nakład 16 450 egz. ISSN 1897-7782

Małopolska Gazeta Lekarska

PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

2022

5/189

wrzesień – październik

NRL podnosi składkę do 120 zł

W numerze m.in.:

Okręgowa Rada Lekarska o podwyżce składki i nie tylko (5)

Opieka koordynowana w praktyce POZ – J. Grzelak-Hodor (7)

Ze szwedzkim lekarzem rodzinnym Pawłem Kulą rozmawia S. Ciepły (8)

E-medycyna – jak jest, jak ma być – M. Janikowski (11)

Rozmowa z dr. Januszem Pokorskim, pełnomocnikiem ds. zdrowia lekarzy (15)

Młodzi lekarze o specjalizacji i składkach (18)

Relacja z XXI Konferencji „Polka w Europie" – J. Hodor (20)

Prof. Janusz Skalski o Reginie Salomei Halpir (23)

Felieton doktora A. Cisło – stomatolodzy.org.pl (26)

Okiem pacjenta o pewnej luce w systemie – S. Ciepły (27)

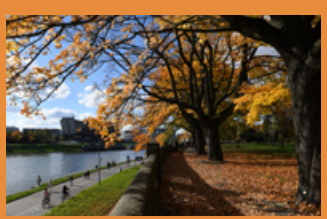
Czy koroner jest potrzebny – odpowiada mec. A. Gut (30)

W wolnym czasie – wystawy, sztuki, książki (39-42)

Pamięci dr Jadwigi Beaupré – K. Domin (44)

Pożegnanie: lek. dent. Elżbieta Szafirowska (50)

Nasza okładka



Jesień, fot. Jan Zych

Z wyższą składką, bez stypendiów i gazety

Z uwagi na ważne decyzje, opóźniliśmy nieco druk tej gazety, by na gorąco poinformować o tym, co się wydarzyło w Warszawie 21 października. Na dalszych stronach tego wydania jeszcze spekulujemy, jeszcze snujemy różne scenariusze, lecz w tym miejscu mogę już poinformować o uchwaleniu przez Naczelną Radę Lekarską bardzo wysokiej podwyżki obowiązkowych składek na samorząd lekarski.

Decyzją NRL od 1 stycznia 2023 roku mają one wzrosnąć do 120 zł miesięcznie w wymiarze podstawowym. Zdecydowano też, że lekarze stażyści będą wnosić połowę tej kwoty (60 zł), a całkowicie zwolnieni z opłacania składki zostaną lekarze i lekarze dentyści, którzy ukończyli 70. rok życia.

Krakowska Izba była przeciwna podnoszeniu składek na samorząd, postulowaliśmy także zwolnienie ze składek lekarzy rencistów i wszystkich w wieku emerytalnym, czyli powyżej 65 lat. Dyskutując podczas obrad Okręgowej Rady Lekarskiej nie byliśmy i nie jesteśmy w Krakowie zwolennikami całej tej operacji w obecnym klimacie społecznym, ale – jak napisałem w komentarzu z 30 września br. na stronie internetowej OIL – jakieś dostosowanie do realiów życia jest nieuchronne. Liczyliśmy jednak na uwzględnienie słusznych postulatów o ulgi. Nasze stanowisko w tej sprawie przedstawiłem również w oficjalnym piśmie do prezesa Jankowskiego – jego treść na następnej stronie.

Niestety, jednocześnie zapadła inna niedobra decyzja, której wcześniej zbytnio nie nagłaśniano. NRL likwiduje fundusz stypendialny oraz fundusz wydawniczy. Potrzeby w zakresie stypendiów są ogromne, dlatego Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie postara się stworzyć taki fundusz dla swoich członków.

W przyszłym roku przestanie także docierać do każdego lekarza i lekarza dentysty papierowe wydanie „Gazety Lekarskiej". Przewiduje się tylko trzy papierowe wydania w pełnym nakładzie, w pierwszej połowie roku. Z wyjątkiem lekarzy powyżej 70. roku życia wszyscy mają od stycznia (oprócz wspomnianych trzech wydań) otrzymywać tylko wydanie elektroniczne, chyba że zadeklarują, iż wolą papier od e-maila. Cóż, i w tym przypadku okręgowe izby, w tym krakowska, nie miały żadnego wpływu na ostateczne rozstrzygnięcie. A jest ono złe. Edycja wyłącznie internetowa pozbawi samorząd kontaktu z lekarzami. Kto czyta czasopisma w internecie? Owszem, przegląda się krótkie komunikaty, bieżące informacje, czasem jakieś dłuższe artykuły. Ale komu będzie się chciało wertować w komputerze 80 stron pisma samorządowego? To krok ponoć zgodny z rzekomą tendencją światową. Piszę rzekomą, realny upadek dotyczy bowiem gazet codziennych, a nie miesięczników. Poza tym nikt nie zapytał o opinię lekarzy, z których składek jest przecież finansowana „Gazeta Lekarska". Wątpliwości jest mnóstwo, o czym mówili redaktorzy pism izbowych na naradzie online zwołanej chyba tylko pro forma na tydzień przed podjęciem decyzji. W każdym razie, w Krakowie z „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej" nie rezygnujemy i, o ile wiem, podobnie zamierzają postąpić inne duże Izby. Przynajmniej w tym momencie. A jeśli Naczelna Rada Lekarska chce się pogrążyć w niebycie (czy ściślej „w chmurze"), jej sprawa. Będziemy jednak wdzięczni za uwagi na ten temat, bo może się mylę? Proszę je kierować na adres e-mail: redakcja@oilkrakow.org.pl

Robert Stępień
prezes ORL w Krakowie

List skierowany do NRL w związku z projektem podniesienia wysokości obowiązkowej składki na samorząd lekarski:

Kraków, dnia 3.10.2022 r.

Pan Łukasz Jankowski
Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Szanowny Panie Prezesie,
W odpowiedzi na Pana pismo z dnia 15.09.2022 r. (...), w którym w związku z toczącą się debatą na temat podniesienia wysokości składki członkowskiej dla lekarzy członków samorządu zawodowego zwrócił się Pan o wskazanie planów na wykorzystanie środków w przypadku jej podwyższenia, uprzejmie informuję, iż z dotychczasowych informacji napływających od członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie wynika, iż środowisko lekarskie naszej Izby w zdecydowanej większości przeciwne jest podwyższaniu składki.

W związku z negatywnym nastawieniem lekarzy do samej idei (...), niezależnie od zaproponowanej przez Naczelną Izbę Lekarską wysokości podwyżki, jakikolwiek sposób zrekompensowania jej wzrostu nie zostanie pozytywnie przyjęty przez środowisko lekarskie, zatem przedstawienie planów uzasadniających wydatkowanie tych środków wydaje się w tych okolicznościach faktycznych bezprzedmiotowe.

Niezależnie od powyższego, chciałbym zwrócić uwagę na pojawiające się oczekiwanie lekarzy, którzy dali mu wyraz w opiniach docierających do OIL w Krakowie, iż w związku ze zmniejszeniem odpisu na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej wszyscy lekarze i lekarze dentyści, którzy osiągnęli wiek emerytalny, oraz lekarze stażyści powinni zostać zwolnieni z opłaty członkowskiej. Jest to dominujące przekonanie, które czuję się w obowiązku przedstawić.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie
Lek. dent. Robert Stępień

Moje perswazje

Szukając fachowca

To nie budzi niczyjej wątpliwości – światem rządzi pieniądz. Pojawia się pytanie, czy światem medycyny również? Oczywiście że tak. Nie darmo ukuło się powiedzenie, że pieniądz, który mamy, jest narzędziem wolności, pieniądz, którego nie mamy, a jeszcze bardziej ten, który mają inni, jest narzędziem zniewolenia.

Narodowy Fundusz Zdrowia pieniądze ma i to tak duże, że stać go na pozbycie się 10 mld złotych nadwyżki z roku ubiegłego i przekazanie ich do budżetu. Ale to już było. Teraz jest jeszcze gorzej. Wydatki na zdrowie dotąd pokrywane częściowo z budżetu państwa będą pokrywane z pieniędzy NFZ, czyli ze składki na zdrowie. Zatem pieniądze, które mogłyby iść na zakup świadczeń zdrowotnych, zostaną przeznaczone na oszczędności budżetowe. Czyżbyśmy na zdrowie wydawali za dużo? Przecież nie jest tajemnicą, że świadczenia zdrowotne z zakresu interny, położnictwa, chirurgii ogólnej i wielu innych są niedofinansowane. Przyznają to nawet urzędnicy Ministerstwa Zdrowia, NFZ, a nawet AOTMiT. Więc na co zostaną wydane pieniądze dotychczas przeznaczane na ratownictwo medyczne, świadczenia wysoko specjalistyczne? Można się tylko domyślać, ale nie śmiem tego robić.

Że jest źle, wynika z ostatnich wypowiedzi p. Jarosława Kaczyńskiego, który bezpardonowo zaatakował lekarzy, twierdząc, że opór izb lekarskich wobec nauczania medycyny w powiatach jest spowodowany chęcią zabezpieczenia sobie wysokich zarobków. Nic bardziej fałszywego. Samorząd lekarski stał się ostatnim bastionem broniącym pacjentów przed niedouczonymi lekarzami, których chce nam produkować obecny minister zdrowia wspólnie z ministrem Czarnkiem. Nauka medycyny w szkołach bez zaplecza, bez możliwości przeprowadzenia na właściwym poziomie zajęć klinicznych i teoretycznych doprowadzi do felczeryzacji medycyny. Co więcej, obawiam się, że ta tendencja się utrzyma nawet po zmianie władzy. Bo jakie to

piękne dla np. posła pochwalenie się, że oto jego staraniem mamy w Chlapkowicach „medycynę". Na jakim poziomie, to obojętne, bo ważny jest sam fakt otwarcia.

Pan Kaczyński straszy lekarzy. Straszy nowymi ustawami, straszy, że da sobie z nami radę, że nie będą lekarze tyle zarabiali, że nie każdy musi studiować za darmo. Trudno się z tym nie zgodzić, ale to przecież jego ludzie doprowadzili do patologii w kształceniu lekarzy. Minister zdrowia podtrzymuje patologię polegającą na nauczaniu w publicznych uczelniach medycznych studentów w obcych językach, którzy nigdy nie będą pracowali na rzecz polskich pacjentów, zamiast przyjąć w to miejsce polskich studentów. Pokrycie uczelniom strat finansowych na pewno będzie tańsze niż tworzenie nowych wydziałów, a w rachunku społecznym liczy się jeszcze zdrowie. Kiedy po wojnie dramatycznie brakowało lekarzy, komuniści byli na tyle mądrzy, że braki uzupełniano kształcąc felczerów, a nie obniżając poziom nauczania lekarzy. Ale tego obecnie rządzący nie rozumieją albo nie chcą zrozumieć, choć jest to proste jak konstrukcja cepa. Chociaż... W okresie rewolucji kulturalnej w Chinach leczeniem zajmowali się ludzie po kilkumiesięcznych kursach, wyposażeni w czerwoną książeczkę Przewodniczącego Mao. Czyli można i tak.

Kształcenie lekarzy musi potrwać. Nawet zakładając, że skróci się studia medyczne, zrezygnuje się ze stażu, skróci się szkolenie specjalizacyjne, to „wyprodukowanie" specjalisty nie będzie szybkie. Nic nie uchroni nas przed zmianami organizacyjnymi w ochronie zdrowia. Pan Kaczyński zapowiedział nawet konferencję PiS w tej sprawie, a ja boję się wniosków z tej konferencji. Boję się, że jeśli debatować będą tak wybitni fachowcy jak ci, którzy aktualnie organizują ochronę zdrowia i pełnią ważne funkcje w ministerstwie, i którzy doprowadzili do jej kompletnego załamania, to lepiej nie będzie. Zdrowie nie znosi polityki, a ta rządzi nim od wielu lat. I nic nie wskazuje na to, że coś się zmieni. Bo jeżeli w kierownictwie Ministerstwa Zdrowia jest jeden lekarz, a kieruje nim ekonomista, to mamy oszczędności kosztem zdrowia. Jeżeli Agencją Oceny Technologii Medycznych kieruje lekarz rodzinny, to mamy to, co mamy. Pogarda dla wiedzy i doświadczenia przebija na każdym kroku z ich działań.

Ostatnio np. AOTMiT po wielokrotnych monitach i interpelacjach poselskich odpisała, że nie jest w stanie przedstawić wyliczeń, według których wydała zalecenia do wyceny świadczeń medycznych. Bo wyliczeń takich nigdy nie było, a wycena jest wzięta z sufitu i przekonania kierownictwa Agencji, NFZ i ministerstwa o swojej głębokiej racji.

No cóż, jak w znanej piosence – Dobry Bóg już zrobił, co mógł, teraz trzeba zawołać fachowca. Ale zawołać nie wystarczy – trzeba go jeszcze posłuchać.

Jerzy Friediger
redaktor naczelny „GGL"

Przyjmowanie materiałów do numeru zakończono 22 października 2022 r.

W skrócie

Prezes PiS straszy lekarzy

Nową reformę ochrony zdrowia (jakby bodaj przez chwilę w ciągu ostatnich 30 lat zaniechano reformowania) zapowiedział prezes PiS podczas przedwyborczego objazdu Polski. To jeszcze nic, ale pojawiły się też wypowiedzi nieprzychylne dla lekarzy i dla samorządu lekarskiego. Np. podczas jednego ze spotkań Jarosław Kaczyński jednym ciągiem stwierdził, że lekarze zarabiają fortunę, a pacjent z sepsą czekał kilkanaście godzin na przyjęcie w SOR. Co do naczelnych władz samorządu, zdaniem prezesa są niekompetentne, bo nie ma wśród nich profesorów, zaś młodzi ludzie, którzy zwyciężyli w wyborach, „może kiedyś będą dobrymi lekarzami, ale tego trzeba się długo uczyć". O kształceniu lekarzy też było – że skonsolidowane środowisko blokuje pomysł otwierania wydziałów lekarskich w szkołach zawodowych. Zdaniem prezesa, to postępowania niemoralne, mające na względzie ograniczanie dostępu do zawodu potencjalnej konkurencji: „Nie ma przymusu bycia lekarzem!", a wysokie zarobki muszą być związane z powołaniem, nie są natomiast przepustką do biznesu, jak się niektórym wydaje. Niemalże pewne jest, iż istotą reformy będzie odpłatność za studia i obowiązek pracy w kraju (jak na Węgrzech) przez kilka lat.

Trudno nie zgodzić się z prezesem w jednej kwestii. Mamy oto do czynienia z ludźmi, których nie sposób zastąpić. I to jest czynnik wykluczający wszelkie amatorskie reformy. (*cis*)
(Komentarz J. Friediger powyżej)

Jesteśmy coraz starsi

Minęło trochę czasu od ogłoszenia pierwszych wyników odbywanego co 10 lat Narodowego Spisu Powszechnego, ale warto przytoczyć kilka danych pod kątem poważniejszej refleksji nad przyszłością. Oto liczba ludności Polski zmniejszyła się w latach 2011-2021 o blisko pół miliona (o 476 tys.). Mamy zatem (bez Ukraińców) 38 mln 36 tys. mieszkańców. Znaczne zmiany dotyczą osób w wieku produkcyjnym, których liczba zmalała z 64,4 do 59,3 proc.

W skrócie

Przybyło natomiast osób w wieku poprodukcyjnym – z 16,9 do 22,3 proc. Już co piąty mieszkaniec Polski ma ponad 60 lat, co oczywiście stawia poważne wyzwania przed systemem ochrony zdrowia. Zwłaszcza że równie szybko jak pacjenci starzeją się lekarze i pielęgniarki.

Bezpieczny pacjent

W Krakowie podpisano Deklarację Bezpieczeństwa Pacjenta, której ideą jest działanie na rzecz promocji tego bezpieczeństwa, jako podstawowego i niezbędnego fundamentu systemu ochrony zdrowia. Wydarzenie to miało miejsce podczas zorganizowanego w połowie września Interdyscyplinarnego Forum Bezpieczeństwa Pacjenta, pod kierownictwem naukowym prof. Janusza Andresa, prezesa Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Pod deklaracją podpisali się przedstawiciele siedmiu towarzystw naukowych, Federacji Pacjentów oraz NRL.

Szpital Uniwersytecki bogatszy o Oddział Chirurgii Endokrynologicznej

Na początku października w dawnym budynku CUMRiK-u otwarto Oddział Chirurgii Endokrynologicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Ordynatorem nowego oddziału został prof. Aleksander Konturek, który podobnie jak prof. Marcin Barczyński, kierownik Kliniki Chirurgii Endokrynologicznej III Katedry Chirurgii Ogólnej UJ CM, przeniósł się do SU ze Szpitala im. Narutowicza w Krakowie.

Oddział znajduje się na tym samym piętrze, na którym od sierpnia działa Oddział Chirurgii Ogólnej będący częścią Breast Unitu. Oba oddziały będą także współdzielić salę operacyjną. Dostęp do niej był kluczowy w związku z rosnącą liczbą pacjentów wymagających leczenia chirurgicznego, w tym coraz większą grupą osób, głównie kobiet, z nowotworem tarczycy. Operacje tarczycy wykonywane tu są m.in. przy użyciu metod neuromonitoringu trzeciej generacji. W oddziale pacjenci leczeni będą także metodami małoinwazyjnymi, jak np. ablacja termiczna, a także za pomocą technik laparoskopowych.

W planach nowo powstałego ośrodka są także szkolenia dla chirurgów z innych placówek, prowadzone przy współpracy z Europejskim Towarzystwem Chirurgii Endokrynologicznej, którego prof. Barczyński jest prezesem.

Liderzy Małopolski – laury dla medyków

24 października br., czyli w dniu, kiedy to wydanie „GGL" wysyłamy do drukarni, w auli głównej Akademii Górniczo-Hutniczej odbyła się uroczystość wyróżnienia Liderów Konkursu na Najlepsze Przedsięwzięcia w Małopolsce w latach 2019, 2020, 2021. Organizatorem tej dość niezwykłej rywalizacji na płaszczyźnie nauki, kultury, przemysłu, edukacji, ekologii i innych dziedzin życia jest Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Małopolski, powstałe w 1991 r. z inicjatywy Kazimierza Barczyka i przez niego kierowane. Natomiast laureaci konkursu (zwani Liderami Małopolski) to każdego roku 10 rozmaitych inicjatyw. Z powodu pandemii w tym roku wyróżniano laureatów z trzech kolejnych lat.

Laureatami zostali: w 2019 r. – AGH (w 100-lecie powstania, za zasługi dla nauk technicznych w Polsce); w 2020 r. – „Pracownicy Ochrony Zdrowia za walkę z pandemią Covid-19"; a w 2021 r. – Zamek Królewski na Wawelu za „zrealizowanie 30-letniego cyklu rewaloryzacji".

Kronika personalna

Dr hab. n. społ. Barbara Bętkowska-Korpała została powołana przez Ministra Zdrowia na pierwszą konsultant krajową w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Nowo wybrana konsultant kieruje Zakładem Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii UJ CM oraz Zakładem Psychologii Klinicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Jest również członkinią powołanego w sierpniu przez ministra zdrowia Zespołu do spraw wypracowania rozwiązań systemowych dotyczących roli psychologów klinicznych w opiece psychiatrycznej.

Odszedł Jerzy Sawicz

Dziennikarz, fotoreporter, od lat obecny także na łamach naszej „Gazety". Zmarł nagle. Człowiek ciepły, pogodny, pełen empatii. Utrwalał swoim obiektywem setki wydarzeń medycznych Krakowa, jego instytucji i postaci.
Będzie nam go brakowało.
Jurku, czekaliśmy na Ciebie w redakcji, miałeś nam przynieść zdjęcie na okładkę...
Byłeś niezawodny. Żegnaj...

Redakcja

O finansach bez optymizmu

Jak wszędzie, także w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie dużo i często mówi się o inflacji. Drożeje wszystko, niestety. Decyzją Naczelnej Rady Lekarskiej wzrośnie także obowiązkowa składka na samorząd lekarski. To jeden z wielu problemów omawianych podczas ostatnich posiedzeń Okręgowej Rady Lekarskiej i jej Prezydium.

Pierwsze po wakacjach posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej odbyło się 14 września. Tematów do dyskusji nie brakowało, bo w ochronie zdrowia oraz samorządzie lekarskim zawsze dużo się dzieje, bez względu na porę roku. Wrócił więc problem ustawowych podwyżek wynagrodzeń w placówkach medycznych i stoczonej latem walki szpitali o ich odpowiednie sfinansowanie. Jak podkreślił dr Jerzy Friediger, skarbnik ORL oraz dyrektor krakowskiego Szpitala im. S. Żeromskiego, aneksy do umów z NFZ podpisano, ale chyba żaden szpital nie otrzymał kwoty, jaka pozwoliłaby w stu procentach pokryć koszty tych podwyżek.

Nic dziwnego, że powody do obaw o finanse wyrażali na posiedzeniu ORL także przedstawiciele podstawowej opieki zdrowotnej, oczekujący właśnie poszerzenia zakresu udzielanych przez nich świadczeń m.in. o opiekę koordynowaną, jaką będzie można otoczyć pacjentów z najpowszechniejszymi chorobami przewlekłymi. Jerzy Radziszowski, przewodniczący Zespołu ORL ds. POZ i AOS, podkreślał m.in., iż proponowane wyceny świadczeń są niższe od ich realnych cen. Jakie regulacje ostatecznie przyjęto w zakresie opieki koordynowanej w POZ, informujemy szerzej na s. 7.

Podczas tego posiedzenia ORL także przewodniczący innych Zespołów i Komisji zdali krótkie sprawozdania ze swojej działalności. Nowy Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy I Lekarzy Dentystów dr Janusz Pokorski przedstawił plan działania na najbliższy rok (rozmowa z Pełnomocnikiem na s. 15), a Rzecznik Praw Lekarza OIL Łukasz Litwa poinformował członków ORL o podjętych interwencjach. Jedną z omawianych była sprawa lekarza z krakowskiej Izby, który został zmuszony przez służby starosty do wystawienia aktu zgonu przypadkowej osobie, pacjentowi, z którym lekarz nigdy się nie spotkał. Sprawa ma oczywiście związek z przepisami dotyczącymi powoływania koronerów, czyli w praktyce – z brakiem osób powołanych do potwierdzania zgonu zmarłego poza placówką medyczną. Tę kwestię od strony prawnej wyjaśnia na naszych łamach mec. Anna Gut.

