W numerze m.in.:

Jak zbudować dobrą relację z pacjentem radzi prof. M. Nowina Konopka w rozmowie z J. Hodor (5)

Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej CM prezentuje K. Domin (8)

Samorząd lekarski nie składa broni (11–13)

Jak mija czas pandemii – mówią S. Ciepłemu lekarze zaprzyjaźnieni z „GGL" (15)

Pacjent kardiologiczny na wakacjach – na co lekarz może mu pozwolić, wyjaśnia J. Sieradzka (17)

Z M. Janiszewskim – chirurgiem ortopedą, wytrawnym żeglarzem i podróżnikiem rozmawia M. Huzarska-Szumiec (29)

Krakowskie Pogotowie Ratunkowe ma już 130 lat – jubileuszowa rozmowa z dr M. Popławską, dyrektor KPR, oraz historia Pogotowia na fotografii

Lekarz dentysta – z prac KS, przegląd piśmiennictwa G. Herbuta (33-36)

W wolnym czasie – propozycje na lato (40)

Psychoterapię psychodynamiczną przybliża K. Dyga – cz. 2 (46)

O Boyu lekarzu w 80. rocznicę jego śmierci pisze B. Kaczkowska (51)

Pożegnania: dr Andrzej Bielecki, dr Antoni Górniak (53)

Nasza okładka

Tetris Challenge, 2019 r.
Fot. Krakowskie Pogotowie Ratunkowe

Mamy wybór

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Wszyscy jesteśmy rozdrażnieni, co zrozumiałe po tym, co przeszliśmy i wciąż jeszcze przechodzimy. Nie wydaje się jednak, by stanowiło to wystarczające alibi dla obojętności. Są kwestie, których nie można zlekceważyć, bowiem decydują o naszej przyszłości, wybiegającej poza horyzont kolejnej fali epidemicznej czy choćby urlopu.

Do takich spraw należą nasze samorządowe wybory. To nie żaden slogan ani przesada, tylko brutalna prawda. Trzeba się zmierzyć z rzeczywistością, którą kreuje nie tylko rząd, ale i nasza reprezentacja. Od siły tej reprezentacji w ogromnym stopniu zależy nasza zawodowa codzienność. Znakomicie to rozumieją elity polityczne, wciąż manewrując to wynagrodzeniami w ochronie zdrowia, to czasem naszej pracy, to zakresem naszych kompetencji. Właśnie w tych dniach trwa zacięta walka na forum polskiego parlamentu (i w kuluarach) o tzw. minima płacowe w ochronie zdrowia. Jednak niewiele informacji przedostaje się do opinii publicznej, np. że po przekonaniu do projektu iluś tam szczebli urzędowych z Sejmową Komisją Zdrowia na czele nagle coś się wali na posiedzeniu plenarnym Sejmu. I nikt, poza samorządem, nie rozedrze szat. Ostatni protest pielęgniarek, wspieranych przez lekarzy (może jednak za słabo?), pokazał, że w dzieleniu nas na lepszych, gorszych, swoich i obcych władza bliska jest mistrzostwa.

Tak więc silny i mądry samorząd (nie bójmy się tego kryterium) jest nam nieodzowny. Nie bez powodu tak szanują swoją reprezentację lekarze w wielu innych krajach, także sąsiedzkich, np. w Słowacji. W niektórych samorząd lekarski bierze realny udział w ustalaniu katalogu procedur medycznych finansowanych z powszechnego ubezpieczenia oraz negocjuje z płatnikami ich wartość. W imieniu wszystkich lekarzy. To zadanie jeszcze przed nami, lecz przecież robimy już wiele. Przypomnę, że to samorząd z naszych własnych składek przyznaje zapomogi losowe, stypendia dla studentów i dzieci z niezamożnych rodzin, zapomogi pośmiertne, becikowe, zapomogi dla seniorów – i to w liczących się wielkościach. To samorząd organizuje pomoc prawną dla lekarzy, prowadzi rejestry, ubezpieczenia, staże, organizuje opiekę senioralną. Robi też coś fundamentalnego – daje wszystkim rozległą ofertę edukacyjną szkoleń, kursów, egzaminów kwalifikacyjnych itp.

Wymieniając powyżej kilka zadań pominąłem wiele innych korzyści wynikających z istnienia samorządu, choćby naszą aplikację informacyjną, naszą własną gazetę, naszą nowo wyremontowaną siedzibę w centrum Krakowa (otwartą dla inicjatyw lekarskich, po towarzyskie włącznie), nasze delegatury w Krośnie, Nowym Sączu i Przemyślu. Wreszcie – w naszych rękach jest sądownictwo korporacyjne, działalność Okręgowego Rzecznika i Okręgowego Sądu. Mamy Rzecznika Praw Lekarza. Niech sobie Państwo wyobrażą, że zamiast kompetentnych, wybranych do tych organów lekarzy za każdy błąd medyczny czy banalny konflikt z pacjentem ścigać nas będą najróżniejsze urzędy i nie będziemy mieć w tej nierównej walce żadnego wsparcia. A takie przecież jako

samorząd zapewniamy, zarówno w sferze merytorycznej, jak i finansowej. Może więc warto trochę energii poświęcić na zaangażowanie lub choć zainteresowanie się sprawami samorządu, choćby w tak podstawowy sposób, jak udział w wyborach jego władz na nową kadencję.

Na koniec tego przydługiego wakacyjnego felietonu życzę Państwu udanego urlopu i powrotu do obowiązków w bardziej optymistycznym nastroju. Czwarta fala, będzie czy nie będzie, już takiego zagrożenia nie przyniesie. Mam nadzieję…

Robert Stępień
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej

W skrócie

Przyjmowanie materiałów do numeru zakończono 23 czerwca 2021

Trwają wybory

W czerwcu lekarze zrzeszeni w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie wybierali swoich delegatów na przyszłoroczny, sprawozdawczo-wyborczy Okręgowy Zjazd Lekarzy i na kolejną kadencję samorządu. W chwili, gdy to piszemy, wyniki nie są jeszcze znane, ale wiadomo, że choć frekwencja nie satysfakcjonuje (a możliwe było też głosowanie korespondencyjne), w zdecydowanej większości rejonów delegaci zostaną wybrani.

Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie i wybory nowych władz Izby planowane są na 26 marca 2022 r.

Lekarzu – to obowiązek!

Tak wielu zwrotów przesyłek z pakietami wyborczymi dla lekarzy, członków OIL w Krakowie, jeszcze nie było – to jedna z obserwacji poczynionych podczas trwających właśnie wyborów delegatów. „Odbiorca nie mieszka pod wskazanym adresem" – informowała poczta. Tymczasem **aktualizacja danych rejestrowych** – adresu do korespondencji, adresu e-mail, numeru telefonu, informacji o uzyskanej specjalizacji itd. **jest obowiązkiem każdego lekarza w Polsce**.

Dlatego apelujemy – proszę jak najszybciej zweryfikować informacje, jakie posiada Izba. Leży to w interesie każdego lekarza.

Medycy kontra minister

Mimo że Sejm przyjął, a prezydent podpisał niesatysfakcjonującą medyków ustawę o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych i ustawa już obowiązuje, samorządy lekarski, pielęgniarski i przedstawiciele innych zawodów medycznych nie zamierzają rezygnować z walki o godziwe wynagrodzenie.

(więcej na str. 13)

Przyjęte przeliczniki minimalnej płacy w niektórych przypadkach urągają godności zawodu. Planowane są kolejne działania, zarówno w formie lobbingu wśród posłów i senatorów, jak i w postaci głośnych protestów i strajków.

Napięcie rośnie. Kiedy to piszemy, wojna nerwów trwa np. między lekarzami rodzinnymi skupionymi w Porozumieniu Zielonogórskim i działającym na terenie Wielkopolski Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia a NFZ i MZ. W przypadku większości poradni należących do obydwu organizacji umowy z Funduszem wygasały 30 czerwca. Lekarze zażądali podwyżki stawki kapitacyjnej o 14 gr na miesiąc, czyli stawki rocznej za pacjenta ze 171 zł do 172,68 zł. Prezes NFZ odmówił. Natomiast minister zdrowia w Zielonej Górze zorganizował konferencję prasową i poinformował o tym, co poniżej…

Sankcje za nadużywanie teleporad

Z danych NFZ wynika, iż teleporada jako forma kontaktu z pacjentem jest w Polsce nagminnie nadużywana – poinformował minister Niedzielski dodając, że teleporada wydaje się obecnie największą barierą w dostępie do opieki zdrowotnej. Problem dotyczy głównie poradni POZ. W prawie połowie z nich odsetek teleporad w zrealizowanych świadczeniach osiąga 50 proc., a są podmioty, gdzie udział teleporad wynosi nawet 90 proc. To także najczęstsza przyczyna skarg do Rzecznika Praw Pacjenta, liczonych w dziesiątkach tysięcy. Dlatego szef resortu zdrowia zapowiedział, że NFZ będzie mógł rozwiązać umowę z placówką, w której udział teleporad przekroczy 90 proc. Taka sytuacja dotyczy ok. 70 podmiotów skontrolowanych przez NFZ.

– Personel medyczny jest zaszczepiony, czas wracać do normalnego funkcjonowania – stwierdził minister.

Jedyna taka w Polsce

16 czerwca w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie otwarto jedyną w Polsce i najnowocześniejszą w Europie Pracownię Wideourodynamiki, umożliwiającą bardzo dokładne rozpoznanie uszkodzenia odpowiednich pięter układu moczowego, a tym samym dobranie najwłaściwszego sposobu leczenia.

„To wielki dzień dla urologii, której jedną z gałęzi jest urologia czynnościowa, rekonstrukcyjna, odpowiadająca nie tylko za eliminowanie patologii z układu naszych pacjentów, ale też za jakość ich życia" – tłumaczył prof. Piotr Chłosta, kierownik Oddziału Klinicznego Urologii i Urologii Onkologicznej.

Przeprowadzane w Pracowni Wideourodynamiki badania m.in. uzasadniają wszczepienie neuromodulatora zwieracza cewki moczowej. Najnowsze dane epidemiologiczne wskazują, że ponad

połowa Polaków powyżej 40. roku życia zgłasza dolegliwości z dolnych dróg moczowych, wśród których szczególne miejsce (może ono występować nawet u co piątej osoby w tym przedziale wiekowym) zajmuje nietrzymanie moczu.

Jak stwierdził dr Mikołaj Przydacz, kierownik nowo otwartej pracowni: „Na ten sprzęt czekało nie tylko środowisko urologiczne, ale i pacjentów, a nawet innych lekarzy – neurologów, neurochirurgów, ortopedów, ponieważ wideourodynamika powinna być stosowana przy pęcherzu neurogennym, czyli z zaburzeniami oddawania moczu na tle choroby neurologicznej. Przede wszystkim będą to urazy rdzenia kręgowego, stwardnienie rozsiane – chcemy tym chorym poprawić jakość życia poprzez odpowiednie leczenie".

Wg aktualnych wytycznych wideourodynamika jest złotym standardem diagnostycznym. W Polsce może jej potrzebować nawet 100 tys. osób.

(źródło i zdjęcie: SU w Krakowie)

Bon 40 PLUS także dla lekarzy

Od 1 lipca do końca roku każdy Polak powyżej 40. roku życia, a więc także każdy lekarz w tym wieku, może otrzymać jednorazowy dostęp do bezpłatnego pakietu badań diagnostycznych „Profilaktyka 40 PLUS". Przygotowano osobne pakiety badań dla kobiet i dla mężczyzn oraz pakiet wspólny, obejmujące w sumie ponad 10 badań. By z nich skorzystać, pacjent musi wypełnić ankietę na IKP lub skontaktować się z konsultantem z infolinii Domowej Opieki Medycznej.

Ciekawe, ilu Polaków będzie tym zainteresowanych – profilaktyka jest w Polsce modna tylko w teorii – i ilu pacjentów będzie nękać lekarzy, że im się to od nich należy. Na razie (stosowne rozporządzenie zostało podpisane kilka dni temu) żadnej kampanii informacyjnej nie ma.

Ponadto, by zwiększyć dostępność do lekarzy specjalistów, także od lipca do końca 2021 r. mają być zniesione limity przyjęć do lekarzy specjalistów. Tu już chętnych może nie brakować.

UJ zwycięzcą rankingu „Perspektyw"

22 czerwca w Centrum Olimpijskim PKOl wręczono dyplomy laureatom XXII Rankingu Szkół Wyższych Perspektywy 2021. Na pierwszym miejscu wśród uczelni publicznych znalazł się Uniwersytet Jagielloński, plasując się tuż przed Uniwersytetem Warszawskim i Politechniką Warszawską.

Prócz tego 9 na 10 rankingowanych kierunków prowadzonych przez Collegium Medicum (analityka medyczna, dietetyka, farmacja, lekarski, lekarsko-dentystyczny, kosmetologia, pielęgniarstwo, położnictwo, zdrowie publiczne) po raz kolejny znalazło się na pierwszych miejscach rankingu kierunków medycznych.

Prof. Marek Krawczyk doktorem honoris causa UJ

fot. Anna Wojnar

22 czerwca Uniwersytet Jagielloński nadał tytuł doktora honoris causa profesorowi Markowi Krawczykowi. Zaszczytny tytuł wręczony został podczas uroczystego posiedzenia Senatu, które odbyło się w auli Collegium Novum. Prof. Marek Krawczyk jest od 1966 r., tj. od III roku studiów, związany z Akademią Medyczną w Warszawie. Wybitnego specjalistę w dziedzinie chirurgii ogólnej i onkologicznej oraz transplantologii klinicznej uhonorowano m.in. za stworzenie największego w Polsce i jednego z największych w Europie ośrodka transplantacyjnego wątroby, pionierskie zabiegi w chirurgii wątroby i transplantologii tego narządu, wybitne osiągnięcia naukowe oraz stworzenie chirurgom z Collegium Medicum UJ możliwości szkolenia i współpracy naukowej (trwającej od lat 90. XX w.) w zakresie chirurgii i przeszczepiania wątroby.

(źródło: UJ)

Kronika personalna

Dr hab. Agnieszka Olszanecka z I Kliniki Kardiologii i Elektrokardiologii Interwencyjnej oraz Nadciśnienia Tętniczego UJ CM jest jedną z 17 autorek pierwszego w historii globalnego raportu na temat chorób układu krążenia u kobiet. Dokument powstał w wyniku prac eksperckiej komisji powołanej przez czasopismo „The Lancet", reprezentującej wszystkie regiony świata. Nasz region reprezentowała właśnie dr hab. Agnieszka Olszanecka. Raport został ostatnio opublikowany na łamach tego prestiżowego pisma.

W „Nature Genetics", także jednym z wiodących czasopism na świecie, **prof. Tomasz Guzik**, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Medycyny Wsi Collegium Medicum UJ, wraz z międzynarodowym zespołem naukowców opisali odkrycie 179 genów związanych z nerkami, odpowiedzialnych za nadciśnienie. Co ważne, 80% spośród zidentyfikowanych genów nie było jak dotąd wiązanych z nadciśnieniem. Międzynarodowy zespół badawczy pracował pod kierunkiem prof. Macieja Tomaszewskiego z Uniwersytetu w Manchester.

Prof. Piotr Richter – kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Gastroenterologicznej odebrał z rąk rektora UJ prof. Jacka Popiela powołanie na członka Rady Uczelni drugiej kadencji – na lata 2020–2024.

(źródło: UJ)

Wybory i po wyborach?

Czerwiec 2021 r. to czas zebrań wyborczych w naszej Izbie. W chwili przygotowywania do druku tego numeru „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej" wybory są w toku, więc na jej łamach nie możemy przedstawić wyników. Zapraszam do śledzenia naszej strony internetowej, gdzie zostaną one opublikowane.

Przed nami następujące scenariusze wyborcze:

1) Jeśli uzyskamy odpowiednią liczbę delegatów na okręgowy zjazd lekarzy, kończymy I turę wyborów. W tym przypadku w rejonach, w których nie doszło do wyboru, Okręgowa Komisja Wyborcza może przeprowadzić wybory na wniosek co najmniej 20% członków takiego rejonu, z jednoczesnym zgłoszeniem co najmniej jednego kandydata.

2) Jeśli nie uzyskamy stosownej liczby delegatów na okręgowy zjazd, Okręgowa Komisja Wyborcza przeprowadzi ponowne wybory w okręgach, w których one się nie odbyły.

Liczymy gorąco na sukces wyborczy I tury – ponowne wybory to dodatkowe emocje, dodatkowa ciężka praca organizacyjna i dodatkowe, wysokie koszty przedsięwzięcia.

Podsumowując wstępnie akcję wyborczą, nie sposób nie zauważyć małego zaangażowania lekarzy i lekarzy dentystów. Zawiodła również Poczta Polska, której nieporadne działania zauważalne były w niektórych rejonach. Opóźnienia w dostarczaniu przesyłek spowodowały wielki niepokój i ogólną frustrację.

Zawiodła również nasza baza adresowa – było wiele zwrotów, wiele przesyłek nie dotarło do celu tylko z powodu niedopełnienia obowiązku informowania Izby o zmianach adresowych. Przypominam, że wynika on z ustawy i korekty takich informacji należy dokonać do 2 tygodni od zaistnienia zmian.

Jeszcze inny problem wyborczy to małe zainteresowanie działalnością Izby i tym samym brak zgłoszeń kandydatów na delegatów. Większość lekarzy w ogóle nie miała świadomości, że są wybory i czego one dotyczą. Nie zawiodły osoby, które „od wieków" związane są z działalnością samorządu lekarskiego. W ich przypadku przepływ informacji jest prosty i skuteczny. Niestety, tym samym pogłębia się luka pokoleniowa wśród samorządowców, podobnie jak w naszym zawodzie.

Podczas prac przy krakowskich wyborach nie zawiedli pracownicy Izby, którym składam podziękowania, szczególne dla Działu Rejestru – ich działania były nieocenione. Dziękuję członkom komisji skrutacyjnych, którzy dokonali przeliczeń kart do głosowania i dzielnie sporządzali protokoły ze swojej pracy. Wszystkim zaangażowanym w pracę przy obecnych wyborach serdecznie dziękuję.

Wybory delegatów na okręgowe zjazdy to pierwszy etap wyborów kadencyjnych. Przypomnę, że spośród nich zjazdy okręgowe wybiorą organy Izby, jak również delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy. Krajowy Zjazd z kolei wybierze organy Naczelnej Izby i prezesa NRL. Ale ten etap to maj 2022 r.

Mariusz Janikowski
Sekretarz ORL
Przewodniczący OKW w Krakowie

Krakowska Izba w liczbach

Na 31 grudnia 2020 roku Okręgowy Rejestr Lekarzy OIL w Krakowie obejmował:

- **17 693** osób posiadających uprawnienia do wykonywania zawodu (**13 747** lekarzy i **3913** lekarzy dentystów oraz **33** osoby posiadające podwójne uprawnienia lekarsko-dentystyczne),
- **997** lekarzy i lekarzy dentystów, którzy z różnych przyczyn nie posiadają obecnie prawa wykonywania zawodu (dane pochodzą głównie z materiałów przejętych od wojewódzkich wydziałów zdrowia lub lekarze ci nigdy nie ubiegali się o rejestrację i wydanie PWZ w Izbie, przebywają na emigracji, wykonują inne zawody etc.),
- **29** lekarzy, członków innych izb lekarskich, wykonujących zawód na terenie krakowskiej OIL.

OIL w Krakowie jest trzecią pod względem liczby członków izbą lekarską w Polsce – po izbach warszawskiej i śląskiej.

Trudna relacja lekarz – pacjent

Rozmowa z dr hab. Marią Nowina Konopką, prof. UJ, dyrektor Instytutu Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej UJ

Pani Profesor, czy lekarze w Polsce potrafią komunikować się z pacjentami? Wiele osób twierdzi, że lekarze często ich nie słuchają, że nie można się porozumieć.

– Jestem przekonana, że mnóstwo lekarzy doskonale porozumiewa się z pacjentami, natomiast zdarzają się też inni, a głośno mówi się właśnie o złych relacjach. Często pacjent twierdzi „poczułem się nie tak". Tylko co to znaczy? Perspektywa lekarza jest zupełnie inna niż perspektywa pacjenta. Być może lekarz ze swojej strony robi wszystko, co można, zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą, kompetencjami i starając się zastosować różne techniki komunikacyjne – na przykład dobrze prowadząc wywiad. Natomiast trzeba pamiętać, że pacjenci przychodzą zwykle w trudnej dla siebie sytuacji – w stresie, w obawie o własne zdrowie, strachu o siebie i rodzinę. Ten niepokój powoduje, że już od drzwi gabinetu lekarskiego relacja komunikacyjna często bywa utrudniona. Dobrych chęci trzeba po obu stronach. Obecnie lekarzy uczy się już komunikacji, lecz pacjentów nie. A szkoda, bo gdyby kompetencje komunikacyjne w polskim społeczeństwie były na wyższym poziomie, każdemu byłoby się łatwiej porozumieć. I prywatnie, i w gabinecie lekarskim, i wszędzie.

Wystarczy włączyć telewizyjny kanał informacyjny, by usłyszeć i zobaczyć, jaki jest poziom komunikacji w naszym społeczeństwie. Jednak relację lekarz – pacjent chyba na całym świecie buduje się podobnie?

– Sytuacja w Polsce jest o tyle szczególna, że lekarze w naszym kraju są bardzo dociążeni pracą i mają naprawdę mało czasu dla pacjenta, gdyż muszą nie tylko zaopiekować się chorym, ale też wypełnić całe stosy dokumentów. To sytuacja trudna i dodatkowo obciążająca, tym bardziej że pacjenci idąc do lekarza często chcą mu powierzyć swoje problemy, czasem sprawy bardzo intymne, o których nie rozmawiają nawet z najbliższymi. Ale wydaje się, że można sprostać temu zadaniu i że można nauczyć się dobrej komunikacji i lepszego wykorzystania czasu. Jest coraz więcej publikacji

na ten temat, szkoleń, webinariów. Przede wszystkim trzeba jednak tego chcieć. Trzeba chcieć nawiązać z pacjentem relację autentyczną, pełną szacunku, zaufania i satysfakcjonującą dla obu stron.

Jak to zrobić? Jak zbudować dobrą relację w warunkach, które na pewno tego nie ułatwiają?

– Myślę, że nie ma jednej dobrej rady. Jednak relację lekarz–pacjent, jak i każdą inną profesjonalną, buduje się na podobnych zasadach. Pewne mechanizmy komunikacyjne mają odniesienie nie tylko do sytuacji w gabinecie lekarskim, lecz zawsze się sprawdzają. Relacje interpersonalne mają ogólne prawidłowości. Podstawą jest oczywiście obustronny szacunek. Wiadomo, że lepiej nam się rozmawia z osobami, które szanujemy i które nas szanują. Po drugie – otwartość komunikacyjna. To bardzo ważne, żeby mówić wprost i ko-

munikować językiem zrozumiałym dla pacjenta. Oni często nie rozumieją, co mówią lekarze używający terminologii zbyt specjalistycznej, zbyt hermetycznej, nie dopasowując języka do poziomu pacjenta, który będąc chorym, zestresowanym może mieć obniżone zdolności poznawcze. Nawet wysoko wykształcone osoby często po wyjściu z gabinetu lekarskiego nie potrafią odpowiedzieć na pytanie bliskich „no i co ci powiedział?". Szacunek, autentyczna postawa otwartości komunikacyjnej i zaufanie – te trzy komponenty są najistotniejsze dla stworzenia dobrej, pełnej współpracy relacji komunikacyjnej.

Wiele razy słyszałam od samych lekarzy, że niekomfortowo czują się w roli pacjenta…

– Niektórym trudno przyznać się do jakiejś swojej słabości, do tego, że potrzebują pomocy, zwłaszcza jeśli zazwyczaj sami ją niosą albo to oni na co dzień są osobami decyzyjnymi. Sytuacja, w której nie potrafią sobie z czymś poradzić, jest dla nich szczególnie dyskomfortowa. Często towarzyszy im wtedy poczucie zagubienia i bezradności. A dodatkowo zaczynają oglądać system, w którym funkcjonują, oczami drugiej strony, zmienia im się perspektywa, zaczynają dostrzegać rzeczy, na które wcześniej nie zwracali uwagi.

Zestresowany pacjent kontra zestresowany lekarz. Już od drzwi trudno o dobrą atmosferę…

– Tak, często nie są to łatwe sytuacje. Warto więc pamiętać, że to lekarz jest moderatorem sytuacji. To lekarz jest gospodarzem i w tym rozumieniu jego rola jest asymetryczna – bo to pacjent przychodzi do niego po pomoc. Bardzo dużo zależy więc od postawy lekarza. Myślę tu na przykład o zgodności w zakresie komunikacji werbalnej i niewerbalnej. Czasem lekarz mówi „proszę mi spokojnie opowiedzieć, co panu dolega", a następnie patrzy nerwowo na zegarek. I atmosfera, która w warstwie werbalnej tworzy przestrzeń do wyrażenia zaufania i do niej zachęca, w warstwie niewerbalnej tworzy napięcie.

Nie lubimy, gdy ktoś rozmawiając z nami np. patrzy w monitor komputera, a m.in. takie zarzuty padają pod adresem lekarzy. Myślę jednak, że takie zachowanie jest zupełnie nieświadome.

– Też tak myślę. Natomiast częstym błędem popełnianym przez lekarza jest nadmierna koncentracja na celu, czyli np. „trzeba zrobić przyjęcie". I przyjmujemy, realizujemy wizytę, zbieramy wywiad, zlecamy, zapisujemy… i gdzieś w tym wszystkim umyka człowiek. A przecież nie leczymy „przypadku", tylko chorego, w całościowym, holistycznym ujęciu. Pacjenci często nie przejmują się tak bardzo samą chorobą, właśnie tym „przypadkiem", jak tym, co w związku z chorobą może się wydarzyć. Potrzebują więc, by lekarz ich uspokoił, wytłumaczył, zrozumiał. Jednak, aby dostrzec potrzeby pacjenta, trzeba złapać z nim kontakt, także wzrokowy. Jeśli lekarz potrafi zbudować atmosferę zaufania i daje przestrzeń do swobodnej wypowiedzi, to otwiera ją nie tylko na odpowiedź na zadawane pytania, ale też na wyrażenie lęków i oczekiwań. I tu pojawia się satysfakcja dla obu stron. Oczywiście, można się nie zgadzać z obawami pacjenta, można uznać, że są bezpodstawne, lecz trzeba je najpierw poznać. Jeśli tak się nie stanie – z punktu widzenia lekarza wszystko może zostać wyjaśnione i zrobione, jak trzeba, z punktu widzenia pacjenta – najistotniejsze dla niego problemy nie zostały rozwiązane.

No i mamy nowy problem – przy teleporadzie komunikacja niewerbalna nie istnieje. A teleporada stała się chyba najbardziej znienawidzoną przez większość pacjentów formą pomocy medycznej. Chyba że chodzi tylko o wypisanie recepty czy skierowania.

– Pandemia spowodowała, że wszyscy musieliśmy wyskoczyć z pewnych schematów. Teleporady odebrały bezpośredni kontakt i możliwość wykorzystania wskazówek wzrokowych. Łatwiej zbudować poczucie zaufania, kiedy nawiązuje się kontakt wzrokowy z pacjentem i patrzy na niego uważnie. Natomiast w sytuacji, kiedy obie strony zostały pozbawione komunikacji niewerbalnej, muszą sobie to kompensować czymś innym. Lekarz powinien na przykład zastanowić się, jak sprawdzać, czy pacjent rozumie, co do niego mówimy. W bezpośrednim kontakcie zwykle widać to po mimice czy po postawie ciała.

A tu nie ma kontaktu wzrokowego i na dodatek cisza w słuchawce…

– W naszej kulturze cisza jest nielubiana, lecz jest bardzo potrzebna, bo to czas na zebranie myśli. To także sposób na zarządzanie przepływem komunikatów. Jeśli pytam pacjenta o coś, co jest trudne, nie wolno ponaglać, to chwila na zastanowienie. Musimy się zaprzyjaźnić z ciszą, choć podczas rozmowy przez telefon jest to rzeczywiście trudne.

Kiedy już ta cisza chwilę trwa, jak lekarz ma sprawdzić, czy pacjent zrozumiał komunikat?

– Są na to proste sposoby. Potrzebne jest częstsze, okresowe pytanie o to, czy pacjent rozumie. Jeśli tłumaczę coś przez kilka minut, a potem okaże się, że pacjent nic nie zrozumiał, to zwyczajnie straciliśmy kawał czasu. Trzeba więc dzielić wypowiedź na małe fragmenty i na bieżąco pytać, czy wszystko jasne. Dzięki temu lekarz natychmiast wie, co pacjent zapamiętał. Należy też pozwolić mówić pacjentowi, bo dzięki temu także zorientujemy się, jaki jest jego poziom zrozumienia.

Oj, już słyszę te zarzuty, że łatwo mówić, gorzej zrealizować, jeśli NFZ daje na wizytę 15 minut, wliczając wypełnienie dokumentacji.

