Kierownikiem oddziału jest prof. Grzegorz Raba, który zawodowo związany jest także z UR, gdzie kieruje Katedrą Położnictwa.

Podobnie jak w pozostałych Delegaturach OIL, w Przemyślu trwają przygotowania do wyboru delegatów na kolejną kadencję samorządu. Przygotowano mapę rejonów wyborczych, w czerwcu przystąpimy do wyboru delegatów.

Początkiem marca br. na autostradzie A4 przy zjeździe na MOP Kaszyce miał miejsce wypadek ukraińskiego autokaru. Do przemyskiego szpitala trafiło 11 poszkodowanych. Jedna z pacjentek doznała ogólnych potłuczeń – obrażenia związane z wypadkiem nie były groźne, jednak przeprowadzenie dokładniejszych badań diagnostycznych wykazało poważne schorzenie, o którym nie wiedziała. Konieczna była operacja ratująca życie na oddziale ginekologiczno-położniczym z pododdziałem ginekologii onkologicznej. Po kilku dniach pacjentka opuściła przemyski szpital.

Marek Zasadny
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura Przemyśl

Profesorowie

Prezydent Rzeczpospolitej Polskiej uroczyście wręczył 25 lutego 2021 r. tytuł profesora nauk medycznych

dr. hab. Grzegorzowi Gajosowi

Rada Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego nadała stopień doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne

w dniu 9 lutego 2021 r.

dr. n. med. Mateuszowi Rubinkiewiczowi

w dniu 9 marca 2021 r.

dr n. med. Kindze Kowalskiej-Dupladze

dr. n. med. Marcinowi Surmiakowi

dr. n. med. Grzegorzowi Filipowi

w dniu 13 kwietnia 2021 r.

dr. n. med. Mateuszowi Koziejowi

dr. n. med. Andrzejowi Ząbkowi

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

w dniu 9 lutego 2021 r.

lek. Anna Horbaczewska
„Analiza czynników wpływających na powodzenie implantacji w endometrium kobiet z niepłodnością pierwotną o nieustalonej etiologii" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Robert Jach

lek. Marta Hat
„Funkcjonowanie kliniczne i społeczne osób chorujących na schizofrenię a satysfakcja z opieki w zespołach leczenia środowiskowego" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Andrzej Cechnicki

lek. Aleksiej Juszczak
„Anatomical variations of the celiac trunk in Polish population: cadaveric and radiological studies" („Zmienność anatomii pnia trzewnego w populacji polskiej: badania sekcyjne i obrazowe") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Artur Pasternak

lek. Anna Ruszała
„Selected hormonal and metabolic disorders in girls with Turner syndrome"
(„Wybrane aspekty zaburzeń hormonalnych i metabolicznych u dziewcząt z zespołem Turnera") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Małgorzata Wójcik

lek. Katarzyna Rybak
„Ocena klinicznego zastosowania wybranych markerów białkowych oznaczanych w moczu u chorych z cukrzycową chorobą nerek w przebiegu cukrzycy typu drugiego" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Marek Kuźniewski

lek. Agnieszka Skrzek
„Zaopatrzenie ustroju w magnez a wartości ciśnienia tętniczego oraz struktura i funkcja układu sercowo-naczyniowego" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Katarzyna Stolarz-Skrzypek

lek. Joanna Zorska
„Organizacja empirycznego leczenia przeciwdrobnoustrojowego w Interdyscyplinarnym Oddziale Intensywnej Terapii" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Jerzy Wordliczek
Promotor pomocniczy: dr Wojciech Serednicki

w dniu 9 marca 2021 r.

lek. Jacek Górka
„Perioperative cardiovascular complications – the role of hemostasis in the pathogenesis of myocardial injury after noncardiac surgery (MINS) and the incidence of deep vein thrombosis after vascular surgery"
(„Okołooperacyjne powikłania sercowo-naczyniowe – rola zaburzeń hemostazy w patogenezie okołooperacyjnego uszkodzenia mięśnia sercowego (MINS) i częstość występowania zakrzepicy żył głębokich kończyn dolnych po zabiegu angiochirurgicznym") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Wojciech Szczeklik

lek. Karolina Górka
„Ocena przebudowy dróg oddechowych u chorych z nakładaniem astmy i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc" – monografia
Promotor: dr hab. Jerzy Soja, prof. UJ

lek. Katarzyna Gronostaj
„The impact of neoadjuvant chemotherapy on treatment outcomes of muscle invasive bladder cancer patients who underwent radical cystectomy"
(„Wpływ chemioterapii neoadjuwantowej na wyniki leczenia pacjentów z naciekającym mięśniówkę rakiem pęcherza moczowego poddanych radykalnej cystektomii") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Wojciech Szczeklik

lek. Kamil Polok
„Analysis of activity of coagulation and fibrinolysis in the perioperative period in the context of perioperative complications in patients undergoing vascular surgery"
(„Analiza aktywności układów krzepnięcia i fibrynolizy w okresie okołozabiegowym w kontekście powikłań okołooperacyjnych u pacjentów poddawanych zabiegom naczyniowym") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Wojciech Szczeklik

lek. Agata Schramm-Luc
„T cell proinflammatory cytokine production and clinical manifestations of inflammatory diseases"
(„Produkcja cytokin prozapalnych przez limfocyty T a manifestacje kliniczne schorzeń zapalnych") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Tomasz Guzik

lek. Mariusz Ślosarczyk
„45-letnia katamneza schizofrenii młodzieńczej" – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Mariusz Furgał

lek. Łukasz Warchoł
„Topographic anatomy of the tibial nerve bifurcation and its medial calcaneal branches. Macro and microscopic analysis"
(„Zmienność odejścia gałęzi piętowej przyśrodkowej i podziału nerwu piszczelowego. Analiza makro i mikroskopowa") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Jerzy Walocha
Promotor pomocniczy: dr Ewa Mizia

w dniu 13 kwietnia 2021 roku

mgr Bogna Badyra
„Zastosowanie terapii komórkowej w leczeniu epilepsji towarzyszącej encefalopatii niedotlenieniowo-niedokrwiennej w modelu zwierzęcym" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Marcin Majka

lek. Krzysztof Bury
„Obraz polskiej populacji chorych z niewydolnością serca włączonych do Heart Failure Long Term Registry oraz ocena rokowania chorych w obserwacji rocznej" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Grzegorz Gajos

mgr Marcin Krzykawski
„Evaluation of new experimental models developed to monitor growth, immunogenicity and metastasis of cancer cells" – cykl publikacji
(„Ocena nowych modeli doświadczalnych opracowywanych w celu monitoringu wzrostu, immunogenności i przerzutowania komórek nowotworowych")
Promotor: prof. dr hab. Janusz Marcinkiewicz

lek. Dawid Maduzia
„Impact of administration of warfarin on development and course of ischemia/reperfusion-induced acute pancreatitis" – cykl publikacji
(„Wpływ podawania warfaryny na rozwój i przebieg ostrego zapalenia trzustki w modelu niedokrwienno-reperfuzyjnym")
Promotor: prof. dr hab. Piotr Ceranowicz

lek. Katarzyna Ożga
„Metabolic profile of patients with polycystic ovary syndrome depending on the phenotype" – cykl publikacji
(„Profil metaboliczny pacjentek z zespołem policystycznych jajników w zależności od fenotypu")
Promotor: prof. dr hab. Robert Jach

lek. Marcin Piejko
„Tłuszczopochodne mezenchymalne komórki macierzyste w leczeniu przetok odkryptowych i w chorobie Crohna. Optymalizacja hodowli, implantacji i nowe propozycje lecznicze" – monografia
Promotorzy: prof. dr hab. Piotr Wałęga
prof. dr hab. Justyna Drukała

lek. Katarzyna Pragnący
„Zmiana poczucia sprawczości u pacjentów hospitalizowanych w oddziałach stacjonarnych szpitala psychiatrycznego jako rezultat uczestnictwa w krótkoterminowych warsztatach terapeutycznych" – monografia
Promotor: dr hab. Mariusz Furgał

PROGRAM SZKOLEŃ PODYPLOMOWYCH organizowanych przez Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Collegium Medicum UJ w okresie maj – czerwiec 2021 roku

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 maj – czerwiec 2021

Choroby wewnętrzne

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

Toksykologia
10-11.05.2021
Kierownictwo naukowe: dr Piotr Hydzik

Choroby zakaźne

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

Neuroinfekcje,
nowe choroby zakaźne i bioterroryzm
07-08.06.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Aleksander Garlicki

Zakażenia HIV i AIDS
14-15.06.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Aleksander Garlicki

Kardiologia

Elektrofizjologia i elektroterapia
10-14.05.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Jacek Lelakowski

Patofizjologia chorób sercowo-naczyniowych
14-18.06.2021
Kierownictwo naukowe:
dr Bernadeta Chyrchel

Onkologia i hematologia dziecięca

Diagnostyka i leczenie nowotworów układu krwiotwórczego u dzieci
18-20.05.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Szymon Skoczeń

Medycyna rodzinna

Wprowadzenie do specjalizacji w medycynie rodzinnej
16-24.06.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Adam Windak

Okulistyka

Neurookulistyka kliniczna
14-15.06.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Bożena Romanowska-Dixon

Zapalenia błony naczyniowej
25.06.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Agnieszka Kubicka-Trząska