Prezes ORL Robert Stępień zrelacjonował przebieg obrad Naczelnej Rady Lekarskiej, informując m.in. o projekcie podniesienia składki na samorząd lekarski. Debata na ten temat toczyła się od dawna, lecz teraz podjęta zostanie decyzja, o czym także piszemy szerzej na naszych łamach. Wszystko zaczęło się od tego, że ostatni Krajowy Zjazd Lekarzy zobowiązał władze wykonawcze NIL do zmniejszenia kwoty odpisu na rzecz NIL ze składek wnoszonych do izb okręgowych, co jednocześnie oznacza duży spadek wpływów do Naczelnej Izby. By choć częściowo zrekompensować centrali tę stratę, należy podnieść składkę. Ale decyzja ta jest też potrzebna dla wzmocnienia małych izb, które nawet bez galopującej inflacji nie mają środków, które pozwoliłyby zaspokoić oczekiwania kierowane do samorządu przez lekarzy. Opinie członków krakowskiej Rady były różne, jednak, jak podkreślano, okręgowe izby w kwestii składek nie mają nic do powiedzenia, Naczelna Rada bierze za podjętą decyzję pełną odpowiedzialność. (Więcej na s. 1 – w komentarzu prezesa Roberta Stępnia).

Podczas wrześniowego posiedzenia NRL powołana została też jej Rada Ekspertów, w skład której weszło 21 osób, w tym dwie z Krakowa: prof. Maciej Małecki i prof. Wojciech Szczeklik. Na marginesie – pojawiły się głosy krytyki, że w radzie jest za mało kobiet (tylko 3). Cóż, podobny zarzut można postawić wobec Prezydium NRL.

28 września, podczas jednego z odbywanych co dwa tygodnie posiedzeń Prezydium ORL jego członkowie zapoznali się z założeniami planu finansowego Małopolskiego Oddziału NFZ, które przedstawił wiceprezes ORL Lech Kucharski. Z przekazanych informacji można właściwie wyciągnąć jeden, powtarzany co roku wniosek – pieniędzy było, jest i będzie za mało w stosunku do potrzeb. O stomatologii nawet przykro wspominać, bowiem w praktyce właściwie

już nie ma finansowania świadczeń stomatologicznych ze środków publicznych. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne może zapewnić tylko najgorszą plombę i proste wyrwanie zęba. Dlatego z wielu stron docierają informacje, że coraz więcej gabinetów i przychodni rezygnuje ze współpracy z NFZ. O jej opłacalności nigdy nie było mowy, ale teraz właściwie to lekarz dentysta finansuje NFZ. Cierpią pacjenci.

Mamy jednak do przekazania także dobre informacje. Decyzją władz Izby w najbliższym karnawale znów jej członkowie będą mogli się spotkać na krakowskim Balu Lekarza. Choć końca pandemii nie widać, wydaje się na tyle opanowana, że można wrócić do tej dobrej tradycji. O szczegółach będziemy informować zarówno na łamach „GGL", stronie internetowej Izby, jak i w mediach społecznościowych.

JGH
fot. Katarzyna Domin

Nasza Izba

Komisja Etyki ORL obradowała w Krynicy

W dniach od 30 września do 1 października br. odbyło się w Krynicy-Zdroju wyjazdowe posiedzenie Komisji Etyki ORL, poświęcone problematyce aktualnych relacji między lekarzami oraz między lekarzami a pacjentami. Na relacje te z pewnością wpłynąć mogła pandemia COVID-19, z którą przecież wciąż jeszcze się borykamy.

Posiedzenie Komisji zorganizował i poprowadził perfekcyjnie jej przewodniczący doktor Krzysztof Wróblewski, także szef Delegatury OIL w Nowym Sączu. Z jego inicjatywy gościem spotkania był prof. Józef Lipiec, etyk z Uniwersytetu Jagiellońskiego, który skoncentrował się w swoim wykładzie na kwestii różnic powstających między bezspornie dobrą wolą lekarza, by uzdrowić chorego, a konsekwencjami terapii, która nie zawsze okazuje się skuteczna – bo nie starczyło wyobraźni; bo brakło wiedzy, a ambicja nie pozwoliła posiłkować się opinią kolegów lub specjalistów; bo – w rezultacie odgórnej polityki obniżania kosztów – zrezygnowaliśmy z optymalnej terapii. A potem powstają u lekarza niekończące się wyrzuty sumienia. Czym się zatem kierować, czy wystarczy etyka normatywna ujęta w kodeksy? Czy w wielu wypadkach nie należy dążyć, by część zapisów uległa uwspółcześnieniu? Jak być wiernym domniemanej prawdzie i w myśl kantowskiej reguły postępować tak, jak chciałoby się, by postępowano wobec nas? To kilka myśli z wystąpienia profesora (obok jego szersza wypowiedź).

Natomiast dyskutanci, m.in. Wiesław Gucwa, Tymoteusz Derebas, Teresa Weber, Stefan Bednarz, Cezary Szadek, szczególną uwagę poświęcili wzajemnym stosunkom lekarzy w szpitalach, gdzie często pojawia się zjawisko nadużywania władzy, niekiedy powiązane z wieloletnim pełnieniem stanowisk bez żadnej weryfikacji kompetencji.

Bez udziału gości i osób spoza Komisji jej członkowie rozpatrzyli w Krynicy także kilka skarg, które wpłynęły do Izby w ostatnim czasie. *(cis)*

Prof. Józef Lipiec: Kilka refleksji o etyce medycznej

Już przed laty zostałem zaproszony na taki kurs, prowadzony przez profesora Aleksandra Krawczuka, który twierdził, że medycyna to pewna siła, która niezależnie od filozofii Sokratesa czy Platona wypowiada się w kwestii podmiotowości człowieka. Jego los nie zależy bowiem od bogów, lecz od niego samego. I całe dzieje medycyny są poszukiwaniem sposobów, by tę tezę udowodnić.

Świat lekarski jest wypełniony dobrymi chęciami, tak też myślą pacjenci – że oni chcą dobrze. Problemem dzisiaj jest natomiast fakt, że liczą się nie tylko intencje, ale i konsekwencje. Lekarza weryfikują rezultaty. I tu pojawia się problem zdolności lekarza do ustawicznego, samokrytycznego porównywania własnej wiedzy do światowego rozwoju wiedzy medycznej. Lekarz powinien wiedzieć, że mniej więcej co 5 lat jego wiedza staje się przestarzała. I to jest problem etyczny. Kto nie podąża za postępem wiedzy, popełnia etyczny grzech.

Nie wystarczają dobre intencje, kwalifikacje, już posiadana wiedza. I tu się pojawia rola Komisji Etyki. Niestety, pełniące pewne funkcje normatywne punkty edukacyjne nie wystarczają, w Polsce są de facto dobrowolne. Oczywiście, deklarowane są w środowisku dobre intencje, znaczna jego część dokształca się na rozmaitych kursach, konferencjach, warsztatach, wyjeżdża na praktyki zagraniczne, ale nie dotyczy to całości. Tymczasem lekarz nowoczesny powinien regularnie korzystać ze zdobyczy medycyny. Bo powiedzmy to dosadnie, choć ludzie nie zawsze to rozumieją: Lekarz to nie znachor. To człowiek nauki!

POZ wprowadza opiekę koordynowaną

Pomysł dobry, wykonanie jak zwykle

Zgodnie z zapowiedzią 1 października weszła w życie kolejna reforma w podstawowej opiece zdrowotnej. Jeszcze zanim opublikowano rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ oraz powiązane z nim zarządzenie prezesa NFZ, wprowadzające długo zapowiadaną opiekę koordynowaną, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej wyrażali obawy o to, czy w założeniu dobry pomysł nie spali na panewce. W drugiej połowie października trudno o jednoznaczną ocenę, bowiem jak zwykle przepisy są nieprecyzyjne, niekiedy przypadkowe, o wielu podstawowych regulacjach chyba w ogóle zapomniano. Lekarze zwlekają więc z decyzją, czy angażować się w ten projekt.

O kolejnych, fragmentarycznych zmianach w funkcjonowaniu podstawowej opieki zdrowotnej w naszym kraju informowaliśmy w poprzednim numerze „GGL". Wówczas wszyscy czekali jeszcze na przepisy rozszerzające pakiet świadczeń POZ o tzw. opiekę koordynowaną. Jednocześnie znacząco rozszerzono pakiet badań, na jakie może kierować pacjenta lekarz rodzinny, m.in. o badania z zakresu kardiologii, diabetologii, chorób płuc oraz endokrynologii. Zmiany te mają przyspieszyć diagnostykę i leczenie, uczynić opiekę nad pacjentem lepszą i bardziej efektywną. Nie nad każdym pacjentem, ale w takich chorobach przewlekłych jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, przewlekła choroba niedokrwienna serca, migotanie przedsionków, astma oskrzelowa, POChP, niedoczynność tarczycy. Opieka ma być kompleksowa, dostęp do diagnostyki szybszy i szerszy, będzie prowadzona edukacja zdrowotna i profilaktyka w wymiarze indywidualnym. Tyle w teorii.

O ocenę przyjętych rozwiązań poprosiliśmy doktora Jerzego Radziszowskiego, przewodniczącego Zespołu ds. POZ i AOS Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, reprezentującego także Kolegium Zakładów Lecznictwa Otwartego w Krakowie. Nasz rozmówca potwierdza dość zgodną opinię, że same założenia oraz kierunkowe rozporządzenie ministra są krokiem we właściwą stronę, bowiem wprowadzenie elementów leczenia specjalistycznego do POZ było postulowane od bardzo dawna. Wszak każdy pacjent wymaga kompleksowego traktowania i spójnej terapii. Także katalog schorzeń, jakie mają zostać objęte opieką koordynowaną, generalnie nie budzi zastrzeżeń – to najbardziej rozpowszechnione choroby przewlekłe.

– Nasze obawy budzi jednak sposób wdrażania tych zmian, niestety w rozporządzeniu ministra i zarządzeniu prezesa NFZ jest bardzo dużo niejednoznaczności. Na ich podstawie nawet trudno złożyć do Funduszu wniosek o rozszerzenie umowy – mówi Jerzy Radziszowski. – Jednak wydaje się, że w dłuższym lub krótszym czasie jakaś część placówek będzie w stanie podołać wymaganiom Funduszu. Większe podmioty, skupiające więcej lekarzy, z bogatszym zapleczem lokalowym, sprzętowym i wyposażeniem, mogłyby wdrożyć opiekę koordynowaną stosunkowo szybko, lecz musimy wyjaśnić wiele wątpliwości.

Nie wiadomo na przykład, jak rozstrzygnąć problem lekarzy dwóch specjalności. Obecnie lekarz wykonujący świadczenia z zakresu POZ, nawet jeśli jest też kardiologiem czy diabetologiem, nie może u tego samego świadczeniodawcy udzielać porad specjalistycznych. Wystawia więc skierowanie do kolegi albo nawet do samego siebie – jeśli pracuje w innym podmiocie, z kontraktem na AOS. Rzecz jasna, nikt nie zabroni udzielać porad specjalistycznych w gabinecie lekarza rodzinnego, ale nikt też za to nie zapłaci.

– To patologiczna sytuacja, bo lekarz POZ z poszukiwaną specjalizacją może się zatrudnić w innym podmiocie, choć w tym samym budynku. Jeśli przepisy się nie zmienią, powstaną nowe „komórki organizacyjne" i lekarz do godziny 13 będzie lekarzem POZ, a po 13 lekarzem specjalistą, choćby prowadzącym prywatny gabinet tylko na potrzeby konsultacji POZ. Na razie nie ma regulacji, które by to zmieniły. W ogóle nie wiemy, na jakich zasadach w POZ mają pracować lekarze specjaliści. Czy mają być zatrudnieni na kontrakcie, umowie o pracę, czy mają być podwykonawcami, czy też nie muszą mieć żadnej umowy. Na ten temat nie ma ani słowa w zarządzeniu. Nie wiemy też, w jaki sposób będzie rozliczana konsultacja lekarza POZ ze specjalistą z wykorzystaniem środków elektronicznych. Taka forma została

dopuszczona, lecz jak mam rozliczyć rozmowę telefoniczną? Kto ją ma potwierdzić? Czy wystarczy zwykła notatka w dokumentacji, z podpisem? Może z podpisem kwalifikowanym? Nie dopełnimy wymagań, których nikt nie określił, a NFZ przy rozliczeniach zakwestionuje procedurę – wyjaśnia doktor Radziszowski.

Sprawdziły się obawy dotyczące wyceny świadczeń, którą zwłaszcza w przypadku diagnostyki laboratoryjnej i ultrasonograficznej ustalono na poziomie poniżej rzeczywistych kosztów.

Jak podkreśla nasz rozmówca, niedobór środków z powodu zbyt niskich wycen może też stanowić problem z pozyskaniem specjalistów gotowych współpracować z POZ. Zwłaszcza że może tu zachodzić konflikt interesów – budżet NFZ nie zwiększa się zbytnio, wzrost wydatków na podstawową opiekę zdrowotną oznacza mniej pieniędzy dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Nie poprawia to dostępności świadczeń.

– Moim zdaniem, placówki medyczne powinny rozważać stworzenie swego rodzaju „hubów" diagnostycznych, konsultacyjnych – takich wspólnych centrów opieki koordynowanej. To na pewno będzie bardziej korzystne zarówno dla świadczeniodawców, jak i dla pacjentów. Natomiast zgadzam się z opinią przedstawicieli lekarzy rodzinnych, że dla niewielkich gabinetów i poradni, działających daleko od miasta, opiekujących się 2-4 tysiącami pacjentów, samodzielne wprowadzenie opieki koordynowanej będzie szalenie trudne, może nawet niemożliwe – uważa Jerzy Radziszowski.

Na początek konieczne jest jednak wyjaśnienie wszystkich wątpliwości związanych z brakiem precyzji przyjętych zapisów. W planach – konsultacje z NFZ.

Jolanta Grzelak-Hodor

Rozmowa GGL

Jak się leczy w Szwecji

Rozmowa z doktorem Pawłem Kulą, od 20 lat lekarzem rodzinnym w Växjö

Panie Doktorze, pomińmy szczegóły Pańskiej biografii i przyczyny emigracji, chciałem Pana prosić o charakterystykę systemu ubezpieczenia zdrowotnego w Szwecji, a także zarysowanie zasad organizacyjnych ochrony zdrowia.

– Rozumiem, że chodzi o ubezpieczenie powszechne. Otóż każdy obywatel szwedzki, posiadający odpowiednik naszego numeru PESEL, jest z definicji ubezpieczony. To pozwala mu na korzystanie ze służby zdrowia w całej Szwecji. Natomiast sam system ochrony zdrowia jest głównie samorządowy. A ponieważ w Szwecji jest 21 regionów (odpowiedniki województw), każdy z nich posiada nieco odmienny system. Oczywiście ochrona zdrowia w tych regionach jest oparta na podobnym modelu, złożonym z trzech części, a mianowicie z podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki zdrowotnej świadczonej przez szpitale rejonowe oraz wysokospecjalistycznej opieki zdrowotnej świadczonej przez szpitale uniwersyteckie.

Paweł Kula

A „portfel prywatny"?

– To jest absolutny margines, nie ma czegoś takiego. Oczywiście od każdej reguły, również w Szwecji, są odstępstwa, ale generalnie ubezpieczenia prywatne w Szwecji nie funkcjonują. Owszem, niektóre zakłady pracy mają swoich lekarzy

medycyny pracy, rehabilitantów oraz psychologów. Ale generalnie każdy obywatel Szwecji od narodzin po wypisanie aktu zgonu jest pod opieką publicznej służby zdrowia.

Jak wygląda organizacja systemu?

– Jest bardzo prosta i klarowna dla pacjentów. Podstawowa opieka zdrowotna opiera się na lekarzu rodzinnym, zwanym w Szwecji *allmänläkare*. To znaczy, że w przychodniach szwedzkich pracują niemal wyłącznie lekarze rodzinni, a nie interniści, pediatrzy czy inni specjaliści, i pełnią oni funkcję jakby odźwiernych do systemu. Praktycznie wszyscy pacjenci przechodzą przez przychodnie. Natomiast specjaliści są przywiązani do szpitala, nie do swoich gabinetów. Dlaczego? Ponieważ w Szwecji uważa się, że specjalista bez zaplecza diagnostycznego, w tym wypadku bez szpitala, to nie jest specjalista. Ja się z tym modelem w pełni identyfikuję, ponieważ on likwiduje zamęt organizacyjny oraz rozproszenie zasobów po przychodniach specjalistycznych. Bo w Szwecji lekarz jest „towarem" deficytowym. Nawet w takim racjonalnym systemie ochrony zdrowia koszty są wysokie, choć to przecież relatywnie bogaty kraj. W 2021 roku Szwecja wydała 11,4 proc. budżetu na ochronę zdrowia, dla porównania Polska 6,6 proc., a średnia w krajach OECD wynosiła 9,5 proc.

Powiedział Pan, że lekarzy brakuje.

– Największy niedobór dotyczy właśnie lekarzy rodzinnych, ze względu na wymagania. Szwecja jest krajem większym od Polski, a ma zaledwie 10,3 mln mieszkańców. Od szpitali, gdzie są specjaliści, dzielą ich często spore odległości. W tej sytuacji lekarze rodzinni muszą sobie radzić ze wszystkim. Żeby zdobyć tę specjalizację w Szwecji, trzeba pracować minimum 5 lat nie tylko w przychodni, ale też na wszystkich oddziałach szpitalnych. Jeśli pacjent w lesie ścinał drzewo i piłą sobie przeciął podudzie, to ja muszę tę ranę zaopatrzyć. Jeśli pacjent ma ciało obce w oku, bo wpadł mu metalowy opiłek do oka, to też ja muszę go usunąć. Nawiasem mówiąc, każda przychodnia jest zaopatrzona w specjalne mikroskopy – jeden do badania oka, a drugi do badania ucha. Zresztą, standardowe wyposażenie przychodni szwedzkiej jest bardzo nowoczesne.

A co z badaniami obrazowymi?

– W przychodni nie ma aparatury do badań radiologicznych, ale jeśli pacjent ma złamaną kończynę czy zwichnięty staw, to piszę e-skierowanie i po przybyciu do szpitala jest on natychmiast prześwietlany i w razie potrzeby trafia do ortopedy. Natomiast gdy podejrzewam jakikolwiek złośliwy nowotwór, to taki pacjent trafia na konieczne badanie natychmiast. Cała korespondencja *allmänläkare* z kolegami specjalistami ze szpitala rejonowego odbywa się przez internet. A specjaliści odpowiadają wyczerpująco na wszelkie skierowania od lekarzy rodzinnych. Ponadto *allmänläkare* ma możliwość zapoznania się z dokumentacją szpitalną swoich pacjentów (dotyczy to komputerowych kartotek pacjentów z chorobami somatycznymi i psychicznymi). Nie muszę tłumaczyć, że każdy lekarz rodzinny pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej wie, jak ważna jest w kompleksowym podejściu do pacjenta informacja zwrotna od kolegów specjalistów.

Kto decyduje o zakresie badań? Co Panu wolno, a co przekazuje Pan specjalistom?

– Kompetencje lekarza rodzinnego w Szwecji są praktycznie nieograniczone, ponieważ to my mamy klucz do systemu. Nie nadużywamy konsultacji specjalistycznych, dlatego że nie wypada specjalistów obciążać błahymi sprawami. Ich czas jest bardzo cenny, a oczekiwanie na konsultacje specjalistyczne wynosi kilka miesięcy. Państwo daje obywatelom szwedzkim gwarancje konsultacji specjalistycznej w ciągu trzech miesięcy, lecz w przypadku niektórych specjalności ten termin nie jest dotrzymywany. Dlatego szwedzcy pacjenci doceniają i wykorzystują szerokie kompetencje swoich lekarzy rodzinnych, od dermatologii po ginekologię, od endokrynologii po kardiologię, od niemowląt po seniorów, którymi opiekujemy się nie tylko w ich domach, ale również w szwedzkich *äldreboende* (odpowiednik polskiego zakładu opiekuńczo-leczniczego). Należy pamiętać, że ponad 20 proc. szwedzkich obywateli to ludzie w wieku 65 plus. Często naszymi pacjentami są osoby powyżej 80, a nawet 90 lat, dlatego szwedzcy lekarze rodzinni muszą również znać podstawy geriatrii.

Czy lekarze rodzinni nie próbują czasem zleceniem badań specjalistycznych oddalić konieczność samodzielnego podjęcia decyzji o terapii?

– Nie ma tego rodzaju praktyk, z dwóch powodów. Jako szwedzki *allmänläkare* mogę zrobić wszystkie badania krwi, laboratoryjne w przychodni, bez żadnych ograniczeń, więc

moje możliwości diagnostyczne są bardzo duże. Podobnie z diagnostyką obrazową, sam wysyłam pacjenta na badanie, które jest mi potrzebne do diagnozy. Ale niezależnie funkcjonuje mechanizm chroniący system przed nadużywaniem zleceń do specjalistów. Mianowicie ci ostatni mają prawo odmówienia konsultacji, o czym informują drogą elektroniczną. Oznacza to, że skierowanie nie zostało zaakceptowane, ale bez uwag typu: „Kolego lekarzu rodzinny, to powinieneś wiedzieć!", tylko z zaleceniem „Proszę jeszcze uzupełnić diagnostykę o następujące elementy..." – i wtedy ewentualnie należy ponowić skierowanie. Generalnie statystyki pokazują, że szwedzcy *allmänläkare* kierują do specjalistów od 5 do 10 procent przypadków. To naprawdę mało.

Jest natomiast kwestia kluczowa – szwedzki lekarz rodzinny ma pod opieką 2 tys. pacjentów. Wbrew pozorom to bardzo dużo, zważywszy na rozległość kompetencji. W Norwegii, gdzie pracowałem, tych pacjentów jest o połowę mniej, trochę ponad 1000. I politycy wszystkich opcji w Szwecji są zgodni, że powinniśmy zmierzać w kierunku norweskiego standardu.

Jak wyglądają Pańskie godziny pracy, dyżury, zasady przyjęć pacjentów?