– Podczas szkoleń, które prowadzę, bardzo często słyszę zarzut, że takie postępowanie jest czasochłonne. Natomiast badania naukowe potwierdzają, że dobrze przeprowadzona rozmowa nie zabiera więcej czasu. Przypomnijmy sobie ze szkoły – jedna lekcja mijała bardzo szybko i dobrze się ją zapamiętało, druga okropnie się dłużyła, a obie trwały po 45 minut. Ksiądz Jan Kaczkowski, prowadząc hospicjum, mówił o „cza-

sie wysokiej jakości". Twierdził, że pacjenci wiedzą, iż lekarze nie mają dla nich dużo czasu, jednak chorzy nie potrzebują po prostu czasu, lecz czasu wysokiej jakości. Można 5 minut poświęcić komuś tak, że ten ktoś będzie się czuł zaopiekowany, a można przez 15 minut tego efektu nie osiągnąć wcale. Oczywiście, niektórym pacjentom to nie przeszkadza, lecz wielu tak. To nie przedział czasu ma tu fundamentalne znaczenie, lecz sposób, w jaki się go zagospodaruje. Pacjenci bardzo sobie cenią to, że lekarz nawiązuje rozmowę, daje im to poczucie współdecydowania, sprawczości działania i zwiększa odpowiedzialność za własne zdrowie. A taki pacjent jest bardziej zmotywowany do przestrzegania zaleceń.

Czy to nie jest zbyt optymistyczne założenie?

– Oczywiście, są różni pacjenci – tacy, którzy chętnie wchodzą w kontakt partnerski, i tacy, którzy oczekują od lekarza przejęcia odpowiedzialności. Jak przez telefon poznać oczekiwania pacjenta? Rozmawiając, wchodząc w relację i pytając o to, co pacjent myśli na dany temat. Kiedy usłyszymy „nie wiem pani doktor, proszę zadecydować za mnie", dalsza komunikacja inaczej się układa. Jeśli lekarz weźmie pod uwagę perspektywę pacjenta, to będzie wiedział, czy ten oczekuje współdecydowania, czy go nie chce.

Poza oszczędnością czasu, jakie korzyści ze stosowania reguł dobrej komunikacji uzyska lekarz?

– Brak dobrej komunikacji z pacjentem to jedna z sytuacji, które sprzyjają wypaleniu zawodowemu. Jeśli obie strony są niezadowolone, jeśli lekarz powtarza coś kilkakrotnie, pacjent go nie rozumie, nie stosuje się do zaleceń, więc jego stan się nie poprawia, to łatwo choćby o poczucie nonsensu, a to z kolei krok do wypalenia.

Łatwo o frustrację. Obecnie komunikacji z pacjentem przyszli lekarze uczą się już na studiach. Dla starszych są liczne kursy. Czy doświadczonemu lekarzowi, z dłuższym stażem pracy łatwo zmienić nawyki?

– Odnoszę wrażenie, że niektórzy lekarze nie doceniają znaczenia kursów z dobrej relacji z pacjentem. Miałam szkolenia w różnych szpitalach i starsi lekarze niechętnie się na nich pojawiali. Kiedy jednak już przyszli, często po wykładzie mówili, iż nie zdawali sobie sprawy z wagi problemu. Że to przecież chodzi o nich i o ich czas, o satysfakcję, o efektywność, o poczucie sensu, o zapobieganie wypaleniu zawodowemu. Zmienić wieloletnie przyzwyczajenia nie jest łatwo, jednak można to robić stopniowo. Komunikacja medyczna to szerokie spektrum zagadnień – od kwestii związanych na przykład z wystrojem wnętrza, np. co zrobić, by pacjent dobrze się czuł w naszym gabinecie, po kwestie takiego zbudowania wywiadu medycznego, który będzie klinicznie poprawny, właściwy komunikacyjnie i czasowo efektywny. Są to także kwestie radzenia sobie z pacjentami trudnymi emocjonalnie, z młodymi, którzy nie uznają autorytetów, albo kiedy trzeba przekonać pacjenta, że ma się rację, a tu ktoś sięga do Google i sprawdza, czy lekarz mówi prawdę. Znak czasu. Warto też zdawać sobie sprawę z czegoś jeszcze – wiele badań wskazuje na to, że np. przyczyną skarg kierowanych do rzeczników praw pacjenta w szpitalach zwykle nie są błędy medyczne, lecz właśnie problemy w komunikacji.

Skargi pisane przez pacjentów czy krytyczne opinie w internecie raczej nie są pożądanym impulsem do zmian…

– Dobra relacja jest bardzo ważna i warto spojrzeć krytycznie na swoje umiejętności w tym zakresie, zanim ktoś nas skrytykuje w sieci. Trzeba się nad tym problemem pochylić niezależnie od opinii pacjentów, nawet jeśli mamy z nimi dobre relacje. Bowiem można nauczyć się komunikować w sposób bardziej efektywny, bardziej satysfakcjonujący albo mniej wypalający, mniej męczący. Można zmieniać schematy działania – aktualizować je, ponieważ zmienia się też społeczeństwo, przychodzą kolejne, inne pokolenia pacjentów. Taka aktualizacja jest przydatna względem oczekiwań pacjentów i zawsze pozwala pracować efektywniej.

A komentarze w internecie? Zadowoleni rzadziej piszą, albo nie piszą wcale. Negatywne komentarze to chleb powszedni wielu zawodów o dużej ekspozycji społecznej. Po prostu jest przyzwolenie społeczne na to, by krytykować wszystko i wszystkich. Kiedyś nikt nie wypowiadał się na tematy, na których się nie znał. Ale w tym miejscu pozwolę sobie zauważyć, że pacjenci w ocenie lekarzy najczęściej kierują się tym, co jest im najbardziej dostępne, czyli własnymi wrażeniami. Z braku kompetencji do oceny profesjonalizmu zawodowego zwykle ograniczają się do wyrażenia opinii, czy lekarz „był miły" i czy odpowiedział na ich oczekiwania.

Zasad komunikacji należy też uczyć pacjentów, całe nasze społeczeństwo. Nie widzę nadziei…

– Uważam, że zasad komunikacji powinno się uczyć na wszystkich etapach edukacji formalnej. Ale na to przyjdzie nam pewnie jeszcze trochę poczekać.

Rozmawiała Jolanta Grzelak-Hodor
Fot. Archiwum prywatne

Dr hab. Maria Nowina Konopka, prof. UJ, *pełni obowiązki dyrektora Instytutu Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Wydziału Zarządzania i Komunikacji Społecznej UJ. Jednym z jej ważniejszych zainteresowań badawczych jest komunikacja medyczna. Jest autorką m.in. książki „Komunikacja lekarz-pacjent. Teoria i praktyka" oraz współautorką podręcznika „Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy".*

Szpital symulowany

Dobiega końca pierwszy rok nauki w przebudowanym obiekcie przy ul. Medycznej 7 w Krakowie Prokocimiu, w którym obecnie mieści się główna siedziba Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Collegium Medicum oraz Biblioteka Medyczna UJ CM. Zajęcia – prowadzone w pełni wyposażonych w aparaturę medyczną salach „szpitalnych" – odbywają się tu z udziałem symulatora pacjenta (fantomu) oraz pacjenta symulowanego (aktora). Dzięki temu studenci w bezpieczny i bezstresowy sposób mogą kształcić umiejętności praktyczne, lecz także uczyć się komunikacji z pacjentem czy pracy w zespole.

Budynek ten jest chyba jednym z najdogodniej zlokalizowanych obiektów uczelnianych – w otoczeniu bujnej zieleni i bliskim sąsiedztwie zarówno akademików, jak i nowej siedziby Szpitala Uniwersyteckiego oraz Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego. Na jego wewnętrznym dziedzińcu zbudowano nawet ściankę wspinaczkową. Natomiast w środku mieszczą się prócz biblioteki m.in. sale symulacyjne wysokiej wierności, nowoczesne centrum egzaminowania umiejętności praktycznych (20 sal do prowadzenia egzaminów OSCE) oraz pracownie umiejętności technicznych.

Po Centrum oprowadza mnie jego dyrektor dr n. med. Grzegorz Cebula, specjalista medycyny ratunkowej, również p.o. kierownik Zakładu Dydaktyki Medycznej UJ CM, jednostki organizacyjnej CIEM. – Symulacją medyczną zacząłem się zajmować właściwe zaraz po studiach. Później wdrażałem razem z Polską Radą Resuscytacji większość certyfikowanych szkoleń z resuscytacji zarówno dla dorosłych, jak i dla dzieci w tym kraju. Siłą rzeczy rozwijałem się wraz z rozwojem symulacji medycznych i tak doprowadziło mnie to do tego miejsca

Dr Grzegorz Cebula, dyrektor CIEM

tylko część możliwości, jakimi dysponuje CIEM, bo wystrój niektórych pomieszczeń może być zmieniany w zależności od potrzeb.

CIEM jest międzywydziałową jednostką Collegium Medicum, kształcącą głównie lekarzy, pielęgniarki i położne, pojedyncze zajęcia przewidziano tu także dla przyszłych farmaceutów i ratowników medycznych. Samo Centrum nie jest jednostką nową. W jego zasobach są też pomieszczenia zlokalizowane przy ul. Michałowskiego, Zamojskiego i św. Łazarza, gdzie zajęcia z symulacji medycznych, czyli takich – jak przyznaje dr Cebula – w trakcie których „udaje się pracę w szpitalu", prowadzone były od kilku lat. Nie jest też czymś niespotykanym w skali kraju – w Polsce na uczelniach medycznych działa już 18 takich centrów, w tym także w Krakowskiej Akademii im. Frycza Modrzew-

– opowiada dr Cebula, gdy odwiedzamy kolejne pomieszczenia. Najpierw salę intensywnej terapii, gdzie przez lustro weneckie widać przygotowany do podpięcia do odpowiedniej aparatury fantom – zaawansowany robot, któremu można monitorować parametry życiowe lub np. symulować zjawiska osłuchowe nad płucami. Później odwiedzamy blok operacyjny, następnie „porodówkę", gdzie na łóżku porodowym leży realistycznie wyglądający fantom kobiety, który może „urodzić" fantomowe dziecko. Na korytarzu stoi stanowisko do resuscytacji noworodków, w jednej z sal trenażery do nauki cewnikowania, w kolejnej – urządzenia do ćwiczeń laparoskopowych. W pracowni chirurgicznej grupa studentów próbuje zszyć lateksową rękawiczkę wypełnioną wodą. Mam świadomość, że to

skiego. Od lat cyklicznie odbywają się też ogólnopolskie zawody, tzw. gry symulacyjne (gdy zamykamy ten numer, właśnie trwają zmagania w Poznaniu), w których reprezentacja krakowskich studentów zawsze plasuje się wysoko.

Nauka w CIEM odbywa się na kilku poziomach. – Pierwszy etap to uczenie samej procedury, czyli pojedynczej umiejętności, np. zakładania dostępu donaczyniowego czy badania fizykalnego pacjenta albo zbierania wywiadu. Później, na wyższych latach dokładamy do tego bardziej zaawansowane elementy. A na sam koniec łączymy to ze sobą i wykorzystujemy na salach symulacji wysokiej wierności, gdzie student w ramach scenariusza klinicznego, jak np. zawał mięśnia sercowego, musi pokazać, że potrafi te umiejętności wpleść w kontekst kliniczny – wyjaśnia dr Grzegorz Cebula i dodaje: – Praca w salach

zajęć omawiane są zagadnienia dotyczącego m.in. tego, jak sobie radzić z agresją albo w sytuacji przekazywania trudnych informacji, jak edukować pacjentów, co zrobić, gdy pacjent nie wyraża zgodny na wykonanie pewnych procedur, jak z nim rozmawiać, aby mieć pewność, że będzie się trzymał wytycznych zleconych przez lekarza, a tym samym efekt terapeutyczny zostanie osiągnięty itp. Na piątym roku studenci uczą się też pracy w zespole terapeutycznym. Jedną z osób prowadzących wspomniane zajęcia jest doktor Łukasz Małecki, lekarz, ale też psycholog, jeden ze współautorów podręcznika „Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy", (w tym numerze na str. 6 także rozmowa z prof. Marią Nowina Konopką, również współautorką tego podręcznika).

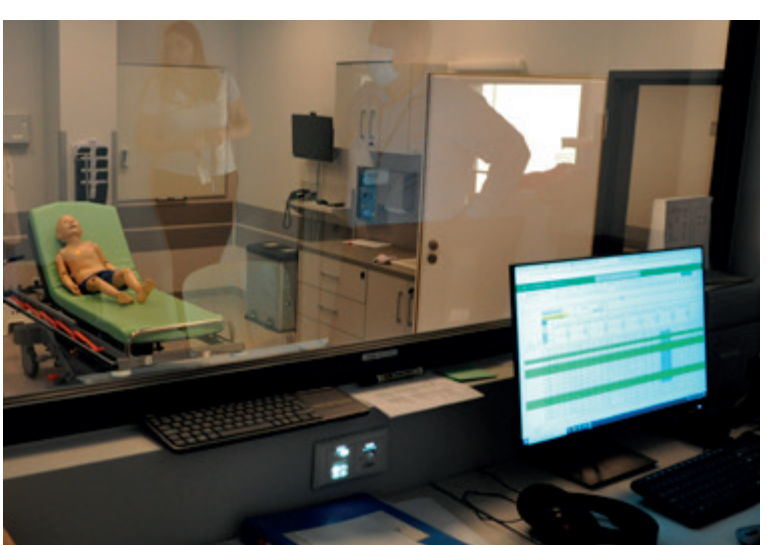
Co ciekawe, na pytanie, jak będzie wyglądało kształcenie studentów w przyszłości, dr Grzegorz Cebula dopiero w drugiej kolejności wymienia wykorzystanie nowych technologii, zwłaszcza informatycznych, w tym przede wszystkim sztucznej inteligencji, która może stać się pomocna do nauki zbierania wywiadu z pacjentem. – Patrząc na to, w jakim kierunku zmierza dydaktyka, wydaje mi się, że będziemy uczyć coraz więcej umiejętności miękkich. Myślę, że w najbliższych latach będą one zwiększały swój wolumen w programie studiów. Dawniej było tak, że wiedza to było coś, co trzeba było mieć w głowie i o niej pamiętać. W dzisiejszych czasach, przy tych systemach wsparcia, które mamy, pozyskiwanie wiedzy szybko i skutecznie jest jak najbardziej możliwe. Natomiast takich umiejętności, jak komunikacja z pacjentem czy praca w zespole, trzeba się po prostu nauczyć – prognozuje dyrektor CIEM.

Tekst i zdjęcia: Katarzyna Domin

symulacyjnych daje im przed rozpoczęciem pracy możliwość zdobycia doświadczenia w zakresie podejmowania decyzji dotyczących leczenia pacjenta, czyli takich, których oni sami bez nadzoru w warunkach szpitalnych nie mieliby możliwości podjąć.

W symulacjach wysokiej wierności korzysta się też z pomocy swego rodzaju aktorów, czyli osób udających pacjentów, a przygotowywanych do tej roli na specjalnych kursach. – Oni są świetni w sytuacji, gdy umiejętności, których uczymy, dotyczą głównie komunikacji w zespole lub z pacjentem. Robimy też symulacje hybrydowe, czyli z udziałem pacjenta „plastikowego" i jego rodziny, którą grają pacjenci symulowani. Mamy na przykład taki scenariusz, gdzie pacjent jest osobą z demencją, chorobą Alzheimera, i wtedy wywiad trzeba zbierać od rodziny – opowiada dr Cebula.

Nauka kompetencji miękkich to kolejne z zadań realizowanych w CIEM w ramach przedmiotu Laboratoryjne nauczanie umiejętności klinicznych. W trakcie



Nie składamy broni

23 czerwca odbyło się koleje w tym roku posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie w trybie stacjonarnym (w trybie nadzwyczajnym, ze względu na ograniczenia pandemiczne, Rada elektronicznie podejmowała decyzje m.in. związane z organizacją wyborów delegatów na kolejną kadencję samorządu lekarskiego). Tradycyjnie, w tym dniu odbyło się również posiedzenie Prezydium ORL. Już nie raportowano stanu obłożenia łóżek covidowych, nie dyskutowano o problemach związanych z ratowaniem życia osób zakażonych koronawirusem, choć bardzo często, gdy mówiono o planach na kolejne miesiące pracy samorządu, padało zastrzeżenie: „Jeśli nie będzie czwartej fali, lecz mamy podstawy, by jesienią jej się spodziewać".

Na początek prezes Robert Stępień oddał głos prof. Andrzejowi Matyji, prezesowi NRL, który zrelacjonował nieustającą walkę samorządu o wzrost minimalnych wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Jak wiadomo, mimo usilnych starań m.in. Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie (poniżej jeden z przykładów – uchwała w tej sprawie), przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych, mimo wielu spotkań z politykami, manifestacji i strajków pielęgniarek stosowna ustawa została przyjęta przez Sejm i podpisana przez prezydenta w wersji, która nie może być zaakceptowana. Dlatego samorząd zamierza dalej walczyć, odbywają się kolejne spotkania medyków. Wszak nie ma takiego prawa, którego nie można zmienić, a nadzieja umiera ostatnia.

Samorząd lekarski nieustannie próbuje także zapobiec katastrofie, jaką dla pacjentów może się skończyć zatrudnianie w Polsce – na mocy decyzji ministra zdrowia – lekarzy spoza Unii, bez sprawdzania ich wiedzy, umiejętności, a nawet bez wymogu jakiejkolwiek znajomości języka polskiego.

Prezes Robert Stępień omówił wstępnie przebieg wyborów delegatów na kolejną kadencję samorządu. Niestety, chęć do działalności na rzecz własnego środowiska wśród lekarzy jest niewielka lub może raczej nierównomierna. Są szpitale, przychodnie, rejony, gdzie zainteresowanie wyborami i samorządem jest znikome, są też środowiska aktywne, doceniające znaczenie własnej reprezentacji. Mimo wszystko, choć w dniu obrad ORL procedura jeszcze trwała, można zakładać, że w zdecydowanej większości rejonów uda się wybrać delegatów. Tak czy inaczej, jeśli nie nastąpi kolejny kataklizm, 26 marca 2022 roku odbędzie się w Krakowie XLI sprawozdawczo-wyborczy Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie. Oby stacjonarnie, z żywą dyskusją i bezpośrednim głosowaniem.

Podczas obrad ORL przewodnicząca Komisji Socjalno-Bytowej Barbara Wiejowska poinformowała o przyznaniu na przyszły rok szkolny dopłat do kształcenia dzieci z lekarskich rodzin borykających się z problemami finansowymi. Komisja przyznała 25 dopłat dla studentów, w tym studentów kierunków medycznych (comiesięczne stypendia przez cały rok akademicki) oraz dopłaty do nauki 10 uczniów szkół ponadpodstawowych. Zgodnie z procedurą Komisja przedstawiła Radzie także odrzucone wnioski o zapomogi losowe z tytułu śmierci lekarza. Rada zatwierdziła decyzje Komisji. Powód nieprzyjęcia wniosku jest jeden – lekarz nie złożył w Izbie oświadczenia, kto ma taką zapomogę odebrać. Zapomogi nie dostaje się „z urzędu", nie jest to prawo przysługujące z tytułu pokrewieństwa, lekarz może w oświadczeniu wskazać dowolną, również całkiem obcą osobę. Trudno zrozumieć, dlaczego wielu lekarzy nadal lekceważy ten prosty warunek. W każdym wydaniu naszej gazety, także w tym, można znaleźć stosowny druk. Wystarczy go wyciąć, wypełnić i wysłać pocztą do Izby.

Na koniec czerwcowego posiedzenia ORL sekretarz Rady Mariusz Janikowski zrelacjonował przebieg odbywającego się w tym dniu spotkania sejmowej Komisji Zdrowia, koncentrując się na dyskusji o szczepieniach w Polsce. Pomijając znane statystki szczepień przeciwko COVID-19, przerażającym jest fakt, iż w tym roku zarejestrowano już ok. 50 tysięcy odmów obowiązkowego szczepienia dzieci. Tyle odmów było przez cały ubiegły rok, więc sytuacja jest dramatycznie gorsza. Wskaźnik szczepień przeciwko grypie także plasuje nas na szarym końcu Europy, tymczasem, jak poinformował doktor Janikowski, eksperci przewidują, że jeśli epidemia grypy w nadchodzącym sezonie wybuchnie w „normalnych" warunkach, jej przebieg i skutki mogą mieć niespotykaną od lat skalę. Niestety, ruchy antyszczepionkowe mają się dobrze, a lekarze generalnie za mało robią, by edukować, przekonywać nasze społeczeństwo. Jak podkreślił prezes Stępień, nawet przeciwko koronawirusowi nie wszyscy Polacy (w tym lekarze) się szczepią, a najgorsze wskaźniki w kraju mają Podkarpacie oraz w Małopolsce – Podhale. Nasi Czytelnicy – lekarze z tych regionów – powinni wziąć sobie to do serca. Należy szerzyć wiedzę opartą na faktach, a te jednoznacznie i niepodważalnie dowodzą, że szczepienia ratują życie.

Jolanta Grzelak-Hodor

Spotkanie dyrektorów w krakowskiej Izbie Lekarskiej

Pokraczny system wynagrodzeń

8 czerwca br. odbyło się w Okręgowej Izbie Lekarskiej spotkanie Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych z Małopolski, podczas którego dyskutowano na temat niejasnych zasad przyznawania tzw. dodatków covidowych pracownikom uczestniczącym w zwalczaniu pandemii. Sala Izby znakomicie spełniła wymogi sanitarne, pozwoliła na debatę w szerokim gronie, co podkreślił prezes Robert Stępień witając uczestników spotkania.

Problem w tym, że Ministerstwo Zdrowia wydało w sprawie wynagrodzeń lekarzy, pielęgniarek i całego personelu zaangażowanego w walkę z pandemią dyspozycję, delikatnie mówiąc, nieprecyzyjną. Inne zasady zawarte są w piśmie Ministra, inne w umowach szpitali z NFZ, jeszcze inne w interpretacjach związków zawodowych. Do dzisiaj brakuje jednoznacznej wykładni, komu i za co należy dodatki wypłacić.

I tak oto dyrektorzy znaleźli się w sytuacji nie do pozazdroszczenia. Z jednej strony zobowiązani byli wypłacić obiecane ministerialnie pieniądze pracownikom zaangażowanym w trudną i niebezpieczną pracę. Z drugiej zaś musieli liczyć się ze swoją odpowiedzialnością cywilną i służbową za racjonalną gospodarkę publicznymi finansami. Bo oczywiście pojawiły się też żądania księżycowe, nieuzasadnione. Dyrektor Marek Wierzba ze Szpitala w Nowym Targu określił je jako naruszające „elementarną przyzwoitość". A jednocześnie zabrakło pieniędzy na dodatki za pracę bezpośrednio przy chorych na COVID-19, także w kombinezonach, z całym obciążeniem fizycznym i psychicznym, np. dla sanitariuszy, salowych czy pracowników technicznych.

Wątpliwości jest mnóstwo, a ze strony resortu nie widać chęci do wyjaśnień. Dyrektorzy wystosowali więc do Ministerstwa Zdrowia pismo z żądaniem jednoznacznej interpretacji zasad wypłaty dodatków covidowych.

(cis)

Uchwała Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie

z dnia 26 maja 2021 roku w sprawie minimalnych gwarantowanych wynagrodzeń zasadniczych dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalistów zatrudnionych w podmiotach leczniczych (...)

§ 1.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, w imieniu Społeczności Lekarskiej, **domaga się**:

1) zapewnienia regulacji płacowej w zakresie minimalnego wynagrodzenia dla lekarzy specjalistów zatrudnionych w podmiotach publicznej ochrony zdrowia na poziomie 1,7 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej za rok poprzedni,

2) zapewnienia corocznego podwyższenia tego wynagrodzenia aż do osiągnięcia poziomu określonego apelem nr 7 Nadzwyczajnego XIII Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 14 maja 2016 r., tj. 3-krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej za rok poprzedni.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uzasadnienie

Aktualnie obowiązująca stawka wynagrodzenia zasadniczego lekarzy posiadających tytuł specjalisty w wysokości 6750,00 zł była wynegocjowana przez lekarzy rezydentów w wyniku protestu głodowego w 2017 r. i wypowiadania klauzuli opt-out przez lekarzy specjalistów i rezydentów w 2017 i 2018 r. Kwota 6750,00 zł stanowiła w 2018 r. 1,6 przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce za rok ubiegły, czyli 2017, i ma obowiązywać do 30 czerwca 2021 r.

Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt ustawy, która na okres po epidemii przewiduje dla lekarzy specjalistów zatrudnionych w podmiotach leczniczych „współczynnik pracy" 1,31 przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce za rok 2020, czyli 6769 zł (5167,47 x 1,31), tj. podniesienie wysokości wynagrodzenia zasadniczego o 19, 00 zł brutto, dokonywane przez obniżenie stosowanego dotychczas współczynnika. Stanowi to rażące obniżenie minimalnego wynagrodzenia dla lekarzy specjalistów zatrudnionych w sektorze państwowej ochrony zdrowia. Przyjmując dotychczasową regulację wynagrodzenie to winno na chwilę obecną wynieść 1,6 x 5167,47= 8267,95 zł. Mając na uwadze spadek wartości nabywczej pieniądza postuluje się, aby współczynnik ten na rok 2021 określić na poziomie 1,7.

Zaproponowane przez rządzących w projekcie ustawy współczynniki stanowią niespotykaną nigdzie „formę docenienia" i „podziękowania" lekarzom za pracę w okresie epidemii. Pracę na pierwszej linii frontu w walce z pandemią, cięższą niż zwykle, obarczoną ryzykiem utraty zdrowia, a nawet życia. Lekarze odbierają te propozycje jako kpinę, a wręcz „policzek" wymierzony przez władzę wszystkim lekarzom. To wyraz arogancji władzy i objaw krańcowego nieposzanowania naszej ciężkiej, odpowiedzialnej i niejednokrotnie wykonywanej z narażeniem życia pracy. Planowane regulacje minimalnych wynagrodzeń w jawny sposób dyskryminują lekarzy nie odpowiadając stopniowi skomplikowania, wagi wykonywanej przez nich pracy, niezbędnych ku temu kompetencji i zaangażowania. Takie postępowanie rządzących doprowadzi do odejścia lekarzy z placówek państwowych (szpitale POZ, AOS), spowoduje zapaść systemu ochrony zdrowia i sprawi, że gwarantowane przez Konstytucję prawo do ochrony zdrowia finansowanej ze środków publicznych stanie się jedynie iluzją.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie
Lek. dent. Robert Stępień
Sekretarz Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie
Lek. Mariusz Janikowski

Pielęgniarki walczą

7 czerwca na krakowskim Rynku, podobnie jak w wielu innych miejscach w kraju, odbyła się manifestacja pielęgniarek domagających się godziwych wynagrodzeń. Protest poparli lekarze, na Rynku Głównym obecny był m.in. wiceprezes ORL w Krakowie Lech Kucharski (na zdjęciu). 15 czerwca na manifestację do Warszawy pojechało ok. 200 pielęgniarek i położnych z Małopolski.

Trwało wówczas jeszcze procedowanie w Sejmie nowelizacji ustawy o minimalnych wynagrodzeniach niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Jak wiadomo, ustawa została przyjęta i obowiązuje od 1 lipca. Dialogu z ministrem zdrowia nie ma. A ustawę podpisał prezydent, który kandydując do tego urzędu w 2015 r., obiecywał strajkującym wówczas pielęgniarkom, że kiedy wygra, zrobi wszystko, by im pomóc. Pielęgniarki i położne nie zamierzają złożyć broni. Podobnie jak lekarze. *(opr. jgh)*

Fot. MOIPiP w Krakowie

Nie szczepią się, bo nie?

Trudno odpowiedzieć na pytanie, dlaczego mieszkańcy Podhala nie chcą się szczepić i wskaźniki szczepień są tam najniższe w kraju. Strach przed igłą? Lepiej nie dociekajmy, by kogoś nie obrazić. Na razie nie kuszą górali ani indywidualne wygrane w loterii szczepionkowej, ani duże pieniądze, jakie dostaną najlepsze w szczepieniach gminy. Generalnie cała Małopolska, a jeszcze bardziej Podkarpacie, nie mają powodów do dumy.

23 czerwca, kiedy sprawdzaliśmy dane, na ostatnich miejscach w kraju pod względem liczby zaszczepionych mieszkańców były gminy Lipnica Wielka (powiat nowotarski) – 7,1% mieszkańców skutecznie zaszczepionych, Czarny Dunajec (także pow. nowotarski) – 9,5%, Biały Dunajec (pow. tatrzański) – 10,3% i Szaflary (pow. nowotarski) – 10,6%. Niestety, o wiele lepiej nie będzie, ponieważ pierwszą dawkę szczepionki w tych gminach przyjęło do tego czasu tylko kilkanaście procent mieszkańców. W całym powiecie nowotarskim w tym czasie skutecznie zaszczepionych było niespełna 14% mieszkańców. Lepiej wyglądała sytuacja w miastach rejonu – w Nowym Sączu i Zakopanem chronionych przed ciężkim covidem było ok. 28% mieszkańców, w Nowym Targu ok. 26%,

Dla porównania, w gminie Ciechocinek w tym samym czasie dwie dawki szczepionki przyjęło ponad 41,5%. Na drugim miejscu, z podobnym wynikiem był Sopot, na trzecim (ponad 40%) – Podkowa Leśna.

W Małopolsce największą liczbą osób zaszczepionych mógł się w czerwcu pochwalić Kraków – po dwóch dawkach ponad 41%, ponad 57% po jednej. Drugie miejsce zajmowała sąsiednia gmina Zielonki – ponad 38% mieszkańców po dwóch dawkach, wynik ok. 36% w pełni zaszczepionych mieszkańców miały gminy Wielka Wieś, Olkusz, Zabierzów, Chrzanów, Mogilany, Klucze i Michałowice.