Ortopedia i traumatologia narządu ruchu

Wady stóp
07-11.06.2021
Kierownictwo naukowe:
dr Barbara Jasiewicz

Położnictwo i ginekologia

Diagnostyka i leczenie chorób nowotworowych narządów płciowych
10-14.05.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Ultrasonografia
– kurs praktyczny indywidualny
10-14.05.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Endoskopia
– kurs praktyczny indywidualny
10-14.05.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Ultrasonografia
– kurs praktyczny indywidualny
07-11.06.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Endoskopia
– kurs praktyczny indywidualny
07-11.06.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Ginekologia onkologiczna

Nowotwory trzonu macicy
10.05.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Tomasz Banaś

Nowotwory szyjki macicy
07.06.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Tomasz Banaś

Nowotwory sromu i pochwy
08.06.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Tomasz Banaś

Psychiatria

Psychogeriatria
10-14.05.2021
Kierownictwo naukowe:
dr Wojciech Rachel

Psychiatria dzieci i młodzieży

Wprowadzenie do psychiatrii dzieci i młodzieży
07-11.06.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Renata Modrzejewska

Toksykologia kliniczna

Wprowadzenie do toksykologii klinicznej.
Zagadnienia prawne i sądowo-lekarskie w toksykologii klinicznej 07-10.06.2021
Kierownictwo naukowe: dr Piotr Hydzik

Promocja zdrowia w toksykologii klinicznej 21-22.06.2021
Kierownictwo naukowe: dr Piotr Hydzik

Transplantologia kliniczna

Zakażenia po przeszczepieniu narządów i komórek krwiotwórczych
20.05.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Jolanta Goździk

Urologia

Endourologia i ESWL (system modułowy); Endourologia (system dotychczasowy)
10-12.05.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Piotr Chłosta

Warsztaty dydaktyczne
– Laparoskopia w urologii
07-08.06.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Piotr Chłosta

Kursy dla specjalizacji lekarsko-dentystycznych maj – czerwiec 2021

Chirurgia stomatologiczna

Implantologia stomatologiczna
07-11.06.2021
Kierownictwo naukowe:
dr Tomasz Gładysz

Chirurgia szczękowo-twarzowa

Złamania oczodołu
– rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie
12-14.05.2021
Kierownictwo naukowe: prof. Jan Zapała

Etiopatogeneza, morfologia, rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie chirurgiczne wrodzonych oraz nabytych wad twarzowo-szczękowo-zgryzowych
19-21.05.2021
Kierownictwo naukowe: prof. Jan Zapała

Stany przedrakowe, cechy nowotworów łagodnych i złośliwych jamy ustnej oraz części twarzowej czaszki
– ich rozpoznawanie i leczenie
07-08.06.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Mariusz Szuta

Zachowawcze i chirurgiczne leczenie złamań wyrostka kłykciowego żuchwy
23-24.06.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Jan Zapała

Periodontologia

Choroby błony śluzowej jamy ustnej
28.06-02.07.2021
Kierownictwo naukowe:
dr Iwona Olszewska-Czyż

Protetyka stomatologiczna

Leczenie protetyczne w trudnych przypadkach bezzębia z zastosowaniem biofunkcjonalnego systemu protetycznego BPS
22-23.06.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Małgorzata Pihut

Stomatologia zachowawcza z endodoncją

Leczenie endodontyczne z wykorzystaniem zabiegów chirurgii endodontycznej
13-14.05.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Joanna Zarzecka

Organizacja i metody pracy indywidualnej specjalistycznej praktyki stomatologicznej
22-23.06.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Jolanta Pytko-Polończyk

Kursy dla wszystkich specjalizacji: maj – czerwiec 2021

Ratownictwo medyczne
21-25.06.2021
Kierownictwo naukowe:
dr Arkadiusz Trzos

Prawo medyczne
12-14.05.2021
Kierownictwo naukowe:
mgr Anna Szetela

Krakowski Festiwal Filmowy w cieniu pandemii

„Czerwona obręcz" reż. Joonas Berghäll

Krakowski Festiwal Filmowy odbędzie się w dniach 30 maja – 6 czerwca 2021 r. To pierwsza dobra wiadomość. Druga też nastraja pozytywnie. Otóż jest szansa, że jeżeli skończą się obostrzenia i kina zostaną otwarte, będziemy mogli uczestniczyć w przeglądzie filmów w systemie hybrydowym. Kto stęsknił się za kinową salą, ma szansę śledzić w niej wydarzenia konkursowe, a komu obowiązki na to nie pozwalają, obejrzy najnowsze produkcje w czasie rzeczywistym ich wyświetlania w domowym zaciszu. Po zakończeniu festiwalu, od 15 czerwca będzie mógł zobaczyć przegapione filmy na specjalnej platformie internetowej stworzonej przez KFF.

A będzie co oglądać, ponieważ pokazanych zostanie około 200 obrazów.

– Obawialiśmy się, że w tym roku zgłoszonych do konkursu zostanie dużo filmów pandemicznych i one zdominują przegląd. Klasyfikując je, byliśmy bardzo ostrożni. Epidemia jest na co dzień wszechobecna w mediach, więc musiały być to naprawdę oryginalne obrazy, żebyśmy się zdecydowali je pokazać – mówi dyrektor Krakowskiego Festiwalu Filmowego, Krzysztof Gierat.

Twórcy imprezy wybierali filmy, które nie zawsze odnoszą się bezpośrednio do sytuacji, w jakiej się znaleźliśmy. Takim przykładem, który szczególnie powinien zainteresować środowisko lekarskie, jest „Czerwona obręcz". Cierpiący na przewlekłą boreliozę reżyser dokumentu Joonas Berghäll, na całym świecie szuka lekarstwa na swoją chorobę. Wydaje ogromne pieniądze, by odwiedzić lekarzy, którzy mogliby mu pomóc. Rozmawia z ludźmi chorującymi tak jak on. Te bardzo osobiste fragmenty przeplatają się z informacjami medycznymi dotyczącymi choroby. Autor obrazu liczy na to, że uda mu się wyjaśnić, dlaczego nie podejmuje się wysiłków, aby powstrzymać kolejną globalną epidemię, która nam zagraża tym razem ze strony boreliozy. Jednak próba dostania się do WHO kończy się niepowodzeniem.

Najbardziej wprost o pandemii mówią dwa filmy, które zobaczymy podczas przeglądów konkursowych. Jeden to „Koncert balkonowy" w reż. Diany i Krzysztofa Kadłubowskich, nakręcony w trakcie pierwszego lockdownu na podwórku kamienicy, w której twórcy mieszkają. Pokazuje on małą społeczność, ludzi starających się odnaleźć w trudnym czasie. Drugi obraz pochodzi z Francji i nosi tytuł „Blokada". Kamera oprowadza nas po opustoszałym Paryżu, na który patrzymy z perspektywy bezdomnych. Mieszkańcy miasta na balkonach demonstrują wzajemną solidarność, a my widzimy krążących po ulicach ludzi, którzy nie mają się gdzie schronić.

Ale w zakwalifikowanych do konkursu filmach świat żyje nie tylko pandemią.

– Bo mimo tego, co się dzieje, świat jest taki, jaki był zawsze, pełen wielkich konfliktów, jak i pozornie małych nieporozumień rodzinnych – podsumowuje Krzysztof Gierat. Tych ostatnich dotyczy film „Długa droga do domu" – opowieść o reżyserze Angelo Madsen Minax, który po niewyjaśnionej śmierci malutkiej siostrzenicy wraca do swojego rodzinnego miasteczka w Michigan i kieruje kamerę na najbliższych. Z kolei Firouzeh Khosrovani w filmie „Rentgen rodzinny" sięga po metaforę zdjęć rentgenowskich, by przejrzeć na wskroś skomplikowaną relację łączącą jej rodziców: matkę oddaną irańskiej rewolucji i zsekularyzowanego ojca radiologa.

Czy któryś z tych obrazów zdobędzie najważniejsze festiwalowe nagrody, takie jak: Złoty Róg (Międzynarodowy Konkurs Filmów Dokumentalnych), Złoty Smok (Międzynarodowy Konkurs Filmów Krótkometrażowych), Złoty Lajkonik (Konkurs Polski), przekonamy się 5 czerwca podczas gali finałowej. Miejmy nadzieję, że tak jak zwykle odbędzie się ona na żywo w kinie Kijów.

Magda Huzarska-Szumiec

Nie bójmy się Kotsisa

Giewont (1870), Muzeum Narodowe w Krakowie, fot. Pracownia Fotograficzna MNK

Wystawa „Aleksander Kotsis (1836-1877). Odcienie realizmu", którą możemy oglądać w Kamienicy Szołayskich Muzeum Narodowego w Krakowie pokazuje, że malarz był znakomitym artystą. Przekonajcie się o tym, gdy zostaną zniesione pandemiczne ograniczenia. Ekspozycja ma być czynna do 13 czerwca.