– W przychodniach pracujemy w dni powszednie między godz. 8 a 17. Dziennie przyjmuję ok. 15-20 osób. Przez resztę doby, jako lekarze rodzinni, przyjmujemy chorych na tzw. centralach dyżurowych, czynnych też w weekendy i święta. Do szpitali na ostry dyżur trafiają wyłącznie pacjenci z wypadków, z zawałem serca czy z udarem mózgu. Natomiast na co dzień pierwszej selekcji dokonują pielęgniarki, kwalifikując w ogóle pacjenta do wizyty u lekarza rodzinnego. I te pielęgniarki rejonowe, bardzo dobrze wyszkolone, selekcjonują pacjentów, a jeśli ich zdaniem przypadek nie wymaga wizyty w przychodni, udzielają porad: jak w przypadku np. przeziębienia zadbać o siebie w domu. Natomiast „skomplikowanych" pacjentów rejestrują do lekarzy ogólnych. W związku z tym w Szwecji tak naprawdę nie ma lekarza pierwszego kontaktu – jest pielęgniarka pierwszego kontaktu. I żeby się do mnie dostać, pacjenci czasem muszą czekać nawet kilka dni, chyba że w grę wchodzi ostry przypadek. Rejestracji dokonuje się wyłącznie telefonicznie. Później my zlecamy terapię lub decydujemy, czy pacjent wymaga opieki specjalistycznej. W tej ostatniej kwestii, jako *allmänläkare* zawsze mam prawo podnieść telefon i natychmiast uzyskać połączenie z lekarzem szpitalnym, który w danym dniu udziela konsultacji, w razie konieczności kontaktując się szybko z innymi specjalistami.

To jak wygląda Pańska codzienna praca?

– Praca w szwedzkiej przychodni odbywa się na zasadzie *team work*, czyli jest zespołowa. Na zespół składa się lekarz, pielęgniarka, „podpielęgniarka", sekretarka medyczna, rehabilitant medyczny i psycholog. Nie ma w Szwecji przychodni bez rehabilitanta i psychologa, ponieważ te dwie grupy chorób – układu ruchu i problemów psychicznych, są szczególnie powszechne.

Odbywa Pan też wizyty domowe?

– Rzadko. Każda przychodnia ma na wyposażeniu auta do dyspozycji lekarzy i pielęgniarek, zwykle elektryczne. Generalnie jednak nasz czas, lekarzy rodzinnych, jest tak cenny, że nie możemy poświęcić go na wizyty domowe. Zwykle przeprowadzają je „podpielęgniarki", które opiekują się pacjentami obłożnie chorymi. One też mają samochody służbowe i często przywożą tych pacjentów do przychodni na wizyty. Oczywiście wizyta domowa zdarza się też w mojej praktyce, ale bardzo rzadko. To nie megalomania, tylko standard systemowy.

Rozmawiał: Stefan Ciepły
Fot. Archiwum prywatne

Fragmenty wywiadu, który w całości publikujemy na stronie www.ggl.com.pl

Sprostowanie

W poprzednim wydaniu naszej gazety, pisząc o przeprowadzce Oddziału Klinicznego Onkologii SU do budynku dawnego CUMRiK-u, błędnie podaliśmy imię kierownika Oddziału **prof. Piotra Wysockiego**. Pomyłki nie jesteśmy w stanie w żaden racjonalny sposób wyjaśnić, tym bardziej że zarówno imię – poprawne – jak i nazwisko Profesora pojawiało się na naszych łamach nieraz.

Za pomyłkę Pana Profesora oraz Czytelników przepraszamy.

E-medycyna

Od stycznia 2019 roku obowiązują przepisy dotyczące e-recepty. To już prawie cztery lata, jak wystawiamy recepty w formie elektronicznej. To, co u większości lekarzy wywyłało wielką obawę, okazało się zbawieniem w okresie pandemii. Dopiero wtedy doceniliśmy tę wygodę. Obecnie 97 proc. recept ma formę elektroniczną, każdego dnia wystawiane są ich setki tysięcy. Oznacza to, że z „papieru" korzystamy naprawdę sporadycznie.

Większość lekarzy obsługuje programy funkcjonujące w podmiotach leczniczych, ale na co dzień każdy z nas może korzystać z wygodnej aplikacji **gabinet.gov.pl** W każdym z tych programów zauważamy progres i pojawienie się nowych form elektronicznych dokumentów. E-skierowanie to kolejny etap wdrażania e-zdrowia. Obecnie aplikacje są również wyposażone w zakładki „Szczepienia", „Szczepienia COVID", „Zgłaszanie chorób zakaźnych". Uruchomiono też pilotaż e-rejestracji.

Równolegle funkcjonuje **Internetowe Konto Pacjenta**, na które spływają wiadomości ze wszystkich kontaktów pacjenta z ochroną zdrowia. Jest to dla pacjenta świetne źródło informacji o jego wizytach w podmiotach leczniczych oraz realizowanych (i nie realizowanych) receptach. Z aplikacji można pobrać certyfikaty szczepień, jak również znaleźć tam skierowania na szczepienia covidowe. Jest to też źródło informacji dla lekarza, jeśli tylko zostanie on upoważniony przez pacjenta do wglądu w historię choroby zamieszczoną w IKP. IKP posiada każdy obywatel naszego kraju, ale należy je aktywować podpisem elektronicznym. I tu warto założyć sobie ePUAP, który znacznie ułatwi poruszanie się w przestrzeni elektronicznej. Warto namawiać swoich pacjentów do aktywacji IKP, gdyż usprawni to znacznie naszą lekarską pracę, przynajmniej w sferze wystawiania recept i skierowań. Każda nasza eletroniczna czynność zostanie przekazana pacjentowi na jego smartfon bądź wysłana na adres poczty elektronicznej w postaci kodu do realizacji recepty.

To nie wszystko. MZ przygotowało projekt „Program rozwoju e-zdrowia w Polsce na lata 2022-2027". Są to na razie plany wprowadzania w życie kolejnych, przeróżnych form cyfryzacji medycyny. Przewiduje on działania dwukierunkowe: [PACJENT] Pacjent zaangażowany w działania zwiększające kontrolę nad własnym zdrowiem oraz lekarz (podmiot leczniczy): [USŁUGODAWCA] Wzmocnienie dojrzałości cyfrowej usługodawców, wspartej e-usługami horyzontalnymi.

Założeniem dla pacjenta jest: aby mógł angażować się w troskę o własne zdrowie, należy dostarczyć mu narzędzi do nawigowania w systemie ochrony zdrowia. To m.in. możliwość umawiania i odwoływania wizyt, komunikacja z pracownikami medycznymi i niemedycznymi lub koordynatorami, uzyskiwanie informacji o możliwych ścieżkach postępowania diagnostyczno-leczniczego, dostępnych świadczeniach opieki zdrowotnej, programach profilaktycznych, a także aplikacje zdrowotne. Niezależnie od kanału komunikacji pracownicy ochrony zdrowia powinni mieć dostęp do właściwych danych, pozwalających na wsparcie pacjenta bądź udzielenie teleporady.

Założeniami dla lekarza i innych pracowników medycznych są: opiekę zdrowotną świadczą podmioty lecznicze i apteki (usługodawcy). Ich działalność wspierają systemy teleinformatyczne, które odpowiadają zarówno za dostarczanie informacji medycznych, jak i za wsparcie procesów biznesowych związanych z działalnością operacyjną, statystyką, raportowaniem.

Architektura centralnych systemów e-zdrowia jest podzielona na Platformę e-Zdrowie P1 (Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych), Platformę P2 (Platformę Udostępniania On-Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych), obsługujące wspólnie System Informacji Medycznej (SIM), dziedzinowe systemy teleinformatyczne, w tym system RUM-NFZ, oraz rejestry medyczne.

Platforma e-Zdrowie (Platforma P1) dostarcza kluczowe usługi e-zdrowia dla pacjentów i pracowników medycznym. Do usług tych należy recepta elektroniczna oraz dokument realizacji recepty (także recept w postaci papierowej), zamawianie recept, elektroniczne skierowanie, wymianę Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM), raportowanie i udostępnianie danych o zdarzeniach medycznych. Platforma P1 umożliwia także składanie przez pacjenta deklaracji POZ oraz nadawanie uprawnień do dostępu do swoich danych medycznych dla pracowników medycznych oraz osób trzecich.

Platforma Podmiotowych Rejestrów Medycznych (Platforma P2) to fundament funkcjonowania systemów e-zdrowia w kraju. Dostarcza referencyjnych danych z podmiotowych rejestrów medycznych. Rejestry te zawierają dane pracowników medycznych, dane o podmiotach wykonujących działalność leczniczą, w tym systemie państwowego ratownictwa medycznego i jednostek współpracujących, aptekach, hurtowniach farmaceutycznych, produktach leczniczych dopuszczonych do obrotu. Na tej platformie posadowiony jest również dobrze nam znany RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą).

W planach rozwoju procesów informatycznych w ochronie zdrowia jest m.in. wspomniana wcześniej **e-rejestracja**, ułatwiająca pacjentowi dostęp do usług medycznych. **Platforma telekonsultacyjna** umożliwi konsultacje wideo, wizyty w formie czatu, przesyłanie plików multimedialnych (np. zdjęć) zapisywanych później w dokumentacji medycznej pacjenta. **System DOM** zostanie rozwinięty do domowego centrum wspomagającego opiekę domową, w tym długoterminową. Będzie stanowić interfejs pomiędzy pacjentem, opiekunami nieformalnymi, pracownikami medycznymi i pomocą społeczną. Aplikacja po połączeniu z sensorami będzie zbierać dane o parametrach życiowych, aktywności i samopoczuciu pacjenta, prezentować wstępne wyniki pomiarów i przesyłać do analizy przez profesjonalistów medycznych. Aplikacja będzie także dawała możliwość przeprowadzenia telekonsultacji i będzie kluczowym systemem dla zapewnienia opieki nad pacjentem w warunkach domowych.

Zostanie też przygotowane narzędzie do prowadzenia **karty ciąży w postaci elektronicznej** tak, aby kobieta miała stały dostęp do aktualnych danych o swoim stanie zdrowia. Informacje o zdrowiu dziecka, wynikające z książeczki zdrowia dziecka, karty szczepień oraz przeprowadzonych badaniach profilaktycznych będą dostępne dla rodziców w postaci elektronicznej. Także informacje o szczepieniach wynikających z kalendarza szczepień będą dostępne w tej formie.

Dużo miejsca w projekcie poświęca się też opiece koordynowanej z udziałem POZ i ASO.

Postęp technologiczny w dziedzinie tzw. sztucznej inteligencji daje nadzieję na wsparcie lekarza w procesie diagnostyczno-terapeutycznym w ciągu najbliższych lat.

Telemedycyna to przyszłość. Warto przypomnieć, jak trudne były jej początki, kiedy uważano, że lekarz obowiązkowo musi osobiście zbadać pacjenta przed podjęciem jakichkolwiek dalszych kroków terapeutycznych. Z czasem coraz lepiej widać, że jednak można odstąpić od wielu reguł. A plany na niedaleką przyszłość są bardzo rozbudowane i ambitne. Pozostaje mieć nadzieję, że zmiany będą działały na naszą korzyść, ograniczając wszechobecną biurokrację. Ile to będzie kosztowało? Dużo, bardzo dużo – oprócz nowych programów i aplikacji powstaną liczne instytucje czuwające nad ich obsługą. Projekt programu zakłada finansowanie przedsięwzięcia w ramach Polskiego Ładu, z wykorzystaniem funduszy KPO. Tymczasem polityka rządu zmierza raczej do rezygnacji z ich pozyskania, co pozwala przypuszczać, że projekt dalszej cyfryzacji będzie czekać na lepsze czasy.

Mariusz Janikowski

Uniwersytet Jagielloński rozpoczął kolejny rok akademicki

1 października Uniwersytet Jagielloński zainaugurował nowy, 659. rok akademicki. Uroczystość, której głównym punktem była immatrykulacja studentów reprezentujących wszystkie 16 wydziałów, odbyła się w Auditorium Maximum UJ.

W jej trakcie, w swoim przemówieniu prof. Jacek Popiel, rektor UJ, wiele uwagi poświęcił problemom, z jakimi będzie musiała się zmierzyć uczelnia w roku akademickim 2022/2023, wynikającym głównie z rosnących kosztów jej utrzymania. „To jest problem całego środowiska akademickiego, związany z niskim wzrostem wysokości subwencji, stanowiącej podstawę funkcjonowania uczelni, inflacją, a przede wszystkim ogromnym wzrostem cen źródeł energii. Obecna wysokość subwencji nie wystarczy nawet na przetrwanie 2023 roku, nie mówiąc o realizacji planów rozwoju uczelni. Pracuję w Uniwersytecie ponad czterdzieści lat, ale nie pamiętam, żeby rektorzy tak dramatycznie przedstawiali najbliższy okres w funkcjonowaniu podległych im szkół" – stwierdził prof. Jacek Popiel. (Dodajmy na marginesie, że tydzień później rektor przedstawił plan awaryjny w związku z podwyżkami – o 700 proc.! – cen prądu. Podał m.in. proponowane terminy zajęć zdalnych w I semestrze oraz poinformował, że rozważane jest prowadzenie od końca tego semestru nauki stacjonarnej tylko od poniedziałku do czwartku, do godz. 18).

Bardziej optymistycznym akcentem uroczystości było wręczenie nagrody rektora – Lauru Jagiellońskiego – honorującej wybitne osiągnięcia naukowe uczonych z UJ. Wyróżnienie otrzymali: prof. Marek Stachowski w dziedzinie nauk humanistycznych oraz nauk społecznych, prof. Maciej Siedlar w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz prof. Jonathan Heddle w dziedzinie nauk ścisłych i przyrodniczych oraz nauk inżynieryjno-technicznych.

Okolicznościowym dyplomem uhonorowany został prof. Mateusz Hołda, naukowiec z UJ, któremu jako pierwszemu w najnowszych dziejach nauki polskiej przyznano tytuł profesora tytularnego przed ukończeniem trzydziestego roku życia.

Inauguracja roku akademickiego była także okazją, aby zapowiedzieć obchodzony w 2023 r. Rok Mikołaja Kopernika, któremu towarzyszyć będą liczne wydarzenia organizowane przez Uniwersytet Jagielloński wraz z Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie. Wykład zatytułowany „Kopernik i wyobraźnia" wygłosił (poprzez nagranie wideo) prof. Bartosz Brożek.

Źródło www.cm-uj.krakow.pl opr. KD
fot. J. Sawicz

Laur Jagielloński z rąk rektora UJ Jacka Popiela odbiera prof. Maciej Siedlar

Dyplom dla prof. Mateusza Hołdy

Co gmina to medycyna

Minister zdrowia ogłosił, że dla studentów medycyny przewidziano w tym roku aż 9406 miejsc, a planuje się, że w ciągu kolejnych lat liczba ta wzrośnie do około 14 tysięcy. Jak? Między innymi dzięki poszerzeniu kręgu szkół uprawnionych do kształcenia lekarzy.

Głos w tej sprawie zabrał doktor Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, który w felietonie dla „Gazety Lekarskiej" z 28 września stwierdził: „*Wobec fiaska dialogu (z ministrem zdrowia i edukacji) rozpoczynamy środowiskową dyskusję na temat możliwych reakcji samorządu na spowodowane przez rządzących zagrożenie nie tylko dla prestiżu czy właściwego wykonywania naszego zawodu, ale też – w dalszej perspektywie – dla naszych pacjentów. Uważam, że w tej sytuacji samorząd nie może pozostać bierny. Naszym zadaniem, wynikającym również z ustawy o izbach lekarskich, jest sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu lekarza...*".

I tej inicjatywie prezesa można by przyklasnąć, gdyby nie to, że w dalszej części felietonu zaczął gdybać, co okręgowe izby lekarskie mogłyby zrobić, gdyby lekarz, który ukończył TAKĄ uczelnię, złożył wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu. Taką uczelnię, „(...) *która kształciła na kierunku lekarskim pomimo negatywnej oceny Polskiej Komisji Akredytacyjnej lub co do której powstają uzasadnione wątpliwości co do jakości tego kształcenia*".

Do wystąpienia doktora Jankowskiego odniosły się artykuły redaktor Katarzyny Nocuń pt. „Lekarz z dyplomem z małej uczelni na cenzurowanym" w Prawo.pl oraz redaktor Anity Karwowskiej pt. „Chcą sprawdzać lekarzy" w „Gazecie Wyborczej". Można w nich przeczytać m.in.: „*Według samorządu lekarskiego nie wszystkie uczelnie kształcące przyszłych lekarzy mają wystarczający poziom, by nauczyć ich medycyny*" oraz „*Środowisko obawia się jednak o jakość kształcenia, a Naczelna Rada Lekarska (NRL) chce blokować dostęp do wykonywania zawodu absolwentom uczelni, które nie spełniają standardów*".

Podejmując więc zaproszenie pana prezesa do dyskusji, chciałabym zacząć od tego, że samorząd lekarski nie powinien podejmować się roli recenzenta systemu kształcenia przeddyplomowego. Za to odpowiada Ministerstwo Edukacji i Nauki, Państwowa Komisja Akredytacyjna, wreszcie poziom tego kształcenia firmują dyplomy lekarza, wydawane przez poszczególne uczelnie, a ostatecznie weryfikuje Lekarski Egzamin Końcowy.

Nie jest rolą samorządu lekarskiego dokonywanie weryfikacji wykształcenia lekarza, który na polskiej uczelni ukończył medycynę. Abstrahując od tego, że jest to czysta utopia, nie pozwólmy narzucić sobie roli „dystrybutora węgla". Pomysł zwiększenia liczby miejsc na studiach medycznych można porównać jedynie do zwiększenia strumienia wody wlewanej do dziurawego garnka – to nie rozwiąże problemów w opiece zdrowotnej. Nadal brakuje miejsc szkolenia podyplomowego, poczucia stabilności i przewidywalności systemu, a gdyby przestrzegano dyrektywy czasu pracy lekarzy, system opieki zdrowotnej w Polsce by się zawalił. To, że ZDROWIU należy się rzeczywista reforma, włącznie z reformą kształcenia przed- i podyplomowego, to truizm, a do zliczenia zorganizowanych w ostatnich 30 latach w tej sprawie wszelkiego rodzaju „stołów" (bardziej lub mniej okrągłych) potrzebny byłby kalkulator.

W prowadzonej przez samorząd lekarski dyskusji nie powinniśmy się skupiać na tym, jak dodatkowo ukarać młodych lekarzy – „ofiary" tej hucpy, którą nam gotują rządzący z krainy bezprawia i niesprawiedliwości. Bo czy jest ich winą, że też chcieli być medykami i zdecydowali się na studia w małej i młodej uczelni?

Powinniśmy rzetelnie powiedzieć sobie, że uczelnie medyczne nie są tworzone przez żadne „zielone ludki", że często trzon tych wydziałów stanowią szanowani koledzy i koleżanki lekarze, wspierani przez władze samorządowe czy przez polityków ponad partyjnymi podziałami, jak w artykule „GL" pt. „Dobra zmiana? Kształcenie przyszłych lekarzy budzi obawy" podaje Mariusz Tomczak. Czy nie należałoby więc podyskutować między sobą, aby dowiedzieć się, dlaczego tak wielu lekarzy decyduje się na włączenie się w szkolenie przeddyplomowe, jak to realizują na bieżąco, godząc z wykonywaniem zawodu, jak sami siebie oceniają w tej roli.

Może trzeba przyjrzeć się problemowi także od strony procesu akredytacji – w Zespole nauk medycznych i nauk o zdrowiu Polskiej Komisji Akredytacyjnej zasiadają lekarze, członkowie izb lekarskich. Można wziąć udział w XI edycji seminarium organizowanego przez PKA w cyklu

Forum Jakości, które odbędzie się 27 października 2022 r. w Warszawie i dowiedzieć się, jak rzeczywiście ten system funkcjonuje.

Powszechnie znaną prawdą jest, że „renomowane" uczelnie zgromadziły przez lata lub wieki doświadczenie i mają wypracowane know-how odnośnie kształcenia, ale wydaje się być nierozsądnym przesądzanie, że z „małej i młodej" uczelni wyjdzie „niedouczony" lekarz.

Dlatego też, z perspektywy lekarza seniora, proponuję nie leczyć objawów i zacząć poważną rozmowę o stanie samorządu i o tym, jak go wzmacniać, by móc lepiej służyć środowisku lekarskiemu. A ponieważ historia toczy się kołem, to dla przypomnienia – żyliśmy już w czasach popularnego sloganu: „w każdej wsi – WSI, a teraz – co gmina to Medycyna!"

Marzena Ksel-Teleśnicka,
wiceprezes ORL w Krakowie

Rozmowa z dr. Januszem Pokorskim, nowym Pełnomocnikiem ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Krakowie

Mądrzy nie tylko po szkodzie

Panie Doktorze, przedstawiając plan swojego działania jako Pełnomocnika, wzbudził Pan pewną konsternację oświadczając, że nie będzie się Pan zajmował terapią uzależnień, ponieważ nie jest Pan specjalistą w tej dziedzinie. Pana poprzednik pomocy uzależnionym poświęcał najwięcej czasu. Jak więc widzi Pan swoją rolę?

– To prawda, że złożyłem takie oświadczenie, lecz zacytujmy do końca moją wypowiedź – nie jestem specjalistą terapii uzależnień, ale każdemu koledze, który zgłosi się do mnie z takim problemem, pomogę najlepiej, jak potrafię, czyli skieruję do kogoś, kto profesjonalnie udzieli mu wsparcia w walce z konkretnym uzależnieniem. Zresztą, uzależnienia to nie jest jedyny problem lekarzy. Choć działam krótko, pomogłem już czterem osobom mającym różne kłopoty związane ze zdrowiem. Chcę się zajmować rozwiązywaniem problemów dotyczących całego środowiska, często leżących u źródeł wypalenia zawodowego, przewlekłego stresu i związanych z tym kłopotów zdrowotnych lekarzy. Zamierzam np. propagować wiedzę na temat przyczyn zdarzeń niepożądanych, ale w ujęciu holistycznym, a więc nie tylko medycznych przyczyn, takich jak np. uboczne działanie leku czy pomyłka w wyborze ścieżki postępowania, ale nawet z pozoru odległymi sprawami, jaką może się wydawać wpływ całkowitego zakazu palenia papierosów na powstawanie zdarzeń niepożądanych.

Dr Janusz Pokorski

Chyba nie zamierza Pan Doktor bronić papierosów?

– Jestem zdeklarowanym przeciwnikiem zarówno palenia tytoniu, jak i całkowitego zakazu palenia dla osób uzależnionych od tytoniu w miejscu chwilowego odosobnienia, jakim jest szpital. Do szpitali trafiają różni ludzie. Jeśli ktoś jest uzależniony, nie rzuci palenia tylko dlatego, że znalazł się w szpitalu. Albo będzie rozpaczliwie szukał miejsca, gdzie po kryjomu zapali, albo będzie psychicznie cierpieć. Na marginesie, jeden z moich pacjentów właśnie w takich okolicznościach zmarł – poszedł zapalić do szpitalnej piwnicy i tak się ukrył, że nawet nie zdążył wypalić, zanim zmarł na serce. I obok

nie było nikogo, kto by pospieszył z pomocą. Poza tym, będąc kiedyś pacjentem w szpitalu, sam ciężko się przeziębiłem korzystając z toalety, w której kolejno kilku pacjentów paliło przy oknie otwartym w środku zimy. Znajdźmy więc inne wyjście niż całkowity zakaz palenia. Np. w Szpitalu Uniwersyteckim przyjęliśmy takie rozwiązanie na oddziale toksykologii, gdzie zainstalowano małą palarnię. Pacjenci są spokojniejsi, a pielęgniarki nie muszą się z nimi awanturować.