Podkarpacie w skali kraju wygląda gorzej niż Małopolska. W województwie na ostatnich miejscach rankingu były pod koniec czerwca gminy Dzikowiec (pow. kolbuszowski) – niespełna 13%, Bojanów (pow. stalowowolski) oraz Osiek (pow. jasielski) – nieco ponad 13%. Najwięcej chronionych przed ciężkim przebiegiem choroby było w Łańcucie – 37,6%, Rzeszowie – 37,3%, Tarnobrzegu – 36,6%. W Przemyślu dwie dawki do tego czasu przejęło blisko 35% mieszkańców, w Jarosławiu ponad 33%, w Krośnie prawie 32%.

(opr. jgh)

fot. Małopolski Urząd Wojewódzki

Pandemia w liczbach

Trzecią falę pandemii mamy definitywnie za sobą, czwarta, jeśli się pojawi, może nie będzie już tak wysoka. Choć wszyscy jesteśmy znużeni oglądaniem wykresów i czytaniem danych statystycznych, czasami warto na nie rzucić okiem, by uzmysłowić sobie nie tylko skalę zachorowań, ale też to, jak wielkiej reorganizacji została poddana ochrona zdrowia w Polsce.

22 czerwca br., łączna liczba (od 4 marca 2020 r.) zakażonych koronawirusem wyniosła w Polsce 2 879 030. Ofiary śmiertelne pandemii szacuje się na 74 858, w tym ponad 140 lekarzy. 22 czerwca stwierdzono 188 nowych zakażeń, zgłoszono 29 zgonów (w Małopolsce liczba nowych zakażeń wyniosła 11, identyczna była liczba zgonów z powodu COVID). Dla porównania 1 kwietnia w całej Polsce nowo zakażonych było 35 251 osób, a tydzień później liczba zgonów w ciągu jednego dnia wyniosła 954.

1 czerwca br. większość małopolskich szpitali została „odcovidowiona" (w tym w Krakowie szpitale im. Dietla, im. Rydygiera, Zakonu Bonifratrów, 5. Wojskowy Szpital Kliniczny, a także SPZOZ w Brzesku i Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza w Tarnowie). 18 czerwca br. w Małopolsce dla pacjentów z COVID rezerwowano 960 łóżek, z czego zajętych było 126, jak również 20 z 87 dostępnych respiratorów (wszystkie dane pochodzą z Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego).

Również od 1 czerwca przestały funkcjonować szpitale tymczasowe w Krynicy-Zdroju oraz w EXPO Kraków, który mógł przyjąć 300 pacjentów. Do 15 lipca będą tam trwały prace związane z demontażem infrastruktury szpitalnej (część zakupionego sprzętu trafi do Szpitala im. Rydygiera, patronackiego dla EXPO) i przywracaniem pierwotnych funkcji obiektowi Targów w Krakowie. Decyzją wojewody Łukasza Kmity utrzymano natomiast szpital tymczasowy w CUMRiK-u, prowadzony przez SU w Krakowie, jednak liczba łóżek covidowych została zmniejszona ze 133 do 78, w tym 24 respiratorowe.

Podsumowując, w małopolskich szpitalach tymczasowych hospitalizowanych było:

- w CUMRiK-u (od 26.10.20 r do 20.05.21 r.) – **903** pacjentów;
- w EXPO Kraków (od 19.03.21 r. do 20.05.21 r.) – **452** pacjentów;
- w 20. Wojskowym Szpitalu Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnym w Krynicy-Zdroju (od 18.11.20 r. do 20.05.21 r.) – **96** pacjentów.

Dane charakteryzujące trzecią falę pandemii w Małopolsce z punktu widzenia obłożenia łóżek szpitalnych przedstawiały się następująco:

- maksymalna liczba osób hospitalizowanych (6.04.21 r.): **3051**,
- maksymalna liczba zajętych respiratorów (13.04.21 r.): **413**,
- największa liczba udostępnionych łóżek covidowych (11 i 16.04.21 r.): **4282**,
- największa liczba respiratorów (16.04.21 r.): **482**.

(opr. KD)

Dzienny raport MZ z 22 czerwca 2021 r.

Źródło: https://twitter.com/synxchaosu/status/1407247794402992129

Czekając na lepszy czas

Na wiele miesięcy zawiesiliśmy bezpośrednie kontakty, konieczne zarówno w życiu prywatnym, jak i publicznym, wielu osób od dawna nie pytaliśmy „Co u Pani/Pana słychać?". Postanowiliśmy więc zadać to pytanie kilku lekarzom dojrzałego pokolenia, którzy siłą rzeczy musieli ograniczyć osobiste kontakty. Poprosiliśmy też o opinie na temat walki z pandemią czy przebiegu akcji szczepień. Dodajmy, że wszyscy nasi rozmówcy zaszczepili się przeciwko COVID-19.

Dr Bogdan Badowski – *prezes Okręgowej Izby Lekarskiej III kadencji (1996-2000); chirurg w Szpitalu Zakonu Bonifratrów.*

– Bardzo pożytecznie spędziłem czas pandemii, rzekomo wolny. Przede wszystkim wyremontowałem dom, co było potężnym wyzwaniem, a także urządziłem ogród. Jednocześnie ani na moment nie przerwałem codziennej praktyki medycznej, którą mam w Szpitalu Bonifratrów. Jednak muszę stwierdzić, że generalnie – w skali kraju, opieka zdrowotna podczas pandemii wyglądała dramatycznie. Absolutnie negatywnie oceniam też tzw. telemedycynę. To katastrofa, narzędzie sprzyjające tylko wypisaniu recept. Nie tak nas uczono na studiach. Lekarz musi mieć bezpośredni kontakt z pacjentem.

Natomiast uważam, że akcja organizacji szczepień była generalnie bardzo dobra. Osobiście – jestem zaszczepiony, dwukrotnie, bez jakichkolwiek komplikacji. Zresztą, jako emeryt, nie lubię być ryzykantem.

Dr Jan Ciećkiewicz – *prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie I i II kadencji (1989-1997); specjalista z zakresu chirurgii i medycyny ratunkowej.*

– Nie było dnia, w którym przerwałbym praktykę, jaką prowadzę. Zauważyłem jednak pewien spadek liczby pacjentów. To niewątpliwie skutek ogólnej atmosfery, jaka powstała wokół kontaktów z ochroną zdrowia. Jeśli chodzi o akcję szczepień, popełniono błędy, zwłaszcza na początku, kiedy rozpętała się burza wokół celebrytów. To wszystko mogło wzbudzić wątpliwości, szczególnie u najstarszych osób, które mogły czuć się zdezorientowane całą tą sytuacją. Ja sam zaszczepiłem się w pierwszym możliwym terminie.

Lek. Irena Gawrońska – *organizator i twórca siedziby Delegatury OIL w Nowym Sączu, ordynator Oddziału Neonatologii w Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym Medikor w Nowym Sączu.*

– Pracowałam normalnie, nieodmiennie, na Oddziale Neonatologicznym, gdzie z covidem w zasadzie nie ma kontaktu. Natomiast praktykę prywatną ograniczyłam ze względu na bezpieczeństwo epidemiologiczne na oddziale. W wolnym czasie czytam książki, uczę się i cieszę opieką nad 6-miesięcznym wnuczkiem Franciszkiem – moje nowe obowiązki to bycie babcią. Ponadto, wystartowałam w wyborach na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarz i jeszcze namówiłam do tego dwie koleżanki.

Dzięki temu, że oboje z mężem zaszczepiliśmy się w pierwszym terminie – wszak w rejonie nowosądeckim epidemia miała bardzo dramatyczny przebieg, trochę podróżujemy, zamierzamy jeszcze gdzieś się wybrać w świat. Nie narzekam…

Lek. Antoni Jakubowicz – *działacz samorządu lekarskiego, organizator i twórca siedziby Delegatury OIL w Krośnie; chirurg w Szpitalu Wojewódzkim w Krośnie.*

– Pandemię przeszedłem raczej bezboleśnie. Choć syn chorował, reszta rodziny na szczęście nie. Ale pracy jest coraz więcej. Formalnie mam obowiązek przepracowania 30 godzin tygodniowo, moja średnia znacznie przekracza wymiar kontraktu. Prowadzę jeszcze prywatny gabinet i z niepokojem odnotowuję fakt szalonego przyrostu biurokracji. Obawiam się, że z tym już pozostaniemy. Ilość czasu poświęconego bezpośrednio pacjentowi maleje na rzecz papierologii.

Prof. Kalina Kawecka-Jaszcz – *wieloletnia kierownik I Kliniki Kardiologii i Nadciśnienia Tętniczego Instytutu Kardiologii UJ CM.*

– Czas pandemii mija aktywnie, ale inaczej – ze względu na pracę zdalną. Nadal jestem zaangażowana w działalność naukową zespołu Kliniki, którą kierowałam. Prowadzone przez lata i ciągle kontynuowane przez Kolegów badania, we współpracy często z zagranicznymi uniwersytetami, jak np. z Uniwersytetem w Leuven, dostarczyły i dostarczają nowych danych. Są one podstawą opracowań do publikacji, w których przygotowaniu uczestniczę wraz z Kolegami z Kliniki.

Przez cały okres pandemii brałam też udział w pracach Wydziału Lekarskiego Polskiej Akademii Umiejętności, której jestem członkiem, a także w działalności Komisji Nauk Medycznych krakowskiego oddziału Polskiej Akademii Nauk.

Natomiast w czasie pandemii zdobyłam na pewno mój ostatni dyplom, i to z wyróżnieniem! Uniwersytet Jagielloński, chyba jako jedyny w Polsce, kontynuował zdalnie działalność Uniwersytetu III Wieku. Dzięki lockdownowi udało mi się ukończyć kurs historii sztuki, słuchając wspaniałych wykła-

dów profesora Krasnego, a także skorzystać z lektoratu języka włoskiego z nadzieją wykorzystania jego znajomości na spotkaniach z moimi przyjaciółmi mieszkającymi we Włoszech.

Co do szczepień… Jestem wielką zwolenniczką szczepień i nie rozumiem ludzi, którzy nie mając przeciwwskazań zdrowotnych odmawiają zaszczepienia się.

Nie ukrywam, że brakuje mi działań edukacyjnych i odpowiedniej promocji szczepień wśród młodzieży, zwłaszcza młodych dorosłych.

Dr Janina Lankosz-Lauterbach – *pediatra, twórczyni Zakładu Dziecięcej Medycyny Ratunkowej Instytutu Pediatrii; wieloletnia felietonistka „GGL".*

– Jak mija pandemia? Pełna emerytura – bez praktyki medycznej. Uprawiam ogródek i hołubię wnuki, które od czasu do czasu uaktywniają „Babcię Ratunkową" także do działań profesjonalnych, bo bez urazów nie ma prawdziwego dzieciństwa. Natomiast jeśli chodzi o ocenę naszej ochrony zdrowia podczas pandemii, to ubolewam zwłaszcza nad dwiema kwestiami. Pierwszą z nich jest odesłanie pacjenta do telefonu i internetu, a drugą – studia medyczne online. Studia to bardzo trudna i daleka droga do bycia lekarzem oraz nabycia umiejętności medycznych. Studentowi medycyny potrzebny jest kontakt z pacjentem, obserwowanie nauczyciela – asystenta w czasie autentycznej pracy z pacjentem, rozmowy z chorym, jego samodzielnego badania. Nawet najlepsze materiały audiowizualne nie zastąpią bezpośredniego kontaktu z prowadzącym zajęcia. Dobrze jest obserwować kogoś, kto już przetarł szlak, aby nie powielać błędów, choć tych zapewne nie da się tak całkiem uniknąć. Niestety, negatywne skutki kształcenia online będziemy odczuwać przez całe lata. Nic z tego pominięcia bezpośredniego nauczania nie wyniknie. Oby kolejny rok akademicki był lepszy.

Dr Adam Wiernikowski – *sekretarz Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego; działacz samorządu lekarskiego, od II kadencji w ORL; internista, toksykolog, autor prac dot. m.in. uzależnień*

– Nie ma co ukrywać, że działalność w Towarzystwie Lekarskim Krakowskim zamarła w okresie pandemii i dopiero teraz się odradza. COVID niestety przyczynił się także do śmierci kilku bliskich mi osób. Ale, jak zawsze, przy czymś się krzątam, dłubię, szperam, przygotowuję się do nagrania wspomnień o profesorze Tadeuszu Tempce, którego byłem asystentem. Wciąż zgłębiam wiedzę o stosunkach Polski z Rosją.

Przygotowujemy się z prezesem TLK, prof. Igorem Gościńskim do organizacji zebrań, pierwszych poświęconych trzem doktorantom, których w tym roku wyróżniono nagrodą im. prof. Marka Sycha. Myślimy również o dr. Antonim Sydorze, który od 30 lat jest prezesem Oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Tarnowie i o jubileuszu 150-lecia (termin obchodów 3-9.09.2021). Nadal też utrzymujemy bliskie kontakty z Polskim Towarzystwem Medycznym w Republice Czeskiej, Towarzystwem Lekarskim Warszawskim, Towarzystwem Lekarskim Częstochowskim i Oddziałem PTL w Śremie. Nie ukrywam jednak, że już bardzo stęskniony jestem za normalnością. Cieszę się więc z wakacyjnych planów – spotkania z przyjacielem w Belgii, o ile nie będzie przeszkód formalnych, oraz tradycyjnego wyjazdu z żoną gdzieś „pod gruszę".

Wysłuchał: Stefan Ciepły

fot. K. Domin

Chore serce? Też można korzystać z wakacji!

Gdy pacjent pyta, co mu wolno

Zaczynają się wakacje. Wśród tych, którzy już marzą o odpoczynku, jest też cała rzesza pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. I wielu z nich pojawia się u swojego lekarza z pytaniem: co mogę? O tym, jakie są wskazania i wytyczne dla pacjentów kardiologicznych, chcących pójść w góry, skorzystać z sauny czy kriokomory, była mowa podczas 24. Sympozjum Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Jedną z przyjemności, która kusi pacjentów w ośrodkach spa i hotelach, jest sauna. Przy wejściu zwykle napotykają informację o tym, że osoby ze schorzeniami kardiologicznymi powinny wizytę w saunie skonsultować z lekarzem. – *Pobyt w saunie nie jest obojętny dla organizmu* – mówiła podczas Sympozjum dr hab. Dominika Szalewska, kierownik Kliniki Rehabilitacji Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. – *Układ krążenia reaguje podobnie jak w czasie wysiłku wytrzymałościowego. W saunie zwiększa się wentylacja płuc, a zmniejszają opory dla wydychanego powietrza. Zwiększenie temperatury ciała wywołuje reakcje obronne zmierzające do obniżenia temperatury, czyli rozszerzają się naczynia skórne i następuje silne pocenie się, co może spowodować odwodnienie oraz zaburzenia elektrolitowe*.

Wysoka temperatura powoduje rozszerzenie naczyń obwodowych i zwiększenie częstotliwości akcji serca nawet do 150 uderzeń na minutę. Ciśnienie tętnicze spada. Warto jednak pamiętać o tym, że wszystkie te reakcje organizmu ulegają znacznemu złagodzeniu, gdy pacjent z sauny korzysta często. – *Regularne eksponowanie organizmu na duże zmiany temperatury otoczenia powoduje adaptację organizmu do takich zmian i równoczesne pobudzenie reakcji odpornościowych* – tłumaczy dr Szalewska. Kąpiel w saunie powoduje pobudzenie układu adrenergicznego, wyrzut endorfin, ogólną poprawę samopoczucia i efekt przeciwbólowy.

Najnowsze badania oraz metaanalizy wskazują, że kąpiele w saunie nie tylko nie są niewskazane, ale wręcz są zalecane pacjentom z chorobami sercowo-naczyniowymi! Jak wykazały badania, kąpiel w saunie to zabieg prozdrowotny, adaptujący do zmian temperatury i zapobiegający rozwojowi nadciśnienia tętniczego. Poprawia klasyfikację NYHA, powoduje wydłużenie dystansu marszu i zmniejszenie dolegliwości takich jak duszność czy męczliwość. Pacjentom szczególnie zalecane są kąpiele w niższych temperaturach, jak np. stosowana w Japonii sauna w temperaturze 60 st. Celsjusza. Została ona przez Japońskie Towarzystwo Kardiologiczne wpisana w zalecenia poprawiające rokowania i zmniejszające ryzyko zgonu sercowo-naczyniowego nawet u pacjentów z implantowanymi urządzeniami takimi jak kardiowertery-defibrylatory.
– *Również Amerykanie zwracają dużą uwagę na terapie niefarmakologiczne i sugerują lekarzom, aby swoim pacjentom częściej zalecali m.in. saunę. Pamiętajmy jednak, aby pacjenci ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi konsultowali korzystanie z sauny z lekarzem* – podkreśla dr hab. Szalewska: – *Nie polecamy też stosowania drugiego elementu rytuału saunowego, czyli gwałtownego schładzania, wskakiwania do zimnej wody. Lepszy będzie po prostu odpoczynek*.

Drugim biegunem, który znajduje się w sferze zainteresowań medycyny, to temperatury pomiędzy minus 110 a minus 150, czyli krioterapia. Czy z tego rodzaju terapii mogą korzystać pacjenci kardiologiczni? – *Organizm bardzo mocno reaguje na tak niskie temperatury* – wyjaśnia dr hab. Szalewska i dodaje: – *W pierwszej fazie następuje zwężenie naczyń skóry i zmniejszenie jej ukrwienia, a następnie powolne obniżanie temperatury skóry, mięśni i stawów. Dochodzi do zmniejszenia przemiany materii miejscowej i zwiększenia jej w części rdzennej. Przewodnictwo nerwowe się obniża i za tym idzie podwyższenie progu bólu. Zmniejsza się uwalnianie mediatorów bólu i zapalenia. Napięcie mięśni szkieletowych oraz ciśnienie krwi wzrasta.*

Gdy niska temperatura otoczenia się utrzymuje, następuje druga faza reakcji organizmu na zimno, podczas której naczynia skórne, wcześniej zwężone, rozszerzają się, co prowadzi do zwiększenia ukrwienia skóry i w konsekwencji do jej zaczerwienienia i ucieplenia. Temperatura uprzednio ochłodzonych tkanek stopniowo wzrasta, a ciśnienie krwi spada. Zmniejsza się również napięcie mięśni szkieletowych.
– *Następuje wzrost stężenia endorfin i enkefalin, co daje*

efekt przeciwbólowy. Dlatego krioterapię stosuje się przede wszystkim w leczeniu ostrych stanów pourazowych, po zabiegach chirurgicznych, ale również w przewlekłych stanach zapalnych narządu ruchu, zapaleniach stawów czy innych chorobach o podłożu autoimmunologicznym – dodaje kierownik Kliniki Rehabilitacji.

Doc. Dominika Szalewska kilka lat temu brała udział w badaniu gdańskich „Morsów", którzy regularnie morsują na plaży w Jelitkowie. Przeprowadzono wtedy testy wysiłkowe, badania kardiograficzne oraz ankiety psychologiczne. Testy wykazały, że osoby zażywające przez większość dni w tygodniu kąpieli w zimnej morskiej wodzie, połączonych z ćwiczeniami fizycznymi, rzadziej chorują na infekcje dróg oddechowych, nie mają trudności w adaptacji do środowiska, ale również wykazują pewne wspólne cechy psychiki: są ugodowe, sumienne i stosują konstruktywne metody radzenia sobie ze stresem.

O ile jednak stosowanie sauny jest wręcz wskazane u osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego, to krioterapia budzi jednak wątpliwości. Rozważane są nawet efekty wpływu krioterapii na poprawę w zakresie zmniejszenia bólu, również u sportowców. – *Jest to nadal obszar wymagający dokładniejszej analizy* – stwierdza dr hab. Szalewska: – *Pamiętajmy zawsze o tym, że przed rozpoczęciem terapii konieczna jest konsultacja lekarza i ocena, czy nie ma przeciwwskazań. Powiedziałabym, że u pacjentów z nieuregulowanym nadciśnieniem tętniczym nie stosujemy krioterapii. A po zawale – z dużą ostrożnością.*

Czy dla pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego dostępny jest wyłącznie wypoczynek nad morzem czy jeziorami? Dr Agnieszka Mawlichanów, kierownik Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej w Szpitalu im. Jana Pawła II w Krakowie, zapewnia, że nie, ale u takich chorych pobyt na większych wysokościach trzeba starannie zaplanować. Warto sięgnąć do szczegółowych wytycznych opracowanych przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne, które bardzo precyzyjnie określają, na jakich wysokościach mogą przebywać poszczególne grupy chorych i do jakich zaleceń powinni się stosować.

Im wyżej, tym bardziej zmniejsza się ciśnienie atmosferyczne, a to przekłada się na wchłanianie tlenu podczas wymiany pęcherzykowej. Na poziomie morza, gdy oddychamy powietrzem o zawartości 21 proc. tlenu, ciśnienie parcjalne tlenu wynosi około 100. Ale na wysokości 3,5 tys. metrów jest to już jedynie ok. 66 proc. – to tak, jakbyśmy na nizinie oddychali powietrzem o zawartości 14 proc. tlenu! Jest to hipoksja hipobaryczna, która powoduje określone zmiany w układzie sercowo-naczyniowym oraz oddechowym. Dochodzi do stymulacji współczulnej, która nasila się jeszcze bardziej, gdy jest zimno i gdy dochodzi wysiłek fizyczny. Następuje wzrost częstotliwości akcji serca, wzrost ciśnienia tętniczego skurczowego (po początkowym spadku) i bardzo charakterystyczny brak nocnego spadku ciśnienia, ciśnienie płucne systematycznie rośnie, podobnie jak wentylacja minutowa. Te wszystkie zmiany, nazywane aklimatyzacją, mają za zadanie przystosować organizm do przebywania w warunkach wysokogórskich.

– *Proces aklimatyzacji i czas na nią potrzebny jest indywidualny i nie zależy od stopnia wydolności ani od płci* – podkreśla dr Mawlichanów: – *Co ciekawe, aklimatyzacja u tej samej osoby może przy każdym wyjściu w góry przebiegać inaczej.* Podczas aklimatyzacji organizm doświadcza tachykardii, wzrostu częstości i głębokości oddechów, przesunięcia krzywej dysocjacji hemoglobiny w prawo i na koniec, po 3-4 tygodniach, dochodzi do wzrostu produkcji erytropoetyny. Aklimatyzacja pozwala na przystosowanie się do przebywania na wysokości do około 5,5 tys. metrów. Jeszcze wyżej zachodzą kolejne niekorzystne zmiany.

– *Szum w uszach, bóle głowy, nasilenie dławicy, gorsza tolerancja wysiłku, kołatania serca, duszność – to może być sygnał, że pacjent jest zagrożony wystąpieniem choroby wysokościowej i powinien natychmiast zejść w niższe partie, skorzystać z tlenu. Zbyt szybkie znalezienie się na wysokości ponad 2,5 tysiąca metrów prawie zawsze oznacza chorobę wysokościową. Nie oznacza to jednak, że za każdym razem idąc w góry czy wyjeżdżając wyciągiem, jesteśmy na nią narażeni. Nie wyruszamy przecież na taką wysokość z poziomu morza, lecz będąc w górach, na pewno jesteśmy już zdecydowanie wyżej* – tłumaczy Agnieszka Mawlichanów.

Większość pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego może spokojnie planować wakacje w górach, ale ich możliwości należy ocenić, korzystając ze wspomnianych już rekomendacji Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Są chorzy, np. po zabiegach rewaskularyzacyjnych czy udarach, którzy z takim wjazdem powinni poczekać przynamniej kilka miesięcy. Trzeba też starannie zweryfikować stosowaną farmakoterapię, ponieważ część leków po prostu przestaje działać na większych wysokościach.

Chorzy powinni też pamiętać o tym, że wycieczki w góry wiążą się zwykle z oddalaniem od miejsc, gdzie można szybko uzyskać fachową pomoc medyczną. Szczególnie dotyczy to osób z zaburzeniami rytmu i z wszczepionymi w związku z tym urządzeniami. W chorobie niedokrwiennej serca zauważono, że nagłe incydenty sercowe zdecydowanie częściej występują u starszych, mało aktywnych pacjentów. – *U takich osób przed podjęciem decyzji i wydaniem zaleceń warto wykonać test wysiłkowy* – mówi dr Mawlichanów. – *Zwykle dolegliwości pojawiają się też w ciągu pierwszych dni pobytu w górach, więc należy zostawić sobie co najmniej 5 dni na aklimatyzację, a wysokość osiągać bardzo powoli. Pacjenci z nadciśnieniem tętniczym koniecznie powinni regularnie kontrolować ciśnienie.*

Pobyt w górach to nie tylko sprawa wysokości i obniżonego ciśnienia parcjalnego tlenu – do tego dołączają inne czynniki takie jak: zmiana diety, wysiłek fizyczny, emocje, wahania temperatury otoczenia. Wszystko to może prowokować ostre incydenty wieńcowe, łącznie z ryzykiem nagłej śmierci.

Joanna Sieradzka

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Nie wiem i nie rozumiem, dlaczego rząd z ministrem zdrowia na czele dąży do zniszczenia publicznej ochrony zdrowia, a przynajmniej do wyrugowania z niej lekarzy. Mimo głośnych zapowiedzi naprawy systemu, nie mogę się oprzeć wrażeniu, że działania zmierzają w dokładnie odwrotnym kierunku.

W sytuacji, kiedy niemal wszyscy pracownicy systemu ochrony zdrowia otrzymują znaczące podwyżki, najmniejsze przewidziano dla tych, którzy są najlepiej wykształceni i ponoszą największą odpowiedzialność. Myślę tu nie tylko o lekarzach, ale także innych grupach zawodowych. Protesty pielęgniarek nie wzięły się przecież z powietrza.

Jeżeli do tego dodamy wypowiedzi prominentnych polityków (niektórzy niestety są lekarzami), to widać wyraźnie, że po okresie podziękowań za „poświęcenie w walce z covidem" przyszło to, co zwykle, czyli fala hejtu i agresji, i to ze strony nie tylko prymitywnie myślących hejterów internetowych. Przecież to poseł Latos stwierdził, że zna lekarzy, którzy zarabiają powyżej 100 tys. zł. Każdy z nas ma swoich znajomych – ja znam takich, którzy bardzo ciężko pracują, ale o takich zarobkach mogą jedynie pomarzyć. A my upominamy się o wzrost płacy minimalnej, a nie maksymalnej.

Na sali sejmowej nie kto inny jak minister zdrowia sprzeciwił się wyższym podwyżkom dla pracowników ochrony zdrowia. A to jest ten minister, który powinien dążyć, aby w podległych mu placówkach zarabiało się godnie. Aby pracownicy z publicznej ochrony zdrowia nie odchodzili gdzieś indziej. Aby lekarze nie uciekali za granicę, nie odchodzili od zawodu, aby księgowa w szpitalu zarabiała tyle, żeby nie szukała pracy w innym miejscu. A o licznej grupie pracowników zapomniano. Nie będziemy funkcjonować nie tylko bez lekarzy i pielęgniarek, lecz także bez hydraulików i innych pracowników technicznych, bez księgowych i pozostałych pracowników administracji. Ale tego rządzący ochroną zdrowia ekonomiści nie chcą (albo nie potrafią) zobaczyć.

Coraz częściej w rozmowach z kolegami słyszę, że: „gdybym był 10 lat młodszy, to wy…bym tam, gdzie lepiej zarobię bez stałych ataków ze strony rządzących, w spokojnej atmosferze i w dobrze zorganizowanym miejscu pracy".

Efektem ustawy „podwyżkowej" będzie przerażające spłaszczenie płac. Zwłaszcza będzie to widoczne w placówkach publicznych, bo to te placówki funkcjonują wyłącznie na podstawie kontraktów z NFZ. To stąd zacznie odchodzić personel tam, gdzie lepiej zarobi.

Będą odchodzili także lekarze. Będą wyjeżdżać za granicę, odchodzić od zawodu. Będziemy zamykać oddziały szpitalne z powodu braku kadry, co zresztą już się dzieje. Przyjmowanie lekarzy spoza krajów Unii Europejskiej nie rozwiąże problemu, bo i tak wielu więcej lekarzy polskich zgłasza chęć wyjazdu (pobiera z Izby dokumenty niezbędne do wyjazdu), niż zgłasza się do pracy z krajów pozaunijnych. Od początku roku do końca maja wydano dokumenty wyjazdowe dla 273 lekarzy, zaś wniosków o przyznanie Prawa Wykonywania Zawodu na terenie Polski złożono 197, w tym 19 od obywateli Polski. Trzeba chwilę pomyśleć i przewidzieć oczywiste skutki swoich działań i podejmowanych decyzji. A z tym w resorcie zdrowia od wielu już lat nie jest najlepiej.

Jerzy Friediger

Nigdy nie wiesz, co czeka cię na morzu

Z Mateuszem Janiszewskim, chirurgiem ortopedą ze Szpitala św. Rafała w Krakowie, a jednocześnie wytrawnym żeglarzem i podróżnikiem, o ekstremalnych przygodach na Oceanie Lodowatym i doświadczeniu zdobywanym w Timorze Wschodnim, rozmawia Magda Huzarska-Szumiec.

Z doświadczenia wiem, że są ludzie, którzy potrzebują do życia większej dawki adrenaliny niż inni. To Pana przypadek?

– Na pewno potrzebuję w życiu zmian. I może rzeczywiście, gdy coś nowego się dzieje, pojawia się adrenalina. Choć teraz chyba trochę się uspokoiłem i dostarczam jej sobie nieco mniej niż wcześniej.

Ale nie każdy żegluje po niebezpiecznych morzach, wyjeżdża na misje medyczne do Timoru Wschodniego…

– No dobrze, racja, trawi mnie wieczna gorączka za tym, co nieznane.