Wszyscy, którzy podlegali obowiązkowi szkolnemu w systemie słusznie minionym, na pewno pamiętają ten obraz. Widnieje na nim chłopska rodzina z żałością patrząca na człowieka, który zabiera ich jedyną żywicielkę. Wokół bieda aż piszczy, a w oczach dziecka i jego rodziców maluje się bezbrzeżny smutek. „Ostatnia chudoba" Aleksandra Kotsisa, pojawiająca się w niejednym podręczniku, miała ilustrować chłopską biedę, której winni byli oczywiście bogaci krwiopijcy. I nic by z tego złego nie wynikało, ponieważ bieda, szczególnie galicyjska, była niezaprzeczalnym faktem, gdyby nie kontekst związany z nachalną indoktrynacją młodzieży. Dzieło miało utwierdzić uczniów w przekonaniu, że socjalistyczna władza świetnie poradziła sobie z tym problemem. To chyba główna przyczyna tego, że autor płótna na wiele lat został zapomniany. Niesłusznie, gdyż był naprawdę świetnym malarzem. Udowadnia to wystawa, którą możemy oglądać w Kamienicy Szołayskich Muzeum Narodowego w Krakowie, nosząca tytuł „Aleksander Kotsis (1836-1877). Odcienie realizmu".

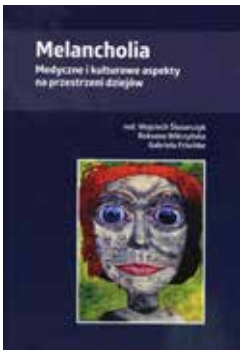
Wrażliwość malarza na tragiczną sytuację chłopów po uwłaszczeniu kształtowało na pewno w dużej mierze jego pochodzenie. Matka była podkrakowską włościanką, ojciec pochodził ze Spiszu. On sam urodził się w Ludwinowie, ale dorastał już w Podgórzu, gdzie rodzina się przeprowadziła dzięki staraniom ojca, który odkrył w sobie kupiecką żyłkę. W ten sposób Kotsisowie awansowali społecznie. Aleksandra stać było na to, by studiować w krakowskiej Szkole Sztuk Pięknych i kontynuować naukę w Wiedniu. Swoje obrazy wystawiał w wiedeńskim Künstlerhaus, został też członkiem monachijskiego Kunstverein. Podróżował do Brukseli, Paryża…

Jednak mimo że jego bliskim kolegą był Jan Matejko, nie zdecydował się podejmować tak jak on wielkich, historycznych tematów. Został wierny chłopom i ich prostemu, pełnemu cierpień życiu, które poznał jeżdżąc w góry. Po drodze zatrzymywał się we włościańskich chatach, gdzie obserwował twarze przedstawianych później na obrazach górali, Żydów, Romów. Zachwycał się podhalańskim krajobrazem, czemu dawał wyraz w nastrojowych, melancholijnych dziełach, wywodzących się od romantyków. I to właśnie chłopskie obrazy, jak i przedstawiające górską naturę pejzaże dominują na wystawie.

Ale jest tam też sporo portretów, bowiem Kotsis z upodobaniem malował ludzi, których znał i lubił. Były to osoby z jego najbliższego kręgu towarzyskiego, przede wszystkim piękne kobiety, do których miał słabość. Na wystawie możemy zobaczyć portret Józefiny Geppertówny, krakowskiej malarki, z którą łączyło go, przynajmniej z jej strony, głębokie uczucie. Widząc to przyjaciele wręczyli Aleksandrowi bukiet kwiatów, wsadzili go do dorożki, licząc na to, że oświadczy się zakochanej dziewczynie. Nic jednak z tego nie wyszło. Wrócił z tym samym bukietem, tłumacząc, że nie mógł Józefiny prosić o rękę, bo ma ona niezbyt ładny profil.

Co się naprawdę stało, nie wiadomo, choć przypuszczalnie w artyście po prostu kiełkowała już choroba. Jak podano w księgach parafialnych Podgórza, zmarł w wieku 41 lat na *dementia paralytica*. Możemy przypuszczać, że odszedł w późnym stadium syfilisu. Przez ostatnie lata potwornie cierpiał, nie mogąc już malować z powodu wyniszczenia fizycznego i psychicznego. Siedział zamknięty w domu i zmagał się z manią prześladowczą, która skutecznie odizolowała go od bliskich i przyjaciół. Zapowiedzią jego potwornej samotności jest autoportret „Artysta zawsze sam", który podarował Józefinie. Warto go zobaczyć, tak jak inne prezentowane na ekspozycji prace. Po jej obejrzeniu bez wątpienia zmienimy narzucone nam niegdyś, zbyt stereotypowe podejście do malarza.

Magda Huzarska-Szumiec



W. Ślusarczyk, R. Wilczyńska, G. Frischke (red. nauk.)

Melancholia. Medyczne i kulturowe aspekty na przestrzeni dziejów

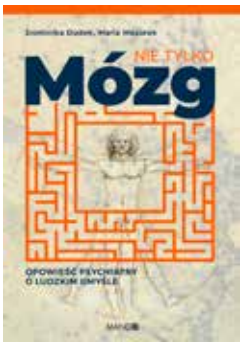
Melancholia ma swój źródłosłów w greckim *Melaina chole*, czyli „czarnej żółci", którą szkoła hipokratejska chciała widzieć jednym z czterech humorów – organicznych płynów konstytuujących stan zdrowia i choroby. Ukształtowana jeszcze w starożytności teoria humoralna stała się na długie stulecia obowiązującą w medycynie i taką pozostawała do początków XIX stulecia. Wzajemna zależność względem siebie humorów, ujęta najczęściej w zasadach proporcji i równowagi, stała się również początkiem nauki o ludzkich temperamentach. Naturalna, dana z urodzenia przewaga „czarnej żółci" usposabiała do smutku i pogłębionej, chwilami wręcz chorobliwej introspekcji. Tak narodziło się pojęcie melancholii, które współczesna medycyna przekuła w pojęcie depresji. Jest to zarazem jedno z pytań, które stało się przedmiotem szerszego dyskursu – czy utożsamienie melancholii z depresją jest do końca uzasadnione? Melancholia stała się bowiem pojęciem znacznie szerszym, wykraczającym poza język właściwy medycynie, przenikając do świata artystów i filozofów, a wraz z tym do języka kultury i naszej codziennej mowy. To zresztą czyni ją tak ciekawym przedmiotem badań naukowych, których plon zebrano w wydanej w zeszłym roku monografii „Melancholia. Medyczne i kulturowe aspekty na przestrzeni dziejów".

Omawiana tutaj książka jest zbiorem kilkudziesięciu tekstów autorstwa ludzi reprezentujących różne dziedziny współczesnej wiedzy, a także dysponujących zróżnicowanym doświadczeniem badawczym, którzy podjęli się wspólnie próby scharakteryzowania problemu melancholii w oparciu o teksty kultury, jak również te przynależne do historii medycyny. Nie sposób w krótkim tekście zawrzeć całego bogactwa informacji i przemyśleń, jakie niesie ze sobą niniejsza praca zbiorowa. Czytelnik odnajdzie w niej odwołania zarówno do pism filozoficznych, jak i lekarskich poradników, próbę rekonstrukcji przebiegu choroby księcia pruskiego, dyskusję polskich lekarzy w XIX stuleciu nad istotą melancholii czy też analizę jej miejsca w rozważaniach Antoniego Kępińskiego o chorobach psychicznych. Będzie miał możność spojrzenia na francuską literaturę późnego średniowiecza, dowie się o sposobach radzenia sobie ze smutkiem podawanych w poezji doby renesansu i baroku, o melancholii w poezji Jana Lechonia i Tadeusza Micińskiego czy jej inspirującej roli dla współczesnej literatury i malarstwa. Zostanie zaproszony do rozważań nad różnymi odcieniami smutku i melancholii, wreszcie depresji, która jest jednym z poważniejszych wyzwań, przed jakimi staje lekarz i powierzeni jego opiece chorzy. Otwarte zostaną przed nim pola do rozważań o współczesnej tęsknocie, lub też należałoby powiedzieć nostalgii, za tym, co zbiorczo zwykło się określać etosem rycerskim. I znacznie więcej, lecz o tym może się każdy przekonać, kto po tę książkę zechce sięgnąć.

„Melancholia w kulturze, medycynie i źródłach historycznych" nie jest pracą popularnonaukową, choć i taką rolę może spełnić. Jest interdyscyplinarnym studium problemu, a co za tym idzie, zachowuje wszelkie rygory dla takich opracowań przewidziane. Dlatego też posługuje się terminologią przyjętą w pracach badawczych, co niekiedy może utrudniać lekturę niektórych tekstów. Jednak jej nie wyklucza i nie zawęża grona odbiorców wyłącznie do osób mających fachowe ku temu przygotowanie. Zaletą książki jest swoboda wyboru kolejności, w jakiej zechcemy czytać poszczególne opracowania, chociaż redaktorzy naukowi zadbali o to, by je podzielić na cztery główne grupy tematyczne – *Melancholia w kulturze, medycynie i źródłach historycznych; Obraz melancholii w literaturze, filmie i malarstwie; Melancholia – depresja. Przeszłość – teraźniejszość oraz Nostalgia.* Należy przy tym nadmienić, że sama idea stworzenia powyższej książki wyszła od środowiska uczonych związanych z Fundacją Naukową „Bydgoska Szkoła Historii Nauk Medycznych" i stanowi czwartą już z kolei pozycję w serii wydawniczej *Medyczne i kulturowe aspekty na przestrzeni dziejów*.