Zapewne przyczyn zdarzeń niepożądanych i błędów, a tym samym przyczyn problemów lekarzy jest wiele, to nie szpitalny zakaz palenia jest najistotniejszą z nich.

– To dość szeroka wiedza, czasem nieoczekiwana, jak nieoczekiwane bywają źródła zagrożeń w szpitalu. Lekarze zwykle nie mają odpowiedniej wiedzy na ten temat. Na przykład hasło ergonomia kojarzą z wyprofilowaniem fotela komputerowego, a niewygodne krzesło to chyba mniejszy problem niż źle skonstruowane narzędzie chirurgiczne, pompa infuzyjna czy program komputerowy. Lekarze nie mając świadomości takich uwarunkowań, nie zwracają na nie uwagi. Oskarżeni o spowodowanie zdarzenia niepożądanego często przyznają się do błędów przez siebie nie do końca zawinionych, jak np. wynikających z błędnego odczytania wskazań wadliwie zaprojektowanych przyrządów czy przyciśnięcia niewłaściwie zlokalizowanych przycisków. Sytuację utrudnia wysoki stopień skomplikowania nowoczesnej aparatury przy powszechnym braku normalizacji interfejsów informacyjnych i wykonawczych. Sprawdza się tylko stan techniczny wyposażenia, tymczasem nawet fabrycznie nowe urządzenie źle zaprojektowane może wręcz wymuszać popełnienie błędu. Szczególnie w sytuacji, gdy oddziałują dodatkowe czynniki, np. zmęczenie, brak personelu, pośpiech itd. Przemęczenia plus źle zaprojektowane urządzenia i łatwo o błąd.

Czyli chce Pan Doktor nie tylko bezpośrednio pomagać w problemach zdrowotnych lekarzy, ale przede wszystkich promować profilaktykę wypalenia i zapobieganie problemom, które mogą doprowadzić do pogorszenia zdrowia lekarza czy do uzależnienia.

– Indywidualnej pomocy udzielam od początku, jednak moje koleżanki i koledzy niezmiernie rzadko jej szukają, wręcz ukrywają problemy. Nie przyznajemy się do słabości. Zresztą, w przypadku uzależnienia własne środowisko jest zwykle ostatnim, w jakim lekarz szukałby wsparcia. Nie znaczy to jednak, że nie będziemy się starali przełamać tego schematu. Spotkania grupy AA muszą się odbywać, choć uważam, że niekoniecznie w siedzibie Izby Lekarskiej – by nikt nie miał obaw o łatwą identyfikację. Bardzo cenne będą także spotkania Grupy Balinta, wspierającej lekarzy od strony psychologicznej. Kilku psychiatrów złożyło mi pewne obietnice w tej materii, mam nadzieję, że zostaną dotrzymane.

Wracając do moich zainteresowań medycznymi zdarzeniami niepożądanymi – to pasja, ale też przekonanie o celowości popularyzowania tej wiedzy. Na przykład dzięki takiemu podejściu bardzo znacząco podniesiono bezpieczeństwo w lotnictwie. Jednak podstawową kwestią jest mówienie o tym i zgłaszanie uwag. My, lekarze, szczególnie lekarze zabiegowi, mamy „syndrom Supermana". Staramy się nieść pomoc nie zważając na okoliczności. Zwykle nie skarżymy się na złą jakość sprzętu. Powoduje to brak informacji zwrotnej dla wytwórców, w efekcie czego sprzęt nie jest doskonalony.

System łatwo się krytykuje, bo jest to głos zbiorowy i adresat nie do końca wskazany. Natomiast mówienie we własnym imieniu o obawach popełnienia błędu nie tylko pod względem psychologicznym sprawia więcej trudności...

– Dlatego bardzo leży mi na sercu podejście do problemu winy i kary w polskiej medycynie. Na szczęście teraz więcej się o tym mówi dzięki akcji *no fault*. Wiemy przecież, że lekarze czy pielęgniarki nie chcą pacjentowi zrobić krzywdy. Tymczasem za zdarzenia niepożądane w dużej części odpowiadają błędy w projektowaniu urządzeń, opakowań, obiektów, nieżyciowe procedury, brak współpracy zespołowej, procedury przetargowe itp. W lotnictwie nie oskarża się nikogo, jeśli nie było złej woli. Nie chodzi o to, by kogoś ukarać, ale by zdarzenie nie powtórzyło się w przyszłości – chodzi o bezpieczeństwo, nie o wymierzenie kary. Wierzę, że kiedyś się to zmieni. Oby jak najszybciej.

Rozmawiała Jolanta Grzelak-Hodor
Fot. Katarzyna Domin

Dr Janusz Pokorski, krakowianin, absolwent krakowskiej Akademii Medycznej, specjalista medycyny pracy i chorób wewnętrznych zatrudniony w Szpitalu Uniwersyteckim. W obecnej kadencji samorządu lekarskiego – Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów OIL w Krakowie. Przez wiele lat pracował w Katedrze Medycyny Pracy i Chorób Zawodowych UJ CM jako lekarz kliniczny i kierownik Zakładu Ergonomii. Autor publikacji, organizator konferencji, jeden z sygnatariuszy (jako przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Ergonomicznego) Interdyscyplinarnej Deklaracji Bezpieczeństwa Pacjenta, podpisanej we wrześniu br. w Krakowie. Z zamiłowania – spadochroniarz.

Stażyści wolą Kraków

576 osób, w tym 479 lekarzy i 97 lekarzy dentystów otrzymało skierowania Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie na odbycie od 1 października br. stażu podyplomowego na terenie działania Izby. Liczba stażystów jest o 83 większa niż w roku ubiegłym, do czego przyczynili się m.in. pierwsi absolwenci Wydziału Lekarskiego Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.

Najwięcej młodych lekarzy trafiło do placówek krakowskich, w tym do 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką – 101 lekarzy i 15 dentystów, Szpitala Uniwersyteckiego – 60, Szpitala Specjalistycznego im. Dietla – 71, Szpitala Specjalistycznego im. Rydygiera – 48 oraz Szpitala Specjalistycznego im. Żeromskiego – 44. Natomiast najwięcej stomatologów – 50, szkolić będzie jak zwykle Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna oraz Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna – 20.

Tradycyjnie już liczba miejsc zarezerwowanych w krakowskich szpitalach okazała się za mała i konieczne było – na prośbę Komisji Organizacyjnej ORL skierowaną do dyrektorów tych placówek – jej zwiększenie. Niestety zainteresowanie odbyciem stażu w szpitalu powiatowym czy po prostu zlokalizowanym poza Krakowem nie jest duże, co dobitnie pokazują dane z Delegatur. Tam najwięcej, bo aż 10 osób, rozpocznie staż w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie, 8 osób – w Szpitalu Specjalistycznym Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. ks. Markiewicza w Brzozowie, po 6 w Szpitalu Specjalistycznym im. Klimontowicza w Gorlicach i Szpitalu Powiatowym im. Chałubińskiego w Zakopanem oraz tylko 4 osoby w Wojewódzkim Szpitalu im. św. Ojca Pio w Przemyślu.

– Od lat pierwszym wyborem stażysty jest podmiot leczniczy zlokalizowany w Krakowie. Szpitale powiatowe nie są dla nich atrakcyjne – komentuje tę sytuację Mariusz Janikowski, przewodniczący Komisji Organizacyjnej ORL, tłumacząc: – W czasie studiów medycznych w Krakowie poznali już te podmioty, a dodatkowy wywiad środowiskowy ułatwia im wybór tego właściwego. Ważna jest też dla nich perspektywa pracy w Krakowie, a ponieważ duża część młodych lekarzy po odbyciu stażu wiąże się z daną jednostką, jest on dla nich przetarciem ścieżek do przyszłego zatrudnienia. Wybierając swoje miejsce odbywania stażu podyplomowego, warto

jednak pamiętać, że możliwości szkoleniowe, a szczególnie „dostęp" do pacjenta i lekarza oraz możliwość nabycia doświadczenia w placówkach powiatowych są dużo większe.

Tegoroczny staż odbywa się jeszcze na starych zasadach – jego modyfikacja opisana w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty miała obowiązywać od 1 stycznia 2022 r., ale minister zdrowia przesunął zmiany o rok. Można się spodziewać, że wejdą w życie od 1 stycznia 2023 r. Co się zmieni? – Przede wszystkim program stażu podyplomowego z możliwością jego tzw. personalizacji – wyjaśnia doktor Janikowski. – Oznacza to, że poza obowiązującymi cząstkami można będzie „dobrać" dyscypliny, które szczególnie interesują stażystę. Tym bardziej że z obowiązkowego programu znika np. ginekologia. Program stażu będzie wzbogacony o szkolenia takie jak funkcjonujące od dawna z prawa medycznego i bioetyki oraz nowe z komunikacji z zespołem terapeutycznym czy dotyczące przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, profilaktyki onkologicznej oraz leczenia bólu. Zmienią się też zasady wybierania podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu. I tak w przypadku staży lekarskich podmiot taki będzie musiał realizować staż przynajmniej w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz chirurgii ogólnej. W przypadku lekarzy dentystów przepis ten sprowadza się do realizacji programu w dziedzinie stomatologii zachowawczej, chirurgii stomatologicznej, stomatologii dziecięcej i protetyki stomatologicznej. Spowoduje to, że na rynku podmiotów leczniczych uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego nastąpi mała rewolucja.

opr. KD

Więcej wyborów znaczy lepiej?

W dniach 1-30 września 2022 r. rozpoczęto przyjmowanie wniosków w postępowaniu kwalifikacyjnym na szkolenie specjalizacyjne. Po raz pierwszy nabór ten odbywa się według nowych zasad – wprowadzona została tzw. ogólnopolska rekrutacja, która polega na tym, że kandydat na specjalizację może podać 15 wariantów wyboru (w każdym wariancie należy wskazać dziedzinę, województwo i tryb odbywania specjalizacji), a do każdego wariantu może wskazać do trzech jednostek specjalizacyjnych w kolejności wybranej przez siebie. Skomplikowane? To dopiero początek.

Do ostatniej chwili nie było wiadomo, czy ogólnopolska rekrutacja zostanie wdrożona już od tego postępowania kwalifikacyjnego, wszak termin wprowadzenia nowych zasad rekrutacji został już kilkukrotnie odroczony. Od tej pory za proces kwalifikacji na szczeblu centralnym odpowiedzialne jest CMKP, a na terenie województw odpowiedzialne pozostają urzędy wojewódzkie. Rzeczone CMKP przygotowało szkolenia dla kandydatów na specjalizacje, które wdrożyć ich miały do prawidłowego składania wniosków w systemie SMK oraz miały rozjaśnić wszystkie wątpliwości. Niestety w trakcie postępowania kwalifikacyjnego (20.09.2022 r.) Ministerstwo Zdrowia wydało komunikat, w którym zobowiązano kandydatów do przedstawienia średniej arytmetycznej z ocen z egzaminów, zawartej w karcie osiągnięć studenta, ze wskazaniem skali ocen, jaka obowiązywała w uczelni. Okazało się, że niemal żadna uczelnia w karcie osiągnięć nie uwzględnia średniej arytmetycznej wyłącznie z egzaminów – część z nich podaje tylko średnie ważone, a część zawiera również średnie arytmetyczne ze wszystkich przedmiotów, również tych zakończonych zaliczeniami na ocenę, nie tylko egzaminem. Spowodowało to wielkie zamieszanie i z pewnością wywołało duży stres u lekarzy rekrutujących się w bieżącym postępowaniu.

Po konsultacjach z władzami uczelni kształcącymi na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym Ministerstwo wydało kolejny komunikat (z dnia 26.09.2022 r.) o umożliwieniu dołączenia do wniosków zaświadczenia wydanego przez uczelnię o średniej arytmetycznej z egzaminów – wszystko to na niecałe pięć dni przed zakończeniem przyjmowania dokumentów.

Kolejną falę niepokoju wywołują już same zasady kwalifikacji – po ogłoszeniu wyników przyszli specjalizanci mają dwa dni na przyjęcie lub odrzucenie przydzielonego miejsca szkoleniowego. W przypadku jego odrzucenia lekarz teoretycznie powinien mieć możliwość rozpoczęcia specjalizacji zgodnie z kolejnym, wcześniej wybranym przez siebie wariantem, ale jeśli kandydat zgłosiłby po trzy jednostki specjalizacyjne do 15 wariantów wyboru, to blokowanych byłoby 45 miejsc specjalizacyjnych dla jednej osoby.

Jak problem ten rozwiąże CMKP wraz z Ministerstwem Zdrowia? Tego dowiemy się już wkrótce. Oby skończyło się to pozytywnie dla każdego z przyszłych specjalistów!

Maciej Nowak

Głos w dyskusji o składkach

Na pierwszym posiedzeniu nowej Naczelnej Rady Lekarskiej 3 czerwca 2022 r. powołany został zespół roboczy ds. analizy wysokości składki członkowskiej, który w swoim podsumowaniu zaproponował podniesienie jej do 90, 100 lub 120 zł. W ostatnim czasie zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym doświadczamy szybkiego wzrostu cen, dlatego wraz ze spadkiem wartości pieniądza zrozumiałe jest, że również Naczelna Izba Lekarska została zobowiązana do aktualizacji miesięcznej składki członkowskiej na rzecz samorządu. Zupełnie inną kwestią jest skala jej wzrostu. Ostatnia podwyżka składki miała miejsce w 2014 r. – ustaloną w 2008 r. opłatę w wysokości 40 zł podniesiono

do 60 zł. Kwota ta utrzymywana była aż do 2022 r. W latach 2014-2021 wg danych GUS inflacja wyniosła niecałe 13,5 proc., natomiast w bieżącym sięga 15 proc. – zakładając, że tempo wzrostu cen utrzyma się na tym samym poziomie, możemy mówić o około 30 proc. inflacji za okres 8 lat, tymczasem zespół roboczy powołany przez NRL postulował podniesienie składek członkowskich odpowiednio o 50 proc., 66 proc. i 100 proc. Czy jest to adekwatny wzrost? Wydaje się jednak nie do końca proporcjonalny.

Kolejną kwestią są propozycje wysnute przez ww. zespół – pojawia się w nich również podniesienie składek dla lekarzy stażystów, którzy na okres odbywania stażu podyplomowego zobowiązani byliby do ich odprowadzania w wysokości 50 proc. kwoty podstawowej, czyli wzrost składek dla lekarzy stażystów wynosiłby odpowiednio dla poszczególnych propozycji 450, 500 i 600 proc.

Obecny prezes NRL utożsamiany jest ze środowiskiem Porozumienia Rezydentów. Jako jeden z jego liderów zabiegał o poprawę warunków pracy i płac w ochronie zdrowia, zwłaszcza na początku drogi zawodowej lekarza. Dzisiaj powołany przez kierowaną przez niego Radę zespół planuje zmniejszenie ulgi dla najmłodszych adeptów sztuki lekarskiej. Ale może jest jeszcze ratunek – zespół ten jako ostatni postulat proponuje „utrzymać na dotychczasowym poziomie składkę dla lekarzy, dla których wynosiła ona 10,00 zł".

Jak skończy się sprawa podwyżek składki członkowskiej? Niedługo wszyscy się przekonamy.

Maciej Nowak

Kurs EPALS w Krakowie

W dniach 1-2 października, w siedzibie Medycyny Praktycznej, członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie uczestniczyli w kursie EPALS – „Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u dzieci". Jest on prowadzony przez instruktorów Europejskiej i Polskiej Rady Resuscytacji, zgodnie z wytycznymi resuscytacji 2021.

Uczestnikami byli zarówno młodzi lekarze, będący na początku swojej kariery zawodowej, jak i doświadczeni specjaliści, chcący poszerzyć swoją wiedzę zgodnie z najnowszymi wytycznymi. W trakcie dwóch dni intensywnie szkolili się w zakresie wczesnego rozpoznawania i zapobiegania niewydolności oddechowej lub krążeniowej u dzieci, a także umiejętności udzielenia pomocy w stanach zagrożenia życia. W trakcie kursu postawiono przede wszystkim na zajęcia praktyczne, aczkolwiek nie brakowało też ciekawych dyskusji. Wszystkie działania, po uprzednim ich omówieniu, były następnie wielokrotnie powtarzane. Ćwiczenia odbywały się na podstawie symulowanych scenariuszy, na manekinach przystosowanych do wykonywania zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych. Poruszono również bardzo trudny, ale istotny i skłaniający wszystkich do refleksji temat etyki w resuscytacji.

Całość zwieńczona była egzaminem praktycznym, w trakcie którego uczestnicy musieli wczuć się w rolę lidera zespołu, by w sposób szybki i skoordynowany ocenić stan dziecka, a następnie podjąć właściwe działania terapeutyczne. Mimo ogromnego stresu, który temu towarzyszył, każdy ukończył kurs bogatszy o doświadczenie, a także otrzymał cenne wskazówki niezbędne do dalszej pracy z małymi pacjentami.

Agata Dynkiewicz

Zaproszenie do Poronina

Komisja ds. Młodych Lekarzy ORL w Krakowie serdecznie zaprasza Koleżanki i Kolegów lekarzy stażystów oraz lekarzy w trakcie specjalizacji do wzięcia udziału w szkoleniu pt. „Pierwsze kroki w zawodzie lekarza – wybrane aspekty praktyczne".

Szkolenie odbędzie się w dniach 18-20 listopada 2022 r. w karczmie Baca w Poroninie. Organizatorzy zapewniają transport z Krakowa, udział w debatach, noclegi z wyżywieniem oraz przewidziane w programie atrakcje i udział gości specjalnych. Zagadnienia poruszane podczas szkolenia dotyczyć będą m.in. tego, jak założyć własną działalność gospodarczą, odpowiedzialności cywilnej lekarza, praktycznych aspektów pracy w POZ oraz systemu *no fault*.

Zgłoszenia należy dokonać do 10 listopada 2022 r. poprzez formularz znajdujący się na stronie Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, w zakładce „Młody Lekarz". W mailu zwrotnym otrzymają Państwo numer konta bankowego, na które należy uiścić opłatę i odesłać potwierdzenie wykonania przelewu. Cena za udział w konferencji wynosi 300 zł dla członków krakowskiej Izby, 400 zł dla członków pozostałych Izb.

Liczba miejsc jest ograniczona, o zapisie na listę uczestników decyduje kolejność zgłoszeń.

Agata Dynkiewicz, wiceprezes ORL w Krakowie

Konferencje

XXI Konferencja „Polka w Europie"

Edukacja wszystkim pilnie potrzebna

Jakie skutki przyniosła pandemia, jakie są odległe następstwa zachorowania na COVID-19? Nie tylko po tej chorobie warto sprawdzać stan zdrowia, choć niektórych badań profilaktycznych nie trzeba wykonywać zbyt często. Niestety, o wielu naprawdę ważnych badaniach w ogóle się nie pamięta. Lekarze natomiast zapominają, że warto podążać za postępem w farmakoterapii i zbyt rzadko sięgają po nowoczesne leki, o wiele skuteczniejsze, bezpieczniejsze, o wielokierunkowym działaniu i dostępne z refundacją – to tylko parę wniosków z XXI Ogólnopolskiej Konferencji „Polka w Europie", zorganizowanej w dniach 23-24 września w Warszawie, pod hasłem „Nauki medyczne w poszukiwaniu skutecznych terapii. Zdrowie po pandemii SARS-CoV-2".

Celem tych dorocznych spotkań jest edukacja dziennikarzy z zakresu medycyny i problematyki ochrony zdrowia oraz interdyscyplinarna wymiana opinii także między wykładowcami reprezentującymi przede wszystkim świat medycyny, ale też farmakologii, ochrony zdrowia i instytucji za nią odpowiedzialnych. Jednym z patronów konferencji od lat jest Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie.

O stanie zdrowia Polaków, o bezpośrednich i odległych skutkach pandemii i zachorowania na COVID-19, o nowych lekach i terapiach w diabetologii, kardiologii, onkologii, pulmonologii, nowych możliwościach diagnostycznych i wynikach najnowszych badań dotyczących profilaktyki nowotworów, o obecnych i spodziewanych zagrożeniach epidemiologicznych i wielu innych problemach medycznych oraz związanych z naszym systemem ochrony zdrowia eksperci mówili w centrum prasowym PAP w Warszawie przez dwa dni. Wśród 23 wykładowców byli m.in. profesorowie Zbigniew Gaciong, Ryszard Gellert, Magdalena Chrościńska-Krawczyk, Jan Lubiński, Janusz Gumprecht, Przemysław Mitkowski, Ewa Barcz, Adam Wichniak i inni wybitni specjaliści. W panelu dotyczącym zdrowia jamy ustnej o roli lekarza dentysty w diagnostyce chorób ogólnoustrojowych mówiła prof. Jolanta Pytko-Polończyk, prodziekan Wydz. Lekarskiego UJ CM oraz członkini ORL w Krakowie. Kraków i naszą Izbę reprezentował na konferencji także dr Jerzy Friediger, skarbnik ORL i dyrektor krakowskiego Szpitala im. S. Żeromskiego, redaktor naczelny „GGL", który przedstawił uczestnikom „Polki" usytuowanie dziecka w polskim systemie opieki zdrowotnej.

Jakie jest to usytuowanie? Zdaniem dr. Friedigera, dziecka w polskim systemie ochrony zdrowia właściwie nie ma, a jeśli już jest, to niechciane i zaniedbane, czego przykładem może być np. sytuacja w psychiatrii dziecięcej, okulistyce, stomatologii itd. W Polsce XXI wieku nie ma opieki nad matką i dzieckiem, nie ma poradni dziecięcych w podstawowej opiece zdrowotnej. Nie funkcjonują szkolne gabinety dentystyczne, już nawet zapomniano o kiedyś prawie obowiązkowej szkolnej „gimnastyce korekcyjnej" dla dzieci z wadami postawy.

– Jest coraz gorzej. Każda ekipa rządząca wprowadzała swoją reformę systemu, ale żadna reforma nie dostrzegała potrzeb dziecka – mówił podczas konferencji dr Jerzy Friediger.