Tak Pan ma od urodzenia czy to raczej nabyta przypadłość?

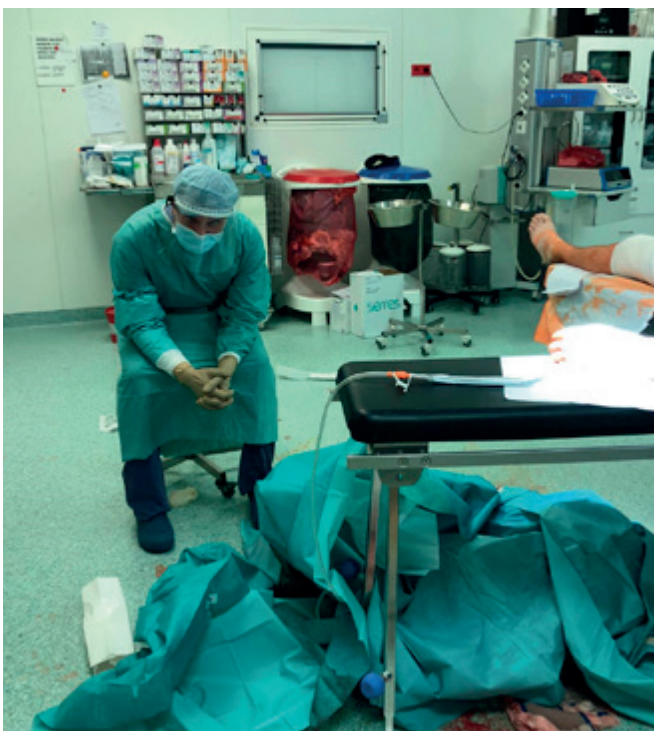
– Chyba od urodzenia. Choć wpływ na to mieli bez wątpienia moi rodzice, dzięki którym zacząłem żeglować. Żeglowałem z nimi przez dziesięć albo dwanaście lat, a później zacząłem już pływać sam. Od pewnego momentu bardzo chciałem popłynąć na morze, ale mama mnie nie puszczała. Ciekawe z jakiego powodu?

Chyba mogę się domyślić.

– Ja chyba też. Ale i tak na morze popłynąłem zaraz, jak skończyłem 18 lat, podczas pierwszych dorosłych wakacji. To był rejs na Christiansø, taką małą wysepkę na Bałtyku, która kiedyś była bardzo urokliwa. To nie trwało długo, bo ona leży niedaleko Bornholmu. Pamiętam, że jacht, na którym się znalazłem, był strasznym rzęchem. Nie wiem, czy jeszcze pływa. Zabrał mnie tam starej daty kapitan, Jerzy Sokołowski, który nauczył mnie wszystkiego, zresztą nie tylko żeglowania po morzu. Jest z wykształcenia chemikiem i przygotowywał mnie również do egzaminów na studia medyczne. Wtedy zacząłem też dużo podróżować po świecie. Aż pewnego razu wróciłem na morze. Miałem wtedy 25 lat i od tego czasu…

Nie schodzi Pan na ląd.

– Na szczęście schodzę. Tu też jest życie…



Życie, którym czasem Pan ryzykuje. Który z rejsów był najbardziej ekstremalny?

– Na pewno przepłynięcie Oceanu Lodowatego. Minęło już od tego rejsu sporo lat, więc sobie nawet tak myślę, że mógłbym to jeszcze kiedyś powtórzyć. Choć jak wróciłem, postanowiłem sobie, że nigdy więcej nie chcę się tam znaleźć.

Dlaczego?

– Bo chyba tam doszedłem do granic moich możliwości. Ja tych granic zawsze poszukiwałem i tam je znalazłem. Teraz, jak miałbym to powtórzyć, to musiałbym sobie dokładnie uświadomić, po co to robię, a nie tylko sprawdzać, gdzie są te granice. No dobra, nie będę ukrywał, wróciłbym na Antarktydę. A nie da się tego zrobić inaczej, niż przepływając Ocean Lodowaty.

Co jest takiego w morzu, że Pana tak pociąga?
– Chyba to, że nigdy nie wiesz, co cię czeka. Mogłoby się wydawać, że żeglowanie jest potwornie nudne. Na jachcie ciągle te same twarze, krajobraz też, poruszasz się przeważnie z prędkością żwawego piechura. To wszystko prawda. Ale jest coś jeszcze. Na morzu masz zawsze pewność, iż nawet jak przez jakiś czas nic się nie dzieje, to zaraz to się zmieni. W każdej chwili może być bardzo niebezpiecznie i to niekoniecznie na odległych oceanach. Jedna z takich najgorszych przygód, jaką przeżyłem, zdarzyła się podczas wpływania do portu na Zatoce Gdańskiej. Ale oczywiście na Oceanie Lodowatym statystycznie częściej jest źle. Nagle pojawia się olbrzymia, załamująca się fala, z którą nie ma się już w pewnym momencie siły walczyć. Czuje się wyczerpanie fizyczne, ale też psychiczne. Do tego dochodzi choroba morska, w której najgorsze nie jest rzyganie, lecz wszechogarniające poczucie niemocy.

Ma Pan na nią jakieś sprawdzone sposoby?
– Tak, siedzieć i czekać, aż minie.

Jak wygląda taki dzień na morzu?
– Jego rytm wyznaczają wachty – cztery godziny sterowania, nawigacji i osiem godzin odpoczynku. Wstajesz, wkładasz ciepłe ubranie, na to sztormiak, gumowe rękawice, kalosze, kaptur, gogle, dopinasz wszystko szczelnie, bo woda potrafi wedrzeć się w każdą pozostawioną szczelinę, i starasz się w tym pracować. Czasem te cztery godziny są nie do zniesienia, bo takie panują warunki. Wiatr, zimno, czujesz się tak, jakbyś stała w lodowatym wodospadzie, woda zamarza na goglach. Fale zrzucają jacht cztery metry w dół i znów podnoszą, po to by za chwilę znów nim cisnąć o wodę. A cały czas trzeba uważnie sterować, żeby nie dać się obrócić bokiem do fali.

Miałam rację, że potrzebuje Pan adrenaliny. A jak narodził się pomysł zorganizowania tej wyprawy?
– Pomysł był mojego przyjaciela Artura Krystosika, właściciela jachtu Zimorodek, którym popłynęliśmy. To był jego życiowy projekt, do którego się załapałem. Popłynęliśmy śladami Ernesta Shackletona, który w 1914 roku chciał jako pierwszy przetrawersować Antarktydę. Ale jego statek ugrzązł w lodzie i został zmiażdżony przez krę. Załoga, chcąc się ratować, wskoczyła do szalup i dopłynęła na Wyspę Słoniową. Nie należy ona do zbyt przyjaznych miejsc na ziemi, jest skuta lodem, o jej brzegi rozbijają się rozszalałe, morskie fale. Shackleton, by ratować swoich ludzi, wyruszył po pomoc w stronę Georgii Południowej, płynąc w ekstremalnie trudnych warunkach. Przemierzał Ocean Lodowaty, w zasadzie bez sprzętu do nawigacji. Jak on to zrobił, nie mam pojęcia. To po prostu był triumf ludzkiej woli. Ale w ten sposób wyprawę, którą tak naprawdę można by nazwać gehenną, przekuł w sukces. A po tym wszystkim jeszcze przeszedł bez mapy urwiste góry Georgii Południowej, które także gościnne nie są.

Wy również dopłynęliście do Georgii Południowej?
– Tak, nam się też udało, choć trudno to porównywać z tym, co zrobił Shackleton, choćby na poziomie sprzętu, jakim dysponowaliśmy.

Jakie wrażenie zrobiła wyspa?
– Pozostało mi wspomnienie rzezi wielorybów, jaka się tam odbywała. Łowili je tysiącami i szlachtowali na ogromnych platformach. Do dziś nie mogę przestać myśleć o leżących tam martwych cielskach waleni. To była przerażająca fabryka śmierci.

A co w Panu zostało po wyprawie do Timoru Wschodniego?
– Wspomnienie Dana Murphy'ego, który zawsze będzie dla mnie wzorem lekarza. On umarł w ubiegłym roku, z czym wciąż nie mogę się pogodzić, bo wydawało mi się, że jest niezniszczalny.

Kim on był?
– Amerykańskim lekarzem, który dostał kartę powołania na wojnę w Wietnamie i odmówił uczestniczenia w niej. Miał w związku z tym proces i to spowodowało, że jego kariera w Stanach legła w gruzach. Wyjechał do Mozambiku, gdzie organizował opiekę zdrowotną. Kiedy Timor Wschodni odzyskiwał niepodległość, w barakach po indonezyjskiej armii zorganizował szpital. Zresztą klinika Dana istnieje do dzisiaj.

Jak Pan na niego trafił?
– Po studiach, jak to ja, potrzebowałem zmiany, nie byłem jeszcze gotowy na zetknięcie się z codziennością naszej ochrony zdrowia. Szukałem czegoś, co nada mojej pracy sens, miejsca, gdzie mógłbym wyjechać na misję. Egoistycznie myślałem o tym rejonie Azji, bo w nim jeszcze nie byłem.

Co Pan tam zastał?
– Pełzającą wojnę domową. Broni tam wtedy było niewiele, więc przywożono przeważnie pacjentów z rozwalonymi przez kamienie głowami. Rzucali nimi w siebie, a także strzelali z rama ambon, czyli takich strzałek wykutych z gwoździ.

Szybko udało się zyskać zaufanie pacjentów?

– Dostałem tam cenną lekcję. Zaufanie trzeba sobie zbudować, niezależnie od tego, czy jest się białym, czy czarnym lekarzem, w Polsce, czy w Timorze Wschodnim. Myślę, że po jakimś czasie mi się to udało. Poza tym miałem tam szansę dowiedzieć się bardzo ciekawych rzeczy. Na przykład zrozumiałem, jak diagnostyka uzależniona jest od miejsca, gdzie się pracuje. Kiedyś przywieziono do mnie dziecko. Zbadałem je i stwierdziłem, że to na pewno jest wyrostek robaczkowy i musimy operować. Poszedłem z tym do Dana, a on podrapał się w głowę i powiedział, że wyrostek robaczkowy nie jest najwyżej na liście rozpoznań w Timorze Wschodnim i że to pewnie są robaki. Dał temu dziecku leki na robaki i ono wyzdrowiało. To potwierdza moją tezę, że medycyna jest wiedzą przepracowaną przez praktykę.

W Timorze Wschodnim trwała wtedy wojna. Czy śmierć, z jaką Pan się tam stykał, była w tych warunkach jeszcze bardziej dojmująca?

– Nie sądzę. Śmierć jest bardziej poruszająca u nas, gdzie mamy o wiele większe możliwości i mimo tego nie jesteśmy w stanie sobie z nią poradzić.

Pan sam się o nią otarł.

– Rzeczywiście, żyłem przez rok w przekonaniu, że nie wygrzebię się z choroby nowotworowej, jaka mnie dopadła.

To ona przyczyniła się do wyboru studiów medycznych?

– Nie, sprawiła, że postanowiłem wrócić na medycynę. Zacząłem ją studiować, ale po dwóch latach porzuciłem, bo wydała mi się nieciekawa. Przeniosłem się na filozofię, a w końcu wylądowałem na matematyce. Po doświadczeniu chorobowym zdałem znowu na studia medyczne, bo chciałem zostać chirurgiem. Zawdzięczam życie wielu lekarzom, ale miałem wtedy przekonanie, że to chirurdzy mnie uratowali. Pamiętam, jak kiedyś siedziałem na szpitalnym korytarzu i wyszedł docent Marek Sosnowski, urolog z Łodzi, który mnie leczył i operował. Pomyślałem, że fajnie byłoby być takim chirurgiem jak on.

A dlaczego padł wybór na specjalizację z chirurgii ortopedycznej?

– Po chorobie trafiłem na rehabilitację do ośrodka w Otwocku. Zdarzało mi się tam ze specjalnej kopułki obserwować, co dzieje się na sali operacyjnej. Przeprowadzane tam specjalistyczne zabiegi bardzo mnie poruszyły. Pomyślałem, że w tej ortopedii się naprawdę dzieje, jest dużo urazowych przypadków, więc to jest dla mnie. Teraz mam już trochę inny ogląd na tę sprawę i pewnie, gdybym miał komuś doradzić specjalizację, w której ma się dużo do czynienia z ostrą chirurgią, to wskazałbym na torakochirurgię albo chirurgię ogólną. Ja jednak jestem wciąż ze swojego wyboru bardzo zadowolony.

A czy to nie jest znowu tak, że kiedy staje Pan przy stole operacyjnym, wzrasta poziom adrenaliny?

– Staram się tak operować, żeby nie wyzwalać w sobie tej adrenaliny. Chirurg ortopedyczny może zmniejszyć sobie jej poziom po prostu przygotowując się do zabiegu. Adrenalina się wyzwala, gdy pojawia się problem, na który operujący nie są gotowi. Większość zabiegów, które przeprowadzam, to są zabiegi odroczone i planowe. Choćby dlatego, że wykorzystuję przy nich bardzo skomplikowane technologie. Muszę mieć więc dostęp do narzędzi. A tych rzeczy nie ma w jednym miejscu w każdej ilości. Jak się używa instrumentarium, które jest jedno w Polsce albo w Europie, to trzeba zaplanować choćby jego przywiezienie. Gdy wie się, co ma się zrobić, emocje są znacznie mniejsze.

A dzieci, dostarczają adrenaliny?

– O tak, aż za dużo. Jedno ma dwa i pół roku, drugie dziesięć miesięcy.

Pływają z tatą?

– Kiedy starsza córka była w wieku młodszej, zabraliśmy ją po raz pierwszy na rejs. Świetnie się na nim sprawdziła. Ale z dwójką nie mam jeszcze odwagi popłynąć. Jednak z tą adrenaliną nie ma co przesadzać.

Magda Huzarska-Szumiec
Fot. Archiwum prywatne

Doktor Mateusz Janiszewski *jest także pisarzem. O jego pobycie w Timorze Wschodnim opowiada wydana w 2014 r. książka „Dom nad rzeką Loes", wyróżniona Nagrodą im. Beaty Pawlak. Natomiast o wyprawie na Antarktydę – „Ortodroma" z 2018 r.*

Samowykluczenie...

Nie wiem, jak rozległa jest skala zjawiska, ale wiem, że ma ono miejsce – i to nie w sensie politycznym, a merytorycznym. I co gorsza, dotyczy ono lekarzy wybitnych średniego pokolenia, decydujących de facto o aktualnym kształcie polskiej medycyny. Tych na kierowniczych stanowiskach ordynatorskich, specjalistów wysokiej klasy, menedżerów wąskich specjalności, którzy zaniechali udziału w życiu publicznym.

To znacząca grupa ludzi, którzy zrezygnowali z czytelnictwa lubianych dotąd tygodników, ze stałego zakupu książek czy płyt, z bywania w teatrze, filharmonii, na wystawach. Jednym słowem – dokonali swego rodzaju samowykluczenia z należnego im miejsca na drabinie prestiżu społecznego.

Jest to bardzo poważna sprawa, załamania się w środowisku lekarskim etosu inteligenckiego. Oto wybitni ludzie, niezależnie od ustroju politycznego, zazwyczaj kreujący wzory codziennych zachowań, wypowiadający się publicznie w ważnych społecznie kwestiach (niekoniecznie ich specjalności), kształtujący zachowania do naśladownictwa, nagle odkładają na bok – najpierw przejściowo, a potem na stałe – swoje zaangażowanie w życie publiczne, naukowe, kulturalne. Zamykają się w kręgach prywatnych. A w ślad za tym nikną księgarnie, bulwersująco spadają nakłady czasopism opinii, periodyków naukowych i specjalistycznych, nie powiem, że umiera kultura, ale na pewno nie kwitnie.

I rzecz nie ma uzasadnienia w pogorszonej sytuacji materialnej ani w maniakalnym przeniesieniu się do studiowania wiadomości serwowanych na platformach internetowych. Nie neguję naturalnie wpływu tych ostatnich, ale tam szuka się aktualności, a nie lektury. Dziesięć linijek tekstu wyczerpuje cierpliwość. Więc co się stało? Nie mogę z przyjaciółmi porozmawiać o czymkolwiek poza bieżącym komentarzem do odkrycia kolejnych nieruchomości Obajtka. Nawet Nobel dla polskiej pisarki przechodzi gdzieś mimo uszu. Takiego bezwładu polskiej inteligencji nie było od lat. Nikomu na niczym nie zależy. Nawet na własnej reprezentacji samorządowej. Już tylko nieuleczalni odzywają się na rzecz dobra publicznego. Zresztą, jego ostatni Mohikanin, czyli Jerzy Owsiak ścigany jest przez „służby" z wyraźnym zaleceniem położenia kresu jego działalności. Najlepszy od lat pomysł polskiej telewizji trwa w przestrzeni publicznej tylko dzięki prywatnemu biznesowi.

Tak więc mamy zjawisko wykluczenia polskiego lekarza, prawnuka czy wnuka Dietla, Boya-Żeleńskiego, Rydygiera, Korczaka, z wpływu na życie publiczne. Zjawisko pogrążenia się w prywatności, ucieczki od wszelkiej działalności pogardliwie nazywanej „społeczną". Od zajmowania stanowiska w ważnych dla demokracji sprawach. A w rezultacie tej rezygnacji – z istotnego wpływu na rzeczywistość. I tak ten cieszący się najwyższym prestiżem społecznym zawód przesunął się około 2020 roku na koniec pierwszej dziesiątki w hierarchii najwyższego uznania.

Czy kolejna „Diagnoza społeczna" (J. Czaplińskiego) przeprowadzona po pandemii przyniesie w tej hierarchii zmianę? Sami Państwo zadecydujecie.

A na koniec, dla rozluźnienia Czytelników, tą bądź co bądź poważną refleksją na temat etosu naszej inteligencji, proponuję sięgnąć do polskiej karykatury, która postawom rodaków poświęcała zawsze sporo uwagi. Jak daleko sięgać w przeszłość?

Jest coś symptomatycznego dla naszych czasów, że nie ukazuje się dzisiaj żaden periodyk satyryczny. Trzynaście ostatnich numerów „Szpilek" wydał w 1992 roku znany ze „Szkła kontaktowego" Marek Przybylik. I jeśli ktoś jeszcze dźwiga tradycję na swoich barkach, to krakowianin Andrzej Mleczko. Ale czy komuś jeszcze jest do śmiechu?

Myśląc o naszej rzeczywistości nie tylko medycznej wciąż mam w głowie pyszny rysunek Szymona Kobylińskiego: setka facetów, z jednym wyjątkiem, stoi na głowie, a ten indywidualista na nogach. Podpis brzmi „Eksperyment". Natomiast nasza „Gazeta" współpracowała przed laty ze znakomitym gdańskim karykaturzystą Zbigniewem Jujką. I z tamtych lat, nie naruszając praw autorskich, bo je wtedy uzyskaliśmy, pozwolę sobie przypomnieć jeden Jego rysunek. Na nim prężnie prezentujący swą urodę kameleon. I podpis: „Najważniejsze jest być sobą…".

Stefan Ciepły

Skuteczność i bezpieczeństwo farmakoterapii. Kwetiapina

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

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

Począwszy od niniejszego numeru „GGL", pragniemy zaproponować Państwu nowy cykl artykułów, w których w sposób syntetyczny chcielibyśmy zwrócić uwagę na leki, które wyjątkowo często stosowane są w codziennej praktyce bez pełnej wiedzy o wszystkich aspektach wpływających na skuteczność i bezpieczeństwo ich stosowania.

Pierwszy odcinek tego cyklu chcemy poświęcić **kwetiapinie** – lekowi stosowanemu w zaburzeniach psychicznych. Wzrostowy trend ordynowania tego leku jest wręcz zdumiewający.

W przypadku kwetiapiny kliniczny profil działania, a także potencjalne ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych oraz ryzyko związane z interakcjami z innymi lekami są zależne od zastosowanej dawki.

W tabeli nr 1 zebrano najważniejsze dane o profilu farmakodynamicznym leku w zależności od dawki:

Tabela 1

Dawka kwetiapiny	Profil farmakodynamiczny	Efekt kliniczny
25-100 mg na dobę	działanie antyhistaminowe poprzez receptor H1 oraz działanie antyadrenergiczne poprzez działanie na receptory alfa-1 oraz alfa-2	sedatywny
300-600 mg na dobę	działanie serotoninergiczne poprzez receptory 5-HT-1A, 5-HT 2A/B, 5-HT2C	przeciwdepresyjny
powyżej 800 mg na dobę	działanie antydopaminergiczne poprzez wpływ głównie na receptory D2	przeciwpsychotyczny

Podczas długotrwałego stosowania kwetiapiny zalecane jest stałe monitorowanie kilku ważnych parametrów fizjologicznych. Zebrano je w tabeli nr 2.

Tabela 2

Pomiar ciśnienia krwi
Badanie EKG – ocena QTc, szczególnie przy współistnieniu czynników ryzyka lub przy przyjmowaniu jednoczasowym innych leków o potencjalnym działaniu torsadogennym
Monitorowanie glikemii
Profil lipidowy
Stężenie potasu w surowicy krwi

Terapia kwetiapiną podnosi ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych, które mogą mieć jednak różny obraz kliniczny, często taki, którego nie korelujemy wprost ze stosowaniem leku. W praktyce może to prowadzić do rozwijania się w krótkim czasie zespołów jatrogenizacyjnych o istotnym wpływie nie tylko na skuteczność i bezpieczeństwo stosowanej terapii, lecz także na jakość życia pacjenta.

W tabeli nr 3 zebrano najczęściej pojawiające się w trakcie stosowania kwetiapiny objawy niepożądane, rejestrowane w ramach monitorowania bezpieczeństwa farmakoterapii.

Tabela 3

Nadmierna potliwość
Obrzęki obwodowe (uwaga! – większe ryzyko u pacjentów stosujących jednoczasowo antagonistów wapnia z grupy pochodnych 1,4-dihydropirydyny)
Ślinotok, jak i możliwość występowania kserostomii
Wzrost ciśnienia krwi
Działanie torsadogenne
Tachykardia
Męczące sny
Świąd urogenitalny, szczególnie przy dawkach wyższych niż 300 mg na dobę
Bóle głowy
Parestezje
Zespół niespokojnych nóg
Bóle brzucha
Zaparcie
Nudności i wymioty
Zwiększenie apetytu
Zaburzenia oddawania moczu
Kolorowe wizje
Bóle zębów
U pacjentów chorych na nowotwór możliwość zmiany fenotypu bólu

Ponieważ kwetiapina jest metabolizowana w wątrobie przy udziale aż 3 izoenzymów cytochromu P450 (głównie przy udziale CYP3A4 i w mniejszym stopniu przy udziale CYP2C19 i CYP2D6), w trakcie jej stosowania może dochodzić do interakcji farmakokinetycznych z innymi jednoczasowo stosowanymi lekami.

Dziesięć najważniejszych interakcji zebrano w tabeli nr 4.

Tabela 4

Lek / grupa leków, które wchodzą w interakcje z kwetiapiną	Kliniczny skutek interakcji
amoksycylina	redukcja wydalania kwetiapiny, wzrost ryzyka wystąpienia działań niepożądanych
atorwastatyna, simwastatyna	wzrost stężenia kwetiapiny, znaczny wzrost ryzyka wystąpienia objawów niepożądanych z uwagi na hamowanie jej metabolizmu
ciprofloksacyna	wzrost stężenia kwetiapiny, znaczny wzrost ryzyka wystąpienia objawów niepożądanych z uwagi na hamowanie przez ciprofloksacynę CYP3A4
furosemid	redukcja wydalania kwetiapiny, wzrost ryzyka wystąpienia działań niepożądanych
klarytromycyna	nie stosować łącznie, paradoksalny znaczny spadek kwetiapiny w surowicy, nieskuteczność terapeutyczna
kwas foliowy	redukcja wydalania kwetiapiny, wzrost ryzyka wystąpienia działań niepożądanych
miłorząb japoński	zmniejszenie skuteczności kwetiapiny
warfaryna	wzrost ryzyka krwawień
wyciągi z żurawiny	nadpotliwość, sedacja, bóle głowy, ślinotok
leki wydłużające QTc w zapisie EKG	wzrost ryzyka wystąpienia komorowych zaburzeń rytmu serca

Nieprzerwanie spiesząc z pomocą

Z okazji jubileuszu Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego, którego obchody zainicjowała w czerwcu wystawa zdjęć na krakowskich Plantach, rozmawiamy z dr n. med. Małgorzatą Popławską, dyrektor KPR

Krakowskie Pogotowie Ratunkowe obchodzi jubileusz 130-lecia istnienia. Zaczynało swą działalność z pięcioma parami noszy oraz jednym, konnym ambulansem. Jaki jest obecny stan posiadania KPR?

– Historia Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego rozpoczęła się dokładnie 6 czerwca 1891 roku, utworzeniem Krakowskiego Ochotniczego Towarzystwa Ratunkowego – na wzór pierwszego pogotowia w Europie, pogotowia wiedeńskiego. Pogotowie ratunkowe w Krakowie było drugim w Europie, a pierwszym na ziemiach polskich. A współczesne Krakowskie Pogotowie Ratunkowe to 37 zespołów ratownictwa medycznego w nowoczesnych ambulansach, wyposażonych w najwyższej klasy sprzęt medyczny oraz systemy łączności i lokalizacji. Staramy się wykorzystywać najnowsze osiągnięcia technologii, więc mamy urządzenia nie tylko te, które są wymagane według obowiązujących przepisów, ale również wyposażenie wykraczające ponad standard, np. aparaty do mechanicznej kompresji klatki piersiowej podczas resuscytacji, taktyczne stazy do tamowania krwotoków czy też videolaryngoskopy.

Pierwsze dyżury w krakowskim pogotowiu były ochotnicze i nieodpłatne. Tak było 130 lat temu. Ile osób dziś pracuje w KPR?

– Zatrudniamy ponad tysiąc osób, w tym na kontraktach ponad 70 lekarzy, a każdego roku notujemy ponad 100 tysięcy wyjazdów. Organizujemy również specjalistyczny transport medyczny oraz zabezpieczenie medyczne różnych wydarzeń. To właśnie KPR najczęściej opiekuje się uczestnikami i gośćmi takich wydarzeń, jak pielgrzymki papieskie, Światowe Dni Młodzieży czy pogrzeby ważnych osobistości.

Opieka nad pielgrzymami podczas papieskich wizyt to zapewne szalenie odpowiedzialne wyzwanie, jednocześnie dostarczające wielu wzruszeń i ogromnej satysfakcji. Ale jakie wydarzenia w historii KPR uznałaby Pani Dyrektor za najtrudniejsze?

– Takim wyjątkowo trudnym czasem, gdy nawet samo istnienie krakowskiego pogotowia było zagrożone, była II wojna światowa. Kierownik stacji, dr Jerzy Drozdowski, został wywieziony do obozu koncentracyjnego w trakcie Sonderaktion Krakau. Sytuacja finansowa stacji była dramatyczna, m.in. dlatego, że Towarzystwo nie zostało zarejestrowane u władz Generalnego Gubernatorstwa, nie mogło więc liczyć na oficjalne dofinansowanie. Lekarze dyżurowali bezpłatnie, paliwo było reglamentowane, a w nocy ambulanse nie mogły wyjeżdżać ze względu na godzinę policyjną. Nie było jednak ani jednego dnia przerwy w pracy. I już w czerwcu 1945 roku odbyło się, jak co roku, walne zebranie Towarzystwa, choć pieniądze zostały zagrabione, a siedziba zniszczona przez okupanta.

Na przestrzeni dziejów krakowskie pogotowie przechodziło też wiele zmian organizacyjnych, zmieniały się zasady funkcjonowania pogotowia ratunkowego w Polsce. Czy obecny system dobrze się sprawdza?

– Z pewnością największą zmianą, która zasadniczo wpłynęła na funkcjonowanie ratownictwa medycznego w Polsce, było uchwalenie w roku 2006 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Można powiedzieć, że ta ustawa stworzyła na nowo polski system. Dawniej przecież załoga karetki składała się przede wszystkim z lekarza, czasem jeszcze pielęgniarki – głównie w karetkach R, oraz z niewykwalifikowanych medycznie kierowcy i sanitariusza. Działanie opierało się tak naprawdę na tym, aby w sytuacjach nagłych

Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe

NOWORODKOWY

KVE 3453

chorego zabezpieczyć w podstawowy sposób i jak najprędzej zawieźć do szpitala. Drugą, ogromną częścią funkcjonowania pogotowia było też pełnienie funkcji „przychodni na kółkach", czyli wizyty u pacjentów, którzy wcale nie wymagali pilnej interwencji, lecz na przykład podania leku, wypisania recepty czy druku L4. Teraz już tego nie robimy, a system ratownictwa medycznego jest dedykowany wyłącznie wypadkom oraz sytuacjom nagłego zagrożenia życia i zdrowia. Do pacjentów wyjeżdżają wysoko wykwalifikowane zespoły ratownictwa medycznego, w skład których wchodzą lekarze i pielęgniarki systemu oraz ratownicy medyczni, którzy do dyspozycji mają bardzo zaawansowany sprzęt. To zupełnie inna filozofia działania.

Obchodzicie jubileusz w bardzo szczególnym czasie. Pandemia COVID-19 to kolejna wyjątkowa karta w historii pogotowia. Zapewne ten okres też kiedyś będzie wskazywany jako trudny czas przemian, nieznanych dotąd wyzwań i tworzenia nowego oblicza pogotowia ratunkowego.