Ryszard W. Gryglewski

W. Ślusarczyk, R. Wilczyńska, G. Frischke (red. nauk.), „Melancholia. Medyczne i kulturowe aspekty na przestrzeni dziejów", Wydawnictwo Episteme, Lublin 2020, s. 487.



Dominika Dudek, Maria Mazurek

Nie tylko mózg. Opowieść psychiatry o ludzkim umyśle

„To opowieść o ludzkim umyśle. Umyśle, którego, po pierwsze, nie da się sprowadzić tylko do roli mózgu, po drugie zaś, który wymyka się prostej segregacji na »chory« lub »zdrowy«. Na tę publikację można spojrzeć jak na podróż w głąb naszej jaźni; tego, co stanowi o naszym »ja«" – pisze Maria Mazurek we wstępie do przeprowadzonej przez nią rozmowy-rzeki z prof. Dominiką Dudek, kierownik Katedry Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. I trudno o bardziej trafną recenzję książki „Nie tylko mózg".

Dla Marii Mazurek, dziennikarki „Gazety Krakowskiej", nie jest to pierwsza tak obszerna rozmowa z osobowościami świata medycyny. Ta jednak ze względu na dużą zażyłość rozmówczyń ma charakter bardziej intymny, jest też bardziej spontaniczna, anegdotyczna, często meandruje w obszary niekoniecznie związane z głównym wątkiem rozmowy. Bardziej niż akademicki wykład przypomina zbiór refleksji wynikających z wieloletniej pracy klinicznej i spotkań z pacjentami, których historie również pojawiają się na łamach książki.

Rozmowę rozpoczyna wyznanie: „Miałam kiedyś w życiu bardzo trudne momenty, kiedy zawalił mi się świat. (…) Przeszłam długą psychoterapię. Czasem mam wrażenie, że ona uratowała mi życie" – mówi Dominika Dudek. „Mam podleczone OCD, czyli nerwicę natręctw" – wyznaje z kolei Maria Mazurek. Dlaczego decydują się na taką szczerość? „Zrobiłyśmy to, żeby pokazać, że osoby z chorobami i zaburzeniami psychicznymi – czy będące na ich granicy – są wśród nas. Często świetnie sobie radzą, osiągają sukcesy, żyją normalnie" – wyjaśnia prof. Dudek. Mimo że – jak wynika z danych WHO – co czwarty Europejczyk ma chorobę lub zaburzenie psychiczne, to stygmatyzowanie osób z problemami psychicznymi, stereotypowe, podszyte lękiem, wyobrażenia na ich temat nadal są powszechne. Jak przyznają rozmówczynie, ta książka ma ten lęk przełamać, a przy okazji pomóc nam lepiej zrozumieć, czym są problemy psychiczne i jakie jest ich źródło.

Sporo jest w niej również bardzo ciekawych wątków dotyczących historii psychiatrii, także jej ciemnych kart, jak np. przymusowa sterylizacja osób z zaburzeniami psychicznymi (praktykowana w niektórych krajach aż do lat 70. XX w.) czy lobotomia. Ale są też opisane kamienie milowe psychiatrii, a wśród nich odkrycie Zygmunta Freuda, potwierdzone później przez noblistę Erica Kandela, że psychoterapia, podobnie jak leki, może zmieniać „architekturę neuronalną mózgu". Nie brakuje w niej również rozważań o współczesnej psychiatrii i psychiatrach oraz najtrudniejszych aspektach wykonywania tego zawodu.

W kolejnych rozdziałach padają m.in. pytania takie jak: czym jest miłość, a czym zakochanie; gdzie jest granica między smutkiem a depresją i dlaczego jej leczenie poprawia rokowania np. pacjentów nowotworowych; jakie są współczesne kobiety i czym różnią się ich mózgi od tych męskich; co towarzyszy starości; skąd się bierze w człowieku zło i czym jest moralność. Jest także rozdział poświęcony religijności z ciekawymi spostrzeżeniami na temat tego, gdzie przebiega granica między stanami mistycznymi a psychopatologią. Ostatnie rozmowy poświęcone zostały fobiom (czyli najczęściej pojawiającym się zaburzeniom psychicznym), natręctwom, chorobie afektywnej dwubiegunowej, schizofrenii – problemom, które choć zaliczane są do chorób duszy, nie pozostają bez wpływu na leczenie somatyczne i relacje pacjenta z lekarzami różnych specjalizacji. Bo przecież – jak dowodził Antoni Kępiński – podział na ciało i psyche jest fikcją.

Katarzyna Domin

Dominika Dudek, Maria Mazurek „Nie tylko mózg. Opowieść psychiatry o ludzkim umyśle", Wydawnictwo Mando, Kraków 2020 r.

Jest źle. Wielu lekarzy deklaruje odejście z zawodu, jeszcze więcej cierpi na różnego typu zaburzenia psychiczne, a wypalenie zawodowe ma rozmiar epidemii. Problemy psychiczne mają także pacjenci. Gwałtownie rośnie sprzedaż antydepresantów, leków uspokajających, środków nasennych. Krakowska Izba Lekarska i inne w kraju oraz eksperci szeroko zachęcają lekarzy do korzystania ze specjalistycznego wsparcia psychologicznego. W wielu przypadkach pomóc może psychoterapia. Poniżej przybliżamy istotę jednej z popularniejszych form terapii – psychoterapii psychodynamicznej. To pierwsza część artykułu psychologa Krzysztofa Dygi, dokończenie – w następnym wydaniu „GGL".

(*Redakcja*)

Psychoterapia psychodynamiczna (cz. 1)

Rozmowa, która leczy

Chociaż psychoterapeuta nie posługuje się specjalistycznymi urządzeniami diagnostycznymi ani lekami zmieniającymi chemię mózgu i jedyne, co może zaoferować, to rozmowa, dziś już nikt nie dyskutuje z tym, że psychoterapia leczy. Tezę tę podtrzymują zarówno metaanalizy badań nad skutecznością psychoterapii różnych podejść, jak i niektóre przełomowe badania neurobiologiczne, m.in. laureata Nagrody Nobla, Erica Kandela. Wynika z nich, że mózg jest strukturą plastyczną i dynamiczną, a liczba synaps rośnie na skutek procesu uczenia się, ergo: psychoterapia może powodować zmiany w mózgu.

Czym jednak jest psychoterapia? Odpowiedź na to pytanie nigdy nie będzie precyzyjna. O psychoterapii bowiem lepiej mówić w liczbie mnogiej, liczbę pojedynczą pozostawiając jednej ze szkół tudzież nurtów, które różnią się znacząco zarówno teorią, jak i praktyką „leczenia rozmową". Cztery z nich cieszą się uznaniem wynikającym zarówno z licznych danych klinicznych, jak i z nieco mniej licznych badań. Są to nurty: psychoanalityczny/psychodynamiczny, poznawczo-behawioralny (CBT), systemowy i humanistyczno-doświadczeniowy. Warto zauważyć, że w dyskusjach akademickich można spotkać się ze stwierdzeniem, że jedynie ten drugi zyskał potwierdzenie naukowe. Mit ten bierze się głównie stąd, że skuteczność CBT bada się najczęściej, gdyż... bada się najłatwiej. Sprzyja temu elegancka prostota i klarowność twierdzeń składających się na teorię, jak i wyjątkowe ustrukturowanie, nierzadko w formie gotowych protokołów, samych sesji terapeutycznych. Z kolei pierwszy z ww. nurtów wywodzi się z psychoanalizy, matki wszystkich psychoterapii, i może pochwalić się największą (przynajmniej w Polsce) liczbą czynnych terapeutów. To także najczęściej stosowana forma psychoterapii.

„Psychodynamiczna", czyli jaka?

Określenie „psychodynamiczne" ma związek z pojmowaniem procesów związanych z wyrażaniem, blokowaniem i przetwarzaniem energii. Zygmunt Freud, ojciec psychoanalizy, ujmował bowiem psyche jako system energetyczny podlegający tym samym prawom co inne systemy energetyczne, m.in. zasadzie zachowania energii. **Współcześnie myśląc o psychodynamice, mamy raczej na myśli to, że życie psychiczne pozostaje w ciągłym ruchu, a więc nie jest statyczne. Na ten ruch składają się głównie nieświadome „siły" (np. motywacje, pragnienia, lęki), wchodzące ze sobą w rozmaite interakcje, których efektem mogą być z kolei różne zachowania, pociąg do pewnych osób i sytuacji, a także pewne objawy.**

Takie pojmowanie psychodynamiki najpełniej wyraża klasycznie psychoanalityczne pojmowanie zaburzeń jako konsekwencji konfliktu między przeciwstawnymi tendencjami w psyche: pragnieniem i wynikającą z lęku przed nim obroną lub pragnieniem a wymogami rzeczywistości lub różnymi aspektami *self*, którym przyświecają różne cele i motywy. I choć model konfliktu nadal stanowi filar myślenia psychoterapeuty psychodynamicznego, to współcześnie opiera się ono dodatkowo na przynajmniej dwóch innych filarach: pojęciu deficytu i wewnętrznym, nieświadomym świecie rela-

cji. Deficyt odsyła do pewnych niepowodzeń rozwojowych, które w życiu dorosłym skutkują niepełnym wykształceniem określonych struktur psychicznych. Przejawia się to w potrzebie „zapełniania" tych braków (nad)aktywnością osób z otoczenia. Z kolei uwewnętrznione relacje z obiektem (tj. obrazem najważniejszych postaci z dzieciństwa i swoich z nimi relacji) stanowią rodzaj (nieświadomego!) filtra, przez który osoba „przepuszcza" obecnie spotykane postaci, wobec których ma podobne oczekiwania, pragnienia i obawy jak te, które towarzyszyły wczesnodziecięcym doświadczeniom z osobami znaczącymi.