Niestety, z tych zaniedbanych przez system dzieci wyrastają schorowani dorośli. Teraz dodatkowym problemem są następstwa zachorowania na COVID-19. O niektórych mówi się za mało – uważa prof. Ryszard Gellert, dyrektor CMKP, ale też nefrolog, który podczas konferencji uczulał wszystkich na obserwowany w dłuższej perspektywie wpływ zachorowania na nerki – koronawirus, nawet przy łagodnym przebiegu choroby, może uszkodzić kłębuszki nerek. Grozi nam tsunami przewlekłej niewydolności nerek, lecz można je powstrzymać, rutynowo badając stan tych narządów u pacjentów.

Dodatkowym zagrożeniem dla nerek jest cukrzyca, a tu dane także nie są optymistyczne. Rośnie liczba zachorowań na cukrzycę typu 2, czemu sprzyja głównie styl życia Polaków. Wg WHO w 2021 roku chorowało na nią na świecie ok. 537 mln osób. Zgodnie z przewidywaniami, mimo coraz doskonalszych narzędzi diagnostycznych i terapii, w 2045 roku chorych będzie ponad 780 mln osób – o 46 proc. więcej niż obecnie. W Europie liczba osób z cukrzycą wzrośnie w tym samym czasie o 13 proc. (z 61 do ok. 69 mln), w Ameryce Północnej o 24 proc. (z 51 do ok. 63 mln), natomiast w Afryce, w związku z postępującymi tam zmianami stylu życia, aż o 134 proc. (z 24 do ok. 55 mln osób). Wyzwaniem jest nie tyle sama cukrzyca, co powikłania, do jakich prowadzi. I tu pojawia się problem, bowiem zdaniem prof. Janusza Gumprechta z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Nefrologii ŚUM w Katowicach, konieczne jest bardziej intensywne leczenie cukrzycy, stosowanie nowoczesnych leków o działaniu kardio- i nefroprotekcyjnym. Takie leki są dostępne, lecz zbyt rzadko się po nie sięga. U wszystkich pacjentów ze zdiagnozowaną cukrzycą stosuje się w pierwszym rzucie leki przeciwhiperglikemiczne – obniżające stężenie glukozy we krwi. Ale przy dużym ryzyku powikłań od razu powinien być podawany także lek z grupy kardioprotekcyjnej, który z reguły wpływa nie tylko na wyrównanie glikemii, ale m.in. też obniża masę ciała (a otyłość towarzyszy większości pacjentów z cukrzycą typu 2) oraz ciśnienie tętnicze krwi. Jeśli terapię intensyfikuje się dopiero po 10 czy 20 latach, redukcja ryzyka będzie istotnie mniejsza, niż jeśli zastosuje się odpowiednie leki od początku. Zwłaszcza że lista leków refundowanych jest coraz dłuższa, choćby we wrześniu złagodzono warunki refundacji niektórych z nich, dopisano do listy nowe cząsteczki.

J. Hodor

Ten sam problem dotyczy chorób sercowo-naczyniowych. W 2018 roku choroby układu krążenia były w Polsce przyczyną 40,5 proc. zgonów (nowotwory – 24,5 proc. zgonów). Problemem jest nie tylko skala zachorowań. W porównaniu do Europy Zachodniej cechuje nas prawie dwukrotnie wyższa umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca oraz 1,5 raza wyższa śmiertelność z powodu udaru mózgu. Wydatki na kardiologię w Polsce rosną, lecz nie przekłada się to na zmniejszenie śmiertelności. Sytuację pogorszyła pandemia. Tu także warto poszerzyć wiedzę na temat najnowszych leków. Jednym z przykładów niewykorzystanych możliwości nowoczesnej farmakoterapii może być, zdaniem prof. Przemysława Mitkowskiego, prezesa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, jeden z programów lekowych, dostępnych od 2018 roku, początkowo tylko dla pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną, ale obecnie także dla wybranych pacjentów kardiologicznych. Niestety, jest ich w tym programie niewielu. Zdaniem profesora, nie należy w terapii podążać utartymi ścieżkami, jeśli nie prowadzą one do zakładanego celu.

Zawsze jednak najcenniejsza jest profilaktyka. Ogromne zainteresowanie wzbudził więc wykład prof. Jana Lubińskiego, kierownika Zakładu Genetyki i Patomorfologii Centrum Nowych Technologii Medycznych PUM w Szczecinie, który przedstawił wyniki najnowszych badań nad pierwiastkami chroniącymi przed zachorowaniem na nowotwory. Wręcz

trudno uwierzyć, jak ogromne znaczenie może mieć dla zdrowia poziom selenu czy cynku w organizmie. Warto zapoznać się z tymi danymi, zwłaszcza że wyniki polskich badań zostały już potwierdzone także przez inne ośrodki na świecie.

Podczas tegorocznej konferencji dużo uwagi poświęcono też zdrowiu jamy ustnej. Jedną z prelegentek była prof. Jolanta Pytko-Polończyk, która mówiła o roli lekarza dentysty w diagnostyce chorób ogólnoustrojowych. Ta rola jest nie do przecenienia – lekarz dentysta dla niektórych schorzeń może być wręcz lekarzem pierwszego kontaktu, to on dostrzeże w jamie ustnej zmiany, których pacjent może być nawet nieświadomy. Stąd też konieczność współpracy lekarzy dentystów z lekarzami innych specjalności oraz wzmożona czujność podczas badania każdego pacjenta w gabinecie stomatologicznym.

To tylko kilka z wielu szalenie ważnych tematów poruszanych podczas tej konferencji. Będziemy do nich wracali. Każdy z wykładów wzbudził ogromne zainteresowanie, skłaniał do refleksji i pytań, na które podczas „Polki" dziennikarzom zawsze udziela się odpowiedzi. Bowiem organizatorzy konferencji – Stowarzyszenie Dziennikarze dla Zdrowia, w tym roku we współpracy z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym, wykładowcy, a także jej patroni, w tym krakowska Izba Lekarska, zdają sobie sprawę ze znaczenia edukacji przedstawicieli mediów, którzy nie tylko bezpośrednio docierają do swoich odbiorców, czyli do pacjentów, ale też mogą mieć wpływ na środowisko lekarskie i na decydentów. W konferencji bezpośrednio lub online wzięło udział ponad 100 przedstawicieli najróżniejszych redakcji.

Jolanta Grzelak-Hodor

Przedstawiciele OIL na konferencji w Słowacji

W dniach 29.09-1.10.2022 r. Słowacka Izba Dentystyczna (Slovenska Komora Zubnych Lekarov SKZL) zorganizowała Konferencję Slovenské Dentálne Dni. Uczestników obrad oraz gości z zagranicy witał prezydent SKZL Igor Moravčik. FDI było reprezentowane przez dr. Anja Baraba z Chorwacji, Węgry reprezentował D.M.D. Paul Gerólczy, Czechy doc. MUDr. Roman Šmucler, prezydent ČSK. W polskiej delegacji byli przedstawiciele Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie – Agata Dutka-Szmigiel i Dariusz Kościelniak, oraz prezes Polsko-Słowackiej Izby Przemysłowo-Handlowej Piotr Cebulski.

Konferencja lekarzy połączona była ze szkoleniem średniego personelu medycznego oraz akcją profilaktyki higieny jamy ustnej i higieny żywienia wśród dzieci. Zgromadziła około 500 uczestników.

DK

„Proceder podróży i mego życia awantur”

Regina Salomea Halpir

Z obfitego pocztu znakomitych lekarzy epoki polskiego renesansu i baroku, przedstawiamy portret pewnej lekarki, po pierwszej w Polsce kobiecie chirurg Magdalenie Bendzisławskiej chyba najwybitniejszej, choć mało znanej opinii publicznej. Regina Salomea Halpir (1718-1760) z domu Rusiecka praktykowała w Stambule, Sofii, Petersburgu, Wiedniu, na dworze Radziwiłłów w Nieświeżu i Ostrogskich w Dubnej. Była lekarką sułtańskich haremów, wykupywała austriackich arystokratów z tureckich więzień, wyleczyła z zapalenia płuc książęcego pretendenta do korony Węgier, podróżowała po Syrii, Egipcie, była w Jerozolimie, w Bachczysaraju, Kijowie. Ślad jej bogatego życia przetrwał w pamiętnikach, przechowywanych w Bibliotece Czartoryskich (z tytułem jw.).

Dostrzeżona m.in. przez Jerzego Giedroycia już w 1911 roku, potem przez Melanię Lipińską w roku 1932, opisana w książce Andrzeja Fedorowicza „Buntowniczki. Niezwykłe Polki, które robiły, co chciały”. W szczegółach biograficznych jej życia badacze jednak się różnią. Naszym przewodnikiem nieodmiennie będzie profesor Janusz Skalski.

Operacja zaćmy wg Wielkiej Encyklopedii Francuskiej, połowa XVIII w.

Kobiety w historii medycyny, tak polskiej, jak światowej pojawiają się rzadko. Panie Profesorze, kim była Regina Salomea z d. Rusiecka lub Makowska, po mężach Halpir, Pilsztyn. Podobno urodziła się gdzieś pod Nowogródkiem, w szlacheckiej albo mieszczańskiej rodzinie. Jak posiadła umiejętności medyczne, z których zasłynęła w Europie?

– Z dostępnych źródeł wiadomo, że rzeczywiście pochodziła z ziemi nowogrodzkiej na Litwie, z rodziny ziemiańskiej. Podawane są rozmaite koneksje rodzinne, ale najczęściej podaje się, że pochodziła z domu Rusiecka lub Makowska. Jedno i drugie jest prawdopodobne, jej ojciec Joachim Rusiecki był powiązany z rozległym rodem Makowskich na Litwie. Natomiast Jakub Halpir, luteranin, znakomity okulista, był jej małżonkiem, którego poślubiła w wieku zaledwie 13 lat. Razem z nim wyjechała po raz pierwszy do Konstantynopola, gdzie otwierała się przed nim rozległa praktyka, także na dworze sułtańskim.

Została wydana za mąż tak młodo z biedy?

– Taki był wówczas zwyczaj. Być może dodatkowym argumentem było to, że pojawiła się dobra partia. Małżonek był człowiekiem bardzo zamożnym, ale w określeniu jego ówczesnego prestiżu trzeba być ostrożnym. Okuliści nie byli uznawani wówczas za medyków. To była jakby gorsza kategoria ówczesnych cyrulików, czyli chirurgów. Niektórzy

z nich doszli do wielkiej sławy i ogromnych majątków, ale były też cechy, które nie chciały ich uznawać. Notabene okuliści zajmowali się również usuwaniem kamieni moczowych (litotomiści), byli więc prekursorami urologii. To brzmi dzisiaj bardzo dziwacznie, ale tak rzeczywiście było.

Nie wiadomo, kiedy Halpir pojawił się na Litwie. Okuliści to był wówczas wędrowny zawód, nigdzie nie zagrzali miejsca, rzadko kiedy byli objęci prawami cechowymi. Wyjazd do Konstantynopola miał sens ekonomiczny, bo nadal było to jedno z najpotężniejszych miast świata, jako stolica imperium tureckiego. Na leczenie zaćmy czy usuwanie kamieni moczowych było wówczas ogromne zapotrzebowanie. Zaćmę leczono w sposób znany od starożytności, wpychając zmętniałą soczewkę w głąb gałki ocznej. Żeby bezpiecznie to zrobić, trzeba było mieć ogromną sprawność, pewną rękę, by nie oślepić człowieka. Okuliści zarabiali znakomicie, bo zaćma, czyli katarakta, była dolegliwością powszechną, tak w dawnych czasach, jak i dzisiaj. Salomea podglądała praktykę swojego męża, asystowała mu i wkrótce okazało się, że ma wyjątkową sprawność. Jednocześnie szybko i doskonale opanowała język turecki. W dokumentach odczytałem, że wśród jej nauczycieli był też pewien słynny okulista arabski z Iraku, Giedroyć podaje, że pochodził z Babilonu. Ów Arab nauczył ją różnych dodatkowych technik, których mąż nie znał. Mając talent do tego zawodu, prześcignęła samego męża. I od tego zaczęły się jej perypetie.

Mianowicie?

– Jej mąż został oskarżony o śmierć swojego skądinąd wpływowego pacjenta, który po udanej operacji katarakty zmarł, ale przedtem wypił jakąś miksturę, wykonaną u miejscowego aptekarza. Prawdopodobnie była to wendeta związana z religijnymi waśniami, żydowski aptekarz mścił się na arabskim pacjencie, dodał coś do rzekomego leku. Halpir był niewinny, oczyszczono go z zarzutów w wyniku skomplikowanych starań Salomei u wielkiego wezyra Ali-paszy. Mimo to ich małżeństwo zaczęło się rozlatywać, bo małżonka przewyższyła umiejętności męża i miała liczniejszą klientelę niż on.

Po procesie Halpir zachorował, najprawdopodobniej na kiłę. Tak można sądzić, skoro małżonka leczyła go wcieraniem maści rtęciowych, powszechnie stosowanych w leczeniu tego schorzenia. Nieoczekiwanie w pewnym momencie Halpir spakował się, zabrał cały dobytek, pieniądze i wyjechał do Bośni, pozostawiając ją z dzieckiem bez środków do życia. Spotkali się jeszcze kilka lat później w Sofii, do której schorowany Halpir przybył z Bośni, błagając małżonkę o pomoc. Wcieranie maści rtęciowych pomogło jednak na krótko, wkrótce zmarł.

Jak układała się praktyka Salomei w Stambule?

– Świetnie, choć nie miała początkowo prawa leczenia mężczyzn. Dopuszczono ją, decyzją lekarza naczelnego Imperium Osmańskiego Hakima Baszy, wyłącznie do leczenia oczu, tak przynajmniej zapisano w jego annałach. Sytuacja zmieniła się, gdy nieoczekiwanie trafił do niej pewien zamożny Turek, któremu zablokował się kamień w cewce moczowej. Usunęła mu ten kamień, a on zaprotegował swoją zbawczynię do samego wezyra. Ten dla odmiany powierzył jej leczeniu bliską sobie staruszkę, ociemniałą od 7 lat. „Jeśli ją wyleczysz ze ślepoty, dostaniesz prawo wykonywania zawodu lekarskiego bez ograniczeń" – oświadczył. I tak się stało, po 40 dniach kuracji staruszka zaczęła widzieć, a Salomea dostała prawo ogólnego leczenia. Mało tego, została przez władze obdarowana pałacykiem oraz apteką w Konstantynopolu, gdzie mogła sprzedawać leki. Był to ogromny zaszczyt.

Mimo to wyjechała?

– Nieoczekiwanie zapadła na jakąś dolegliwość, na jaką, nie wiemy, dość że zdecydowała się na powrót do Polski i na Litwę, w swoje ojczyste strony. Po drodze, w Adrianopolu (dzisiaj tj. Edirne w Bułgarii) na granicy Grecji i Turcji została napadnięta i obrabowana. Pomogły jej bogate Turczynki. Ale na trasie do Sofii stało się to ponownie, wpadła w ręce jakiejś bandy, której herszt Husein-aga miał akurat jakieś zapalenie powiek i dolegliwości infekcji okołogałkowej. Obiecał zwolnienie pod warunkiem wyleczenia go oraz uzdrowienia paralityka, należącego do jego rodziny. Wszystko to się powiodło, wypuszczono ją, herszt ją nawet hojnie wynagrodził. Dotarła do Sofii. Tam prowadząc praktykę nawiązała kontakt z pewnym lekarzem maltańskim o wysokich kwalifikacjach (jego nazwiska nie znamy), u którego zaczęła uczyć się łaciny. Trwało to kilka miesięcy, ale pozwoliło jej na wypisywanie recept, jak to czynili wykształceni medycy. Tym samym przekroczyła próg nowoczesnej medycyny.

Wiemy natomiast, że z Sofii udała się w kierunku stron ojczystych, zatrzymując się w Wiedniu...

– I tutaj pojawia się wątek miłosny, zakochał się w niej książę Józef II Rakoczy, pretendent do tronu węgierskiego, z Siedmiogrodu. Odrzuciła jego zaloty, a on akurat zapadł na ciężkie zapalenia płuc, po czym oskarżył ją o zdradę Austrii, stawiając jakieś fikcyjne zarzuty. Aresztowano ją i nawet chciano stracić, ale pomógł jej minister skarbu Austrii, który przyszedł do więzienia i poprosił o pomoc – miał ciężko chorego syna. Salomea wyleczyła kolejnego chorego, a Rakoczy został zmuszony do wycofania zarzutów.

W 1837 roku rozgorzała wojna między Austrią i Turcją. Ponoć nasza bohaterka wzięła udział w działaniach wojennych jako lekarz wojskowy (notabene świetnie jeździła konno i strzelała z pistoletów), ale jej powołaniem okazał się nowy biznes. Otóż do więzień tureckich trafiła ogromna rzesza jeńców austriackich, których Halpirowa zaczęła wykupywać, zwłaszcza tych z najbogatszych, najbardziej znanych rodów. To był świetny interes, wiadomo, że wykupiła pięciu jeńców austriackich z jasyru tureckiego, od czterech rodzin otrzymała pokaźne pieniądze, piąty ich nie miał, za to wzięła z nim ślub. Był to, jak się później okazało, kawał drania, złodziej i oszust, ale miłość, jak wiadomo, nie zna granic.

Teraz zasłynęła na dworze carskim...

– Z tym swoim drugim mężem (Józef Fortunatus Pichltensteyn, Peilstein, Pilsztyn) dojechała wreszcie do ziem ojczystych, do Dubna na ziemi wołyńskiej, gdzie została lekarką domową na dworze książąt Ostrogskich. Stamtąd opiekowała się medycznie rodziną Radziwiłłów w Nieświeżu i Czerkawskich w Stanisławowie. W pewnym momencie rzeczywiście trafiła do Petersburga, gdzie znów zrobiła karierę na dworze Elżbiety Pietrowny Romanowej. Było to ok. 1740 roku, kiedy caryca zwróciła się do niej o leczenie katarakty u ulubionego muzyka. Ponieważ się ono powiodło, zrobiła niesłychaną furorę na dworze carskim i otrzymała prawo wykonywania zawodu lekarza w Rosji. A dowiedziawszy się, że w więzieniu petersburskim są tureccy oficerowie, przyczyniła się do uwolnienia czterech znamienitych Turków. Zdobyła sobie tym samym znaczącą pozycję w Imperium Osmańskim. Uznawano ją za najlepszego lekarza wszech czasów. Z Petersburga wróciła do Dubnej, gdzie pod jej nieobecność Pilsztyn okradł ją z majątku i zniknął. Dochodząc jego śladów w Karyntii, gdzie rzekomo miał majątek, osiedliła się w Wiedniu, sponsorowana przez ambasadora Turcji, nominowana naczelnym lekarzem ambasady.

Miała, jak widać, spore perypetie rodzinne.

– Owszem. Wkrótce odkuła się finansowo, wróciła znowu na ziemie polskie i znalazła swego męża w więzieniu za malwersacje finansowe i kradzieże. Wykupiła go ponownie, jako ojca jej dwóch synów: Franciszka Ksawerego urodzonego w Wiedniu i Stanisława urodzonego w Bukareszcie (bo podróżowała nawet w ciąży). Wcześniej jeszcze z pierwszym mężem miała córkę Konstancję. W 1759 roku, po piętnastu latach pobytu w kraju, wróciła do Konstantynopola. Miała tam znakomite układy, awansowała m.in. na stanowisko lekarki haremów sułtańskich.

Bez formalnego wykształcenia?

– Jak mówiłem, okuliści pełnili wędrowny żywot, podróżowała m.in. po Egipcie i Palestynie. W Jerozolimie leczyła nie tylko katarakty, ale też inne schorzenia. Pisano o niej i mówiono z szacunkiem: *Medica*. Traktowana była na równi z wykształconym lekarzem, a jej niezwykłe losy są niczym z filmu płaszcza i szpady. Była jednym z najbardziej znanych polskich lekarzy do XIX wieku. Podobną sławę miał może tylko XVI-wieczny Józef Struś, który był lekarzem pięciu dworów europejskich. Ona nie miała wykształcenia uniwersyteckiego, ale była obdarzona niezwykłym talentem, intuicją i szczęściem. Była jakby mistykiem, czarodziejem, który potrafił wszystkich uzdrawiać. Stale trafiała na jakieś przeszkody, zawsze wychodziła cało, lecząc kogoś niezawodnie. Pozostawiła pamiętnik i jakieś zapiski, których przyznam się, nie czytałem, są w Bibliotece Czartoryskich. Ale napotykałem jej nazwisko w innych źródłach. A to jako lekarza wojskowego, tureckiego, egipskiego, austriackiego, węgierskiego, rosyjskiego, litewskiego i polskiego. Wszędzie robiła niezwykłą karierę.

Wróciła ze Stambułu do Polski?

– Prawdopodobnie, choć wszelkie zapiski o niej, wspomniane pamiętniki urywają się w 1760 roku. Była prawdopodobnie drugą znaną polską lekarką po Bendzisławskiej, która miała jednak certyfikat od króla polskiego. Halpir nie miała formalnego glejtu lekarza, ale jak wskazują historycy, już w średniowieczu trafiały się kobiety praktykujące medycynę lub tylko rzemiosło cyrulickie. Salomea Halpir doszła do perfekcji zawodowej, przerastając pierwszego męża. Nie miała natomiast szczególnego szczęścia do swoich partnerów. Jerzy Giedroyć znakomicie podsumował całą jej biografię. Liczne cytaty z pamiętników są we wspomnianej książce A. Fedorowicza. A ja pisałem o niej także w swojej „Medycynie w Polsce, od czasów najdawniejszych do upadku pierwszej Rzeczpospolitej". Mam nadzieję, że ta publikacja przybliży państwu mało znaną, a ważną postać w dziejach naszej medycyny.

Z profesorem Januszem Skalskim
rozmawiał Stefan Ciepły

Po nowemu

Wiele się zmieniło od czasu mojej ostatniej obecności na łamach „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej". Mamy nową kadencję, nowe władze i zdecydowanie nową pragmatykę działania. Ze zmianą przy sterach nie powinno być żadnego kłopotu (ot, demokracja), o ile zachowywane są standardy tę demokrację konstytuujące. I tu są pewne wymogi. Dlatego, gdzie mogę, podnoszę publicznie postulat przywrócenia listy dyskusyjnej, jaką dysponowali delegaci na Krajowy Zjazd Lekarzy, a która zablokowana została decyzją nowego prezesa NRL. Rzadko byliśmy tam świadkami namiętnych sporów, ale to niezbędny „bezpiecznik" całego izbowego systemu i techniczna gwarancja sensu naszej pracy jako delegatów.

Jako będący obecnie poza NRL i poza jej Komisją Stomatologiczną, tak z nawyku i zapewne świadomości potrzeby, przeniosłem swą aktywność na łamy założonej *de novo* strony stomatolodzy.org.pl (na którą oczywiście zapraszam).