– Zespoły ratownictwa medycznego musiały się zmierzyć z zupełnie nowymi warunkami pracy. Zostały dodatkowo wyposażone w kombinezony i środki ochrony osobistej, które są cały czas stosowane podczas każdego wyjazdu, niezależnie od specjalistycznej ochrony w przypadku transportu pacjenta zakażonego. Stres i zmęczenie, jakie towarzyszyły wszystkim wyjazdom, były ogromne, a trudności związane z wielogodzinnym noszeniem strojów ochronnych bardzo dokuczliwe. Wiele sfer działalności pogotowia zostało całkowicie zmienionych. Działy administracyjne stanęły przed poważnymi wyzwaniami logistycznymi zapewnienia ciągłości wielkich dostaw środków ochrony osobistej, środków dezynfekcyjnych czy nawet tlenu – wszystko to było zużywane w niespotykanych do tej pory ilościach. Należało też zmodyfikować dotychczasowe procedury i wypracować nowe, tak, by praca była bezpieczna, a ryzyko zagrożenia zniwelowane. Musieliśmy również zorganizować i na bieżąco zaopatrywać specjalistyczne miejsca do dezynfekcji ambulansów.

Załoga spisała się świetnie, bo nawet śledząc medialne doniesienia z kraju krakowianie mogli zauważyć, że nasze pogotowie ratunkowe radzi sobie chyba lepiej od wielu innych.

– Wszyscy pracownicy KPR dawali i nadal dają z siebie wszystko w tych bardzo trudnych czasach, podczas ciężkiej pracy, w której narażają swoje zdrowie i życie. Chciałabym tutaj podziękować całemu naszemu personelowi za ogromną ofiarność i wielkie poczucie odpowiedzialności, jakie wykazują w trakcie walki z pandemią.

Czy z tego okresu można już wyciągać jakieś wnioski i modyfikować plany na przyszłość?

– W tym roku planujemy wybudowanie nowej siedziby KPR w Wieliczce. To bardzo ważna inwestycja i dla nas, i dla naszych pacjentów, ponieważ jednym z celów tej budowy jest poprawa warunków wyjazdu ambulansów ze stacji, co będzie się bezpośrednio przekładało na czas dojazdu do pacjenta. Wyjazd z naszej obecnej stacji w centrum miasta jest bardzo trudny, bo prowadzi wąskimi, korkującymi się ulicami. Cały czas staramy się też o odnawianie naszego taboru i sprzętu oraz o wprowadzanie do naszych ambulansów nowinek technologicznych, które służą pacjentom i poprawiają warunki pracy zespołom. Niedawno na przykład kupiliśmy do dwóch naszych karetek videolaryngoskopy.

Czego, poza końcem pandemii, życzyć Pani Dyrektor i KPR z okazji jubileuszu?

– Coraz lepiej wyedukowanych pacjentów. Jednym z ważnych elementów naszej działalności są akcje edukujące mieszkańców, ponieważ bardzo ważna jest wiedza o tym, kiedy należy wzywać pogotowie ratunkowe, a kiedy należy skorzystać z innych form pomocy medycznej. Nadal bowiem spora część naszych interwencji nie dotyczy stanów bezpośredniego zagrożenia zdrowotnego. Bardzo nam też zależy na tym, aby jak najwięcej osób znało podstawowe zasady udzielania pierwszej pomocy, bo ratowanie życia wcale nie zaczyna się w momencie przyjazdu karetki, ale w chwili, gdy odpowiednie działania podejmuje świadek zdarzenia. Życzymy sobie, aby zespoły KPR jak najczęściej, przyjeżdżając na miejsce zdarzenia, widziały tam świadka już udzielającego pierwszej pomocy.

Pragnę też złożyć życzenia wszystkim naszym wspaniałym pracownikom, by nadal, z tą samą wielką pasją i entuzjazmem wykonywali tę pracę, w której kryje się misja służenia drugiemu człowiekowi w potrzebie.

My także życzymy Pani Dyrektor i wszystkim Pracownikom KPR satysfakcji z pracy oraz dziękujemy za wszystko, co robicie dla pacjentów.

Rozmawiała Jolanta Grzelak-Hodor
Fot. Archiwum Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego

Szczepienia ochronne

Zgodnie z Konstytucją RP (por. art. 68 ust. 4 Konstytucji) władze publiczne są zobowiązane do zwalczania chorób epidemicznych. Podstawowym aktem prawnym ustanawiającym szczegółowe rozwiązania prawno-organizacyjne w ww. zakresie jest ustawa z 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.* Ustawa m.in. nakłada na osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej katalog powszechnych obowiązków w tym zakresie (por. art. 5 ust. 1), w szczególności – poddania się „szczepieniom ochronnym".

Obowiązek ten został uszczegółowiony w art. 17 cytowanej ustawy oraz Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 18 sierpnia 2011 r. w sprawie szczepień ochronnych (Dz. U. 2018, poz. 753 – tekst jednolity – z późn. zmn.), określającym m.in. wykaz chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień, osoby zobowiązane do jego dopełnienia; kwalifikacje osób przeprowadzających szczepienia i zasady ich przeprowadzania; sposób prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej tej procedury i inne. Podstawę prawną w omawianym zakresie uzupełnia Program Szczepień Ochronnych na dany rok, ogłaszany w formie komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego. Dokument ten zawiera szczegółowe wskazania dotyczące stosowania poszczególnych szczepionek, wynikające z aktualnej sytuacji epidemiologicznej, właściwych przepisów oraz zaleceń.

Ze względu na przymusowy charakter szczepień ochronnych, a tym samym niewątpliwą ingerencję w gwarantowane konstytucyjnie prawa obywatelskie, sprawy z nimi powiązane nierzadko znajdują także odzwierciedlenie w krajowym i międzynarodowym orzecznictwie sądowym. W tym obszarze szczególnie reprezentatywna ich część dotyczy szczepień małoletnich oraz przymusu administracyjno-finansowego, stosowanego przez organy administracyjne celem przymuszenia rodziców do realizacji nałożonych obowiązków. Należy bowiem wskazać, że – w rozumieniu przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji – realizacja szczepień jest traktowana jako obowiązek o charakterze niepieniężnym, a właściwy organ, żeby przymusić osobę zobowiązaną do jego wykonania, może nałożyć na nią grzywnę.

Jednym z najbardziej aktualnych jest wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 31 marca 2021 r. (sygn. VII SA/Wa 2303/20). W omawianej sprawie Wojewoda, na wniosek Powiatowego Państwowego Inspektora Sanitarnego, nałożył grzywnę w celu przymuszenia rodzica (jako opiekuna prawnego) do poddania małoletniej córki obowiązkowym szczepieniom ochronnym, wzywając jednocześnie do ich wykonania. Postanowienie Wojewody o nałożeniu grzywny utrzymał w mocy Minister Zdrowia. Rodzic jednak zakwestionował werdykt Ministra, wskazując w zażaleniu na naruszenie w szczególności art. 47 Konstytucji (prawo do poszanowania życia rodzinnego) oraz art. 8 ust. 1 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 4 listopada 1950 r. (prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego). Sąd rozpatrujący sprawę oddalił jednak skargę, podkreślając w szczególności, że:

– obowiązek szczepień ochronnych jest obowiązkiem wynikającym z mocy prawa;

– odpowiedzialność z powodu niewykonania zobowiązania, rozumianego jako obowiązek poddania się szczepieniom zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych, w przypadku małoletniego obciąża rodzica sprawującego władzę rodzicielską nad dzieckiem, czyniąc go adresatem postanowienia o nałożeniu grzywny;

– *„(…) samo niestawienie się na badanie kwalifikacyjne należy traktować już jako równoznaczne z niewykonaniem obowiązku poddania się szczepieniu ochronnemu, stanowiącym podstawę do podjęcia czynności egzekucji administracyjnej i zastosowania środka egzekucyjnego w postaci grzywny w celu przymuszenia";*

– funkcją grzywny w celu przymuszenia jest wywarcie ekonomicznej presji na podmiot zobowiązany, w celu skłonienia go do dobrowolnego wykonania tego obowiązku;

– z art. 68 ust. 4 Konstytucji wynika jednoznaczny obowiązek władz publicznych do zwalczania chorób epidemicznych, *„(…) jako najistotniejszego zagrożenia zdrowia zbiorowości ludzi, stanowiącego dobro publiczne";*

– *„(…) obowiązek usuwania przez organy państwa zagrożeń zdrowia zbiorowości może w szczególnych przypadkach ograniczać konstytucyjną zasadę wolności i nietykalności*

osobistej (art. 41 Konstytucji) oraz podnoszone przez skarżącego prawo do samostanowienia (art. 47 Konstytucji), jeżeli inna forma perswazyjna aniżeli przymus leczniczy nie jest skuteczna, by osiągnięta została wysoka odporność populacyjna";

– *„(…) obowiązek poddania dziecka szczepieniom ochronnym realizuje nie tylko wskazywaną w Konstytucji powinność państwa względem jednostki oraz ogółu społeczeństwa w związku z tym, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, ale nakierowany jest przede wszystkim na zapewnienie przez władze publiczne szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom (art. 68 ust. 3 Konstytucji)";*

– w rozpatrywanej sprawie nie można też zasadnie postawić zarzutu naruszenia prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego określonego w art. 8 ust. 1 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 4 listopada 1950 r., ponieważ na gruncie samej Konwencji nie jest ono prawem absolutnym, a wręcz dopuszcza ingerencję władzy publicznej w przypadkach przewidzianych przez ustawę i koniecznych w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na bezpieczeństwo państwowe, bezpieczeństwo publiczne lub dobrobyt gospodarczy kraju, ochronę porządku i zapobieganie przestępstwom, ochronę zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób;

– wymogi dopuszczalnej ingerencji określonej w art. 8 ust. 1 Konwencji spełnia polska regulacja dotycząca szczepień ochronnych, ponieważ jest ona określona na gruncie ustawy i jest *„(…) konieczna w demokratycznym społeczeństwie z uwagi na ochronę zdrowia oraz praw i wolności innych osób";*

– ochrona zdrowia społeczeństwa stanowi *„(…) uzasadnione dobro publiczne, którego realizacja uprawnia do wprowadzenia obowiązkowych szczepień zabezpieczających przed chorobami zakaźnymi, które są szczególnie niebezpieczne ze względu na ryzyko epidemii".*

Mimo że jako jedno z najbardziej aktualnych, orzeczenie to w momencie publikacji niniejszego artykułu jest jeszcze nieprawomocne, to co do zasady stanowi kontynuację prezentowanej w sądownictwie administracyjnym linii orzeczniczej dotyczącej kwestii „przymusowości szczepień ochronnych".

Przykładowe tezy z wyroków sądów administracyjnych:

Wyrok WSA w Warszawie z 6 maja 2020 r. (sygn. VII SA/Wa 59/20)

„O realizacji szczepień obowiązkowych i kwalifikacji do ich podania u dziecka decyduje każdorazowo lekarz, po uprzednim wykonaniu szczegółowego badania obecnego stanu zdrowia dziecka oraz zebraniu potrzebnych informacji podczas wywiadu z rodzicem, a nie rodzic, który ze względu na swoje przekonania sprzeciwia się wykonaniu szczepień ochronnych w okresach uzasadnionych medycznie i epidemiologicznie" (publ. LEX nr 3078499)

Wyrok WSA w Warszawie z 21 kwietnia 2020 r. (sygn. VII SA/Wa 376/20)

„Obowiązek poddania dziecka szczepieniom wymienionym w tytule wykonawczym jest obowiązkiem wynikającym z ustawy. Nie zmienia tej oceny fakt, że Główny Inspektor Sanitarny ogłasza w formie komunikatu Program Szczepień Ochronnych na dany rok. W komunikacie tym zawarte są specjalistyczne informacje z zakresu medycyny dotyczące technicznych kwestii wykonania obowiązku szczenienia, nie można zaś z niego wywieść dodatkowych norm niż te wynikające z ustawy i rozporządzenia. Tym samym po upływie terminu szczepień wynikającego z obowiązującego Programu Szczepień Ochronnych na dany rok, obowiązek zaszczepienia dziecka stał się wymagalny" (publ. LEX nr 3099331)

Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 21 kwietnia 2020 r. (sygn. II OSK 899/19)

„Poddanie się lekarskiemu badaniu kwalifikacyjnemu, o którym mowa w art. 17 ust. 2 ustawy, jest elementem obowiązku szczepienia ochronnego. Tylko w trybie lekarskiego badania kwalifikacyjnego następuje określenie, czy nie występują przeszkody w stanie zdrowia osoby objętej obowiązkiem szczepienia, które wykluczają jego wykonanie. (…) Niepoddanie się badaniu kwalifikacyjnemu jest równoznaczne z niewykonaniem obowiązku poddania się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu" (publ. LEX nr 3038285)

Wyrok WSA w Warszawie z 26 lutego 2020 r. (sygn. VII SA/Wa 2064/20)

„Ustawowy obowiązek szczepień ochronnych przełamuje swobodę jednostki w korzystaniu z uprawnienia do odmowy poddania się świadczeniu zdrowotnemu. Uprawnienie to jest bowiem ograniczone, jeżeli przepisy odrębne stanowią inaczej, a zatem, między innymi, w odniesieniu do szczepień ochronnych obowiązkowych z mocy ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych" (publ. LEX nr 3078769)

Sądowa ocena „przymusowości szczepień ochronnych" w kontekście art. 8 ust. 1 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 r. (prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego) znalazła ostatnio także odzwierciedlenie w wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z 8 kwietnia 2021 r. *Vavricka i inni przeciwko Czechom* (nr 47621/13). Syntetyczne omówienie tego wyroku można znaleźć w publikacji *„Kary za nieszczepienie dzieci nie naruszają prawa"* w poprzednim numerze „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej". Treść wyroku (oficjalne wersje językowe – angielska i francuska) jest dostępna na stronie internetowej Trybunału.

mgr Dariusz Dziubina

Krosno

W czerwcu w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie odbywały się wybory delegatów na IX kadencję samorządu. Liczba lekarzy uprawnionych do wyboru jednego delegata to 50. Zatem na tutejszą Delegaturę przypadają 24 mandaty dla lekarzy i 8 mandatów dla lekarzy dentystów. W wymaganym terminie zgłoszono na kandydatów: 23 lekarzy i 10 lekarzy dentystów. Z uwagi na obecną sytuację epidemiologiczną preferowano głosowanie drogą korespondencyjną. W chwili, gdy to piszemy, wyniki jeszcze nie są znane.

Rządowa Agencja Rezerw Materiałowych, wykonując decyzję Ministra Środowiska i Klimatu nr 19/21 z 17 lutego 2021 r., udostępniła Wojewodzie Podkarpackiemu niepodlegającą zwrotowi rezerwę – tomograf komputerowy z wyposażeniem w zabudowie kontenerowej – na rzecz SPZOZ w Sanoku, w celu przeciwdziałania zagrożeniu epidemiologicznemu spowodowanemu rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2. 27 kwietnia tomograf komputerowy SOMATOM Definition Edge w kontenerze dotarł do sanockiego szpitala.

Janusz Kulon
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura Krosno

Nowy Sącz

Pandemia osłabła, odblokowano więc spotkania i w pomieszczeniach naszej Delegatury znów zaczęli działać seniorzy. Właśnie przygotowują się do wyjazdu – 3 lipca pragną wysłuchać corocznego, wakacyjnego koncertu w Stadninie Koni w Regietowie, gdzie wystąpią artyści Teatru Wielkiego Opery Narodowej.

Po rocznej przerwie, w dniach 7-14 sierpnia zorganizowany zostanie 54. Festiwal im. Jana Kiepury w Krynicy-Zdroju. Właśnie rozpoczęliśmy rezerwowanie biletów dla lekarzy pragnących uczestniczyć w tym wydarzeniu.

Trwają przygotowania do przyszłorocznego zjazdu lekarzy OIL w Krakowie oraz wyborów władz samorządu lekarskiego na kolejną kadencję. Odbywają się wybory delegatów. Delegatura przygotowała odpowiednie warunki do przeprowadzenia całej procedury.

Krzysztof Wróblewski
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura Nowy Sącz

Przemyśl

Szpital Wojewódzki św. Ojca Pio w Przemyślu jest jedną z placówek, które pomagają osobom po ostrej fazie choroby COVID-19 wrócić do sprawności sprzed zakażenia. NFZ przyjął kompleksowy program rehabilitacji, prowadzony w ramach dwu-, sześciotygodniowych turnusów. Na całym Podkarpaciu funkcjonuje 12 oddziałów stacjonarnych, które zajmują się leczeniem i rehabilitacją osób po przebytej infekcji infekcji koronawirusem. Podczas pobytu pacjent m.in. współpracuje z fizjoterapeutą. Zapewniona jest również opieka psychologa, ponieważ sfera psychiczna po przejściu tej choroby często wymaga odbudowy.

24 maja br. Starostwo Powiatowe w Przeworsku przekazało przeworskiemu szpitalowi samochód osobowy VW Passat. Pojazd ma służyć m.in. do transportu krwi i materiałów krwiopochodnych oraz różnego rodzaju materiałów biologicznych.

Szpital Wojewódzki w Przemyślu otrzymał 2 mln zł w ramach finansowanego ze środków unijnych projektu „Dostępność Plus dla Zdrowia". Jego celem jest dostosowanie placówek medycznych dla osób ze szczególnymi potrzebami (m.in. pacjenci niepełnosprawni, osoby starsze, kobiety w ciąży, z małymi dziećmi i mający problemy w komunikowaniu się z otoczeniem). Za otrzymane pieniądze w szpitalu zostaną dobudowane dwie windy do bloku E. W poradni dla dzieci powstaną nowe miejsca dla kobiet karmiących (zostanie zakupiony fotel dla matek i przewijak dla dzieci). Zakupione zostaną też wózki toaletowe, specjalne fotele ginekologiczne, łóżka szpitalne, stoły zabiegowe, przewijak dla matki niepełnosprawnej, wózki do transportu pacjentów itp. Szpital planuje również zakup urządzeń mobilnych, które ułatwią komunikację i kontakt z pacjentami niewidomymi, niesłyszącymi. Planowane jest również usprawnienie obowiązujących procedur oraz przeszkolenie 480 osób kadry szpitala w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych.

Marek Zasadny
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura Przemyśl

Z naszych szpitali...

18 czerwca zespół Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie złożony m.in. ze specjalistów neurochirurgii z dr. Borysem Kwintą na czele, a także specjalistów z Zakładu Diagnostyki Obrazowej pod kierownictwem prof. Tadeusza Popieli wykonał pierwszą w Polsce, innowacyjną operację guza mózgu metodą laserowej ablacji pod kontrolą rezonansu magnetycznego. To szansa dla pacjentów, którzy z uwagi na umiejscowienie nowotworu lub dodatkowe obciążenia zdrowotne nie uzyskują kwalifikacji do otwartej operacji.

– Innowacyjność tego małoinwazyjnego zabiegu polega na użyciu energii lasera do zniszczenia komórek nowotworowych położonych w głębokich strukturach mózgu, czyli trudno dostępnych i wiążących się z dużym ryzykiem okołooperacyjnym. Dodatkowo proces uszkodzenia guza był kontrolowany za pomocą tzw. mapy termalnej, uzyskiwanej przy pomocy diagnostyki w środowisku rezonansu magnetycznego. Widzieliśmy dokładnie rozchodzenie się energii cieplnej w tkance guza i w mózgu – wyjaśniał dr Borys Kwinta, kierownik Oddziału Neurochirurgii i Neurotraumatologii SU.

W ocenie lekarzy dobę po wykonaniu operacji jej efekt był zadowalający. Pacjent czuł się dobrze, a jego stan neurologiczny nie pogorszył się. Dzień po zabiegu z pomocą rehabilitantów udało mu się wstać z łóżka.

(źródło: SU w Krakowie)

W wyniku przetargu przeprowadzonego przez Komisję Europejską na przełomie maja i czerwca br. do polskich szpitali trafiło dziewięć najnowocześniejszych technologicznie urządzeń do dezynfekcji i dekontaminacji pomieszczeń o nazwie UVD Robot. Urządzenie będzie działało m.in. w Centrum Radioterapii Amethyst w Krakowie oraz w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Prokocimiu.

UVD Robot niweluje skupiska patogenów dzięki promieniowaniu UV-C i jest skuteczny w zapobieganiu rozpowszechniania się Covid-19. Mobilne i w pełni autonomiczne roboty UVD w ciągu około 10 minut zabijają 99,99% bakterii, wirusów i grzybów w pomieszczeniu takim, jak sala chorych czy sala operacyjna. Celem wdrożenia autonomicznych robotów do dezynfekcji jest zapewnienie sterylnego środowiska w placówkach medycznych bez narażania personelu na niepotrzebne ryzyko. Technologia urządzenia jest procesem fizycznym, polegającym na emisji promieni UV-C, które niszczą struktury DNA i RNA chorobotwórczych mikroorganizmów nie tylko na powierzchniach (m.in. umywalki, uchwyty), ale także w powietrzu. Użycie robota nie wymaga zaangażowania personelu, transportu i przechowywania jakichkolwiek chemikaliów do dezynfekcji. Personel sprzątający obsługuje robota zdalnie za pośrednictwem aplikacji mobilnej, a proces rozpoczyna się na zewnątrz dezynfekowanego pomieszczenia.

(źródło: Amethyst Radiotherapy Poland)

W krakowskim Szpitalu na Klinach (Grupa Neo Hospital) otwarto Centrum Leczenia Endometriozy, specjalizujące się w operacyjnym leczeniu endometriozy z wykorzystaniem technik małoinwazyjnych takich jak laparoskopia i system wsparcia chirurgicznego da Vinci (jedyny dysponujący nim ośrodek w południowej Polsce). Centrum oferuje kompleksową opiekę przez zespół, w skład którego wchodzą ginekolog, urolog oraz chirurg.

Zabiegi wykonywane przy użyciu robota da Vinci dają chirurgom możliwość działania w trudno dostępnych miejscach, pozwalają na dużą precyzję. Dziesięciokrotne powiększenie obrazu pola operacyjnego maksymalizuje szanse, że chirurg bezpiecznie usunie wszystkie zmienione przez endometriozę tkanki, bez ryzyka powikłań.

Endometrioza to druga co do częstotliwości występowania choroba młodych kobiet (w Polsce dotyka ok. 2 mln kobiet). Jest ona też jedną z głównych przyczyn niepłodności i w wielu przypadkach wiąże się z przewlekłym bólem. Mimo skali problemu, rozpoznanie endometriozy w Polsce następuje dopiero po ok. 10 latach od jej pierwszych objawów.

(źródło: www.szpitalnaklinach.pl)

Z prac Komisji Stomatologicznej

Historyczna bieda polskiej stomatologii

Mimo pandemii, Izba nie zawiesiła działalności. Lekarze są najbardziej zapracowaną grupą zawodową w tym kraju, jednak część z nich jakoś znajduje czas na pracę w samorządzie lekarskim. Choć Komisja Stomatologiczna ORL w Krakowie na razie nie wznowiła bezpośrednich spotkań, jej członkowie działają online. Przedstawiciele krakowskiej Izby uczestniczą także w posiedzeniach KS Naczelnej Rady Lekarskiej.

Niestety, kierowane do resortu zdrowia prośby KS o zorganizowanie naprawdę poważnej debaty na temat problemów środowiska lekarzy dentystów i poziomu opieki stomatologicznej w Polsce nie odniosły dotąd skutku.

W wielu już apelach do MZ samorząd lekarski zwracał uwagę na katastrofalne skutki, jakie przyniesie brak wsparcia dla rozwoju lekarzy dentystów. Liczba miejsc rezydenckich od lat nie spełnia oczekiwań środowiska, a próbuje się mu zarzucać, iż jedną z przyczyn trudności w specjalizacji jest nietworzenie miejsc akredytowanych przez placówki udzielające świadczeń stomatologicznych. Jednak punktem wyjścia jest brak finansowania procedur, których lekarz dentysta powinien się nauczyć podczas specjalizacji.

Tymczasem poziom finasowania świadczeń stomatologicznych ze środków publicznych spada, zamiast rosnąć. „W planie finansowym NFZ na rok 2021 udział stomatologii w wydatkach Funduszu spadł poniżej 2%, a liczba rezydentur przyznanych dla lekarzy dentystów w ostatnim postępowaniu stanowi jedynie 1,5% wszystkich przydzielonych miejsc rezydenckich" – co zostało uwypuklone i przekazane Ministrowi Zdrowia. To historycznie najniższe jak dotąd wskaźniki.

Ostatnie posiedzenie Komisji Stomatologicznej NRL odbyło się 11 czerwca: – Poruszono między innymi problem wyceny świadczeń chirurgicznych, nad korektą których trwały już intensywne prace. Tymczasem zadanie to przekazano Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, co budzi obawy o przewlekłość postępowania i o to, czy nowe wyceny zostaną zaproponowane przy kontraktowaniu świadczeń na przyszły rok – poinformował Dariusz Kościelniak, przewodniczący Komisji Stomatologicznej ORL w Krakowie, wiceprezes ORL.

Jako ciekawostkę można podać, iż w planie NFZ przewidziano na finansowanie świadczeń udzielanych w dentobusach aż 93 mln zł z niespełna 199 mln na całość stomatologii. Po zwróceniu uwagi na kuriozalną wycenę poinformowano, że to pomyłka, powinno być 31 mln zł…

Trwa także ustalanie harmonogramu cyfryzacji w polskiej stomatologii. Wciąż brakuje odpowiedniego oprogramowania do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej w gabinetach stomatologicznych. Ale kasy fiskalne online od 1 lipca już powinny powinny w nich działać.

Na bieżąco aktualizowane są procedury obwiązujące w radiologii stomatologicznej – w tym zakresie najnowsze przepisy zawsze można znaleźć na stronie internetowej Komisji Stomatologicznej ORL w Krakowie. Tam też odsyłamy po inne ważne informacje oraz komunikaty niezbędne i przydatne lekarzom dentystom. *(JGH)*

Dlaczego w tym roku nie ma KRAKDENTU, konferencji w Rytrze ani wręczenia Nagrody im. Andrzeja Fortuny?

Odpowiedź jest oczywista, ale warto ją uszczegółowić. KRAKDENT to ogromne zadanie logistyczne, paruset wystawców, blisko dziesięć tysięcy zwiedzających, a tu hale EXPO wyłączone dla potencjalnie chorych. Mało tego, najważniejsi klienci ze Słowacji stanęliby wobec barier natury proceduralnej, zagrożeń zakażeniem i kwarantanną – nie ma co kontynuować tego wątku.

RYTRO – to ogólnopolska wizytówka dentystów z krakowskiej Izby. Jedyne takie spotkanie w kraju, gdzie problematyka naukowa konfrontowana jest z samorządową d o r o c z n i e od czterdziestu lat. I każdego niemal roku brakuje miejsc, bo w hotelu Perła Południa jest ciekawie i miło, zawsze na wysokim poziomie. Owszem, myślimy o pewnych zmianach, by było jeszcze bardziej interesująco, jeszcze lepiej, lecz na razie nie dane nam było się wykazać.

Wreszcie NAGRODA im. Andrzeja FORTUNY. Ustanowiona w 2008 roku, chwilę po Jego śmierci, wpisała się znakomicie w pejzaż stomatologiczny kraju. Nie będziemy tu wyliczać laureatów, ale trudno nie wspomnieć, że pierwszy z nich, Wojciech Grabe, był autorem jedynego jak dotąd w polskiej medycynie indeksu procedur leczniczych i propozycji ich wycen w jakiejś dziedzinie. Ale od Nagrody nie odstępujemy, a nawet dodamy w programie wykład laureata.

Pandemia nas ograniczyła, ale nie pokonała. Ze zdwojoną energią, już w nowej kadencji samorządu, nadamy naszym inicjatywom nowy koloryt. *(cis)*

Przegląd piśmiennictwa stomatologicznego

maj – czerwiec 2021

Pandemia, pandemia i po pandemii? To się dopiero okaże. Niewątpliwie każdy z nas okrzepł już w nowej rzeczywistości, a więc „Róbmy swoje" jak śpiewał Wojciech Młynarski, ale nie zapominajmy o ustawicznym kształceniu i czytaniu fachowej prasy stomatologicznej.

W ostatnim dwumiesięczniku **Nowy Gabinet Stomatologiczny** dowiadujemy się, które maseczki rzeczywiście chronią lekarzy przed wirusem, a które są tylko atrapami. Jakie są rodzaje maseczek ochronnych? Jaka jest ich skuteczność? Jak chińskie oznaczenia norm mają się do norm europejskich lub amerykańskich oraz czy sterylizacja maseczek ma sens?

Na takie pytania postanowili odpowiedzieć autorzy artykułu „Maseczki chronią lekarzy", zbierając informacje poparte badaniami naukowymi na ten temat.

Inny „gorący" temat to integracja programu do prowadzenia e-dokumentacji z Elektroniczną Dokumentacją Medyczną. Niewielu lekarzy wie, że są to dwa zupełnie niezależne „byty prawne". Teraz Ministerstwo Zdrowia chce je połączyć w jedną całość poprzez system P1. Prawdopodobnie 1 lipca 2021 r. (kiedy ten numer gazety trafi do Państwa, już będzie to wiadome) każdy gabinet, niezależnie, czy wykonuje świadczenia komercyjnie, czy w ramach współpracy z NFZ, będzie musiał zintegrować swój system elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) z ogólnopolską platformą P1.