Psychoterapia psychodynamiczna a psychoanaliza

Cechą charakterystyczną podejścia psychodynamicznego, a zarazem swoistą cechą różnicującą je z psychoanalizą, jest więc czerpanie z dorobku tej ostatniej w sposób selektywny, uzależniony od osobowości i problemów pacjenta. Innymi słowy: terapeuta psychodynamiczny zna różne teorie psychoanalityczne, ale do żadnej nie przywiązuje się w sposób dogmatyczny. W swoim rozumieniu pacjenta posługuje się tą teorią (teoriami), które najbardziej pasują do jego osoby. Trudno oprzeć się pokusie, by dodać, iż nawet konsekwentne stosowanie takiego „niedogmatycznego" podejścia nie chroni przed błędem przykrawania niepowtarzalnej, złożonej i nie w pełni poznawalnej jednostki do teorii, która będąc z konieczności ograniczonym zestawem założeń, tyleż pomaga wyjaśnić problemy pacjenta, co ogranicza jego rozumienie. Wiedzy i intelektowi musi więc towarzyszyć obfite korzystanie z własnych przeżyć – na czele z empatią. Z grubsza odpowiada to dwóm czynnikom odpowiedzialnym za skuteczność psychoterapii psychodynamicznej: wglądowi i relacji terapeutycznej.

Określenie „psychoanaliza" (klasyczna) należałoby z kolei zarezerwować bądź do praktyki opartej ściśle na teorii Freuda, a więc kładącej największy nacisk na motywację opartą na popędach i mechanizmach obronnych, bądź do technicznych warunków organizacji terapii: minimum 3-4 sesje w tygodniu, pacjent w pozycji leżącej, jego wolne skojarzenia i ograniczona aktywność terapeuty, sprowadzająca się do interpretacji, szczególnie dotyczących przeniesienia.

Czym wyróżnia się psychoterapia psychodynamiczna

Najbardziej charakterystyczne cechy nurtu psychodynamicznego to:

1) koncentracja na afekcie i wyrażaniu emocji,
2) badanie prób unikania pewnych aspektów doświadczenia,
3) identyfikacja powracających motywów i wzorców,
4) omawianie przeszłego doświadczenia,
5) koncentracja na relacjach interpersonalnych,
6) koncentracja na relacji terapeutycznej,
7) analiza pragnień, snów i fantazji.

Ze względu na maksymalną indywidualizację procesu terapeutycznego zasady te wykorzystuje się w większym lub mniejszym stopniu w zależności od potrzeb. Ten rodzaj psychoterapii wyróżnia się również naciskiem na autonomię pacjenta. Przejawia się to nie tylko w nieudzielaniu rad, ale również w neutralności terapeuty, niemającej nic wspólnego z obojętnością wobec pacjenta, za to wiele z szacunkiem i wsparciem dla jego własnych wyborów. Neutralność bowiem dotyczy różnych stron konfliktów i dylematów pacjenta oraz ich możliwych rozstrzygnięć.

Inny przejaw nacisku na autonomię pacjenta zawiera się poniekąd w podstawowej technice pracy terapeutycznej – w zasadzie wolnych skojarzeń. **To pacjent każdorazowo proponuje, o czym traktować będzie dana sesja, rozpoczynając ją i mówiąc to, co przychodzi mu kolejno do głowy.** Technika wolnych skojarzeń wywodzi się również z psychoanalizy, jednak w toku psychoterapii psychodynamicznej terapeuta interweniuje nieco częściej niż w klasycznej analizie. Oznacza to, że wbrew mitowi o milczącym terapeucie jest on aktywny, nie będąc jednak dyrektywnym. Mit zawiera jednak trochę prawdy – większa część aktywności terapeuty zachodzi w jego głowie i dotyczy prób rozumienia tego, co w danym momencie mówi pacjent, szczególnie tego, czego ten sobie nie uświadamia – w kontekście uprzedniej wiedzy na jego temat, a także tego, co dzieje się tu i teraz w relacji terapeutycznej. W konsekwencji znakomita większość wymiany werbalnej stoi po stronie pacjenta. W subiektywnym odczuciu jednego pacjenta taka sytuacja może być trudna, przynajmniej na początku, inny z zadowoleniem przyjmie możliwość swobodnego mówienia o wszystkim, czym chce się podzielić z drugim człowiekiem – terapeutą, z którym relacja staje się coraz bliższa, nie przestając przy tym być profesjonalną. To ostatnie powinno dawać gwarancję zarówno względnego obiektywizmu, jak i bezpieczeństwa. Dlatego też terapeuta psychodynamiczny nie przejdzie z pacjentem na „ty", co jest dopuszczalne w niektórych innych nurtach terapeutycznych. Nie wyklucza to jednak więzi, nie narzuca też sztywnej atmosfery. Wbrew mitowi o „kamiennej twarzy" psychoanalityka, terapeucie zdarza się okazywać emocjonalne reakcje. Wszak sam jest człowiekiem i ma świadomość, że wielu pacjentów potrzebuje żywej wymiany myśli bardziej niż „lustra", w którym będą się odbijały ich projekcje, interpretowane *ex cathedra* przez terapeutę. Właściwa równowaga między relacyjnym a wglądowym aspektem leczenia stanowi o skuteczności działań terapeuty… *(cdn.)*

Krzysztof Dyga
krzysztof.jan.dyga@gmail.com

Krzysztof Dyga – psycholog i psychoterapeuta w trakcie certyfikacji w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym. Niebawem ma zamiar obronić pracę doktorską poświęconą przeżywaniu swojej tożsamości przez osoby z zaburzeniami psychicznymi (szczególnie z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym).

Grupa kapitałowa kupi POZ

w Polsce, w szczególności w województwach dolnośląskim, śląskim oraz świętokrzyskim lub w ich bliskiej odległości.
Kontakt: tel. 510 012 102 oraz 510 011 545

Szpital Powiatowy w Limanowej im. Miłosierdzia Bożego

zatrudni kadrę do pracy w Centrum leczenia chorób osób w podeszłym wieku – w Oddziale Geriatrycznym Szpitala, w tym:

- Specjalistę w dziedzinie gerontologii lub geriatrii w wymiarze 1 etatu do kierowania oddziałem,
- lekarzy do pracy w oddziale,
- Pielęgniarki,
- Rehabilitantów i fizjoterapeutów,
- Psychologa.

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

Centrum Medyczne Sublimed

(placówka komercyjna bez umowy z NFZ, Kraków, Dębniki) podejmie współpracę z alergologiem, dermatologiem, ginekologiem, urologiem; specjalistami lub w trakcie specjalizacji (minimum 3. rok).
Oferujemy nowoczesne i dobrze wyposażone gabinety oraz pełną obsługę recepcyjną.
Kontakt: biuro@sublimed.pl, tel. 508 855 004

Instytut Zdrowia i Urody Yasumi

w Krakowie nawiąże współpracę z lekarzem medycyny estetycznej.
Kontakt. tel.: 535 443 545

Gabinet stomatologiczny

Klinika Perła w Tomaszowicach zatrudni lekarza dentystę zajmującego się chirurgią stomatologiczną i implantami. Bardzo dobrze wyposażony gabinet, m.in. pantomograf i tomograf 3D. Posiadamy duży parking. Tylko prywatni pacjenci. Częstotliwość zmian do uzgodnienia.
Zainteresowane osoby prosimy o przesłanie CV na adres mailowy: kontakt@klinikaperla.pl lub kontakt tel. 792 028 078.
www.klinikaperla.pl

Uzdrowisko Rabka SA

poszukuje lekarzy **specjalistów w dziedzinie kardiologii**:
Oferujemy:

- bardzo dobre warunki płacowe
- zatrudnienie w oparciu o umowę kontraktową
- dodatkowe wynagrodzenie za dyżury oraz prowizje za komercyjne usługi medyczne
- istnieje możliwość zakwaterowania

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt pod nr. tel.: 18 26 77 886; 18 26 92 600 lub e-mailowy: kjurczak@uzdrowisko-rabka.pl

Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni

oferuje pracę na stanowisku lekarz ogólny POZ. Forma zatrudnienia dowolna (umowa o pracę, umowa zlecenie, kontrakt). Wymagane prawo wykonywania zawodu.
Oferujemy atrakcyjne warunki pracy.
Przesyłane CV muszą zawierać klauzulę o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.
Osoba do kontaktu: Barbara Gajli,
e-mail: b.gajli@spgzozbochnia.pl,
tel. 14 611 56 30, kom. 698 541 065.

Ośrodek Transplantacji Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie

zatrudni lekarza pediatrę lub onkologa i hematologa dziecięcego lub immunologa klinicznego na stanowisku lekarz asystent w Ośrodku Transplantacji USD w Krakowie.