W chwili, gdy Państwo czytacie te słowa, Rada Naczelna jest już po głosowaniu w sprawie nowej wysokości składki izbowej. Problem, i to bardzo poważny, wygenerowano na majowym Krajowym Zjeździe poprzez zmianę proporcji rozdziału składki pomiędzy okręgowe izby a Naczelną Izbę, której od stycznia 2023 r. zabrano 33 proc. przychodów. Taki stan rzeczy, przy inflacji rzędu 20 proc., nieuchronnie doprowadziłby do paraliżu pracy NIL. Podniesienie składki spowoduje, że NIL w 2023 roku otrzyma więcej środków, ale nie zrekompensuje to inflacji, a większość pieniędzy trafi do okręgowych izb. Przy całym szacunku do dorobku izb okręgowych, moje obserwacje dowodzą raczej, że zasadnicze decyzje rzutujące na warunki leczenia i prowadzenia działalności leczniczej zapadają w Warszawie i poprawie skuteczności naszej narracji wobec nie tylko władz publicznych, ale całej przestrzeni publicznej trzeba poświęcić zasadniczą część naszej daniny. Ameryki nie odkrywam – takie były zgodne zapowiedzi obu kampanii wyborczych toczonych na Krajowym Zjeździe.

A jest się o co troskać. Wiele miesięcy toczyliśmy dyskusje nt. wycen świadczeń chirurgicznych i zachowawczych w kontraktach stomatologicznych. Zostawiliśmy na odchodnym stan z opracowanymi w AOTMiT wycenami wypełnień oraz procedur chirurgiczno-periodontologicznych. Ta druga została nawet 17 maja br. podpisana przez ministra i skierowana do NFZ. Dlaczego więc przez pięć miesięcy nowa NRL uporczywie odmawia zainicjowania rozmów z NFZ w tej sprawie? Tego się pewnie nie dowiemy.

Nie samym Funduszem rzecz jasna stomatologia stoi. Udział publicznej stomatologii w ogólnym obrocie branży maleje, ale jest to moim zdaniem niezbędny element systemu, chroniący sporą część naszych pacjentów przed degradacją uzębienia.

Spośród projektów aktów prawnych, jakie ostatnio wypłynęły, szczególną uwagę powinniśmy poświęcić projektowi rozporządzenia ws. umiejętności lekarskich. Szczegółowo opisuję to na stomatolodzy.org.pl/link/1. Dyskusja nad tym aktem idzie w dość niebezpieczną stronę wyrobienia w naszej świadomości tezy, że nie posiadając certyfikatu umiejętności dotyczącego danej procedury, nie można jej wykonywać. Oznaczałoby to oddanie perspektywicznie sporej części naszego prawa wykonywania zawodu w ręce administracyjnej machiny zarządzającej systemem szkolenia w zakresie umiejętności. To są ważne niuanse. Z pewnością atmosfera wojny, recesji, ciągle nowych płaszczyzn sporu z MZ nie sprzyja roztrząsaniu takich subtelności, ale nie na jednej takiej subtelności już nieraz pospołu polegliśmy.

Andrzej Cisło, stomatolodzy.org.pl

Luka

Kwestia, którą poruszę poniżej, dotyczy setek pacjentów w całej Polsce, pozostaje jednak poza zainteresowaniem specjalistów od prawa medycznego, a także mediów. Również lekarze POZ uznali temat za istotny, ale wymykający się ich kompetencjom. Natomiast lekarze klinicyści radzą sobie z problemem sami.

W czym rzecz? W czasie rozciągającym się między przeprowadzonym badaniem obrazowym a uzyskaniem jego wyniku.

Wspomniane setki pacjentów, z rozmaitymi dolegliwościami, po doczekaniu się zleconych przez lekarza badań obrazowych (TK, MR, PET-TK) wpadają po ich wykonaniu w martwą przestrzeń, czyli oczekiwanie na konieczny opis. Luka, proszę państwa, bywa znaczna. W znanym mi boleśnie przypadku w Szpitalu im. Jana Pawła II sięgnęła nawet dwóch miesięcy.

Dlaczego? Przede wszystkim brakuje radiologów, a kompetentne odczytanie badań wcale nie jest łatwe. Mało tego, niektóre badania na przykład po dwóch tygodniach mogą tracić ważność, tracić wartość. „Ustawowego" terminu opisu badań jednak nie ma.

Dzisiaj w zasadzie każdy szpital ma tomograf i własny Zakład Diagnostyki Obrazowej, dlatego w przypadku przygotowywania pacjenta do zabiegu operacyjnego klinicyści często nie czekają na opis. Dokonują oglądu sami i podejmują decyzję o zabiegu lub poniechaniu operacji. Dopingują ich dodatkowo koszty oddziałów szpitalnych, kontrolowane przez dyrekcje, a jest zrozumiałe, że każdy dzień pobytu pacjenta w szpitalu kosztuje.

Sytuacja w przypadku pacjentów hospitalizowanych jest i tak lepsza, bo lekarz kierujący na badanie ma możliwość kontaktu z radiologiem i może jakoś przyspieszyć wykonanie opisu. Problem długiego oczekiwania na wyniki badań dotyczy więc przede wszystkim pacjentów kierowanych na diagnostykę przez lekarzy z poradni.

Dla pełności obrazu – studenci medycyny uczą się podstaw technicznych diagnostyki obrazowej, zasad kierowania i przygotowywania pacjentów do badań, a także pokazywane im są podstawowe obrazy RTG/TK/USG/angio/MR. Natomiast sztuki odczytywania uczą się lekarze podczas specjalizacji z radiologii.

Jak w każdej dziedzinie medycyny, także w radiologii są wąskie specjalizacje, a umiejętność właściwego odczytania badań ma ogromne znaczenie. Moja rozmówczyni (poprosiła o anonimowość) wyznała, że często przed operacją posiłkuje się dodatkową konsultacją. Chociaż diagnostyka obrazowa (według wiarygodnych badań) w 70-80 proc. pozwala na postawienie diagnozy, zdarza się, że po „otwarciu" pacjenta stan rzeczy znacznie się różni od wyniku badań.

Przyczyny tych nieprzewidzianych sytuacji są różne. Bywa i tak, że lekarze kierujący nie badają pacjentów i nie przekazują na skierowaniach danych klinicznych bądź przekazują niekompletne.

Trzeba pamiętać, że współcześnie każdy lekarz posiłkuje się badaniem tomograficznym. W Japonii niemal każde rozpoznanie od tego się zaczyna. Podobnie w Szwecji. Minęły czasy, kiedy był to sprzęt niedostępny i do TK ustawiały się kolejki. Ceny aparatury zresztą spadły, a lekarze bardzo często dla własnego bezpieczeństwa rozpoczynają diagnostyką od wykonania tomografii komputerowej.

Problemu terminu odczytu nie ma w wypadku badań histopatologicznych. Tu ustawa reguluje czas na opis wycinków na dwa tygodnie. Czy można porównywać obydwa badania, w tym liczbę obrazów z badania histopatologicznego przypadających na jednego pacjenta z liczbą obrazów generowanych w czasie każdego badania TK lub MR? Pewnie nie, tym bardziej w przypadku opisów badań chorób układowych czy też onkologicznych. Przy podejrzeniu chorób nowotworowych

opisy badań obrazowych są niekiedy rozległe, szczegółowe, a natłok zleceń jest taki, że radiolodzy nie nadążają. Teoretycznie, zlecający badania lekarz powinien interweniować, gdy czas uzyskania opisu się wydłuża, w praktyce jednak jest różnie. I wtedy właśnie tworzy się luka. Wpływ pacjenta na uzyskanie opisu np. dla zlecającego badanie lekarza specjalisty bywa iluzoryczny. Czy regulować rzecz ustawowo? Czy regulować podobnie jak w przypadku badań histopatologicznych? Nie wiem.

Teoretycznie każdy lekarz ma prawo wglądu w wyniki, niekoniecznie jednak o to zabiega przytłoczony bieżącymi obowiązkami. A pacjent jest bezradny wobec systemu, w którym najwyraźniej jest luka. Być może wymóg terminu ustawowego sztucznie dyscyplinowałby lekarza, który przecież w samym założeniu zawodu chce wyleczyć pacjenta. Nie mogę się jednak oprzeć wrażeniu, że zastanej sytuacji bez przemyślanych rozwiązań systemowych się nie uleczy.

Stefan Ciepły

PS: Problem dodatkowy polega na tym, że każdy z moich rozmówców (profesor medycyny, wybitny radiolog, ordynator w szpitalu, jego dyrektor, lekarz POZ, paru pacjentów) ma odmienne zdanie. Pacjenci przeważnie cierpią po cichu. Nie jest moim zamiarem przesądzanie o rozstrzygnięciu, a jedynie wskazanie problemu. Łamy są otwarte, jeśli ktoś z Państwa chciałby zabrać głos...

Depreskrypcja w racjonalizacji farmakoterapii

Dr hab. Jarosław Woroń, prof. dr hab. Ryszard Korbut
Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Farmakologii Wydziału Lekarskiego UJ CM, Uniwersytecki Ośrodek Monitorowania i Badania Niepożądanych Działań Leków Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Depreskrypcja (ang. *deprescription* lub *deprescribing*) to procedura, która od pewnego czasu bardzo skutecznie funkcjonuje na użytek racjonalnej farmakoterapii. Depreskrypcja to inaczej wyznaczenie planu ograniczenia lub zaprzestania przyjmowania przez pacjenta tych leków, które, szczególnie w politerapii, mogą nie tylko nie przynosić korzyści terapeutycznych, ale wręcz spowodować szkody. Depreskrypcja ma na celu odstawienie leków, dla których aktualnie nie ma wskazań lub gdy stan kliniczny pacjenta zwiększa ryzyko indukowania działań niepożądanych.

W praktyce istnieje wiele sytuacji klinicznych, które wymagają depreskrypcji. Najważniejsze zebrano w poniższej tabeli.

SYTUACJE KLINICZNE, W KTÓRYCH WSKAZANA JEST DEPRESKRYPCJA LEKÓW

Sytuacja kliniczna	Praktyczne konkluzje terapeutyczne
Niewłaściwy lek	Farmakoterapia, a zatem i wybór leku musi być kontekstowy. W praktyce oznacza to, że wybór musi uwzględniać zarówno cechy rezydualne pacjenta, jak i przebieg choroby, z powodu której lek został przepisany.
Nieprawidłowe skojarzenie leków	W przypadku wielochorobowości stosowana politerapia w żadnym wypadku nie może indukować ryzyka powikłań polekowych. W praktyce należy unikać interakcji, których konsekwencją jest sumowanie się działań niepożądanych leków stosowanych jednoczasowo.
Stan kliniczny pacjenta wobec stosowanej farmakoterapii	Wskazania i przeciwwskazania do stosowania leków muszą uwzględniać zarówno przebieg choroby, jak i parametry farmakokinetyczno-farmakodynamiczne leków.
Pojawienie się przeciwwskazań do stosowania leku	W przypadku zmian w funkcjonowaniu narządów klirensowych (wątroba, nerki) pojawiające się rozchwianie farmakokinetyki może powodować konieczność odstawienia tych leków, dla których następuje niekorzystna zmiana stosunku korzyści do ryzyka ich stosowania. Konieczność depreskrypcji może pojawić się także w przypadku ciąży oraz w okresie karmienia piersią.
Wystąpienie działań niepożądanych stosowanych leków	W przypadku wystąpienia polekowych działań niepożądanych o wyraźnym związku przyczynowo-skutkowym leku z klinicznym obrazem powikłań depreskrypcja powinna być rozważona obligatoryjnie.

Depreskrypcja ma wyjątkową wagę dla pacjentów w populacji geriatrycznej. Wynika to stąd, że z powodu wielochorobowości pacjenci geriatryczni muszą jednoczasowo przyjmować wiele różnych leków, a to z kolei zwiększa ryzyko występowania niekorzystnych interakcji pomiędzy nimi. Szczególną postacią interakcji, która często występuje w tej grupie pacjentów, jest sumowanie się działań niepożądanych różnych leków. W konsekwencji doprowadza to do eskalacji rozlicznych powikłań.

Choroby polekowe w populacji geriatrycznej często zwiększają też ryzyko ujawnienia tzw. zespołu kruchości (słabości, wyczerpania rezerw).

W farmakoterapii depreskrypcja jest jednym z ważniejszych elementów redukowania ryzyka działań niepożądanych, bowiem w przypadku wystąpienia niepożądanych objawów można je wyjątkowo szybko i skutecznie skorygować.

Do depreskrypcji warto skorzystać z doskonałego praktycznego narzędzia weryfikacji współoddziaływania poszczególnych leków za pomocą pytań z indeksu adekwatności farmakoterapii (MAI, *Medication Appropriateness Index*). Najistotniejsze elementy MAI zebrano w kolejnej tabeli.

WHO postrzega problem chorób polekowych jako jedną z najistotniejszych bolączek zdrowia publicznego. W tym obszarze depreskrypcja jest wyjątkowo racjonalnym postępowaniem i znacząco redukuje ryzyko jatrogenizacji. Szczególnie istotne znaczenie ma depreskrypcja u pacjentów z wysokim ryzykiem wystąpienia powikłań polekowych, czyli w polifarmakoterapii oraz w podeszłym wieku i w wielochorobowości.

PYTANIA Z INDEKSU ADEKWATNOŚCI LEKÓW

- Czy występują wskazania do stosowania leku?
- Czy lek jest optymalny w danym wskazaniu w korelacji z cechami pacjenta?
- Czy schemat dawkowania jest optymalny?
- Czy zalecenia dotyczące stosowania leku są poprawne (droga podania, sposób podania, przedział dawkowania, czas stosowania, przyjmowanie leku w stosunku do posiłku)?
- Czy w stosowanej farmakoterapii występują istotne klinicznie interakcje z innymi lekami oraz interakcje lek-choroba?
- Czy nie występują duplikacje stosowanych leków?

Czy koroner jest potrzebny, aby stwierdzić zgon?

Problem dotyczący stwierdzania zgonu i wystawiania karty zgonu w Polsce wynika z archaicznych regulacji, znajdujących się w ustawie z 31 stycznia 1959 r. *o cmentarzach i chowaniu zmarłych* (tj. Dz.U. z 2020 r. poz. 1947) oraz w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 3 sierpnia 1961 r. *w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny* (Dz.U. nr 39, poz. 202). Wyżej wymienione przepisy prawa pochodzą więc z poprzedniego sytemu organizacji tzw. służby zdrowia. Co więcej, odnoszą się do pojęć, które zgodnie z obowiązującym stanem prawnym nie istnieją, jak np. przychodnia rejonowa, terenowy ośrodek zdrowia, wiejski punkt zdrowia, felczerski punkt zdrowia, położna wiejska.

Stosownie do art. 11 ust. 4 ww. ustawy *o cmentarzach i chowaniu zmarłych* „zgon i jego przyczynę stwierdzają, a następnie wypełniają wydawaną w tym celu kartę zgonu, następujące osoby:

1. **lekarz, leczący chorego w ostatniej chorobie**,

2. „w razie niemożności dopełnienia przepisu ust. 1, stwierdzenie zgonu i jego przyczyny powinno nastąpić w drodze oględzin, dokonywanych przez lekarza lub w razie jego braku przez inną osobę, powołaną do tej czynności przez właściwego starostę, przy czym koszty tych oględzin i wystawionego świadectwa nie mogą obciążać rodziny zmarłego".

Jednocześnie Rozporządzenie w § 2 precyzuje pojęcie lekarza leczącego w ostatniej chorobie:

„1. Wystawienie karty zgonu jest obowiązkiem lekarza, **który ostatni w okresie 30 dni przed dniem zgonu udzielał choremu świadczeń leczniczych**.

2. Jeżeli zwłoki zostały poddane sekcji, lekarz, o którym mowa w ust. 1, przed wystawieniem karty zgonu powinien zapoznać się z protokołem sekcji.

3. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się, jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że przyczyną zgonu było przestępstwo. W takim wypadku kartę zgonu wystawia lekarz, który na zlecenie sądu lub prokuratora dokonał oględzin lub sekcji zwłok".

Zgodnie z § 3 ww. rozporządzenia: „W przypadku, gdy nie ma lekarza zobowiązanego do wystawienia karty zgonu w myśl § 2 ust. 1, bądź lekarz taki zamieszkuje w odległości większej niż 4 km od miejsca, w którym znajdują się zwłoki, albo z powodu choroby lub z innych uzasadnionych przyczyn nie może dokonać oględzin zwłok w ciągu 12 godzin od chwili wezwania, kartę zgonu wystawia:

1. lekarz, który stwierdził zgon będąc wezwany do nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania,

2. lekarz lub starszy felczer albo felczer zatrudniony w przychodni bądź ośrodku zdrowia lub jego placówce terenowej (wiejski, felczerski punkt zdrowia) i sprawujący opiekę zdrowotną nad rejonem, w którym znajdują się zwłoki,

3. położna wiejska, jeżeli nastąpił na terenie gromady zgon pozostającego pod jej opieką noworodka przed upływem 7 dni życia, a najbliższa przychodnia lub ośrodek zdrowia jest oddalony o więcej niż 4 km".

Zgodnie z założeniem, wynikającym z przytoczonych przepisów, zgon i jego przyczyna powinna być ustalona przez lekarza leczącego zmarłego w ostatniej chorobie, który jako ostatni w okresie 30 dni przed dniem zgonu udzielał choremu świadczeń zdrowotnych. Gdy nie można ustalić takiego lekarza, pojawia się problem, ponieważ obecnie podstawowa opieka zdrowotna nie podlega rejonizacji i nie ma już przychodni „rejonowych". Dlatego w praktyce trudno jest ustalić, który z lekarzy ma stwierdzić zgon, skoro w „ rejonie" może działać też kilka podmiotów leczniczych (przychodni).

Kiedy nie można wskazać lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie bądź lekarza z „rejonu", zgon powinien stwierdzić lekarz lub osoba wyznaczona przez starostę. Niestety, nie zawsze ktoś taki funkcjonuje – trudno znaleźć chętnych lekarzy, poza tym ich zatrudnienie rodzi skutki finansowe po stronie starosty (art. 11 ust. 4 pkt 2 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych). Stąd ożywająca raz za razem publiczna dyskusja odnośnie zasadności powołania osoby koronera. Obecnie obowiązujące przepisy prawa nie przewidują takiej instytucji. Wyjątek stanowią uregulowania wprowadzone na czas epidemii w art. 7g ust. 1 i 2 ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2021 r. poz. 2095 t.j. ze zmian). Wprowadzono nimi niejako „instytucję koronera",

powołanego przez wojewodę, którego zadaniem jest stwierdzanie zgonów w wyniku zakażenia SARS-CoV-2 bądź w wyniku podejrzenia zakażenia tym wirusem – poza szpitalem.

W praktyce dochodzi do nieporozumień dotyczących kompetencji wojewody i starosty w powoływaniu i opłacaniu lekarza odpowiedzialnego za stwierdzanie zgonu i wydawaniu karty zgonu. Kompetencje pierwszego organu wynikają z przepisów ustawy wprowadzającej szczególne rozwiązania na czas epidemii, a drugiego z nich z przepisów regulujących stwierdzanie zgonu w „normalnych" okolicznościach, nie związanych z epidemią COVID-19.

Na zakończenie słów kilka o toczącym się procesie legislacyjnym w sprawie uaktualnienia przepisów regulujących kwestie stwierdzaniu zgonu. Ze względu na liczne problemy wykonawcze i wątpliwości interpretacyjne przy ich stosowaniu, samorząd lekarski wielokrotnie zwracał się do Ministra Zdrowia z postulatem uregulowania tej kwestii i stworzenia przepisów adekwatnych do rzeczywistego stanu stosunków społecznych oraz prawnych. Obecnie trwają prace nad projektem nowej ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych (projekt z 29 września 2021 r. – w wykazie prac legislacyjnych nr UD 278), który w sposób kompleksowy reguluje sferę tzw. prawa pośmiertnego. Obejmuje takie zagadnienia jak stwierdzanie, dokumentowanie i rejestracja zgonów, chowanie zmarłych, prawo do grobu, funkcjonowanie cmentarzy oraz tzw. branży firm pogrzebowych. Projekt m.in. przewiduje jednoznaczne określenie odpowiedzialności i zakresu czynności związanych ze stwierdzaniem i dokumentowaniem zgonów, w tym powołanie instytucji koronera, z którym wojewoda zawiera umowę na wykonywanie tych czynności. Należy pamiętać, że koroner nie zastępuje lekarza w ustalaniu przyczyny śmierci. W dużym skrócie: projekt zakłada, że zgon stwierdza się w miejscu ujawnienia zwłok, a gdy osoba uprawniona (lekarz lub w przypadkach wymienionych w art. 8 projektu – dyspozytor medyczny) nie jest w stanie określić przyczyny śmierci, podmiotem uprawnionym, a zarazem zobowiązanym do stwierdzenia zgonu, staje się koroner. Zatem to nie koroner jest potrzebny, aby stwierdzić zgon, ale jasne zasady regulujące to, kto i w jakiej sytuacji jest za to odpowiedzialny. Projekt został zaopiniowany przez Radę Legislacyjną 30 czerwca 2022 r. Termin jego przyjęcia przez Radę Ministrów został wyznaczony na III kwartał br.

mec. Anna Gut

Rzecznik Praw Pacjenta – sprawozdanie za 2021 rok

Rzecznik Praw Pacjenta jest centralnym organem administracji rządowej, właściwym w sprawach ochrony praw pacjentów. Zakres i formy jego działania reguluje *ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2022, poz. 1876 – tekst jednolity)*. Corocznie Rzecznik przedstawia Radzie Ministrów sprawozdanie dotyczące przestrzegania praw pacjenta, które kolejno jest kierowane do zatwierdzenia przez Sejm. Tak też stało się w tym roku. 14 września Sejmowa Komisja Zdrowia zawnioskowała o przyjęcie sprawozdania RPP za rok 2021.

Analizując dane statystyczne przedstawione w sprawozdaniu, należy w pierwszym rzędzie wskazać, że w 2021 r. nastąpił znaczący, w stosunku do lat ubiegłych, wzrost liczby sygnałów o możliwości naruszenia praw pacjenta, co przełożyło się na wzrost liczby postępowań Rzecznika prowadzonych w tym zakresie. I tak w 2021 r. do Rzecznika wpłynęło 163 910 sygnałów, co w stosunku do roku 2020 stanowi wzrost o 28 285. Spośród wszystkich informacji Rzecznik rozpoznał 141 033 zgłoszenia i sprawy (74 proc. bezpośrednio dotyczyło praw pacjenta). Łącznie w 2021 r. Rzecznik prowadził 2705 postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych (w 2020 r. – 1861), z czego 2236 na podstawie złożonych wniosków, a 469 z inicjatywy własnej. W 2021 r. wszczęte zostały w sumie 1842 nowe postępowania, zakończono 1512, z czego w 1251 sprawach potwierdzono naruszenia praw pacjenta. Rzecznik stwierdził 1759 naruszeń praw pacjenta, a w 1231 postępowaniach wydał zalecenia podmiotom wykonującym działalność leczniczą. Najwięcej naruszeń ustalonych w indywidualnych postępowaniach dotyczyło prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych.