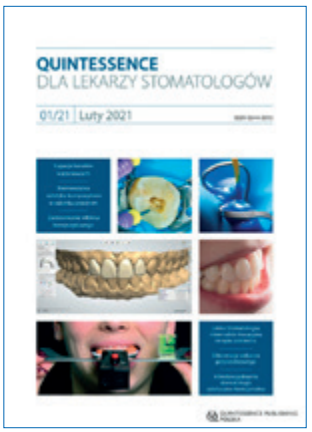
Kolejny bardzo ciekawy artykuł to „Przetoka po ekstrakcji – powikłanie czy nie?". Ekstrakcja zębów górnych trzonowych i przedtrzonowych może doprowadzić do powstania przetoki ustno-zatokowej. Jest to typowe powikłanie leczenia. Objawy towarzyszące powstaniu przetoki powodują, że pacjenci w pojawieniu się tego schorzenia upatrują winy lekarza i dochodzą roszczeń w związku z – ich zdaniem – nieprawidłowym leczeniem. Jak taka sytuacja wygląda w praktyce? Prawniczki Karolina Podsiadły-Gęsikowska i Aleksandra Powierża spróbowały odpowiedzieć na pytanie: kiedy przetoka po ekstrakcji jest powikłaniem, a kiedy błędem lekarza.

Następny interesujący artykuł to „Diagnostyka zatrzymanych kłów szczęki – przegląd piśmiennictwa". Zębem zatrzymanym nazywamy ząb, który nie wyrżnął się w terminie jego fizjologicznej erupcji (wg Karłowskiej w okresie 2 lat), a wierzchołek jego korzenia jest już w pełni uformowany. Wyróżniamy zęby zatrzymane całkowicie i częściowo, w zależności od objęcia zatrzymanego zęba kością: pełne objęcie kością w zatrzymaniu całkowitym, częściowe objęcie kością w zatrzymaniu częściowym.

W ostatnim numerze **Twojego Przeglądu Stomatologicznego**, w dziale „Sylwetki stomatologii" doktorzy Łukasz Fiwek i Paweł Fiwek w artykule „Stomatologia to przewrotna pani" opowiadają o prowadzonej przez siebie praktyce Fi Clinic w Tczewie. W „Algorytmach postępowania" przeczytamy o zgodzie pacjenta na zabieg wybielania zębów. W dziale „Stomatologia zachowawcza z endodoncją" znajdziemy m.in. artykuł „Zamykanie perforacji z zastosowaniem MTA na podstawie doświadczeń własnych – opisy przypadków". W dziale „Chirurgia Stomatologiczna i Implantologia" przeczytamy m.in. artykuł „Bifosfoniany w praktyce chirurga stomatologicznego" oraz „Augmentacja tkanek miękkich wokół implantu z wykorzystaniem techniki dowierzchołkowo przesuniętego płata". Inny artykuł „na czasie" to „Czy płyn do płukania jamy ustnej może ograniczyć transmisję SARS-CoV-2?".

W dwumiesięczniku **Quintessence** dla lekarzy stomatologów na uwagę zasługują wybrane artykuły. Pierwszy z nich to „Rehabilitacja estetyczno-czynnościowa". W tekście opisano rehabilitację szczęki i żuchwy z przestarzałymi rekonstrukcjami, przebarwieniami i nieprawidłową funkcją. Korony i licówki zaplanowano bardzo dokładnie, po najdrobniejsze szczegóły i wykonano metodami minimalnie inwazyjnymi. Celem było uzyskanie stabilności okluzyjnej oraz dopasowanie estetyki do indywidualnych potrzeb i osobowości pacjenta.

Drugi artykuł to „Planowanie cyfrowe w celu całkowitej odmiany wyglądu uśmiechu za pomocą uzupełnień protetycznych". Opisuje on nowatorską koncepcję planowania i realizacji leczenia w erze cyfrowej. Celem przedstawionego



przebiegu pracy był projekt, planowanie, komunikacja, opracowanie, wykonanie, zacementowanie oraz utrzymanie całkowicie odmienionego wyglądu uśmiechu z wykorzystaniem technologii cyfrowej. Schemat leczenia interdyscyplinarnego przedstawiono począwszy od planowania za pomocą diagnostycznego mock-up po uzupełnienia docelowe. Przy projektowaniu cyfrowym morfologia i kształt zębów widziany przez lekarza oraz technika są interpretowane przez komputer jako trójwymiarowy geometryczny model matematyczny. Kontrolowanie geometrii zapewnia lekarzowi dowolność w utworzeniu cyfrowego planu odbudowy, który może być łatwy do odtworzenia w trakcie leczenia. Ponadto nowe materiały ceramiczne, wykorzystujące techniki wspomagane komputerowo, znacząco poszerzyły możliwości zespołów dentystycznych i poprawiły rezultat leczenia.

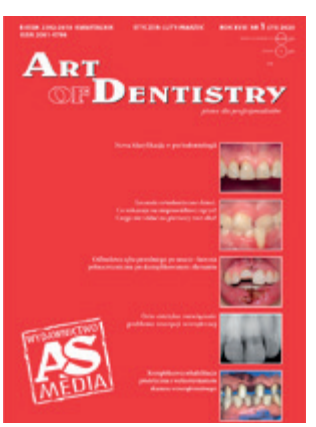
Na uwagę zasługuje artykuł „Optymalna preparacja tkanek zęba przy użyciu różnych szablonów do redukcji tkanek: prezentacja przypadku". Celem było przedstawienie różnych typów szablonów do redukcji tkanek, aby skutecznie wykonać preparację zębów przednich. W warunkach klinicznych używanie jednego szablonu do weryfikacji podczas preparacji może stwarzać problemy, ponieważ zakres preparacji od strony licowej dla licówek porcelanowych jest niewielki (0,3–0,9 mm). Preparacja pod licówki bez szablonu może spowodować niewystarczającą lub nadmierną utratę tkanek zęba.

Kolejny tekst o tematyce protetycznej to „Zdejmowanie pojedynczych koron z zastosowaniem obrotowego systemu podnoszącego". Co pewien czas stajemy w naszej codziennej praktyce przed koniecznością przeprowadzenia leczenia endodontycznego zęba zaopatrzonego w koronę protetyczną. Zwykle w takich sytuacjach perforujemy koronę, leczymy ząb kanałowo, a następnie zamykamy otwór trepanacyjny zwykle widocznym wypełnieniem kompozytowym, które po kilku miesiącach traci szczelność i przebarwia się na ciemny kolor. Często dochodzi wówczas do reinfekcji systemu endodontycznego z próchnicą wtórną i następuje konieczność przeprowadzenia leczenia rewizyjnego. W artykule przedstawiono interesującą metodę, pozwalającą na zdjęcie korony protetycznej.

W czerwcowym wydaniu **Magazynu Stomatologicznego** tematem numeru jest stomatologia małoinwazyjna. Znajdziemy tu fotoreportaż kliniczny „Leczenie endodontyczne zęba z niezakończonym rozwojem korzenia. Opis przypadku", jak również ciekawy artykuł o wojowniczo brzmiącym tytule „Bądź ninją endodoncji – czyli kilka słów o nowoczesnych dostępach endodontycznych". Przeczytamy tu krótki przegląd nowych koncepcji stwarzania dostępu do jamy zęba podczas leczenia endodontycznego. Inny bardzo praktyczny artykuł to „Wewnątrzustna naprawa istniejących rekonstrukcji materiałem kompozytowym". Praca omawia złożoną problematykę możliwości i ograniczeń wykonania napraw istniejących rekonstrukcji kompozytowych oraz ceramicznych. Na podstawie piśmiennictwa i doświadczeń własnych autor przedstawia argumenty oraz wskazania przemawiające za stosowaniem metod klinicznych umożliwiających przedłużenie żywotności zębów oraz wykonanych rekonstrukcji.

Kolejny interesujący artykuł to „Leczenie implantologiczne u pacjentów z osteoporozą poddanych terapii z zastosowaniem doustnych bisfosfonianów. Na podstawie piśmiennictwa". Osteoporoza stanowi narastający problem epidemiologiczny. Pełnemu leczeniu farmakologicznemu osteoporozy w Polsce poddawanych jest ponad 200 000 osób rocznie, a jest to wciąż mniej niż 10% chorych, u których terapia ta powinno być stosowana. Ze względu na wzrost zainteresowania leczeniem implantologicznym pacjentów w wieku senioralnym, kluczowa jest świadomość wśród lekarzy dentystów na temat możliwości zastosowania tego rodzaju rehabilitacji protetycznej i jej ewentualnych powikłań u pacjentów poddanych leczeniu antyresorpcyjnemu z powodu osteoporozy.

W ostatnim numerze **Art of Dentistry** możemy znaleźć bardzo interesujący artykuł „Porównanie narzędzi rotacyjnych wykonanych z różnych stopów niklowo-tytanowych: ProTaper Next, ProTaper Gold oraz V-Taper 2H w opracowaniu symulowanych zakrzywionych kanałów korzeniowych – badanie in vitro". Celem publikacji była analiza porównawcza efektów opracowania symulowanych zakrzywionych kanałów korzeniowych narzędziami rotacyjnymi ProTaper Gold, ProTaper Next oraz V-Taper 2H. Najmniej aberracji zaobserwowano w kanałach opracowanych narzędziami V-Taper – zarówno dla ISO 25, jak i 30. Dla ISO 25 oraz 30 najmniejszą zmianę kąta krzywizny stwierdzono w kanałach opracowanych narzędziami dla V-Taper, a największą dla ProTaper Next. W odcinku wierzchołkowym największą transportację uzyskano narzędziami ProTaper Next (ISO 25 i 30), a najmniejszą V-Taper (ISO 25) oraz ProTaper Gold (ISO 30). W odcinku środkowym najmniejszą transportację uzyskano narzędziami V-Taper (ISO 25 i 30), natomiast największą narzędziami ProTaper Gold (ISO 25) oraz ProTaper Next (ISO 30). W odcinku koronowym najmniejszą transportację uzyskano narzędziami ProTaper Gold, a największą narzędziami ProTaper Next.



Inny ciekawy artykuł to „Wpływ kształtu stałych uzupełnień protetycznych na ich prawidłowe funkcjonowanie w bliskości struktur przyzębia". Podczas wykonywania stałych uzupełnień protetycznych znajomość anatomii i odpowiednich standardów postępowania klinicznego,

respektujących bliskość struktur przyzębia, prowadzi do odpowiedniego zarządzania tkankami miękkimi. Częścią konturu korony protetycznej wspartej konwencjonalnie, która ma fundamentalne znaczenie w fizjologicznym podparciu i funkcjonowaniu otaczających tkanek miękkich, jest odpowiednia geometria nadana przy formowaniu profilu wyłaniania uzupełnienia protetycznego. Kluczową rolę odgrywa tu uformowanie kształtu jego części funkcjonującej w strefie szerokości biologicznej – kąta wyłaniania. W przypadku odbudowy wspartej na implancie precyzyjne umiejscowienie implantu i procedury kliniczne wykonywane na tkankach miękkich po wszczepieniu implantu definiują sposób wznoszenia się konturu kompleksu łącznik/korona implantu z platformy implantu i wpływają na sposób jego wyłaniania z tkanek miękkich. Właściwy projekt profilu wyłaniania odbudowy wspartej na implancie ma zasadnicze znaczenie dla uzyskania długofalowych korzystnych wyników estetycznych i utrzymania zdrowia tkanek okołowszczepowych.

Warto również poświęcić czas aby przeczytać artykuł „Wielospecjalistyczne postępowanie diagnostyczno-lecznicze jako przygotowanie do leczenia protetycznego pacjenta – opis przypadku". W pracy przedstawiono wielospecjalistyczne etapy postępowania (leczenie endodontyczne, chirurgiczne, periodontologiczne) przed planowaną rehabilitacją układu ruchowego narządu żucia metodami protetycznymi oraz wstępne leczenie protetyczne u 52-letniej pacjentki. Podkreślono konieczność przeprowadzenia dokładnej diagnostyki w celu ustalenia właściwego planu leczenia. Zwrócono szczególną uwagę na znaczenie współpracy lekarzy dentystów różnych specjalności w kontekście długoterminowego utrzymania efektów leczenia protetycznego.

I na koniec „gorący temat", artykuł „Płyn do płukania jamy ustnej zawierający CPC może pomóc zmniejszyć miano wirusa SARS-CoV-2 o ponad 99,9%". Jak donosi zespół badawczy SUNSTAR, wyniki najnowszych badań in vitro pokazują, że po 30 sekundach ekspozycji, płyn do płukania jamy ustnej zawierający CPC (chlorek cetylopirydyniowy) zmniejsza miano wirusa SARS-CoV-2 o 99,9%. Testy przeprowadzono zgodnie z Międzynarodową Normą ASTM E1052-20 w zakresie Standardowych Praktyk Oceny Aktywności Środków Bakteriobójczych przeciwko Wirusom w Zawiesinie.

W czasopiśmie **Forum Stomatologii Praktycznej** tematem numeru jest „Pośrednie adhezyjne rekonstrukcje ceramiczne (PARC) – odcinek boczny". Nowoczesna stomatologia rekonstrukcyjna wykorzystuje materiały o przezierności i estetyce zbliżonej do naturalnych tkanek. W związku z powszechnym zastosowaniem materiałów łączonych adhezyjnie z tkankami zęba wyznaczane są nowe standardy w minimalnie inwazyjnej stomatologii odtwórczej. Fundamentem tej filozofii leczenia jest adhezja, która umożliwia odtworzenie utraconych tkanek twardych zęba w formie leczenia addycyjnego. W dziale „Z codziennej praktyki" przeczytamy artykuł „O czym warto pomyśleć przed usunięciem zęba w odcinku estetycznym, planując natychmiastową implantację – cz. 1". Z natychmiastową implantacją lekarze implantolodzy mają do czynienia na co dzień i trzeba przyznać, że jest to procedura, która sprawia wiele satysfakcji. Jest to jednak zabieg, który nie wybacza braku znajomości procedury atraumatycznej ekstrakcji zęba, braku umiejętności przeprowadzenia odpowiednio ukierunkowanej osteotomii, a także nieodpowiednich zasad asystowania oraz braku znajomości przygotowania tymczasowego uzupełnienia protetycznego. Artykuł omawia kluczowe aspekty nieodłącznie związane z implantacją natychmiastową pojedynczych zębów.

I na koniec przeczytać można o odpowiedzialności cywilnej i karnej za zakażenie koronawirusem. Autorzy artykułu wprowadzają nas w zawiłości prawne związane z tym tematem. Trwająca już ponad rok epidemia COVID-19 nasuwa pytania o ewentualną możliwość pociągnięcia do odpowiedzialności prawnej – czy to na drodze cywilnej, czy to na drodze karnej – i dochodzenia rekompensaty z tytułu zarażenia koronawirusem.

Kończąc życzę miłego i owocnego czasu spędzonego przy lekturze naszej fachowej prasy stomatologicznej.

opr. Grzegorz Herbut

UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE

STUDIA PODYPLOMOWE
NABÓR NA ROK AKADEMICKI 2021/2022

- ANTROPOLOGIA SĄDOWA W PRAKTYCE
- ANTYBIOTYKI I ZARZĄDZANIE LEKIEM PRZECIWDROBNOUSTROJOWYM – ANTIBIOTIC STEWARDSHIP
- BADANIA KLINICZNE – METODOLOGIA, ORGANIZACJA I ZARZĄDZANIE
- BIOSTATYSTYKA – PODSTAWY STATYSTYKI W BADANIACH MEDYCZNYCH
- GERIATRIA I OPIEKA DŁUGOTERMINOWA
- KOLOPROKTOLOGIA PRAKTYCZNA
- KONTROLA ZAKAŻEŃ W JEDNOSTKACH OPIEKI ZDROWOTNEJ
- MEDYCYNA BÓLU
- MEDYCYNA EKSTREMALNA I MEDYCYNA PODRÓŻY
- MEDYCYNA GÓRSKA – NOWY KIERUNEK
- NEUROLOGOPEDIA Z ELEMENTAMI AUDIOLOGII I FONIATRII
- PODSTAWY PSYCHOTERAPII
- PSYCHOGERIATRIA Z ELEMENTAMI NEUROPSYCHOLOGII
- PSYCHOONKOLOGIA W PRAKTYCE KLINICZNEJ
- SZCZEGÓŁOWE ZAGADNIENIA PSYCHOTERAPII
- ŻYWIENIE W ZDROWIU I CHOROBIE – DIETETYKA KLINICZNA

SERDECZNIE ZACHĘCAMY DO ZAPOZNANIA SIĘ Z OFERTĄ
I DO UDZIAŁU W REKRUTACJI
Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego
Collegium Medicum
31-026 Kraków, ul. Radziwiłłowska 4,
tel. 12 34-11-904, 12 34-11-907

www.mckp.uj.edu.pl

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

w dniu 11 maja 2021 r.

dr. n. med. Radosławowi Litwinowiczowi

Wykaz stopni naukowych doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu nadanych przez Radę Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego w dniu 11 maja 2021 roku

lek. Aleksandra Boroń
„Optymalizacja leczenia oraz prognozowanie (wczesnych i odległych) wyników badania słuchu u chorych operowanych z powodu przewlekłego zapalenia ucha środkowego" – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Maciej Wiatr

lek. Beata Kusak
„Analiza kliniczna dzieci z wiotkością dróg oddechowych" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Grzegorz Lis

lek. Anna Lizoń
„Nanocząstki srebra jako narzędzie do badania oddziaływań międzybiałkowych" – monografia
Promotor: dr hab. Ryszard Drożdż

lek. Marcin Strona
„Sądowo-lekarska analiza zgonów dzieci i młodzieży na podstawie materiału opiniodawczego Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej UJ CM z lat 2000-2010" – monografia
Promotor: dr hab. Tomasz Konopka

Program szkoleń podyplomowych organizowanych przez Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Collegium Medicum UJ w okresie wrzesień 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**

Kursy dla specjalizacji lekarskich wrzesień 2021

Alergologia
Diagnostyka chorób alergicznych
23-24.09.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Ewa Czarnobilska, prof. UJ

Choroby wewnętrzne
Geriatria
13-14.09.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Barbara Gryglewska, prof. UJ
Alergologia
16-17.09.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Ewa Czarnobilska, prof. UJ

Geriatria
Wielkie problemy geriatryczne
2-3.09.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Barbara Gryglewska, prof. UJ

Mikrobiologia lekarska
Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej
30.08–3.09.2021

Zakażenia układu moczowo-płciowego – etiologia, epidemiologia, obraz kliniczny, diagnostyka, leczenie, zapobieganie
15-17.09.2021

Zakażenia w okresie ciąży i okresu noworodkowego – etiologia, epidemiologia, obraz kliniczny, diagnostyka, leczenie, zapobieganie
22-24.09.2021
Kierownictwa naukowe:
prof. Jadwiga Wójkowska-Mach

Ginekologia onkologiczna
Kurs podsumowujący (atestacyjny): „Ginekologia onkologiczna"
27.09.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Tomasz Banaś

Pediatria
Choroby nowotworowe u dzieci
29.09-1.10.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Szymon Skoczeń

Toksykologia kliniczna
Promocja zdrowia w toksykologii klinicznej
27-28.09.2021
Kierownictwo naukowe:
dr Piotr Hydzik

Toksykologia szczegółowa
Ostre i przewlekłe zatrucia ksenobiotykami oraz ich następstwa
13-22.09.2021
Kierownictwo naukowe:
dr Piotr Hydzik

Kursy dla specjalizacji lekarsko-dentystycznych wrzesień 2021

Chirurgia stomatologiczna

Podstawy diagnostyki i leczenia
w chirurgii stomatologicznej
13-17.09.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Tomasz Kaczmarzyk

Onkologia jamy ustnej
i twarzowej części czaszki
20-24.09.2021
Kierownictwo naukowe:
prof. Tomasz Kaczmarzyk

Periodontologia

Choroby błony śluzowej jamy ustnej
i profilaktyka onkologiczna
27.09-1.10.2021
Kierownictwo naukowe:
dr Iwona Olszewska-Czyż

Kursy dla wszystkich specjalizacji wrzesień 2021

Zdrowie publiczne
13-22.09.2021
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Mariusz Duplaga, prof. UJ

Kursy doskonalące dla lekarzy wszystkich specjalizacji moduł reumatologiczny

Holistyczna opieka nad pacjentem geriatrycznym z problemami reumatologicznymi – 27-28.08.2021

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum zaprasza do udziału w bezpłatnym szkoleniu w ramach projektu *Podnoszenie Kompetencji Lekarskich (POKOLEnia) – interdyscyplinarna i holistyczna opieka nad pacjentem geriatrycznym z problemami psychicznymi, reumatologicznymi oraz w opiece okołozabiegowej* współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Europejskiego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Dwudniowe szkolenie 27-28 sierpnia 2021 roku pod okiem wykwalifikowanej kadry dydaktycznej Collegium Medicum, doświadczonych lekarzy – praktyków oraz psychologów pozwoli na doskonalenie wiedzy, umiejętności medycznych i kompetencji społecznych opartych o Evidence Based Medicine dotyczących leczenia chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego oraz umiejętności w postępowaniu z pacjentem w wieku podeszłym.

Zajęcia będą prowadzone w trybie hybrydowym. W pierwszym dniu seminaria teoretyczne będą transmitowane online. Drugi dzień upłynie pod znakiem warsztatów praktycznych, które odbędą się w siedzibie Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie, przy ul. Medycznej 7.

Lekarze uczestniczący w szkoleniu uzyskują 16 punktów edukacyjnych.

Szczegółowy harmonogram szkolenia oraz rejestracja dostępna na strona projektu *Podnoszenie Kompetencji Lekarskich (POKOLEnia) – interdyscyplinarna i holistyczna opieka nad pacjentem geriatrycznym z problemami psychicznymi, reumatologicznymi oraz w opiece okołozabiegowej* **https://pokolenia.cm-uj.kraków.pl** w zakładce „szkolenia".

Kontakt z Biurem Projektu:
Centrum Innowacyjnej Edukacji
Medycznej Collegium Medicum,
ul. Medyczna 7, 30-688 Kraków,
nr tel. **12 347 69 03**,
adres e-mail: **pokolenia@cm-uj.krakow.pl**

W wolnym czasie

Krakowski Chór Lekarski zaprasza

Pandemia i ograniczenia z nią związane pokrzyżowała wiele planów Krakowskiego Chóru Lekarskiego, jednak – jak przyznają jego założycielki – „duch zespołu nie zginął". Po miesiącach prób online chórzyści znów mogą się spotykać w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie przy ul. Krupniczej 11a, w każdy czwartek o godz. 19. Na próbę może przyjść każdy lekarz, który chciałby zostać członkiem Krakowskiego Chóru Lekarskiego – o szczegóły można pytać pod adresem: **chorlek.krakow@gmail.com**.

W planach chóru na najbliższe tygodnie jest nagranie promującego go wideoklipu. Podobnie jak jego członkowie, mamy również nadzieję na letni koncert.

fot. K. Domin

Na zdj. Próba Krakowskiego Chóru Lekarskiego w siedzibie OIL, styczeń 2020 r.

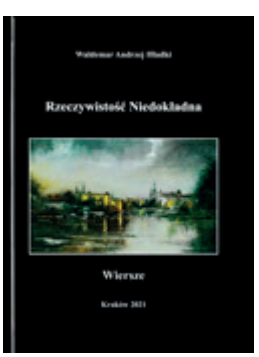
Spotkanie poetyckie w Piwnicach OIL

Rzeczywistość niedokładna

Wyciszenie

Jest zbiorem żywych ptaków
Utkanych w ciepłej zieleni.
Brzmieniem cierpliwych fal.
Jest śladem bosej stopy
Na mokrym piasku.
Kolorem podwodnego ogrodu.
Palmowym cieniem,
Drzemiącym w hamaku.
Jest kolorem zachodu słońca,
Co tonie w srebrze oceanu.
Szlachetną próbą złota,
Pomarańczową magią,
Zorzą przypudrowanych obłoków.
Wyciszenie jest we mnie.

Waldemar Hładki
Wyspa Mahe, Seszele, 15 listopada 2018 r.



W najdłuższy wieczór tego roku, po długiej przerwie związanej z ograniczeniami z powodu epidemii, do piwnic krakowskiej Izby powróciło życie. I to od razu artystyczne. 21 czerwca odbyła się tam promocja tomiku poetyckiego prof. Waldemara Hładkiego pt. „Rzeczywistość niedokładna. Trzydzieści wierszy na moje trzydziestolecie w Unii Polskich Pisarzy Lekarzy".

Prof. Hładki – chirurg, ortopeda, specjalista medycyny ratunkowej, ale też prezes Okręgowego Sądu Lekarskiego, a od 2015 r. także prezes UPPL – odegrał tego wieczoru rolę gospodarza nie tylko jako autor prezentowanego zbioru, lecz także *spiritus movens* klubu lekarza Piwnica u Medyków „Konsylium". Zaangażowanie Profesora w utworzenie i aranżację klubu jest nie do przecenienia, dlatego nie dziwi, że nawet swój autorski wieczór rozpoczął od zaproszenia do inicjowania lekarskiej działalności kulturalnej, która może być rozwijana nie tylko w klimatycznych piwnicach, lecz także izbowej auli.

Na niewielkiej scenie w podziemiach Izby gościli także prof. Anna Pituch-Noworolska, pediatra, immunolog i ceniona krakowska poetka, która prowadziła spotkanie. Poezję czytał aktor Andrzej Róg, a oprawę muzyczną, grając na skrzypcach, zapewnił Adam Prucnal.

Wiersze zebrane w tomiku „Rzeczywistość niedokładna" powstawały w ciągu kilku ostatnich lat. Niektóre z nich to swego rodzaju impresje z podróży w odległe zakątki świata. Są to utwory lapidarne, nostalgiczne, dojrzałe, dotykające czasem dotkliwych doznań, dlatego też zaskakują pewną intymnością. Jak stwierdził tego wieczoru Waldemar Hładki, uprawianie poezji ma w sobie coś z ekshibicjonizmu, a do tego trzeba mieć odwagę. Przykładem wiersz w cyklu „Moje rozważania na Wielki Tydzień 2020"…

Zresztą, sięgnijcie Państwo sami po ten tomik. To nie jest poezja, która potrzebuje reklamy czy pobieżnej interpretacji.

Tekst i zdjęcie: Katarzyna Domin

Sposób

Łykam życie w tabletkach,
trzy razy dziennie,
po posiłku.
Popijam pragnieniem,
po dwa łyki nadziei.
Już mi lepiej.
Znowu mogę myśleć,
że nie jestem potworem.
Jestem cudem.

Waldemar Hładki
Kraków, 21 czerwca 2019 r.

To jest czas kobiet

W „Wujaszku Wanii" mężczyźni są słabi i brzydko się starzeją. Tylko kobiety dają nadzieję, że czeka nas jakaś przyszłość.

Genialność sztuk Czechowa polega na tym, że ludzie, niezależnie od tego, w jakim czasie i sytuacji żyją, odnajdują w nich siebie. Idąc na „Wujaszka Wanię", zrealizowanego na Scenie pod Ratuszem Teatru Ludowego w Krakowie, zastanawiałam się, co reżyserka spektaklu Małgorzata Bogajewska ma nam dziś tym tekstem do powiedzenia. I już wiem, a na dodatek się z nią zgadzam – żyjemy w świecie, w którym kobiety odzyskały głos. I ich głos jest już naprawdę słyszalny.

To, co piszę, mogłoby sugerować, że przedstawienie będzie poruszać doraźne wątki, a na scenie zobaczymy odniesienia na przykład do Strajku Kobiet. Nic z tych rzeczy. Reżyserka nie uwspółcześnia sztuki Czechowa na siłę. Akcję spektaklu umieszcza w niezdefiniowanym czasie, w scenografii, która może dotyczyć tu i teraz, ale też epoki sprzed kilkudziesięciu lat. Nie zmienia tekstu, prowadzi całość bardzo klasycznie, dając widzowi szansę na zorientowanie się w relacjach między bohaterami. Najważniejsze jest jednak takie rozłożenie akcentów, dzięki któremu kobiety wychodzą na pierwszy plan, sprawiając, że świat trzyma się jeszcze w posadach i nie zboczył z racjonalnego toru.

Bo mężczyźni są tu nieciekawi, choć to wokół ich problemów kręci się sceniczna opowieść. Jednak nie trzeba być Sherlockiem Holmesem, by dostrzec, jak słabi to ludzie, jak pozbawieni tej życiowej energii, która popycha świat do przodu. Ot, choćby tytułowy Wujaszek Wania. Bohater w interpretacji Piotra Pilitowskiego okropnie brzydko się zestarzał. Nigdy o siebie nie zawalczył, od lat mieszka na wsi, wciąż gada o swoim nieudanym życiu, tkwi w jego pustce jak robak, który wpadł do słoika i już nawet nie pamięta, czy kiedykolwiek

usiłował wspiąć się po jego szklanej ścianie. Niby namiętnie kocha się w Helenie, lecz potrafi o tym tylko mówić. Gdy widzi ją z mężem czy kochankiem, wycofuje się na bezpieczną odległość, a żal wyrzuca z siebie wypijając kolejną butelkę wódki.