Wymagania odnośnie kandydata wynikają z posiadanego tytułu specjalisty w wymienionych dziedzinach.

CV wraz z listem motywacyjnym prosimy kierować na adres: jgozdzik@usdk.pl

Lekarz stomatolog

wykonujący zabiegi medycyny estetycznej, o potwierdzonych kwalifikacjach, szuka pracy w zakresie medycyny estetycznej: botoks, mezoterapia, osocze na terenie Krakowa i okolic (do 10 km). Możliwość pracy od zaraz.

Kontakt e-mail: faustyna997@o2.pl

Samodzielny Publiczny ZOZ w Liszkach

pilnie zatrudni:

- lekarza specjalistę medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych z możliwością przyjmowania deklaracji pacjentów
- rezydentów medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych
- lekarza specjalistę ginekologii i położnictwa – kobietę
- stomatologa

Atrakcyjne warunki finansowe, forma zatrudnienia do negocjacji.

Prosimy o składanie aplikacji wraz z załączoną klauzulą o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych na adres e-mail: sgzoz@przychodnialiszki.pl

Kontakt tel.: 517 851 151

Za treść ogłoszeń Redakcja nie ponosi odpowiedzialności

Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe MEDICINA Sp. z o.o.

w Krakowie zatrudni lekarza psychiatrę do pracy w Poradni Zdrowia Psychicznego w placówce przy ul. Rogozińskiego 5.
Warunki pracy do uzgodnienia.

Prosimy o wysyłania CV wraz z załączoną klauzulą o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych na adres biuro@medicina.pl

Studio Stomatologii Skrzat w Krakowie

nawiąże współpracę z lekarzem ortodontą, może być w trakcie specjalizacji oraz na początku drogi zawodowej. Zapewniamy wsparcie merytoryczne i możliwość konsultacji z innymi specjalistami oraz dużą bazę pacjentów. Oferujemy bardzo dobre warunki pracy i wysokie zarobki, wykwalifikowaną asystę i nowoczesny sprzęt.
CV prosimy wysyłać na adres: skrzat@studioskrzat.pl
Kontakt tel.: 600 464 425

Krakowskie Hospicjum dla Dzieci

im. ks. Józefa Tischnera zatrudni psychologa
Obowiązki:
• Świadczenie usług psychologicznych w ramach kontraktu z NFZ w rodzinach hospicjum domowego, hospicjum perinatalnego oraz w rodzinach po stracie dziecka,
• Prowadzenie dokumentacji medycznej oraz obowiązującej sprawozdawczości medycznej zgodnie ze stosownymi przepisami
Wymagane: czynne prawo jazdy kategorii B

Osoby zainteresowane prosimy o przesłanie CV oraz listu motywacyjnego wraz ze zdjęciem na adres: emilia.tyralewska@hospicjumtischnera.org
W CV prosimy umieścić formułę klauzuli dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna

im. dr. n. med. Z. Żaka w Krakowie zatrudni

• lekarza specjalistę ortodoncji
• lekarza specjalistę chirurgii stomatologicznej
• lekarza specjalistę periodontologii

oraz – do realizacji świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym:
• lekarza dentystę posiadającego co najmniej specjalizację I stopnia z chirurgii stomatologicznej lub
• lekarza dentystę specjalistę chirurgii stomatologicznej lub
• lekarza dentystę specjalistę w dziedzinie periodontologii lub
• lekarza dentystę specjalistę stomatologii zachowawczej z endodoncją
• lekarza posiadającego co najmniej specjalizację I stopnia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii lub anestezjologii

Informujemy, że przyjmujemy zgłoszenia wyłącznie w formie elektronicznej.
Osoby zainteresowane podjęciem współpracy uprzejmie prosimy o przesłanie CV wraz z listem motywacyjnym, z klauzulą o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych, na adres e-mail: sekretariat@wps.com.pl
Kontakt: Kadry – tel. 12 631 44 71,
Sekretariat – tel. 12 633 76 18

VI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Stomatologii Dziecięcej – online

Polskie Towarzystwo Stomatologii Dziecięcej, Sekcja Stomatologii Dziecięcej PTS we współpracy z OIL w Warszawie zapraszają na VI Konferencję Naukowo-Szkoleniową Stomatologii Dziecięcej (online, bezpłatnie, 6 pkt. edukacyjnych), która odbędzie się 22 maja 2021 r.
W programie wykładów nazwiska wybitnych ekspertów z kraju i zagranicy, wśród tematów m.in. urazowe uszkodzenia zębów u dzieci, nowe techniki i technologie w leczeniu endodontycznym, warstwowa odbudowa ubytku klasy.
Zapisy – przez formularz zgłoszeniowy w linku dostępnym na stronie Komisji Stomatologicznej OIL w Krakowie; www.oilkrakstom.pl, w zakładce „Kształcenie ustawiczne".

Za treść ogłoszeń Redakcja nie ponosi odpowiedzialności

KWALIFIKOWANIE I WYKONYWANIE SZCZEPIEŃ PRZECIW COVID-19 PRZEZ LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

Drodzy lekarze i lekarze dentyści!

W ostatnim czasie obserwujemy liczne pytania Członków **Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie** dotyczące zakresu ochrony w dedykowanym programie ubezpieczeń PZU SA dostępnym na **oil.med.pl/krakow** w kontekście szkód będących następstwem kwalifikowania i wykonywania szczepień ochronnych przeciw COVID-19.

Wobec powyższego informujemy, że czynności kwalifikowania do szczepień przeciw COVID-19 i wykonywania szczepień przeciw COVID-19 mieszczą się w definicji świadczenia zdrowotnego. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt. 10 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (z późn. zm.) za świadczenie zdrowotne uważa się:

Działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

Tym samym pragniemy potwierdzić, że ww. czynności są objęte ochroną w ramach następujących ubezpieczeń dostępnych na oil.med.pl/krakow:

a) **obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą,**

b) **dobrowolnego ubezpieczenia OC lekarza i lekarza dentysty.**

Praca podjęta przez brokera ubezpieczeniowego Mentor S.A. wykazała, że ryzyko to mieści się w podstawowym zakresie ochrony, bez konieczności naliczenia dodatkowej składki z tego tytułu. Nie ma więc obowiązku aneksowania zawartej umowy ubezpieczenia w celu zmiany grupy ryzyka, do której lekarz lub lekarz dentysta został przypisany.

Kontakt w sprawie ubezpieczeń:

Krystyna Trela
Okręgowa Izba lekarska w Krakowie ul. Krupnicza 11a, 31-123 Kraków
piętro 2, pokój 2.13
k.trela@hipokrates.org
tel. +48 502 382 051 lub +48 126 19 17 18

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

www.oil.med.pl/krakow

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

Stypendia Naczelnej Rady Lekarskiej

NACZELNA IZBA LEKARSKA

Do 10 000 zł na rozwój zawodowy

› kursy › warsztaty › staże › polskie i zgraniczne

Szanowni Państwo,
od 2021 r. funkcjonuje nowy system składania wniosków o przyznanie stypendium Naczelnej Rady Lekarskiej na rozwój zawodowy lekarzy do 35. roku życia. Stypendia są przyznawane jednorazowo w kwocie do 10 tys. złotych. Otrzymane dofinansowanie można przeznaczyć na staże, kursy i warsztaty w ośrodkach zagranicznych oraz polskich.
Wnioski można składać pod adresem: stypendia.nil.org.pl
znajdują się tu również wszelkie informacje odnośnie stypendiów.

Dr .... dnia .....

.....

.....
dokładny adres zamieszkania

Okręgowa Izba Lekarska
w Krakowie

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

.....

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

.....
podpis i pieczątka

Pamięci Janka Kowalczyka w 10. rocznicę śmierci

(1943–2011)

Przed dziesięciu laty, w marcu 2011 roku, zmarł doktor nauk medycznych, specjalista chirurgii onkologicznej, współzałożyciel Izby Lekarskiej w Krakowie Jan Kowalczyk. Pamiętany też jako założyciel i pierwszy redaktor naczelny „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej", ukazującej się początkowo pod nazwą „Biuletyn Informacyjny", a potem „Biuletyn Lekarski".

Jan „Dobre Serce", jak o Nim mawiano w Instytucie Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie przy ul. Garncarskiej, w którym pracował ponad 30 lat, był ogromnie lubianym, ujmująco skromnym, świetnie wykształconym lekarzem. Pochodził ze znanej rodziny lekarskiej, mama Janina (w roku 1943 więziona w Oświęcimiu) była profesorem anatomopatologii, ojciec Jan – docentem chirurgii. Sam Janek, najpierw jako asystent II Katedry Chirurgii Ogólnej, a potem chirurg w Instytucie Onkologii, słynął z perfekcji manualnej, intuicji diagnostycznej oraz kultury osobistej.

Z reguły niechętny obejmowaniu jakichkolwiek stanowisk, zawsze natomiast gotów był służyć pomocą nie tylko jako lekarz. Wspomnę żartobliwie, gdy go poznałem, jeździł lanosem daewoo, jednym z pierwszych wyposażonych w silnik gazowy. Zazwyczaj wyjeżdżał na zjazdy i konferencje terenowe jako jeden z ostatnich, służąc spóźnionym koleżankom i kolegom wolnym miejscem. Na trasie natomiast nie przekraczał nigdy swoim krążownikiem szos umiarkowanego tempa jazdy. Przeważnie też jako ostatni wyjeżdżał z różnych posiedzeń, delektując się wolnym czasem.