Warto poczynić zastrzeżenie, aby przy lekturze sprawozdania pamiętać, że przedstawione dane statystyczne, np. liczba postępowań, mogą dotyczyć więcej niż jednego prawa pacjenta.

Oprócz prowadzenia postepowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych Rzecznik może również inicjować i prowadzić postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta. W świetle cyt. ustawy przez

praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów rozumie się:

1) bezprawne zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczenia zdrowotne,

2) stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu zorganizowanie wbrew przepisom o rozwiązywaniu sporów zbiorowych akcji protestacyjnej lub strajku przez organizatora strajku – mające na celu pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie tych praw, w szczególności podejmowane celem osiągnięcia korzyści majątkowej.

Nie jest zbiorowym prawem pacjentów suma praw indywidualnych. W przypadku wydania przez Rzecznika decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów nakazuje on jej zaniechanie lub wskazuje działania niezbędne do usunięcia skutków takiego postępowania, wyznaczając termin podjęcia działań. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności. W 2021 r. Rzecznik wszczął 181 takich postępowań, o 43 więcej niż w 2020 r., i wydał 199 decyzji (o 63 więcej niż w roku 2020). W 121 przypadkach Rzecznik uznał stosowane praktyki za naruszające zbiorowe prawa pacjentów (tylko 18 decyzji zostało zaskarżonych). Postępowania te dotyczyły m.in. prawa do dokumentacji medycznej, kontaktu z innymi osobami oraz poszanowania intymności i godności. Najwięcej spraw toczyło się w zakresie naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z obwiązującym przepisami, Rzecznik może żądać wszczęcia lub wziąć udział w toczącym się postępowaniu cywilnym dotyczącym naruszenia praw pacjenta, na prawach przysługujących prokuratorowi. W 2021 r. toczyły się 93 postępowania cywilne z udziałem RPP (w stosunku do 2020 wzrost o ponad 25 proc.), z których 15 zostało prawomocnie zakończonych. W całym okresie działalności Rzecznika zakończono 47 spraw sądowych. Przyniosły one pacjentom, na mocy wydanych orzeczeń i zawartych ugód, łącznie ponad 7 mln zł zadośćuczynień i odszkodowań, nie licząc odsetek i rent.

Sprawozdanie zawiera także omówienia innych działań systemowych RPP, obejmujących m.in.: upowszechnianie wiedzy o prawach pacjenta, działalność szkoleniową, promocyjną i wydawniczą, współpracę z organizacjami pozarządowymi oraz działalność legislacyjną. W okresie sprawozdawczym np. działalność legislacyjna Rzecznika obejmowała m.in. prace nad projektem ustawy powołującej Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych oraz ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

Oczywiście, omawiane sprawozdanie zawiera więcej interesujących danych, dotyczących zarówno kwestii przestrzegania praw pacjenta, jak i ogólnej sytuacji systemu ochrony zdrowia w Polsce. Pełny tekst znajdziecie Państwo m.in. na stronie internetowej Sejmu (druk nr 2547).

Na zakończenie, wychodząc nieco poza założony, sprawozdawczy charakter tekstu, chciałbym zwrócić uwagę na kilka kwestii, jakie nasunęły się po analizie omawianego materiału. W pierwszym rzędzie, warto mieć na uwadze, że w opisywanym okresie system ochrony zdrowia zderzył się z bezprecedensowym problemem, jakim była pandemia. W takiej sytuacji trudno traktować przedstawione dane jako reprezentatywne dla oceny sytuacji systemu ochrony zdrowia w Polsce. Moim zdaniem, dopiero sprawozdania z kolejnych lat pokażą, czy np. wzrost liczby sygnałów o możliwości naruszenia praw pacjenta oraz liczby postępowań prowadzonych w takich sprawach będzie utrzymującym się trendem, czy było to tylko zjawisko incydentalne.

Kolejno, wydaje się, na bazie omawianego sprawozdania (oraz innych elementów z szeroko rozumianego obszaru ochrony praw pacjenta), iż można prognozować wzmocnienie pozycji Rzecznika Praw Pacjenta w postępowaniach cywilnych, na co niewątpliwie, oprócz ustawowych uregulowań, może wpływać orzecznictwo sądowe (por. np. wyrok Sądu Najwyższego z 28 kwietnia 2022 roku [sygn. II CSKP 1301/22]). Omówienie wyroku można znaleźć m.in. na stronie Rzecznika Praw Pacjenta.

Interesującym elementem, który na gruncie sprawozdania znalazł odzwierciedlenie przez wskazanie aktywności legislacyjnej Rzecznika, jest działanie Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych, o którym pisałem w poprzednim wydaniu „GGL". Instytucja ta stopniowo zdaje się zyskiwać na znaczeniu, co szczególnie widoczne może się stać po 1 stycznia 2023 r., kiedy Fundusz obejmie także inne, nie tylko covidowe szczepienia. Ciekawie może kształtować się także pozycja Rzecznika Praw Pacjenta w zupełnie nowym obszarze, jakim są badania kliniczne. Warto pamiętać, że nad nowymi rozwiązaniami w tym zakresie, m.in. Funduszem Kompensacyjnym Badań Klinicznych, toczą się właśnie prace koncepcyjne i legislacyjne, m.in. pozycjonujące organizacyjnie Rzecznika Praw Pacjenta w tym systemie. Materiały z tych prac można znaleźć na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji.

Niewątpliwie warto też śledzić na bieżąco aktywność Rzecznika Praw Pacjenta w debacie na temat wdrożenia rozwiązań *no fault* w polskim systemie prawnym.

Oczywiście przedstawione powyżej kwestie nie wyczerpują całego spektrum interesujących zagadnień, jakie mogą podlegać analizie na kanwie omawianego materiału.

mgr Dariusz Dziubina

Krosno

Zakończyła się modernizacja oddziałów pediatrii i alergologii Szpitala Specjalistycznego w Jaśle, dzięki czemu mali pacjenci będą leczeni w bardziej komfortowych warunkach. Prace modernizacyjne rozpoczęły się w lutym bieżącego roku. Wykonawcą robót było Przedsiębiorstwo Budowlano-Usługowe KROSPOL Stachura Sp. j. Wartość zadania inwestycyjnego pn. „Przebudowa Oddziału Pediatrii i Alergologii Szpitala Specjalistycznego w Jaśle" wyniosła łącznie 3 mln 477 tys. zł. 1,8 mln zł pochodziło z Rządowego Funduszu Inwestycji Lokalnych – Przeciwdziałanie COVID-19. Pozostała kwota to 1,2 mln zł z budżetu Powiatu Jasielskiego oraz 477 tys. jako wkład własny szpitala.

W dniach 17-18 września br. w tutejszej Delegaturze odbył się kurs ALS. Zajęcia prowadzali instruktorzy Europejskiej i Polskiej Rady Resuscytacji, według najnowszych wytycznych. Program kursu obejmuje wykłady i ćwiczenia sytuacyjne na fantomach. Kurs certyfikowany jest przez Europejską Radę Resuscytacji (ERC) i Polską Radę Resuscytacji (PRC).

26 lekarzy rozpoczęło 1 października na terenie krośnieńskiej Delegatury staż podyplomowy. Będzie realizowany w szpitalach w Krośnie, Jaśle, Brzozowie, Sanoku i Lesku.

1 października miało miejsce szkoleniowe zebranie lekarzy dentystów nt.: „Kompleksowe planowanie leczenia stomatologicznego wraz z omówieniem najczęstszych błędów". Wykład prowadził lek. dent. Tomasz Łukasik z Krakowa. Organizatorami spotkania było Podkarpackie Stowarzyszenie Lekarzy Dentystów w Krośnie.

15 października odbył się w delegaturze kurs doskonalący dla lekarzy nt.: „Pacjent ze stłuszczoną wątrobą i zaburzeniami żołądkowo-jelitowymi w gabinecie lekarza POZ. Diagnostyka i leczenie". Kurs prowadzili prof. Krzysztof Tomasiewicz z Lublina, dr Tomasz Wollny z Kielc oraz dr Robert Guziec i dr Wojciech Guziec z Krosna.

Janusz Kulon
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Krośnie

Nowy Sącz

Delegatura OIL w Nowym Sączu zrezygnowała z propozycji przyłączenia swojej siedziby do miejskiej sieci ciepłowniczej firmy MPEC. Po licznych analizach i konsultacjach z fachowcami oraz prezesem ORL, Prezydium ORL przyjęło propozycję rozbudowy paneli fotowoltaicznych do 10 kW i stworzenia systemu klimatyzacji do ogrzewania pomieszczeń budynku. Pozwoli to na pozostawienie instalacji gazowej i możliwość jej ewentualnego wykorzystania, co przy propozycji MPEC-u było niemożliwe, oraz obniży koszt inwestycji. Czekamy teraz na realizację planów. Aby w pełni wykorzystać promienie słoneczne, uzyskaliśmy zgodę sąsiadującego z delegaturą Szpitala w Nowym Sączu na przycięcie rosnących na jego terenie drzew.

Nawiązując do informacji z poprzedniej „GGL", że OIL w Krakowie nie wyraziła aprobaty dla utworzenia Wydziału Lekarskiego w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Nowym Sączu (obecnie Akademii Nauk Stosowanych), wszystko pozostaje w rękach ministra Przemysława Czarnka.

Lekarze seniorzy uczestniczyli w ramach Sądeckiej Jesieni Kulturalnej w wielu spektaklach, a w dniach 7-9 października wyjechali na wycieczkę do Budapesztu i Egeru.

Natomiast 22 października planują wyjazd do Tauron Areny w Krakowie, aby uczestniczyć w Koncercie Muzyki Filmowej Wojciecha Kilara.

W Krynicy-Zdroju odbyło się w dniach 30 września – 2 października pierwsze po zniesieniu obostrzeń covidowych wyjazdowe spotkanie Komisji Etyki Lekarskiej ORL, na którym wprowadzający wykład pt. „Relacje lekarz-pacjent i lekarz-lekarz, intencje i konsekwencje" wygłosił prof. Józef Lipiec. W przerwie dyskusji o problemach etycznych i nieetycznych w pismach napływających do naszej Komisji odbyła się wycieczka na Jaworzynę Krynicką. (więcej na s. 6)

Krzysztof Wróblewski
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Nowym Sączu

Przemyśl

Według rankingu prowadzonego przez Fundację Rodzić po Ludzku na podstawie ankiet wypełnianych przez pacjentki po porodach Szpital w Lubaczowie był zawsze wysoko oceniany. W tym roku znalazł się w pierwszej dziesiątce szpitali w kraju. Dla powiatowego szpitala w niewielkim mieście to ogromny zaszczyt i wyróżnienie. Gratulujemy.

Ulewny deszcz nie wystraszył uczestników X Biegu ,,Wyganiamy Raka" – udział w nim wzięły 82 osoby. Bieg zorganizowali Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu wspólnie z Polskim Towarzystwem Zwalczania Raka Oddział Podkarpacki oraz Urzędem Miejskim w Przemyślu.

20 września odbył się piąty rowerowy URORajd. 50-kilometrowa trasa biegła z parkingu Woj. Szpitala w Przemyślu przez m.in. Łuczyce, Rożubowice, Stanisławczyk, Hermanowice, Darowice, Prałkowce, dalej ścieżką rowerową wzdłuż Sanu i do Łętowni. URORajd to okazja do zwrócenia uwagi na choroby urologiczne i profilaktykę zdrowotną. Wydarzenie to co roku wpisuje się w obchody Europejskiego Tygodnia Urologicznego, a w tym roku również w Światowy Dzień Bezpieczeństwa Pacjenta.

przemysl.naszemiasto.pl

Członkowie Klubu Lekarza Seniora przy Delegaturze w Przemyślu we wrześniu odbyli wycieczkę na Kresowe Roztocze. Uczestnicy zwiedzali w Radrużu najstarszą drewnianą cerkiew w Polsce wpisaną na Listę Światowego Dziedzictwa UNESCO i Listę Pomników Historii. Następnie w Lubaczowie oglądano wystawy poświęcone ziemi lubaczowskiej i Kresom dawnej Rzeczypospolitej. W Baszni seniorzy odwiedzili Stację Basznia, gdzie można było posłuchać o najważniejszych wydarzeniach oraz osobach z czasu funkcjonowania linii kolejowej Jarosław–Sokal, jako odcinka Kolei Lwowskich. Obejrzano również zabytkową lokomotywę parową Ty2-7 oraz trzy przedwojenne wagony.

Natomiast 8 października lekarze seniorzy z przemyskiej Delegatury zwiedzali podkarpackie uzdrowiska.

Marek Zasadny
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Przemyślu

XV Krakowskie Dni Dializoterapii

Jak leczyć skuteczniej

Już po raz piętnasty odbyły się w Krakowie w dniach 8-10 września Dni Dializoterapii im. Profesora Olgierda Smoleńskiego, których organizatorem była Fundacja Amicus Renis. To spotkanie lekarzy nefrologów, ale także innych specjalności oraz pielęgniarek dializacyjnych, dietetyków, psychologów, techników i fizjoterapeutów, podczas którego dyskutowano o współczesnych problemach nefrologii, dializoterapii i transplantologii, o trudnej sytuacji związanej z zarządzaniem wysokospecjalistycznymi placówkami medycznymi, jakimi są stacje dializ.

Fot. Archiwum organizatorów konferencji

Konferencji pod patronatem Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego honorowo przewodniczył profesor Bolesław Rutkowski (Gdańsk), nestor polskich nefrologów, przewodniczącą komitetu naukowego była dr Ewa Benedyk-Lorens. Program obejmował 20 sesji, w których wzięło udział 93 wykładowców. Tematy dotyczyły różnorodnych zagadnień, z jakimi spotykają się lekarze i pielęgniarki w opiece nad pacjentami nefrologicznymi. Poniżej krótko tylko kilka z nich.

Dostęp naczyniowy (przetoka lub cewnik naczyniowy) to linia życia dla pacjenta dializowanego. Od jego sprawności zależy możliwość wykonania i skuteczność leczenia nerkozastępczego. Zagadnieniu temu poświęcone były aż dwie sesje, prowadzone przez profesorów Radosława Pieturę (Lublin) i Szymona Brzósko (Białystok) oraz Marka Myślaka, Leszka Domańskiego (Szczecin) i Mariusza Kusztala (Wrocław). Nefrolodzy, jako odpowiedzialni za opiekę nad pacjentami wymagającymi hemodializy, zwracali uwagę, że brak opieki koordynowanej nad pacjentem nefrologicznym utrudnia, a czasem komplikuje leczenie powikłań. Podnoszono również problem właściwej edukacji personelu medycznego, bez której trud wytworzenia przetoki nie przekłada się na jej właściwe funkcjonowanie.

Uwagę skupiono także na współchorobowości towarzyszącej pacjentom z przewlekłą i schyłkową niewydolnością nerek oraz różnych aspektach skutecznego wsparcia, a to opiece koordynowanej, psychologicznej czy też rehabilitacji. Zagadnienie dotyczące leczenia osób starszych z chorobami nerek zostało przedstawione przez lekarza geriatrę dr Małgorzatę Stompór (Olsztyn). Kluczem do efektywnej i bezpiecznej farmakoterapii ludzi starszych jest dostrzeżenie wpływu wieku na farmakokinetykę i farmakodynamikę stosowanych leków. Prelegentka zwracała uwagę, że pomimo istnienia centralnego systemu informacji o przepisywanych lekach proces ordynowania ich często wymyka się spod kontroli. Przykładem może być zlecanie tego samego medykamentu o innych nazwach przez specjalistów w różnych gabinetach, zdarza się też zapisywanie kolejnych farmaceutyków na objawy uboczne związane z lekami już zażywanymi. Pacjenci, zamiast doświadczyć poprawy, czują się gorzej. Apeluje się więc do lekarzy o weryfikowanie leków przyjmowanych przez pacjenta przed wystawieniem recepty na kolejny specyfik.

Sesja poświęcona współczesnej dializoterapii i wyzwaniom nie tylko medycznym była prowadzona przez doktorów Tomasza Prystackiego (Poznań), Wojciceha Marcinkowskiego (Kraków) oraz mgr Małgorzatę Liber (Kraków). Przedstawiono metody zbierania oraz analizy danych w planowaniu i organizowaniu profesjonalnej opieki nad pacjentami dializowanymi. Prelegenci akcentowali znaczenie automatyzacji we wspieraniu personelu medycznego w codziennej praktyce.

Nefropatia cukrzycowa i nefropatia nadciśnieniowa są najczęstszą przyczyną schyłkowej niewydolności nerek i konieczności leczenia nerkozastępczego. Stąd sesja

poświęcona temu problemowi, prowadzona przez profesorów B. Rutkowskiego i Tomasza Stompóra (Olszyn) należała do szczególnie interesujących. Prelegenci zwracali uwagę na pilną konieczność popularyzacji prostej farmakologicznie nefroprotekcji, związanej z obniżaniem ciśnienia tętniczego nowoczesnymi lekami u pacjentów już z wczesnymi stadiami przewlekłej choroby nerek i cukrzycą oraz u chorych z białkomoczem. Mówiono o wielu nowych lekach spowalniających progresję choroby nerek, ale też chroniących układ sercowo-naczyniowy, co niezmiernie ważne w opiece nad pacjentem. I przy okazji apel do diabetologów i kardiologów – by pamiętali o cukrzycowej chorobie nerek i przewlekłym zespole sercowo-nerkowym.

Podczas XV Krakowskich Dni Dializoterapii wręczono także nagrodę Pro Augmenis Nephrologiae, która przyznawana jest młodym nefrologom za pracę opublikowaną w polskich periodykach medycznych. Fundatorem nagrody była Fundacja Amicus Renis, a otrzymała ją dr Elżbieta Brodalka z I Kliniki Nefrologii i Transplantologii z Ośrodkiem Dializ UM w Białymstoku. Doceniono też ogromne zaangażowanie i zasługi w rozwój nefrologii i dializoterapii pani Stanisławy Pawłowskiej – emerytowanej pielęgniarki oddziałowej ze stacji dializ w Klinice Nefrologii w Krakowie. W krótkiej laudacji podkreślono jej szczególną wrażliwość na drugiego człowieka.

W Krakowskich Dniach Dializoterapii wzięło udział prawie 450 uczestników, dodatkowo ok. 400 osób uczestniczyło w niej online. W założeniu ich pomysłodawców i twórcy – prof. Olgierda Smoleńskiego, konferencja powinna przekładać się na poprawę jakości opieki oraz wyników leczenia pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, dializowanych i po przeszczepieniu nerki.

(Fragmenty tekstu, który w całości znaleźć można na stronie www.ggl.com.pl)

Anna Smoleńska
prezes zarządu Fundacji Amicus Renis

Wykaz stopni doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu, nadanych przez Radę Dyscypliny Nauki medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego w dniu 20 września 2022 r.

mgr Małgorzata Kielar
„The analysis of diagnostic utility of selected protein markers in laboratory monitoring of patients with functioning renal transplant" („Analiza użyteczności diagnostycznej wybranych markerów białkowych w okresowej laboratoryjnej ocenie pacjentów ze stabilną funkcją nerki przeszczepionej") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Beata Kuśnierz-Cabala
Promotor pomocniczy: dr hab. Agnieszka Gala-Błądzińska

lek. Adrian Poniatowski
„Psychoeugenics in the United States: A Comparative Study of Involuntary Sterilization and Lobotomy in the Evolution of Second Generation Eugenics" („Psychoeugenika w Stanach Zjednoczonych: Badanie porównawcze przymusowej sterylizacji i lobotomii w rozwoju eugeniki drugiej generacji") – monografia
Promotor: prof. dr hab. Ryszard Gryglewski

lek. Justyna Rymarowicz
„The impact of COVID-19 pandemic on surgical care in Poland" („Wpływ pandemii COVID-19 na organizację opieki chirurgicznej w Polsce") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Michał Nowakowski

mgr inż. Jakub Siudut
„Fibrin clot properties and their determinants in patients with aortic stenosis" („Właściwości sieci fibrynowej i czynniki ją determinujące u pacjentów ze stenozą aortalną") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Anetta Undas

lek. Krzysztof Studziński
„Prevalence and reducing of cardiovascular risk factors in primary health care in Poland" („Rozpowszechnienie i zwalczanie czynników ryzyka sercowonaczyniowego w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Tomasz Tomasik, prof. UJ

lek. Izabela Szymońska
„Early profile of glycaemia in very low birth weight infants" („Wczesny profil glikemii u noworodków z bardzo małą urodzeniową masą ciała") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Przemko Kwinta
Promotor pomocniczy: dr hab. Mateusz Jagła

KURSY SPECJALIZACYJNE DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

organizowane przez Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Collegium Medicum Ośrodek ds. kształcenia podyplomowego na Wydziale Lekarskim w okresie listopad-grudzień 2022 roku

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

Anestezjologia
Diagnostyka i leczenie bólu
5-9.12.2022
Kierownik naukowy:
dr hab. Anna Przeklasa-Muszyńska

Diabetologia
Zasady leczenia cukrzycy za pomocą ciągłego podskórnego wlewu insuliny (CSII – terapia pompowa) oraz ciągłego pomiaru glikemii (CGMS)
5-6.12.2022
Kierownik naukowy:
prof. Tomasz Klupa

Geriatria
Choroby układu kostno-stawowego i problemy ortopedyczne w wieku podeszłym
15.11.2022
Kierownik naukowy:
prof. Anna Skalska

Zaburzenia odporności, infekcje i choroby hematologiczne w wieku podeszłym
16.11.2022
Kierownik naukowy:
dr Małgorzata Fedyk-Łukasik

Kardiologia geriatryczna
17.11.2022
Kierownik naukowy:
prof. Jerzy Gąsowski

Ginekologia onkologiczna
Nowotwory trzonu macicy
21.11.2022
Kierownik naukowy:
dr hab. Paweł Basta

Kurs podsumowujący (atestacyjny) Ginekologia onkologiczna
22.11.2022
Kierownik naukowy:
prof. Kazimierz Pityński

Kardiologia
Ostre zespoły wieńcowe
14-15.11.2022
Kierownik naukowy: prof. Jacek Legutko

Elektrofizjologia i elektroterapia
21-25.11.2022
Kierownik naukowy:
dr hab., mgr inż. Andrzej Ząbek

Medycyna sądowa
Wykorzystanie danych z pośmiertnych badań obrazowych w diagnostyce sądowo-lekarskiej
14-18.11.2022
Kierownik naukowy:
dr hab. Krzysztof Woźniak

Medycyna sportowa
Postępy w medycynie sportowej
5-9.12.2022
Kierownik naukowy:
dr Wojciech Gawroński

Położnictwo i ginekologia
Ultrasonografia – kurs praktyczny indywidualny
14-18.11.2022
Kierownik naukowy:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Endoskopia – kurs praktyczny indywidualny
14-18.11.2022
Kierownik naukowy:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Ultrasonografia – kurs praktyczny indywidualny
5-9.12.2022
Kierownik naukowy:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Endoskopia – kurs praktyczny indywidualny
5-9.12.2022
Kierownik naukowy:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Choroby przenoszone drogą płciową
5-9.12.2022
Kierownik naukowy:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Reumatologia
Toczeń rumieniowaty układowy i układowe zapalenia naczyń
18.11.2022
Kierownik naukowy:
dr Magdalena Strach

Urologia dziecięca
Laparoskopia w urologii dziecięcej
16-18.11.2022
Kierownik naukowy:
prof. Rafał Chrzan

Wszystkie specjalizacje
Prawo medyczne
14-16.11.2022
Kierownik naukowy:
mgr Anna Szetela

KURSY SPECJALIZACYJNE DLA LEKARZY DENTYSTÓW

Ortodoncja
Wprowadzenie do współczesnej ortodoncji
23-24.12.2022
Kierownik naukowy:
prof. Bartłomiej W. Loster

Leczenie ortodontyczne dorosłych
30-31.12.2022
Kierownik naukowy:
prof. Bartłomiej W. Loster

W Krakowie – o historii i możliwościach badań radiologicznych

Drzewo radiologii na Plantach

W dniach 7-8 października w Krakowie odbyło się sympozjum International Society for the History of Radiology (ISHRAD 2022). ISHRAD to opiniotwórcze towarzystwo naukowe zajmujące się historią radiologii.