Daje to te same efekty, co postawa profesora Sieriebriakowa Kajetana Wolniewicza, choć ten akurat robi wszystko, by ściągnąć na siebie uwagę. Jest stary, gruby, pozbawiony niegdysiejszych naukowych talentów. No i przede wszystkim ma mnóstwo dolegliwości, które jednak nie przeszkodziły mu ożenić się z piękną, młodą, zakochaną w jego intelekcie kobietą. Teraz zmusza ją, jak i całe otoczenie, by uczestniczyła w jego fizycznym cierpieniu. Jego egoizm sięgnął Himalajów. A może nie trzeba takich porównań, może wystarczy powiedzieć, że osiągnął po prostu poziom zniechęcenia do życia innego bohatera spektaklu, Astrowa granego przez Piotra Franasowicza. Ten przynajmniej kiedyś miał jakieś idee, chciał ratować lasy, leczyć ludzi. Ale teraz to już go kompletnie nie obchodzi, bliżej mu do flaszki niż do lekarskiej torby. Przez szkło kieliszka nie widzi zakochanej w nim Sonii, nie dostrzega jej pięknej duszy i subtelnej urody, przykrytej codziennością dresów i rozciągniętego swetra.

A to jedyna tak naprawdę wartościowa osoba. Maja Pankiewicz w kontrze do pozostałych gra współczesną, młodą dziewczynę, nieśmiałą, zakochaną, ale doskonale wiedzącą, co w życiu jest ważne. To właśnie ona, jako jedyna w całym towarzystwie nieciekawych facetów z brzuchami, pchnie świat na właściwe tory, nada mu sens, spróbuje go zmienić dla siebie i swoich potencjalnych dzieci. Rozglądnijcie się dookoła, zobaczcie, ile wokół nas jest takich kobiet, młodych mimo upływających lat i niesprzyjających okoliczności. I to właśnie jest ich czas.

Magda Huzarska-Szumiec

Fot. Klaudyna Schubert, Teatr Ludowy,

„Wujaszek Wania", Scena pod Ratuszem Teatru Ludowego. Spektakl będzie grany w dniach 22-24 lipca br.

Zdjęcia, które przenoszą w przeszłość

Prezentowana w Międzynarodowym Centrum Kultury w Krakowie wystawa „Nie tylko Bauhaus. Międzywojenna fotografia niemiecka i polskie tropy" to podróż do świata, który intryguje.

Ta epoka wciąż ciekawi, ale też niepokoi, choćby przez fakt, że zapowiadała nadejście największych kataklizmów XX wieku – dojście Hitlera do władzy i wybuch II wojny światowej. Pewnie dlatego tak dużą popularnością cieszył się jeszcze niedawno serial „Babylon Berlin", którego kilka sezonów możemy obejrzeć na platformie HBO. Pewnie dlatego też raz po raz wracamy do niemieckich kabaretów z lat 20. i 30., do śpiewanych w nich piosenek Kurta Tucholsky'ego, które stają się bohaterami współczesnych przedstawień teatralnych. Teraz możemy jeszcze lepiej poznać intrygujący świat Republiki Weimarskiej, wyruszając w podróż w czasie, jaką jest wizyta na wystawie „Nie tylko Bauhaus…".

Ta wyjątkowa ekspozycja to ponad 300 zdjęć, które same w sobie są pełnoprawnymi dziełami sztuki. Mają jednak jeszcze jedną zaletę – zostały naznaczone piętnem czasu, w jakim powstały, i to nie tylko pod względem formy, ale i treści. Oglądając je, czujemy atmosferę końca I wojny światowej, upadku niemieckiej monarchii i wreszcie proklamowania Republiki Weimarskiej. W tamtym okresie ludzie chcieli „odreagować" mroczne czasy szturmując nocne kluby i kabarety, a rozrywką, która rozkwitała, stał się taniec. Ruszono na parkiety, by zatracić się w charlestonie, shimmy czy lindy hopie, jednocześnie rodziła się awangardowa sztuka tańca. Możemy to zobaczyć na ekspresjonistycznych fotografiach,

Munkacsi Martin, Tancerka Rosy Barsony, Berlin 1932, Sammlung F.C. Gundlach

Paula Nireńska w tańcu „Krzyk". I Międzynarodowy Konkurs Artystycznego Tańca Solowego w Warszawie, 1933, NAC/Koncern IKC

Zofia Chomętowska, Kobieta z Leicą w Budapeszcie, lata 30. XX w. ©Chomętowscy/Fundacja Archeologia Fotografii

Yva (Elsa Neuländer-Simon), Strój plażowy, Berlin ok. 1932, Sammlung F.C. Gundlach

przedstawiających słynne wówczas tancerki w niekonwencjonalnych pozach i ujęciach.

Zmieniła się też obowiązująca moda. W MCK pokazano fotografie z ówczesnych czasopism, przedstawiające modelki, gwiazdy filmowe i teatralne, które zrzuciły gorsety, zmieniając je na kreacje nieco swobodniejsze, takie jak koszulowe sukienki na ramiączkach. Do tego szerokie opaski na czole, cekiny i boa z piór. Z kolei mężczyźni zaczęli nosić spodnie z szerokimi nogawkami, a na głowy nakładali coraz więcej pomady. Na zdjęciach pojawiły się też ówczesne symbole statusu społecznego, np. gramofony i luksusowe samochody.

Jednak era Republiki Weimarskiej to epoka kontrastów społecznych, czas ogromnego kryzysu ekonomicznego, który doprowadził na szczyt władzy przedstawicieli NSDAP i sprawił, że terror ogarnął najpierw Niemcy, a potem kolejne kraje. Dlatego puentę wystawy stanowią zdjęcia przedstawiające potworną biedę, jaka wtedy panowała, świat robotników i przymierających głodem bezrobotnych.

Tak, jak zapowiada tytuł ekspozycji, pojawiają się też tropy polskie. Nasze rodzime, archiwalne fotografie wchodzą tu w dialog z niemieckimi zdjęciami. Sprawią one przyjemność szczególnie tym, którzy zechcą doszukać się w nich podobieństw i różnic związanych z polityczno–społecznym doświadczeniem obydwu krajów, jak i odmiennością w poszukiwaniu nowego języka fotografii. Międzywojnie to świat obrazów – podkreśla kuratorka wystawy, Natalia Żak, zwracając uwagę zwiedzających na nazwiska takich autorów, jak prezentowani tu: Martin Munkácsi, Albert Renger-Patzsch, Martin Badekow, Hugo Erfurth, Lotte Jacobi czy znakomita polska fotografka Zofia Chomętowska.

Wystawę do marca 2020 r. pokazywano w LVR Landes--Museum w Bonn. Jej poszerzoną o „polskie tropy" wersję możemy oglądać w Międzynarodowym Centrum Kultury do 2 sierpnia 2021 r.

Magda Huzarska-Szumiec
Fot. Paweł Mazur, MCK

red. Dorota Bardzińska i Katarzyna Pinkosz

Jak motyl. Odczarować mity. Lekarze i pacjentki o życiu z rakiem jajnika

Siedem kobiet opowiada o swojej walce o życie – walce z rakiem jajnika, nowotworem podstępnym, agresywnym i bardzo trudnym do wykrycia na wczesnym etapie rozwoju. O problemach w diagnostyce i leczeniu raka jajnika mówi również troje lekarzy – prof. Anita Chudecka-Głaz, prof. Radosław Mądry i prof. Paweł Blecharz. Tak można w dwóch zdaniach zrecenzować książkę „Jak motyl. Odczarować mity. Lekarze i pacjentki o życiu z rakiem jajnika" pod redakcją Doroty Bardzińskiej i Katarzyny Pinkosz. Nie ma jednak słów, które oddałyby pełną treść tej pracy. Każdego dnia diagnozę „rak jajnika" słyszy około 10 kobiet w Polsce, rocznie – mniej więcej 3700. Trzy czwarte z nich dowiaduje się o nowotworze złośliwym w jego zaawansowanym stadium, ok. 2000 umiera.

Ten rak jest wyjątkowo zabójczy, ale dzięki postępom medycyny rokowania już nie muszą być tragiczne. Jedna z bohaterek książki, choć w poczuciu ciągłego zagrożenia, żyje z nim ponad 10 lat, inne również się nie poddają i ciesząc się każdym kolejnym dniem często „celebrują cudowną codzienność". Żyją też pacjentki, które diagnozę „rak jajnika" usłyszały 20 lat temu. Lekarze nie ukrywają jednak, iż lepszy system opieki i dostęp do nowoczesnych terapii znacznie poszerzyłyby tę grupę. W krajach, gdzie leczenie jest lepiej zorganizowane, szanse pięcioletniego przeżycia ma ponad 70 proc. pacjentek z rakiem jajnika. W Polsce tylko ok. 40 proc.

W jakim celu napisano tę książkę, dlaczego pacjentki zdecydowały się opowiedzieć często intymne historie? Przede wszystkim, by odczarować narosłe wokół raka jajnika mity. Przed laty Amazonki podobnie odczarowały raka piersi. Stworzyły również sieć wzajemnej pomocy, a z takich wzorców trzeba czerpać. Pacjentki z rakiem jajnika nie kryją żalu, że uzyskanie prawidłowej diagnozy i wdrożenie najskuteczniejszego leczenia zajmowało czasem wiele miesięcy. Powstało więc Stowarzyszenie Niebieski Motyl, służące wsparciem kobietom dotkniętym nowotworem strefy intymnej, w szczególności rakiem jajnika. „Motyl to piękny, delikatny owad, który przypomina o kruchości życia, ale zarazem jest symbolem siły i waleczności" – tłumaczy jedna z pacjentek.

W ramach promocji książki oraz by jak najszerzej uświadomić problem, w wielu miastach odbyły się konferencje prasowe, zorganizowane przez Stowarzyszenie Dziennikarze dla Zdrowia. Patronem medialnym spotkania w Krakowie była „Galicyjska Gazeta Lekarska". W dyskusji online wzięły udział m.in. dwie bohaterki tej wyjątkowej książki oraz prof. Mariusz Bidziński, konsultant krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej, kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie, oraz prof. Paweł Blecharz, kierownik Kliniki Ginekologii Onkologicznej NIO Oddział w Krakowie. Na kanwie książki specjaliści mówili m.in. o konieczności zmian systemowych w leczeniu raka jajnika. Ich zdaniem potrzebny jest system kompleksowej opieki i stworzenie tzw. Ovarian Cancer Units. Zgodnie z koncepcją prof. Bidzińskiego, kobiety ze zdiagnozowanym rakiem jajnika powinny trafiać na leczenie tylko do wyspecjalizowanych ośrodków.

– *Jest wiele przypadkowych miejsc, w których leczy się raka jajnika. Na przykład w województwie mazowieckim w roku 2020 leczenie prowadziło 27 szpitali. W większości z nich – pojedyncze przypadki w ciągu roku* – tłumaczy prof. Bidziński. Zgodnie z jego szacunkami, w woj. mazowieckim takie ośrodki powinny być najwyżej cztery, a w całej Polsce – około 30-35.

Według prof. Bidzińskiego po diagnozie raka jajnika, choćby w szpitalu powiatowym, informacje o chorej powinny być konsultowane z ośrodkiem referencyjnym (zaliczanym do Ovarian Cancer Units) i w razie potrzeby pacjentka powinna być do niego kierowana najpóźniej w 48 godzin.

Kolejny problem to skuteczność leczenia. Większość pacjentek dobrze reaguje na terapię pochodnymi platyny, ale po pewnym czasie dochodzi do nawrotu choroby, a możliwość korzystania z nowoczesnych leków jest ograniczona. Dostęp do inhibitorów PARP jest uzależniony od wykrycia mutacji w genach BRCA1 i BRCA2, tymczasem w Polsce tylko około 30 proc. pacjentek z zaawansowanym rakiem jajnika ma wykonywane badania genetyczne.

– *W obecnych warunkach refundacyjnych pozostałe około 70 proc. kobiet traci szansę na to leczenie* – podsumowuje prof. Blecharz.

Co więcej, badania dowodzą mniejszą lub większą skuteczność tej terapii u wszystkich chorych z rakiem jajnika, niezależnie od mutacji.

Na razie specjaliści apelują, by po otrzymaniu diagnozy kobiety nie podejmowały pochopnych decyzji, lecz świadomie wybrały taki ośrodek, który zapewni im kompleksowe, najnowocześniejsze leczenia raka jajnika. A lekarzy uczulają, by mądrze kierowali swoje pacjentki. Jakie to ma znaczenie – można przeczytać w książce „Jak motyl…"

(JGH)

„Jak motyl. Odczarować mity. Lekarze i pacjentki o życiu z rakiem jajnika", pod red. D. Bardzińskiej i K. Pinkosz, Wydawca GSK Commercial sp. z o.o., Warszawa 2021

Tadeusz Paweł Rutkowski

Józef Polikarp Brudziński (1874-1917)

Określenia *Brudziński górny*, *Brudziński dolny* są dla każdego lekarza czymś oczywistym, stale obecnym w języku współczesnej medycyny. Spotyka się z tymi pojęciami jeszcze w trakcie studiów, gdy uczy się o objawach oponowych, potem nierzadko podczas swojej praktyki klinicznej. Kim był człowiek, którego nazwisko zostało utrwalone w ich eponimicznej nazwie?

Książka Tadeusza Pawła Rutkowskiego pozwoli wyczerpująco na powyższe pytanie odpowiedzieć. Wydana z okazji setnej rocznicy śmierci Józefa Polikarpa Brudzińskiego jest pierwszą monografią poświęconą temu wybitnemu pediatrze, twórcy dwóch nowoczesnych szpitali dziecięcych w Łodzi i Warszawie, pierwszemu rektorowi odrodzonego Uniwersytetu Warszawskiego. Jest to zrealizowana z rozmachem praca oparta – tam, gdzie było to możliwe – o źródła archiwalne, a gdy ich zabrakło, odwołująca się do ustaleń innych badaczy, doniesień prasowych, wspomnień i pamiętników. Efektem wieloletnich poszukiwań autora i staranności w doborze oraz analizie zebranego materiału do rąk czytelnika trafia przekonująco napisana biografia jednego z najczęściej przywoływanych w literaturze światowej polskich lekarzy.

Rozdział pierwszy książki – *Młodość i studia*, chociaż liczący tylko kilkanaście stron, pozwala nam dobrze poznać czas kształtowania się młodego człowieka, w którym zamiłowania do historii, polskiej literatury i nauk przyrodniczych łączyły się z wyniesionym z rodzinnego domu patriotyzmem. Odwołując się do zachowanych o Brudzińskim opinii jemu współczesnych, Rutkowski kreśli portret psychologiczny wkraczającego stopniowo w dorosłe życie gimnazjalisty, potem zaś studenta Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, uniwersytetu w Dorpacie, wreszcie w Moskwie, zastanawiając się, kiedy i gdzie zrodziło się w nim szczególne zainteresowanie pediatrią. W rozdziale drugim – *Lekarz i organizator,* śledzimy losy Brudzińskiego od chwili, gdy w 1897 roku uzyskał dyplom lekarski. Widzimy go pracującego w szpitalu św. Ludwika w Krakowie u prof. Macieja Leona Jakubowskiego, którego zawsze darzyć będzie najwyższym szacunkiem, podróżującego naukowo po Europie, chłonącego najnowsze wówczas osiągnięcia z zakresu diagnostyki i terapii chorób dziecięcych m.in. w Grazu i Paryżu, by później móc to wykorzystać po powrocie do Warszawy. Rutkowski prezentuje nam Brudzińskiego jako aktywnie działającego na rzecz nowoczesnej pediatrii lekarza, którego zaproszono do Łodzi, gdzie opieka zdrowotna dzieci u progu XX wieku była ogromnym wyzwaniem medycznym i organizacyjnym. To właśnie w tym mieście Brudziński zostanie lekarzem naczelnym Szpitala Anny Marii dla Dzieci, by w ciągu zaledwie paru lat uczynić zeń jeden z najnowocześniej zorganizowanych ośrodków klinicznych na ziemiach polskich. Rozdział trzeci – *Twórca Szpitala Dziecięcego im. Karola i Marii w Warszawie*, jak sam tytuł wskazuje, został poświęcony dalszej działalności Brudzińskiego, który w 1910 roku podjął się kolejnego wyzwania, jakim stało się zorganizowanie i kierowanie nowo powstającym szpitalem pediatrycznym w Warszawie. Kolejny rozdział jest prezentacją dorobku naukowego Brudzińskiego, szczególnie w tej jego części, która opisuje prace nad diagnostycznym wykorzystaniem odruchów neurologicznych. Warto jednak zauważyć, że zainteresowania badawcze polskiego pediatry były znacznie szersze, obejmowały również psychologię i psychiatrię wieku dziecięcego oraz bakteriologię i mikrobiologię kliniczną. W rozdziale piątym spotykamy Brudzińskiego jako rektora odrodzonego Uniwersytetu Warszawskiego, którego powstanie i organizacja, choć okupiona wysiłkiem wielu ludzi, spoczęła głównie na jego barkach. Autor kreśli obraz epoki pełnej niepokoju i oczekiwań, rodzącej się nadziei odzyskania suwerenności i uznania praw narodu polskiego. Zaangażowanie Brudzińskiego w kwestie społeczne i działalność już *stricte* polityczną było konsekwencją jego życiowej postawy, w której tak dużą wagę odegrało poczucie obowiązku służby innym. Nie zawsze to rozumiano, a jego zaangażowanie we współpracę z Niemcami, kształtującej się w oparciu o postanowienia aktu 5 listopada 1916 roku, wielu nastawiło do niego krytycznie czy wręcz wrogo. W ostatnim rozdziale książki – *Pomiędzy uczelnią a wielką polityką,* Rutkowski dąży do możliwie pełnego wyświetlenia tych nadal, mimo upływu już ponad stulecia, niełatwych spraw i problemów.

Wyjątkowo obszerny i dobrze opracowany aneks źródłowy dopełniają opowieści o krótkim, bo trwającym zaledwie 43 lata życiu Józefa Polikarpa Brudzińskiego, życiu jednak pełnym barw, nasyconym pracą w poczuciu obowiązku, przez to ciekawym. Warto po tę książkę sięgnąć.

Ryszard W. Gryglewski

Tadeusz Paweł Rutkowski, „Józef Polikarp Brudziński (1874-1917)", Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2017, s. 378.

red. nauk. Artur Jurczyszyn

Notre Dame de Cracovie. O medycynie i sztuce

Nakładem krakowskiej Fundacji Centrum Leczenia Szpiczaka wydana została książka „Notre Dame de Cracovie. O medycynie i sztuce" pod redakcją naukową dr. hab. Artura Jurczyszyna, prof. UJ, wybitnego hematologa, lecz także prezesa tejże Fundacji. Tematem książki nie jest jednak szpiczak. Dotyczy ona szeroko pojętego przenikania się sztuki i nauk medycznych – praktykowanej od wieków współpracy lekarzy i artystów, dążących do utrwalenia w dziełach plastycznych zmian chorobowych lub anatomicznych m.in. do celów dydaktycznych, lecz także tego, w jaki sposób sztuka pomagała artystom mierzyć się z chorobą, a nawet stawała się inspiracją do rozwoju.

Książka ukazuje się w 100-lecie Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, co można potraktować jako klucz ułatwiający jej odczytanie. Wiele uwagi poświęcono właśnie chorobom skóry, zarówno w aspekcie medycznym – pod koniec książki zawarte są rozdziały opracowane przez specjalistów medycyny: prof. Grażynę Kamińską-Winciorek z Narodowego Instytutu Onkologii, Oddział w Gliwicach (rozdz. „Raki skóry – rodzaje, objawy, leczenie") i dr. Dominika Ludewa, wenerologa i dermatologa (rozdz. „Wybrane choroby skóry – diagnostyka i leczenie w XXI wieku") – jak również ich przedstawieniu w sztukach plastycznych. Najważniejszym z omawianych dzieł jest słynny XV-wieczny ołtarz Wita Stwosza z kościoła mariackiego w Krakowie, którego kolejna renowacja właśnie dobiegła końca. W trakcie poprzedniej, w latach 30. minionego wieku, szczegółowej analizie, pod kątem zmian chorobowych utrwalonych na rzeźbach i płaskorzeźbach, poddał go prof. Franciszek Walter. Przedruk jego monografii z 1933 roku także został zamieszczony w omawianej książce.

Prof. Walter, wybitny dermatolog i wenerolog, profesor i rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego, był także wielkim pasjonatem historii i sztuki. Jak pisze prof. Ryszard Gryglewski w eseju poświęconym Walterowi: „To właśnie z tego zamiłowania – popartego gruntowną i szeroką wiedzą, zrodziła się jedna z najciekawszych propozycji badawczych, jakie powstały na gruncie historii medycyny w międzywojennej Polsce. Mowa tu o pracy *Wit Stwosz – rzeźbiarz chorób skórnych. Szczegóły dermatologiczne ołtarza mariackiego"*. Prof. Walter, przyglądając się rzeźbom Stwosza w pracowni restauratorów, rozpoznał na nich zmiany patologiczne będące objawami m.in. gruźlicy i nowotworów skóry, a także, co ciekawe, postawił hipotezę, że jedna z postaci ma znamiona późnej kiły wrodzonej. Tymczasem wcześniej sądzono, że pojawiła się w Europie dopiero po wielkiej wyprawie Kolumba, czyli już po powstaniu ołtarza mariackiego.

W „Notre Dame de Cracovie" przeczytać także można esej biograficzny poświęcony Stwoszowi autorstwa dr Magdaleny Cisło z Wydziału Rzeźby ASP w Krakowie oraz tekst prof. Jerzego Walochy z Katedry Anatomii UJ CM pt. „Ołtarz Wita Stwosza w filatelistyce".

Nie mniej interesujące są krótkie „wykłady" Liliany Sonik, felietonistki „Dziennika Polskiego", członkini prezydium Społecznego Komitetu Odnowy Zabytków Krakowa, zawarte w rozdziale „Sztuka i medycyna". Autorka przytacza w nich historie m.in. Vincenta van Gogha, Józefa Gielniaka (linorytnika chorującego na gruźlicę), Katarzyny Kozyry i jej słynnej pracy „Olimpia", ukazującej autorkę podczas zmagań z nowotworem, czy choćby „Lekcji anatomii doktora Tulpa" Rembrandta. Pisze też o przedstawieniach pandemii w sztuce, a także o „AIDS i artystycznym aktywizmie" z lat 80., mającym na celu zwrócenie uwagi na potrzeby osób będących nosicielami HIV i ich walce z napiętnowaniem społecznym. Pod wpływem lektury tej książki można tę stygmatyzację poniekąd traktować jako pokłosie późnośredniowiecznego przekonania, że choroba jest karą za grzechy. Wszak także w dziele Stwosza znamiona chorobowe mają postacie negatywne, np. faryzeusza czy szatana.

Autorzy wydają się jednak mówić, że choroba nie jest karą ani czymś, od czego należy odwracać wzrok. I właśnie w tym miejscu zbiegają się ścieżki lekarzy i wspomnianych artystów – w skupieniu na człowieku z jego cierpieniem, chorobą, deformacją, w których również warto doszukiwać się piękna.

Katarzyna Domin

„Notre Dame de Cracovie. O medycynie i sztuce", red. nauk. Artur Jurczyszyn, Fundacja Centrum Leczenia Szpiczaka, Kraków 2021, s. 134.

Jest źle. Wielu lekarzy deklaruje odejście z zawodu, jeszcze więcej cierpi na różnego typu zaburzenia psychiczne, a wypalenie zawodowe ma rozmiar epidemii. 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 dokończenie artykułu psychologa Krzysztofa Dygi – pierwsza część ukazała się w poprzednim wydaniu „GGL".

(*Redakcja*)

Psychoterapia psychodynamiczna (cz. 2)

Rozmowa, która leczy

Wymienione w poprzednim artykule cechy psychoterapii psychodynamicznej dotyczą metody. Jednak psychoterapię psychodynamiczną, tak jak i każdą inną, wyróżniają również jej założenia. Należy do nich przede wszystkim uznanie wagi procesów nieświadomych oraz znaczenia doświadczeń z dzieciństwa, które kształtują osobowość człowieka w stopniu porównywalnym z jego wyposażeniem genetycznym. Specyficzna dla szeroko pojętego podejścia psychodynamicznego jest identyfikacja fenomenów przeniesienia i przeciwprzeniesienia oraz wykorzystywanie ich, wraz z analizą oporu wobec procesu terapeutycznego, jako cennych źródeł rozumienia pacjenta. W omawianym podejściu również najsilniej wybrzmiewają aksjomaty ekwipotencjalności i ekwifinalności. Tak, jak to jest w psychoanalizie, podejście psychodynamiczne podkreśla, że podobne zachowania mogą mieć różne źródła, a podobne motywy mogą prowadzić do różnych zachowań. Np. altruizm może być nie tylko postępowaniem zgodnym z przyjmowanymi wartościami, lecz również próbą poradzenia sobie z uczuciem wrogości lub poczuciem winy albo wynikać z potrzeby odwrócenia dziecięcego doświadczenia traumatycznego czy też z poczucia bycia niegodnym doznawanych „łask". Może być również wynikiem wszystkich tych uwarunkowań. Te same motywy mogą jednak generować zachowania antyspołeczne.

Niefortunny rozbrat psychoanalizy z psychologią akademicką pokutuje do dzisiaj, przejawiając się w sceptycyzmie środowiska naukowego wobec podejścia psychodynamicznego w psychoterapii (i w zasadzie każdego innego poza CBT – terapią poznawczo-behawioralną). Nie wchodząc w powody takiego stanu rzeczy, należy stwierdzić, że zarówno skuteczność psychoterapii psychodynamicznej, jak i niektóre elementy stojących za nią teorii, zyskały potwierdzenie naukowe.

Problem skuteczności psychoterapii jest niezwykle złożony, jednak najbardziej podstawowe wnioski z licznych badań można podsumować następująco: wszystkie uznane paradygmaty psychoterapeutyczne są skuteczne i zanadto skutecznością się nie różnią, a o skuteczności psychoterapii decyduje bardziej osoba terapeuty niż podejście, w jakim pracuje. Co ciekawe, niektóre z badań porównawczych między CBT a psychoterapią psychodynamiczną sugerują, że zdrowienie pacjentów, którzy przeszli tę terapię, postępuje nadal po jej zakończeniu. Tłumaczy się to „uwewnętrznieniem" funkcji terapeuty.

Psychoanaliza i jej pochodne zawsze wzbudzały kontrowersje kontrintuicyjnymi i dość arbitralnie stawianymi tezami na temat funkcjonowania psychiki. Z tego powoadu poniżej zrelacjonuję pokrótce kilka badań, nakazujących brać na poważnie przynajmniej niektóre z tych tez, jak np. koncepcja mechanizmów obronnych – nieświadomych zabiegów uruchamianych w momencie zagrożenia... wiedzą trudną do zniesienia.

Najbardziej elementarny mechanizm obronny – wyparcie (nieprzypadkowe, umotywowane „zapominanie") – był badany eksperymentalnie już w latach 80. XX wieku. I tak np. eksperyment Morokoff (1985 r.) wykazał, że kobiety, których przeżywanie własnej seksualności było naznaczone poczu-

ciem winy, w reakcji na prezentację nagrań o treści erotycznej wykazywały większy poziom pobudzenia seksualnego, a jednocześnie mniejszą tego świadomość niż kobiety cieszące się swoją seksualnością w sposób bezkonfliktowy.

Z kolei wśród osób badanych przez Davisa i Schwartza (1987 r.), które miały za zadanie przywołać najwcześniejsze wspomnienia związane z pięcioma podstawowymi emocjami, uwidoczniła się grupa osób przywołujących znacząco mniej negatywnych emocji, a także były one starsze w momencie doświadczenia najwcześniejszej z nich. Z konsekwencjami (nadmiernego!) wypierania spotkał się każdy psychoterapeuta, rozpoznając chociażby wzorzec długotrwałego zachowywania spokoju w obliczu frustracji, po którym następuje niepohamowany wybuch. Natomiast dla lekarzy bardziej praktyczna może okazać się wiedza, że spokój i wesołość osób wypierających (które poznać można po względnym braku obecności trudnych emocji w odpowiedzi na trudne sytuacje, nadzwyczajnej odporności na negatywne informacje zwrotne czy dość stereotypowych reakcjach emocjonalnych) często maskują wysokie ciśnienie krwi i szybki puls, co naraża je na ryzyko chorób serca i nowotworów złośliwych (APA Monitor, lipiec 1990, s. 14). O ile podobne obserwacje dotyczą świadomości emocjonalnej, o tyle brak ekspresji emocjonalnej, wedle innych obserwacji, wiąże się z generalnym wzrostem częstości zachorowań.

Słynne polecenie „nie myśl o białych niedźwiedziach" to cytat z badań Daniela Wegnera, który wraz ze współpracownikami potwierdził w innych analizach fundamentalne założenie Freuda o neurotycznych skutkach tłumienia już nie tylko myśli, ale i pragnień – i to pragnień o charakterze seksualnym. W grupie eksperymentalnej, mającej za zadanie tłumić myśli seksualne, wracały one w postaci intruzji, którym towarzyszył dalszy wzrost poziomu przewodnictwa skóry. Autorzy sugerują, że mechanizm ten może brać udział w wytwarzaniu reakcji fobicznych i obsesyjnych. Późniejsze eksperymenty autora pozwalają przypuszczać, że podobne skutki może mieć tłumienie myśli i pragnień dowolnego rodzaju – o ile towarzyszy temu wewnętrzny zakaz. Inne badania wskazują zaś, że (długotrwałe!) tłumienie emocji może odegrać negatywną rolę w przebiegu choroby nowotworowej, w chorobie wrzodowej i w chorobach układu krążenia. Jednocześnie wiemy już, że nadmiernie uproszczone, a przez to fałszywe było łączenie przez dawnych psychoanalityków określonych konstelacji obronnych z konkretnymi jednostkami chorobowymi – np. choroby wrzodowej z tłumieniem zależności (przy nadmiernej aktywności) czy nadciśnienia tętniczego z tłumieniem gniewu (i maskowaniem go łagodnością). W każdym razie wszystko wskazuje na to, że brak jakiegokolwiek ujścia dla emocji (bynajmniej nie mam tu na myśli np. wybuchów złości) wpływa negatywnie na zdrowie zarówno psychiczne, jak i fizyczne. W kontekście przedstawicieli zawodów medycznych, narażonych na dwojakiego rodzaju przemęczenie i stres nie tylko w czasie pandemii, możliwość werbalizacji trudnych myśli i emocji lub przynajmniej wydatkowania energii tych ostatnich, choćby w aktywności sportowej, wydaje się mieć kluczowe znaczenie.