Zwykle milczący, miał znaczną wiedzę humanistyczną i włączał się najczęściej do rozmowy w jej połowie, przytaczając jakąś ciekawą à propos anegdotę historyczną. „W sprawach konfliktowych, których w naszym środowisku nie brakuje – powiedział podczas mowy pogrzebowej dr Jan Ciećkiewicz, u którego boku jako zastępca sekretarza reaktywował samorząd lekarski w Krakowie – był wspaniałym doradcą i mediatorem, czemu sprzyjały jego cechy osobowości. Przyrodzona odwaga, niepoddawanie się emocjom, jasne rozróżnienie dobra i zła oraz zdecydowane poglądy na etykę zawodową, połączone z rozumieniem całej złożoności natury ludzkiej i pracy lekarza, spowodowały, że stał się idealnym sędzią. I jako taki stał na czele Okręgowego Sądu Lekarskiego przez dwie kadencje, wchodził też w skład Naczelnego Sądu. Wcześniej był też wiceprzewodniczącym ORL II i III kadencji. Delegat na wszystkie okręgowe i krajowe zjazdy samorządu. Może w dzisiejszych czasach nie należy tego przypominać, ale nigdy nie przyjął wynagrodzenia należnego mu z tytułu „utraconych zarobków" jako prezes OSL. „Wiesz – mówił – ja ten samorząd zakładałem. Źle bym się czuł biorąc z tego tytułu pieniądze".

Pracowałem pod jego kierownictwem przez trzy kadencje, mając szczególne poczucie bezpieczeństwa. Przy pełnej swobodzie redakcyjnej miałem absolutną pewność wsparcia przez Niego redakcji w sytuacjach konfliktowych. Nie bał się nigdy urażonych krytyką prominentów środowiska lekarskiego, a redakcji ufał bezgranicznie.

W numerze setnym „GGL" wspominał, jak redagował pierwszy numer pisma, na zgiętej w pół kartce papieru A4, sam wystukując teksty zlecone przez ówczesnego sekretarza Zbigniewa Żaka na maszynie, powielając osobiście 500 egzemplarzy i samemu kolportując numery w ZOZ-ach i szpitalach z pomocą kolegów z Izby. Wspomagali go w tym prof. Kazimierz Dominik, stomatolog, i Jerzy Lebioda, ordynator dermatologii w Szpitalu im. S. Żeromskiego. Czas pewnej improwizacji w tym względzie trwał parę lat i skończył się właściwie na początku kadencji Bogdana Badowskiego nadaniem pismu profilu miesięcznika, drukowanego w formacie B5, z lakierowaną okładką itp. Wtedy też na jedną kadencję kierownictwo pisma przejął dr Jerzy Friediger, Janek natomiast objął obowiązki prezesa Okręgowego Sądu Lekarskiego i wspólnie z Antonim Stopą, jako zastępcą, wprowadził m.in. sądy polubowne, cieszące się za ich sprawą znacznym autorytetem.

Wspomnienie o działalności Janka Kowalczyka w samorządzie z natury rzeczy nie oddaje Jego osobowości ani trudnych losów osobistych. Nie skarżył się jednak nigdy na własne kłopoty, choć przedwczesna śmierć bliskich mu osób była niewątpliwie dotkliwym ciosem. Zdrowie też mu sprzyjało umiarkowanie, w 2008 roku przeszedł na emeryturę, ale kontakt z zawodem lekarza utrzymał do końca. Miał zresztą o jego szczególnej randze głębokie przekonanie. Zmarł w wieku 68 lat.

Wspominamy Cię Janku, pamiętamy o Tobie, bardzo nam Ciebie brakuje. Ta pustka się nie wypełni, pokąd trwa nasz czas.

Stefan Ciepły

Dr n. med.
Antonina Mazurkiewicz
ur. 13 czerwca 1938 r. w Żywcu
zm. 24 lutego 2021 r. w Rzeszowie

Z głębokim smutkiem zawiadamiam, że 24 lutego 2021 roku, po krótkiej chorobie, zmarła w Rzeszowie doktor nauk medycznych Antonina Mazurkiewicz *de domo* Uchman. Urodziła się w Żywcu, 13 czerwca 1938 roku. Studia lekarskie odbyła na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Krakowie. Dyplom lekarza otrzymała 7 grudnia 1962 roku. Po odbyciu studiów uzyskała specjalizacje z pediatrii (04.11.1974 r.), z chorób wewnętrznych (15.04.1981 r.) oraz alergologii (30.11.1984 r.).

W latach 1964-1980 pracowała w Wojewódzkim Szpitalu nr 1 w Rzeszowie. Od 1980 roku do końca życia była aktywna zawodowo w poradnictwie alergologicznym Wojewódzkiego Zespołu Specjalistycznego w Rzeszowie, przy ul. Warzywnej 3.

Była członkinią Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, już od chwili jego powstania w 1984 roku. Po latach współpracy z krakowską Kliniką Alergologii i Immunologii Szpitala Uniwersyteckiego CM UJ, w 1994 roku otrzymała tytuł doktora nauk medycznych na Wydziale Lekarskim UJ w Krakowie, na podstawie rozprawy nt. astmy oskrzelowej atopowej i nieatopowej, będącej zwieńczeniem Jej badań nad chorobami alergicznymi i obrzękiem naczynioruchowym, prowadzonych pod moim kierunkiem.

W pamięci chorych i współpracowników pozostała jako Człowiek wielkiego serca, mądrości i dobroci, Człowiek wielkiej kultury i skromności. Całe swoje życie zawodowe w pełni oddała chorym – którym, wraz z Jej śmiercią, jest Jej bardzo brak.

Jej pozamedyczną pasją wyniesioną z domu była gra na fortepianie i śpiew. Mentorem jej bogatej, amatorskiej, wieloletniej neoimpresjonistycznej twórczości malarskiej był prof. Wiktor Zin.

Spoczęła na cmentarzu Wilkowyja w Rzeszowie, w Kaplicy Rodzinnej.

Cześć Jej pamięci.

prof. dr hab. med. Krystyna Obtułowicz

Dr hab. n. med.
Edmund Szwagrzyk
ur. 5 kwietnia 1928 r. w Lgocie Wielkiej
zm. 13 grudnia 2020 r. w Bibicach

Ojciec dwóch synów (Jerzy, Marek), dziadek sześciorga wnucząt (Wojciech, Andrzej, Marcin, Stanisław, Anna, Jakub), pradziadek trojga prawnuków (Nikola, Kinga, Piotr) – 13 grudnia 2020 roku odszedł Docent Edmund Szwagrzyk, wybitna osobowość, lekarz oddany całym sercem swoim pacjentom. Dla kolegów lekarzy był mentorem, nauczycielem, przyjacielem.

Jego całe życie charakteryzowała pokora, optymizm oraz pogoda ducha…

W 1946 roku zdał maturę w Wolbromiu i w tym samym roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego. Studia ukończył w roku 1952 – już na Akademii Medycznej w Krakowie. W roku 1959 uzyskał specjalizację II stopnia w zakresie neurochirurgii, a w roku 1963 – stopień doktora. W 1985 roku uzyskał na krakowskiej AM stopień doktora habilitowanego.

Doktor Szwagrzyk przez 46 lat pracował jako chirurg w Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii krakowskiej uczelni medycznej, przy ulicy Botanicznej 3. Ale spędził też sześć miesięcy, w roku 1969, na stażu w Wielkiej Brytanii w Walton Hospital w Liverpoolu. Zawsze bardzo solidny, chwalony przez grono licznych pacjentów, którzy lubili go za niecodzienną empatię, delikatność i wielką fachowość. Był również wysoko ceniony przez swoich współpracowników.

Po przejściu w roku 1998 na emeryturę pracował jeszcze przez kilka lat jako konsultant w Klinice Neurochirurgii i Neurotraumatologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Mając 91 lat nadal był aktywny zawodowo, pracując w Poradni Neurochirurgicznej i jako konsultant w Szpitalu św. Rafała w Krakowie.

Docent Edmund Szwagrzyk zmarł 13 grudnia 2020 roku i został pochowany na cmentarzu parafialnym w Bibicach koło Krakowa.

Docencie – będziesz zawsze w naszych myślach i sercach. Żegnamy Cię...

Dr n. med. Marian Kopciuch
Grono Kolegów Lekarzy i Przyjaciół

Fot. J. Sawicz

Prof. dr hab. n. med.
Paweł Stręk
ur. 9 czerwca 1959 r. w Krakowie
zm. 7 listopada 2020 r.

7 listopada 2020 roku z ogromnym bólem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość o tragicznej śmierci naszego Kolegi i Nauczyciela prof. dr. hab. n. med. Pawła Stręka.

Prof. Paweł Stręk był absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Krakowie. W 1991 roku obronił doktorat na temat: „Kostnienie chrząstki tarczowatej krtani u człowieka". W 1998 roku uzyskał tytuł doktora habilitowanego z tematu „Optymalizacja zastosowania operacji częściowego usunięcia krtani z powodu raka o pierwotnej lokalizacji w piętrze nadgłośniowym". Od roku 2010 – profesor Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. W 2014 r. otrzymał tytuł profesora zwyczajnego z rąk Prezydenta RP Bronisława Komorowskiego.