Swoistych dowodów słuszności niektórych psychoanalitycznych tez dostarczają także badania z paradygmatów tzw. obrony percepcyjnej i podprogowej aktywacji psychodynamicznej. O ile te pierwsze sugerowały, że ludzie mogą nieświadomie odrzucać pewne bodźce nacechowane emocjonalnie (w eksperymencie z połowy ubiegłego wieku badani wykazywali większą aktywność gruczołów potowych i reagowali z opóźnieniem na słowa o zabarwieniu seksualnym i/lub agresywnym), o tyle te drugie pokazały, że podprogowa prezentacja zdań nasilających domniemany, nieświadomy konflikt faktycznie powoduje zachowania zgodne z założeniem, jak np. zwiększone spożycie słodyczy u kobiet z zaburzeniami odżywiania, w przypadku prezentacji zdania wieszczącego opuszczenie przez matkę. Trzeba jednak przyznać, że wspomniane eksperymenty trudno było powtórzyć, zaś sama koncepcja „przekazów podprogowych" nie uzyskała dostatecznego potwierdzenia naukowego, stąd np. wykorzystywanie (skuteczne) tego fenomenu w reklamie należy włożyć raczej między bajki.

***

Psychoterapia psychodynamiczna jest zastosowaniem klinicznym wielu tworzonych od ponad stulecia teorii, których wspólnym mianownikiem jest głębia oraz ambicja odkrycia i uzdrowienia tego, co ukryte, a stojące na przeszkodzie miłości i pracy. Jest to skuteczna metoda leczenia za pomocą rozmowy, mająca w różnych modyfikacjach zastosowanie do niemal wszystkich zaburzeń psychicznych. Psychoterapia psychodynamiczna nie jest jednak dla wszystkich. Wymaga silnej motywacji – pomagającej tolerować trudne stany emocjonalne; cierpliwości – pozwalającej nie ustawać w pracy nad sobą mimo świadomości, że może to zająć lata; co najmniej przeciętnej inteligencji – umożliwiającej rozumienie zawiłych mechanizmów wewnątrzpsychicznych; a przede wszystkim – aktywności pacjenta i jego współpracy, bez których terapeuta sam nie jest w stanie nic osiągnąć. Ci, którzy potrafią odbyć taką podróż w głąb siebie wraz z życzliwym i zaangażowanym towarzyszem, mogą nie tylko pozbyć się dręczących ich objawów lub przynajmniej zacząć sobie z nimi radzić, ale i odkryć całe bogactwo swojej osobowości, a tym samym odzyskać kontrolę nad własnym życiem i podnieść jego jakość.

Krzysztof Dyga
krzysztof.jan.dyga@gmail.com

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

Szpital Specjalistyczny im. Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.

os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków

zatrudni:

• lekarza specjalistę w zakresie psychiatrii w wymiarze ½ etatu do pracy w Oddziale Toksykologii i Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Detoksykacji.

Zainteresowanych prosimy o kontakt z ordynatorem Oddziału pod nr. tel. 12 64 68 404 lub 12 64 68 985.

Stomatologia Wichlińscy w Krakowie

nawiąże współpracę z lekarzem stomatologiem.

Oferujemy: pracę na 4 ręce z wykwalifikowaną asystą, wsparcie zespołu asystentek oraz osób pracujących w Klinice.

Oczekujemy: dyplomu lekarza dentysty, pracy w powiększeniu (lupy).

Zainteresowanych prosimy o przesłanie aplikacji na adres e-mail: krakow@stomatologiawichlinscy.pl

Szpital Powiatowy w Limanowej

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 geriatrów i internistów,

• Pielęgniarki,

Warunki płacy i formy zatrudnienia do uzgodnienia.

Szczegółowych informacji udziela Dyrekcja Szpitala, tel.: 18 330 17 80.

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.: 18 267 78 86; 18 269 26 00 lub e-mailowy: kjurczak@uzdrowisko-rabka.pl

Global Medic Sp. z o.o.

podejmie współpracę z lekarzem specjalistą z zakresu medycyny rodzinnej w Kutnie, w przychodni POZ.

Warunki pracy ustalane indywidualnie.

Zainteresowanych prosimy o kontakt pod nr. tel. 571 490 516 lub e-mail: globalmedic.com@gmail.com

Centrum Medyczne w Krakowie

oferuje nowoczesne, ładnie urządzone i w pełni wyposażone gabinety. Istnieje możliwość korzystania z nowego (2020 r.) aparatu USG.

Różne możliwości najmu.

Pierwsze 3 miesiące – okres zredukowanej opłaty.

os. Na Lotnisku 1, tel. 696 908 928

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Krakowie

proponuje pracę na stanowisku:

• lekarza orzecznika Zakładu

• lekarza członka komisji Lekarskiej Zakładu

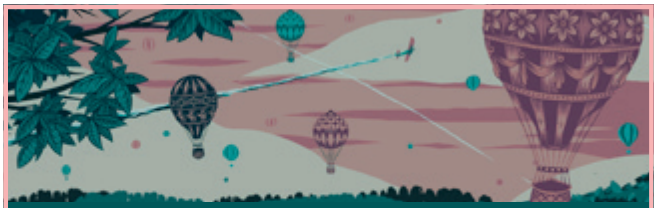
Wymagania niezbędne:

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

Ponadto: specjalizacja (choroby wewnętrzne, chirurgia, neurologia, psychiatria, medycyna pracy, medycyna społeczna), znajomość obsługi pakietu MS Office

Zainteresowanych prosimy o kontakt: Główny Lekarz Orzecznik tel. 12 424 61 09, Wydział Kadrowo-Płacowy 12 424 62 47, email: rekrutacja.krakow@zus.pl

Za treść ogłoszeń Redakcja nie ponosi odpowiedzialności



skymedic
centrum medyczne

Oferuje nowoczesne, w pełni wyposażone gabinety medyczne wraz z obsługą recepcyjną i miejscami parkingowymi oraz możliwością korzystania z aparatów USG.

Zapraszamy do współpracy!

+48 607 453 333
wspolpraca@skymedic.pl
os. Dywizjonu 303 62b, Kraków
www.skymedic.pl

Chcesz poszerzyć ofertę swojego gabinetu o zabiegi medycyny estetycznej?
Lekarz stomatolog wykonujący botoks, osocze, mezoterapię i inne podejmie współpracę w tym zakresie.
Kontakt e-mail: faustyna998@gazeta.pl

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Koszalinie

zatrudni:

- lekarzy POZ do pracy w przychodniach POZ w Słupsku, Koszalinie lub Połczynie Zdroju;
- lekarzy NiŚPL, AOS, Oddziału Chorób Wewnętrznych do pracy w Koszalinie i Słupsku.

Zatrudnienie na stałe bądź wspomagająco.
Warunki do uzgodnienia.
Kontakt tel. 509 395 641 bądź e-mail: dyrektor@poliklinika.koszalin.pl

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Krakowie

zatrudni w Terenowym Oddziale w Nowym Sączu lekarza do kwalifikacji dawców krwi.
Wymagania: aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza, dobra znajomość obsługi komputera, mile widziana znajomość standardów publicznej służby krwi.
Oferujemy pracę w pełnym lub niepełnym wymiarze; w ramach umowy o pracę lub zlecenia.
Zainteresowanych prosimy o przesyłanie do 31. 07. 2021 r. aplikacji (CV oraz list motywacyjny) – wraz ze zgodą na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z RODO na adres email: a.kulka@rckik.krakow.pl lub pocztą: 31-540 Kraków, ul. Rzeźnicza 11.

NZOZ "MEDICAN" sp. z o.o. w Andrychowie

zatrudni pilnie lekarza pulmonologa w ramach umowy z MOW NFZ, praca raz w tygodniu.
Kontakt: tel. 33 870 42 48.

Za treść ogłoszeń Redakcja nie ponosi odpowiedzialności

Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce w woj. warmińsko-mazurskim

posiada wolne miejsce specjalizacyjne
w dziedzinie alergologii.
Szpital oferuje możliwość zatrudnienia zainteresowanego lekarza na umowę o pracę lub cywilnoprawną.
Wymagania: posiadanie specjalizacji II stopnia z jednej z dyscyplin: choroby płuc, dermatologia i wenerologia, otolaryngologia dziecięca, pediatria albo też posiadanie tytułu specjalisty z jednej z wymienionych specjalności (z wyjątkiem chorób płuc).
Kontakt: Roman Lewandowski,
tel. 89 519 48 11, 21 lub 502 675 375.
E-mail: r.lewandowski@ameryka.com.pl

XIV Krakowskie Dni Dializoterapii im. Profesora Olgierda Smoleńskiego online

W dniach 2 – 3 września 2021 roku odbędą się XIV Krakowskie Dni Dializoterapii, po raz pierwszy w formie wirtualnej. Zapraszamy do zapoznania się ze szczegółowym programem konferencji dostępnym na stronie **www.krakowskie-dni-dializoterapii.pl** i zachęcamy do bezpłatnego udziału po wcześniejszym zarejestrowaniu się. Organizator dodatkowo umożliwi dostęp do wykładów przez miesiąc po zakończeniu wydarzenia.
Za udział w XIV KDD uczestnicy otrzymają 15 punktów edukacyjnych.
Dr n. med. Ewa Benedyk-Lorens
z Wykładowcami i Organizatorem

Za treść ogłoszeń Redakcja nie ponosi odpowiedzialności

Drużyna CM UJ Mistrzem Polski

W dniach 30-31 maja odbyły się Mistrzostwa Polski Uczelni Medycznych w Futsalu kobiet. W rozgrywkach wzięło udział 6 drużyn: Kraków, Lublin, Białystok, Gdańsk, Łódź i Katowice. W drugim dniu mistrzostw drużyna Collegium Medicum UJ po zaciętej walce, pod kierunkiem trener mgr Anny Robakowskiej, zwyciężyła 3:0 z Lublinem, zajmując tym samym 1. miejsce w zawodach.

Warto zaznaczyć, że przez cały turniej zawodniczki CM UJ nie straciły ani jednego gola. Biorąc pod uwagę, że sekcja damska powstała w październiku 2019 r., ogromnym sukcesem było zdobycie Mistrzostwa Polski już w 2021 r.

Fot. Jerzy Sawicz

Polski lekarz w Austrii

Miał 12 lat, gdy na nartach uległ nieszczęśliwemu wypadkowi, skręcił nogę, wdała się gangrena. Kuracja okazała się skuteczna częściowo, został na całe życie niepełnosprawnym. Ale to mu nie przeszkodziło w studiach na Akademii Medycznej w Krakowie. Pracował w Klinice Hematologii, interesował się też ortopedią. W 1972 r. osiedlił się w Dolnej Austrii i podjął działalność w Związku Niepełnosprawnych Sportowców Austrii. Po paru latach przeniósł się do Wiednia, uzyskał obywatelstwo austriackie. W 1984 roku był organizatorem Światowych Zimowych Igrzysk Paraolimpijskich w Insbrucku. Prywatnie, mimo inwalidztwa, uprawiał turystykę wysokogórską, wspiął się m.in. na Mont Blanc, Kilimandżaro, był też w Tybecie. W Austrii nominowano go Naczelnym Lekarzem Niepełnosprawnych. W 1985 r. otrzymał od prezydenta tego kraju Złoty Order Zasługi, a w 2007 Złotą Szpilkę Austriackiej Izby Lekarskiej.

Doktor Okulski więzów z Polską nie zerwał, w latach 80. organizował m.in. pomoc medyczną dla kraju. Wciąż też utrzymuje mieszkanie w Krakowie. Jego losy opisaliśmy przed dziesięciu laty w naszej „Gazecie", a teraz otrzymaliśmy egzemplarz czasopisma „Polonika", wydawanego od 26 lat ze środków Kancelarii Prezesa Rady Ministrów RP. Pismo prezentuje nie tylko udział Polaków w życiu Austrii, m.in. zamieściło wywiad ze Zbigniewem Brzezińskim, publikowało wiele materiałów o RP, w ostatnim, czerwcowym numerze ukazał się też wywiad z dr. Georgem Okulskim. A my odnotowujemy fakt, że kolejny polski lekarz tak dobrze odnalazł się w Europie.

(cis)

Tadeusz Żeleński, pseudonim Boy (1874-1941)

Kilka słów o Boyu lekarzu – w 80. rocznicę śmierci

Tadeusz Żeleński pochodził z zasiedziałej szlachty, pieczętującej się herbem Ciołek. Ojciec Władysław osiedlił się w Warszawie w 1872 roku. Był kompozytorem, profesorem Warszawskiego Konserwatorium. Dom Żeleńskich był domem otwartym, bywali w nim Ignacy Paderewski, Artur Grottger, Władysław Mickiewicz, przyjaciółka matki Wandy z Grabowskich Narcyza Żmichowska. Mały Tadeusz nasiąkał więc wysoką kulturą, bogatym życiem towarzyskim i artystycznym. Po przenosinach rodziców do Krakowa w 1881 roku do stałych bywalców ich domu należeli: Włodzimierz Tetmajer, Jan Matejko, hr. Stanisław Tarnowski i mający znaczny wpływ na Tadeusza, jego kuzyn Kazimierz Przerwa-Tetmajer.

W tym samym roku, podobnie jak inni synowie z krakowskich rodzin inteligenckich, rozpoczął naukę w szkole powszechnej przy seminarium nauczycielskim w Pałacu Larischa. Potem uczęszczał do Gimnazjum św. Anny, które ukończył w 1892 roku. Nauka w tej szkole zaowocowała w późniejszym czasie m.in. krytycznymi uwagami na temat ówczesnych konserwatywnych nauczycieli: „Nieraz zastanawiała mnie olbrzymia ilość oryginałów, jakich pamiętam z moich lat szkolnych. Czy dziwacy ciągną do tego zawodu, czy też w nim dziwaczeją…". Zastanawiał się też nad instytucją lekarzy szkolnych, którzy badają periodycznie uczniów: „…pragnąłbym rozszerzyć tę instytucję na badanie periodyczne profesorów".

Mimo wyraźnych uzdolnień literackich, po maturze zdecydował się na studia medyczne. O swoim wyborze napisał w artykule „Kariery": „Otóż, przed młodym człowiekiem, który ukończył gimnazjum w Krakowie, otwierały się właściwie trzy drogi: filozofia, prawo i medycyna… 1/3 ma zgłębiać tajemnice bytu, 1/3 stanowić prawo, a 1/3 leczyć tamte 2/3. W rzeczywistości prawo to hodowla urzędników, filozofia szkołą nauczycieli gimnazjalnych, a medycyna rezerwuarem wszelkich niespokojnych duchów".

Takim niespokojnym duchem okazał się i Tadeusz. Jego studia zbiegły się z przyjazdem do Krakowa Stanisława Przybyszewskiego, zwanego „Szatanem Młodej Polski", co zaważyło na przebiegu i decyzjach Żeleńskiego. Boy był nim zafascynowany, podobnie jak jego żoną Dagny Juel. Rozpoczął więc mało chwalebne życie w kręgu bohemy Krakowa. Studia przerywały mu wyjazdy na stypendia naukowe do Paryża, ale mówiono, że do Paryża wyjeżdżał przyszły lekarz, a wracał literat i tłumacz. Jednak mimo aktywnego udziału w życiu cyganerii studiów nie zaniedbywał. Zdawał kolejne egzaminy, ostatecznie w końcu 1900 roku zdał III rygorozum (egzamin doktorski i promocja na doktora wszech nauk) i w 1901 roku rozpoczął pracę na oddziale wewnętrznym Szpitala im. św. Ludwika w Krakowie. Jednocześnie został wolontariuszem w tworzonej przez prof. Macieja Jakubowskiego Klinice Pediatrii UJ.

Jeszcze w czasie studiów Tadeusz Żeleński podjął ryzykowną decyzję przyjmując stypendium wojskowe w zamian za zobowiązanie się do 6 lat w wojsku, w charakterze lekarza. Potrzebował tych 50 guldenów na swobodne życie młodopolskiego utracjusza i wyjazdy do Paryża. Gdy się opamiętał, uznał swoją sytuację za „czarną rozpacz": „Miałem 6 lat jako lekarz wojskowy być rzucany po nieciekawych, koronnych krajach i śmiać się z dowcipów pana majora. Postanowiłem się bronić…, przez 3 tygodnie zamierzałem udawać chorego psychicznie w szpitalu wojskowym na Wawelu. Tam nauczyłem się więcej psychiatrii niż ze wszystkich podręczników". Napisał o tym szczegółowo w felietonie z 1924 roku pt. „Mój debiut w psychiatrii". Cel osiągnął, komisja wojskowa skreśliła go z listy aspirantów.

W pracy lekarza pediatry bardziej interesowała go nauka niż bezpośredni kontakt z chorymi. Jego pierwsze naukowe prace badawcze ukazały się w 1902 roku. Były to „Trzy przypadki tężca leczone surowicą przeciwtężcową Bujwida" i „O działaniu płynnego wyciągu z kaktusa wielkokwiatowego". W 1904 roku w „Przeglądzie Lekarskim" opublikowano cztery prace Żeleńskiego: „Przyczynek do etiologii nieżytu u dzieci", „O aglutynacji paciorkowców i próbach serodiagnostyki w płonicy", „O niedokrwistości wieku niemowlęcego z obrzmieniem śledziony", „O pojawieniu się ciałek szpiku kostnego (myelocytów) w krwi niemowlęcej". Ostatnie trzy ukazały się w 1905 i następnym roku – „Kilka słów o tzw. objawie Kerniga", „O pasteryzacji mleka dla niemowląt" i „O znaczeniu klinicznym neutrofilnego obrazu krwi".

Po powrocie z Paryża w 1905 roku, gdzie był z żoną Zofią Pareńską, zainteresowany tam zagadnieniem żywienia i obniżenia śmiertelności wśród niemowląt, założył instytucję „Kropla Mleka". Była to sieć punktów, gdzie bezpłatnie wydawano mleko dla dzieci zagrożonych gruźlicą – w pierwszym roku działalności aż 20 tys. litrów. Rok później Boy założył w Pałacu Spiskim Biuro Porad dla Matek.

Rok 1907 był ostatnim rokiem pracy Boya w służbie pediatrii. Z powodu jakichś nieporozumień personalnych w klinice zrzekł się asystentury i pisania pracy habilitacyjnej, a tym samym kariery naukowej. Wycofał się także z „Kropli Mleka". Rok później objął stanowisko lekarza rejonowego Krakowskiej Dyrekcji Kolei w V rejonie: Bieżanów – Wieliczka – Podłęże – Niepołomice. Tam awansował na starszego lekarza.

Po wybuchu I wojny światowej został powołany na lekarza wojskowego i przydzielony do Szpitala nr 7 przy ul. Starowiślnej, gdzie został awansowany do stopnia porucznika. Pracował również w Stacji Opatrunkowej na dworcu kolejowym. Po zakończeniu wojny wrócił do pracy w kolejnictwie. To wtedy zamieszkał w budynku Izby Lekarskiej przy ul. Krupniczej 11a, blisko Gimnazjum im. H. Sienkiewicza, do którego uczęszczał jego syn Stanisław, w przyszłości aktor. I właśnie w mieszkaniu Żeleńskich odbywały się próby szkolnych przedstawień teatralnych, w których grał Stanisław. W 1919 roku, ze względu na stan zdrowia (reumatyzm), Żeleński przeszedł w stan spoczynku.

W 1922 roku Tadeusz Żeleński wyjechał na stałe do Warszawy, gdzie przyjął kierownictwo w prywatnej klinice. Mimo intensywnej pracy literackiej zaangażował się w ruch dr Ireny Krzywickiej i dr Justyny Budzyńskiej, organizujących poradnie świadomego macierzyństwa oraz w szerzenie edukacji seksualnej i w likwidację podziemia aborcyjnego. Tym samym stał się obiektem niezwykle zażartych ataków przedstawicieli wszelkich opcji polityczno-społecznych.

O ile nie rozwinęła się medyczna droga naukowa Boya ani jego kariera lekarza pediatry, zawodząc nadzieje prof. Macieja Leona Jakubowskiego, to wręcz eksplodowała jego twórczość literacka. Ponieważ artykuł o Boyu lekarzu nie jest w stanie pomieścić nawet nikłej części informacji o jego dorobku w dziedzinie literatury i kultury, wymieńmy tylko obszary jego działalności. Przetłumaczył ponad 100 najwybitniejszych pozycji francuskiej klasyki, napisał wiele szkiców omawiających literaturę tak francuską, jak i polską, jest twórcą obfitej eseistyki teatralnej, obyczajowej, współautorem tekstów i programów Zielonego Balonika, autorem utworów poetyckich. Za zasługi dla promowania kultury francuskiej został odznaczony „Palmami Akademii Francuskiej" i Krzyżem Kawalerskim Legii Honorowej.

W 1939 roku Boy przeniósł się do Lwowa i zamieszkał w domu prof. Jana Greka, męża siostry żony, Marii z Pareńskich. Tam został aresztowany przez Niemców i razem z wieloma profesorami uczelni lwowskich zamordowany na Wzgórzach Wuleckich we Lwowie, 4 lipca 1941 roku – 80 lat temu.

Barbara Kaczkowska

fot. K. Zgłobicki

Tablica poświęcona pamięci Tadeusza Boya-Żeleńskiego zamontowana po remoncie siedziby OIL w Krakowie na jej fasadzie

Tadeusz Boy-Żeleński

Spleen

Smutek w sercu moim mieszka
I tak gryzie mnie jak weszka.
Gryzie duszę moją biedną
O co? to już wszystko jedno.
Przyczyn jest ogromnie wiele
Na duszy jak i na ciele.
Coraz rzadziej mi się zdarzy,
Bym uśmichnął się na twarzy,
Ciągle myślę aż do skutku
O moim dotkliwym smutku.
O, jak mnie to czasem nudzi
Patrzyć na cierpienia ludzi.
Czasem się nieszczęście stało,
Że dzieciątko robi biało.
Ja się na to krzywię troszki
I daję skuteczne proszki,
Po których, mówię, że ono
Będzie robiło zielono.
Jeszcze bardziej bez nadziei
Pędzę życie przy kolei.
Z tą koleją bywa różnie:
Czasem komuś członki urżnie,
To znów dadzą znać o zmierzchu,
Że ktoś flaki ma na wierzchu (...)

Dr n. med.
Antoni Górniak
ur. 20 maja 1933 r. w Długowoli
zm. 25 kwietnia 2021 r. w Krakowie

25 kwietnia 2021 roku odszedł od nas po krótkiej chorobie dr n. med. Antoni Górniak – specjalista chirurgii ogólnej oraz specjalista ortopedii i traumatologii, nauczyciel akademicki, prawie całe życie zawodowe związany z II Katedrą Chirurgii AM, później CM UJ w Krakowie.

Urodził się 20 maja 1933 roku w Długowoli na Kielecczyźnie. Był jednym z siedmiu braci, z którymi pierwsze lata życia, w tym lata okupacji, spędził w rodzinnym domu. Po wojnie kontynuował naukę w Lubaniu na Dolnym Śląsku oraz Siennie, gdzie w 1951 roku skończył liceum, z dyplomem „Przodownika Nauki i Pracy Społecznej". To umożliwiło mu dalszą edukację akademicką.

Do Krakowa przybył z małym plecakiem, by rozpocząć naukę na wymarzonej Akademii Medycznej. Ukończył ją w 1956 roku, rozpoczynając jednocześnie staż podyplomowy w Szpitalu Powiatowym w Nowym Targu. Następnie organizował i prowadził przez dwa lata Wiejski Ośrodek Zdrowia w Pawłowicach w województwie radomskim, chcąc odwdzięczyć się społeczności, z której pochodził. Kolejne dwa lata to służba wojskowa i stanowisko starszego lekarza pułku w Oficerskiej Szkole Wojsk Lotniczych w Dęblinie.

Od 1960 roku aż do przejścia na emeryturę pracował w II Katedrze Chirurgii AM, później CM UJ w Krakowie, przechodząc stanowiska od młodszego asystenta do starszego wykładowcy. Drugi stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej uzyskał w 1968 roku, a w 1983 II stopień specjalizacji z zakresu ortopedii i traumatologii. Pracę doktorską, zatytułowaną „Analiza zamkniętego lecznictwa obrażeń", obronił w 1965 roku. Leczeniem chorych z obrażeniami ciała zajmował się nieprzerwanie od 1970 roku. Przez kilka lat kierował Oddziałem Chirurgii Urazowej w Szpitalu Klinicznym, pełniąc m.in. ostre dyżury urazowe dla Krakowa na „czerwonej chirurgii". Dyżury te były przykładem kompleksowego podejścia do chorych urazowych.

Od 1966 do 1998 roku był sekretarzem „Polskiego Przeglądu Chirurgicznego", spędzając, głównie społecznie, niezliczone godziny na korektach publikowanych tekstów. Trudnym do zrozumienia wysiłkiem potrafił pogodzić pracę chirurga-urazowca, sekretarza redakcji „Polskiego Przeglądu Chirurgicznego" i samotnie wychowywać syna, który później, podążając w jego ślady, został chirurgiem dziecięcym.

Był autorem bądź współautorem 49 prac ogłoszonych drukiem oraz rozdziałów dotyczących chirurgii urazowej w dwóch podręcznikach akademickich. Jednocześnie jako chirurg praktyk był pionierem niektórych urazowych technik chirurgicznych, w tym techniki szycia śledziony. Za swoją pracę został uhonorowany Srebrnym i Złotym Krzyżami Zasługi, Medalem za Zasługi dla Obronności Kraju, Medalem za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia.

Miał duszę społecznika, był członkiem i aktywnym uczestnikiem życia organizacji zawodowych. W ostatnich latach organizował z zaangażowaniem spotkania swojego rocznika absolwentów AM.

Jego pasją w dojrzałych latach było żeglarstwo morskie oraz narciarstwo, które uprawiał również po przejściu na emeryturę. Ostatnie kilkadziesiąt lat życia spędził we własnym domu, ciesząc się na co dzień sąsiedztwem młodego pokolenia i z radością w sercu obserwując narodziny i rozwój wnuków. Pod koniec życia wiele radości znajdował w opiece nad ulubionymi psami i jednocześnie rozmyślaniu na temat ludzi, życia, świata i swojego pokolenia, które umiało ostro stawiać się losowi przy zachowaniu godności, a jednocześnie koleżeństwa i gotowości pomocy innym.

Marek Górniak
Alina Górniak-Bednarz

Dr n. med.
Andrzej Bielecki
ur. 20 marca 1938 r. w Krakowie
zm. 27 kwietnia 2021 r. w Krakowie

Doktor Andrzej Bielecki urodził się w Krakowie. Świadectwo dojrzałości otrzymał w 1955 roku w krakowskim Liceum Ogólnokształcącym oo. Pijarów. Na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Krakowie studiował w latach 1956-1961. Po uzyskaniu dyplomu lekarza w 1963 roku pracował w I Klinice Chorób Wewnętrznych pod kierunkiem prof. Władysława Króla. Specjalizację pierwszego stopnia z chorób wewnętrznych otrzymał w 1968 roku, a drugiego stopnia – w 1973. W 1974 roku uzyskał tytuł doktora nauk medycznych na podstawie dysertacji zatytułowanej „Ocena czynności lewej komory serca w chorobie nadciśnieniowej przy zastosowaniu metody badania podokresów skurczu". Promotorem pracy był prof. Król.

Przez cały okres pracy zawodowej zajmował się kardiologią, szkoląc się m.in. na kursach w Warszawie („Fizjologiczne podstawy kardiologii", 1977 r.). W latach 1984-1990 był kierownikiem Wojewódzkiej Przychodni Kardiologicznej przy Klinice Akademii Medycznej, przy ul. Kopernika 17. Od 1990 do 2012 roku pracował w Przychodni Kardiologicznej przy ul. Batorego 3 w Krakowie.

W latach 2003-2013 był orzecznikiem w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w Krakowie. Pacjenci kochali go za traktowanie ich z szacunkiem, spokojem i cierpliwością, a jednocześnie za to, że był dobrze wyszkolonym lekarzem, o dużej wiedzy i doświadczeniu. Wielu chorym uratował życie, m.in. kierując ich w określonych przypadkach na leczenie wprost do prof. Stanisława Pasyka do Zabrza.

Mimo ciężkiej choroby (stan po zawale mięśnia sercowego) wracał uśmiechnięty do swoich pacjentów. Dla rodziny i znajomych służył zawsze radą i pomocą. Był wspaniałym mężem i ojcem, dbającym o rodzinę. W młodości uprawiał narciarstwo, kolarstwo i piłkę nożną, a sportem interesował się do końca życia. Lubił też historię – zwłaszcza okresu I i II wojny światowej.

Profesorowie – koledzy mówią, że będzie im Go bardzo brakowało. Odszedł nagle i niespodziewanie, na udar mózgu.

Najdroższy Andrzeju, będziesz zawsze w moim sercu. Odpoczywaj z Bogiem i naszym synem.

Żona Alicja
specjalista ginekolog-położnik

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

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 izby lekarskiej 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 15 630 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.