W latach 1981-1993 pracował w Zakładzie Anatomii Opisowej AM w Krakowie. Od 1985 roku – w Katedrze i Klinice Otolaryngologii AM, obecnie Collegium Medicum UJ. W latach 2012--2016 – prodziekan ds. organizacyjnych i kształcenia klinicznego Wydziału Lekarskiego CM UJ.

Autor i współautor 180 prac naukowych, głównie na temat anatomii głowy i szyi, onkologii, rynologii oraz zaburzeń połykania. Autor i współautor 250 wystąpień na krajowych i międzynarodowych zjazdach i kongresach.

Od 1998 roku prof. Stręk pełnił liczne funkcje we władzach Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów, Chirurgów Głowy i Szyi, zarówno w oddziałach krakowskim i małopolskim, jak i w Zarządzie Głównym. W latach 2008-2012 był także przewodniczącym Komisji ds. Nagrody im. Prof. Jana Miodońskiego Zarządu Głównego PTORLChGiS, a w okresie 2011-2015 – przedstawicielem Polski we władzach Europejskiego Towarzystwa Rynologicznego. Od roku 2017 – przewodniczący Rady Naukowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach. W latach 1997-1998 – konsultant wojewódzki w dziedzinie otolaryngologii dla woj. krośnieńskiego, a od sierpnia 2019 roku – konsultant wojewódzki w dziedzinie otolaryngologii dla Małopolski. W styczniu 2020 roku Profesor Stręk przejął obowiązki kierownika Oddziału Otolaryngologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, wcześniej (od 2007 r.) pełniąc funkcję zastępcy kierownika na tym oddziale.

Prof. dr hab. n. med. Paweł Stręk zajmował się leczeniem schorzeń z dziedziny szeroko rozumianej otolaryngologii. Specjalizował się w terapii chorób zatok przynosowych, w tym stanów zapalnych ostrych oraz przewlekłych. Pomagał osobom cierpiącym na przewlekłe zapalenie zatok przynosowych, lecząc farmakologicznie oraz operacyjnie. Zabiegi przeprowadzał głównie przy pomocy metody endoskopowej, która pozwala udrożnić naturalne ujścia zatok, a także przywrócić prawidłową funkcję kompleksu ujściowo-przewodowego, był w tym niedoścignionym mistrzem. Wielokrotnie dzielił się swoją wiedzą i kunsztem rynochirurga organizując lub prowadząc szkolenia, a także uczestnicząc w sympozjach i konferencjach w kraju i zagranicą.

Profesor Paweł Stręk zapamiętany zostanie także jako zapalony narciarz, surfer, tenisista. Był zwycięzcą wielu zawodów narciarskich. Uwielbiał aktywnie spędzać wolny czas, grając w tenisa lub wyjeżdżając w wiele miejsc, gdzie mógł pływać czy surfować po falach. Kochał podróżować, poznawać świat. Paweł Stręk był także wielkim miłośnikiem zwierząt. Jak zawsze podkreślał – zwierzęta w Jego życiu były bardzo ważne. Wspierał finansowo i praktycznie wiele inicjatyw związanych z opieką nad zwierzętami.

Profesora Pawła Stręka współpracownicy będą wspominać jako realistę, zapamiętają jego bezpośredniość, łatwość w rozwiązywaniu problemów, dyspozycyjność, a także jego zaangażowanie i chęć niesienia pomocy. Podkreślają jego skuteczne i efektywne wsparcie wielu osób w ich trudnych momentach życia.

W osobie zmarłego Pawła Stręka społeczność akademicka Uniwersytetu Jagiellońskiego utraciła niezwykłego nauczyciela, współpracownicy wspaniałego kolegę, a pacjenci specjalistę, można rzec śmiało, mistrza swojej profesji. Wszystkim będzie bardzo brakowało Jego mądrości i doświadczenia oraz poczucia humoru.

Rodzinie i Bliskim składamy wyrazy głębokiego współczucia.

Dr n. med. Patryk Hartwich
Dr n. med. inż. Sebastian Kocoń

Prof. dr hab. n. med.
Krzysztof Urbański
(1944 – 2020)

W pierwszych dniach sierpnia ub. roku pożegnaliśmy naszego Mistrza, Mentora, Kolegę, Osobę, która całe swoje zawodowe życie związała z krakowskim oddziałem Instytutu (Centrum) Onkologii w Krakowie.

Prof. Krzysztof Urbański pracował w Instytucie 45 lat i przeszedł przez wszystkie szczeble kariery zawodowej i naukowej, zaczynając od młodszego asystenta aż do stanowiska kierownika Kliniki Ginekologii Onkologicznej i dyrektora Instytutu ds. Lecznictwa oraz tytułu profesora zwyczajnego.

Słowo „przeszedł" nie oddaje faktycznej roli, jaką w Instytucie Onkologii odegrał Pan Profesor. Profesor Urbański przez wiele lat faktycznie współtworzył ten Instytut. Jako godny następca kierującego wcześniej Kliniką dr. Wojciecha Medveya, stworzył i kierował w latach 80. Pracownią Curieterapii i wdrożył w życie zasady kompleksowego leczenia chorych na nowotwory narządu rodnego łączącego w sposób skojarzony leczenie operacyjne, napromienianiem i leczenie systemowe. To co obecnie jest standardem, w latach 80. ubiegłego stulecia było prawdziwą rewolucją znacząco poprawiającą wyniki leczenia chorych. Na szczególną uwagę zasługują wprowadzone w życie wyniki wieloletnich badań Pana Profesora, dotyczących leczenia chorych na raka szyjki macicy, które były przedmiotem rozprawy doktorskiej i habilitacyjnej.

Dorobek naukowy Pana Profesora obejmuje blisko 80 artykułów w recenzowanych czasopismach, rozdziały w monografiach i liczne zalecenia dotyczące chorych na nowotwory narządu rodnego. Niekwestionowaną zasługą Pana Profesora Urbańskiego dla środowiska naukowego i medycznego była również aktywna działalność na rzecz utworzenia nowej specjalności, jaką jest ginekologia onkologiczna, która oficjalnie została powołana do życia w roku 1991.

Profesor był opiekunem wielu lekarzy specjalizujących się z zakresu radioterapii i ginekologii onkologicznej, promotorem czterech prac doktorskich oraz przewodniczącym lub członkiem komisji ds. nadania tytułu profesora. Przez wiele lat pełnił funkcję wiceprezesa Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej oraz Polskiego Towarzystwa Brachyterapii. Od roku 2003 do 2014 był konsultantem wojewódzkim w dziedzinie ginekologii onkologicznej.

Osiągnięcia naukowe i działalność organizacyjna Profesora zostały docenione nie tylko przez środowisko lekarskie i naukowe, ale także przez władze samorządowe i państwowe, czego wyrazem były liczne odznaczenia resortowe i państwowe, w tym odznaczenie Srebrnym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Kawalerskim oraz Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski, nadanymi przez prezydenta kraju.

My, jako zespół pracowników krakowskiego oddziału Instytutu (Centrum) Onkologii, docenialiśmy Pana Profesora nie tylko jako wybitnego Lekarza i Naukowca, ale przede wszystkim jako Człowieka niezwykle prawego, wyjątkowo skromnego i życzliwego. Pan Profesor z jednakową uwagą i troską odnosił się do wszystkich, którzy zwracali się do niego z prośbą o pomoc i radę, bez względu na tytuł i zajmowane stanowisko. To sprawiało, że cieszył się prawdziwym szacunkiem i był tak po prostu lubiany nie tylko przez zespół Kliniki Ginekologii Onkologicznej, ale praktycznie całego Instytutu. Dla grona najbliższych kolegów i przyjaciół Pan Profesor był prawdziwą duszą towarzystwa i osobą, której nie mogło zabraknąć nie tylko w trakcie obchodów oficjalnych uroczystości, ale także spotkań koleżeńskich.

Jesteśmy wdzięczni Panu Profesorowi za wszystkie dni, w których mogliśmy towarzyszyć w Jego życiu zawodowym i osobistym, i korzystać z wiedzy i doświadczenia. Zawsze pozostaną w naszej pamięci.

Prof. Janusz Ryś
p.o. Dyrektora Oddziału Narodowego
Instytutu Onkologii w Krakowie
wraz z zespołem Lekarzy, Pielęgniarek i Personelem NIO

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 15 800 egz.
ul. Krupnicza 11a, 31–542 Kraków; tel. 12 619 17 27; fax: 12 422 57 55; e-mail: redakcja@oilkrakow.org.pl
Redaguje kolegium w składzie: Redaktor Naczelny – Janusz Legutko; Sekretarz Redakcji – Jolanta Grzelak-Hodor
Członkowie: Stefan 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). Skład i przygotowanie do druku: Adam Dąbrowski

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

STOP SMOG
GO HYBRID

LEXUS RX

PRZESTRZEŃ ELEGANCJI

Z KORZYŚCIĄ DO **88 000 PLN**

ORAZ z DODATKOWYM RABATEM DLA LEKARZY

LEXUS

KRAKÓW

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

LEXUS

KRAKÓW-ZAKOPIAŃSKA

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