Fot. J. Grzelak-Hodor

Sympozjum miało formę hybrydową – w pięknej sali wykładowej Theatrum Anatomicum zgromadziło się 60 osób, a kolejnych 100 (od Ameryki Południowej do Australii) oglądało obrady za pośrednictwem internetu. 8 października odbyły się trzy sesje: pierwsza poświęcona w całości historii polskiej radiologii, druga – wybranym zagadnieniom z historii światowej diagnostyki obrazowej, a trzecia to tradycyjnie prezentacje dotyczące pozamedycznych zastosowań radiologii. W sumie prezenterzy z pięciu krajów przedstawili 22 prace.

Najważniejszą korzyścią była możliwość szerokiej prezentacji historycznych osiągnięć polskiej (w tym krakowskiej) radiologii, które dotąd były prawie nieznane na forum międzynarodowym. Gości zagranicznych zauroczył skąpany w jesiennym słońcu Kraków, a wręcz zachwycili się zbiorami Muzeum Farmacji i Anatomii, które mieli okazję obejrzeć. Na początku spotkała ich niespodzianka, bowiem 7 października wzięli udział w uroczystym zasadzeniu klonu na krakowskich Plantach. Drzewo upamiętnia 125. rocznicę polskiej radiologii, która narodziła się właśnie w Krakowie.

Organizatorami sympozjum były Katedry Radiologii i Historii Medycyny Collegium Medicum UJ oraz Fundacja Polradiologia Viva. Patronat honorowy sprawowali prof. Jacek Majchrowski – prezydent Krakowa, prof. Jacek Popiel – rektor UJ oraz prof. Tomasz Grodzicki – prorektor UJ ds. Collegium Medicum. Partnerami były Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie i Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

(AU)

Zapraszamy na X Konkurs Nalewek Własnej Receptury,

który odbędzie się 18 listopada 2022 r. o godz. 18 w Muzeum Farmacji Collegium Medicum UJ przy ul. Floriańskiej 25 w Krakowie.

Uczestnicy zgłaszający się do konkursu zobowiązani są dostarczyć do dnia 17 listopada 2022 r. do organizatorów – Okręgowej Izby Aptekarskiej w Krakowie, ul. Kobierzyńska 98/68, lub Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, ul. Krupnicza 11a – dwie próbki tej samej nalewki, każdą o pojemności nie mniejszej niż 200 ml.

Regulamin konkursu oraz formularz zgłoszeniowy dostępne są na stronie: izbalekarska.pl

Szczegółowe informacje uzyskać można pod nr. tel. 12 619 17 20

Helena Rubinstein wraca na Kazimierz

W Żydowskim Muzeum Galicja na krakowskim Kazimierzu do 17 kwietnia 2023 r. możemy oglądać wystawę poświęconą Helenie Rubinstein, biednej żydowskiej dziewczynie, która zdobyła fortunę, tworząc własną markę kosmetyczną i przekonując, że nie ma brzydkich kobiet, są tylko....

„Jaki, według pani, jest główny obowiązek kobiety?" – zapytano niegdyś Helenę Rubinstein. „Pozostać młodą!" – odpowiedziała. „Wszystkie powinnyśmy żyć z przygodami, podróżować, ciężko pracować, zarabiać pieniądze i je wydawać, mieć dzieci i namiętnie kochać".

I właśnie temu celowi miały służyć i do dziś służą kosmetyki, których recepturę sprytna dziewczyna miała wywieźć z Polski do Australii, a potem przekonać do niej kobiety na wszystkich kontynentach. Twórcy wystawy „Helena Rubinstein. Pierwsza dama piękna", prezentowanej w Żydowskim Muzeum Galicja, przedstawiają jej niesamowitą historię, kładąc duży nacisk na dzieciństwo i młodość, które Chaja, bo tak do niej mówiono w domu, spędziła na krakowskim Kazimierzu. Znajdują się na niej nieznane dotąd szerzej fotografie z czasów, kiedy przyszła multimilionerka pomagała ojcu prowadzić buchalterię sklepu z jajkami i kiedy to uczyła się od matki i innych Żydówek z Kazimierza pielęgnacji urody. Bowiem tutejsze kobiety na przełomie XIX i XX wieku, żyjąc w biedzie i w okowach ortodoksyjnej religii, każącej im po ślubie golić głowy, chodzić w perukach i szaroburych fartuchach, starały się dbać przynajmniej o swoją cerę. Z pokolenia na pokolenie przekazywały sobie wiedzę na temat kremów, które poprawiały ich wygląd i samopoczucie.

Portret Heleny Rubinstein

Chaja, kiedy uciekając przed niechcianym małżeństwem, opuszczała rodzinny dom, dostała od mamy kilka słoiczków takich kremów. Będąc już u wuja w Australii, zapisała się na stosowne kursy chemiczne, które pozwoliły jej ulepszyć ich skład. Dzięki zmysłowi do interesów udało jej się przekonać damy w Sydney, Paryżu, Londynie, Nowym Jorku, by nie tylko kupowały od niej kosmetyki, ale też przychodziły do zakładanych przez nią salonów na upiększające zabiegi, w których wykorzystywano oczywiście preparaty sygnowane jej marką.

Ich przykłady, pochodzące z różnych dekad, możemy zobaczyć na krakowskiej wystawie, w tym kultowy krem Valaze czy róż do policzków z początku XX wieku w czerwonym puzderku. Atrakcją jest też bogato wyszywana suknia od Diora, którą nosiła Madame, a którą udostępniła jej rodzina. Te historyczne eksponaty na wystawie zostały uzupełnione nieznanymi fotografiami, z których spogląda sama Helena. Patrzy ona także na nas z prezentowanego w muzeum pierwszego filmu reklamowego, w którym przechadza się po swoim nowojorskim salonie, demonstrując na klientkach zbawienne działanie kosmetyków. Bo autoreklama również należała do jej specjalności. W dużej mierze dzięki niej zdobyła fortunę, gdyż wiele pań uwierzyło w jej często powtarzane słowa: „Nie ma brzydkich kobiet, są tylko leniwe".

Magda Huzarska-Szumiec

Australijska reklama kosmetyków Heleny Rubinstein, 1945, Internet Archive

„Znachor" bez cienia wzruszenia

W Teatrze im. Słowackiego, w którym grane jest przedstawienie „Znachor", nie ma szansy na wzruszenie. Na widzów czekają za to inne atrakcje.

Czy wyobrażacie sobie Boże Narodzenie bez filmu „Kevin sam w domu"? Gdyby na ekranie naszych telewizorów nie pojawił się w tym czasie bezczelny, ale bezsprzecznie sympatyczny smarkacz, pewnie myślelibyście, że święta zostały odwołane. To samo dotyczy innych wolnych od pracy dni, które nie mogą z kolei obejść się bez nieśmiertelnego „Znachora" – filmu Jerzego Hoffmana, z Jerzym Bińczyckim w roli głównej. Kto nigdy na widok jego poczciwej, zmęczonej życiem twarzy nie uronił choć jednej łzy, niech pierwszy rzuci stetoskopem. Filmowa wersja powieści Tadeusza Dołęgi-Mostowicza o chirurgu, który stracił pamięć, lecz nie swoje medyczne umiejętności, do dziś wywołuje wzruszenie. Gdyby tak się nie działo, „Znachor" nie osiągałby wystarczającej oglądalności i nie byłby tak często powtarzany.

Jego popularność sprawiła, że twórcy związani z Teatrem im. Słowackiego postanowili sięgnąć po tekst powieści, adaptując ją dla swojej publiczności. Jednak reżyserowi Jakubowi Roszkowskiemu historia doktora Wilczura musiała wydać się zbyt dobrze znana, a może zbyt banalna, bo zdecydował się przenieść ją na scenę w wersji realistycznej. Proponuje więc widzom spektakl, który rękami i nogami dystansuje się od łzawej opowieści, zastępując ją feerią atrakcji, pozwalających łatwo i przyjemnie spędzić czas w teatrze, acz, co tu kryć, bez głębszych wzruszeń.

fot. Bartek Barczyk

Lądujemy więc w przesłodzonym jak landrynki kolorowym świecie, bliskim kampowej stylistyce, w której swobodnie przekracza się granice kiczu. Nad sceną wiszą dyskotekowe kule, zza rogu wyłaniają się jelenie, przybyłe tu prosto z rykowiska, a sztuczne kwiaty zasypują groby, kapliczki i miejsca schadzek. Nikt tu nie kryje się ze złym gustem, i to już od pierwszych scen przedstawienia, kiedy wzięty lekarz, doktor Rafał Wilczur operuje bezdotykowo leżącego na stole pacjenta. Wszyscy są pod wrażeniem jego medycznego kunsztu, a asystujący przy operacji lekarze wyrażają niezbędny dla ich przyszłej kariery podziw dla przełożonego. Zamieszanie wprowadza tylko sekretarka, która przerywa zabieg, powiadamiając profesora o telefonach zniecierpliwionej żony, szykującej się do wyjazdu na egzotyczną wyspę. Odpowiedzialny doktor nie reaguje na jej ponaglenia, co – jak wiadomo – będzie skutkowało rozstaniem.

Powaga sytuacji jednak szybko znika, gdy uszczęśliwieni udaną operacją asystenci zaczynają śpiewać przebój „Gonna make you sweat". Zresztą śpiewa się tu dużo dyskotekowych hitów, choć trzeba przyznać, iż w różnych, nieraz ciekawych aranżacjach, co zapewnia zespół muzyków ubranych w lekarskie kitle. Wrażenie robią szczególnie ukraińskie pieśni. Wykonuje je pochodząca zza wschodniej granicy aktorka Hanna Syrbu, która po wybuchu wojny została zaangażowana do krakowskiego teatru. Pojawiają się one w kolejnej części spektaklu, kiedy to profesor Rafał Wilczur w wyniku nocnej bójki traci pamięć i staje się znachorem Antonim Kosibą. Jeżeli jednak myślicie, że przeniesienie akcji na wieś zmieni jakoś estetykę spektaklu, mylicie się dwójnasób.

Kicz uderza tu z jeszcze większą siłą, połączoną z odniesieniami do niskobudżetowych seriali. Na scenie zaczynają królować fluorescencyjne Maryjki, różowe kozaczki i godne tasiemca „M jak miłość" efekty specjalne. Jakby reżyser Jakub Roszkowski jeszcze bardziej chciał nas wbić w fotel, przekonując, że „Znachor" jest najbardziej obciachowym na świecie melodramatem i powinniśmy się wstydzić ronionych przed telewizorem łez. Ja się nie dałam na to nabrać i zamierzam jeszcze nieraz popłakać sobie przed ekranem. Ale wiem, że są też tacy, którzy przyznają rację twórcom przedstawienia i będą woleli bawić się razem z nimi z hipsterską fantazją.

Magda Huzarska-Szumiec

Wena nie opuszcza lekarzy

15 października podczas uroczystej gali w Teatrze im. Juliusza Słowackiego w Krakowie ogłoszono wyniki XI edycji Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego dla Lekarzy im. prof. Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza".

Jury w składzie: Maria Szczeklik, Anna Dymna, Ewa Lipska, Bronisław Maj, Jarosław Wanecki i Waldemar Hładki, wyłoniło laureatów w kategoriach Poezja, Proza i Nieśmiertelność. Oddzielnie przyznano nagrodę dla przedstawiciela studentów. Wśród nagrodzonych jak zawsze znaleźli się krakowianie – I miejsce wśród studentów otrzymał Jakub Rewiuk za „Kilka słów o składaniu ptaków", natomiast w kategorii Proza Monika Kunstman zajęła III miejsce za utwór „Borderline", a Barbara Burczyk-Fitowska wyróżnienie za „Nie umarniesz" (pełna lista nagrodzonych i relacja z konkursu dostępna w „Gazecie Lekarskiej").

W trakcie gali nagrodę prezesa NRL – grafikę autorstwa Andrzeja Pągowskiego – z okazji 55-lecia Unii Polskich Pisarzy Lekarzy odebrał jej prezes prof. Waldemar Hładki.

KD

Drohobycz w murach Izby

21 września w siedzibie Izby odbył się wernisaż wystawy Wojciecha Walkiewicza, fotografa, dokumentalisty, operatora filmowego, pt. „Druga Jesień". Jej tytuł jest nawiązaniem do twórczości Brunona Schulza, którego „rok" właśnie obchodzimy.

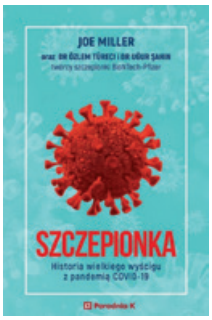
Fragment opowiadania Schulza pod tym samym tytułem, przeczytany przez prof. Waldemara Hładkiego, przewodniczącego Zespołu ds. Kultury ORL (współorganizatora, wraz z Unią Polskich Pisarzy Lekarzy, całego wydarzenia), jak również muzyka nieżyjącego już skrzypka Alfreda Schreyera, ucznia Schulza z drohobyckiego gimnazjum, wprowadziły gości wernisażu w klimat wystawy. Bo to właśnie w Drohobyczu wykonane zostały prezentowane na niej prace. „Pod naszym niebem jest teraz wojna. Widzę jej mroczne barwy, słyszę jej przyczajone pomruki na fotografiach Wojtka Walkiewicza (...)" – napisała o wystawie Wiera Meniok, dyrektorka Międzynarodowego Festiwalu Brunona Schulza w Drohobyczu.

Wernisażowi towarzyszył pokaz filmu dokumentalnego „Maski" w reżyserii Wojciecha Walkiewicza, nagranego m.in. w drohobyckiej synagodze. Jego tematem są przygotowania

i premiera przedstawienia, będącego upamiętnieniem wydarzeń z 19 listopada 1942 r., kiedy to podczas likwidacji getta w Drohobyczu Niemcy zamordowali 230 Żydów, wśród nich Brunona Schulza. Film nakręcony został w 2014 r., tuż po rozpoczęciu wojny na Krymie. Jest wspólnym dziełem artystów z Polski i Ukrainy. Po projekcji odbyła się dyskusja z udziałem Wojciecha Walkiewicza, dotycząca jego twórczości, jak również postaci Brunona Schulza.

Wystawę można było oglądać w ogrodzie zimowym oraz piwnicach Okręgowej Izby Lekarskiej do 15 października.

Tekst i zdjęcie: K. Domin



Joe Miller, Özlem Türeci, Ugur Sahin

Szczepionka. Historia wielkiego wyścigu z pandemią COVID-19

Pandemia wywołana przez koronawirusa SARS-CoV-2 stała się, co zrozumiałe, jednym z najważniejszych wydarzeń schyłku drugiej dekady XXI wieku. Ilość komentarzy i dyskusji, prowadzonych zarówno w kręgu specjalistów, jak i w przestrzeni publicznej wokół COVID-19 jest wszechogarniająca, wręcz przytłaczająca. Wizerunki „kolczastego patogenu" stały się szybko i łatwo rozpoznawalne, na dobre zadamawiając się w zbiorowej wyobraźni, budząc tyleż ciekawość, co niepokój i strach. Spływające informacje i budowane wokół nich analizy oraz prognozy, nierzadko wyraźnie się wykluczające, kształtowanie się różnych strategii przetrwania kolejnych fal mutującego wirusa, pozostają nadal w naszej pamięci. Równie wiele emocji jak sam SARS-CoV-2 wyzwoliły wpierw nieliczne i ogólnikowe, potem coraz szerszym strumieniem napływające wiadomości o pracach nad szczepionkami, w tym również tych opartych o technologię, nad którą pracował wąski krąg badaczy – wykorzystującą możliwości, jakie daje mRNA. Recenzowana książka jest ich historią.

Napisana przez zawodowego dziennikarza Joe Millera oraz małżeństwo naukowców Özlemę Türeci i Ugura Sahina jest swoistym raportem z „pola walki", stworzonym na „gorąco" przez bezpośrednich uczestników prac nad modelem szczepionki wytwarzanej dzięki możliwościom, jakie daje współczesna inżynieria genetyczna. Özlem Türeci i Ugur Sahin są bowiem współzałożycielami laboratorium biotechnologicznego BioNTech, które we współpracy z potentatem na rynku farmaceutycznym, firmą Pfizer, doprowadziło do powstania szczepionki mRNA. Napisana w stylu, który celowo nawiązuje do powieści sensacyjnych, daje czytelnikowi wgląd w blaski i cienie wieloletnich zmagań Türeci i Sahina o zdobycie odpowiedniej pozycji w środowisku naukowym i na trudnym rynku biotechnologii. Jest to, można powiedzieć, relacja czyniona „ze środka" ze swej natury zamkniętego dla postronnych obserwatorów świata, do pewnego stopnia podsumowująca kolejne etapy żmudnej wędrówki po genetycznych szlakach, w której szczepionka wcale nie była ostatecznym celem, a jedynie jednym z ważnych punktów naukowej podróży, dalekiej jeszcze od zakończenia. Skreślony przez nich obraz, pełen zaskakujących czytelnika zwrotów akcji i nieznanych wcześniej faktów, z pewnością wart jest uwagi.

Należy przy tym pamiętać, że jest to opowieść ze swojej natury subiektywna i niekompletna. Nie podważając w żadnym stopniu kluczowej roli Özlemy Türeci i Ugura Sahina, jaką odegrali w historii stworzenia szczepionki mRNA, nie mogli oni ujawnić wszystkich szczegółów projektów i wyników swoich dochodzeń naukowych. Jest to w pełni zrozumiałe, jeśli uwzględnimy ochronę prawną patentów i klauzule poufności przy zawieraniu umów i porozumień. Z tych samych względów nie mają oni pełnego wglądu w to, co było i jest nadal przedmiotem prac konkurencji. Dlatego też nie jest to pełna historia wielkiego wyścigu z pandemią COVID-19, a jedynie jedna z jej istotnych odsłon. Na tę przyjdzie nam pewnie poczekać. Niemniej już teraz mamy okazję spojrzeć oczyma tych, którzy podjęli wyzwanie, jakie nam rzucił koronawirus. Myślę, że warto zagłębić się w lekturę.

Dla całości narracji przyjęto układ dziesięciu rozdziałów oraz prologu i epilogu. W książce zastosowano przypisy, których pełny wykaz umieszczono na jej końcu.

Ryszard W. Gryglewski

Joe Miller, Özlem Türeci, Ugur Sahin, „Szczepionka. Historia wielkiego wyścigu z pandemią COVID-19", przeł. Krzysztof Mazurek, Wydawnictwo Poradnia K, Warszawa 2022, s. 375

Medal im. Bendzisławskiej dla dr Elżbiety Róg-Grochowskiej

24 września w Kopalni Soli w Wieliczce odbyła się uroczystość wręczenia Medalu im. Magdaleny Bendzisławskiej, która była pierwszą w Polsce kobietą chirurg legitymującą się w XVII wieku przywilejem wykonywania tego zawodu. W tym roku medal jej imienia otrzymała dr Elżbieta Róg-Grochowska, specjalistka chirurgii dziecięcej. Wręczyli go członkowie kapituły Medalu – profesorowie Zdzisław Gajda, prezes Stowarzyszenia Absolwentów Wydziałów Medycznych UJ, Stanisław Kwiatkowski, sekretarz naukowy tego stowarzyszenia, oraz Joanna Zarzecka, dyrektor Instytutu Stomatologii Wydziału Lekarskiego UJ CM. Laudację wygłosił wychowanek dr Róg-Grochowskiej prof. Wojciech Górecki.

Dr Elżbieta Róg-Grochowska jest absolwentką Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Krakowie. Jej droga zawodowa rozpoczęła się w 1965 r., w zespole II Kliniki Chirurgii krakowskiej AM, kierowanej przez prof. Jana Oszackiego. Z grupą najmłodszych adeptów chirurgii od początku zajmowała się leczeniem głównie dzieci, w niedługim czasie stając się częścią zespołu nowo otwartego Instytutu Pediatrii w Prokocimiu. (...) Szczególnie interesowała się problemami zdrowotnymi noworodków, wadami wrodzonymi, głównie przewodu pokarmowego. Uczestniczyła w najtrudniejszych operacjach, takich jak rozdzielenie bliźniąt syjamskich czy rekonstrukcje wielonarządowe. W 1973 r. obroniła pracę doktorską pt. „Wchłanianie cukrów prostych u niemowląt operowanych z powodu wad wrodzonych przewodu pokarmowego".

Dr Elżbieta Róg-Grochowska

Przez 47 lat była czynnym chirurgiem dziecięcym. Przeszła wszystkie szczeble kariery zawodowej: od młodszego asystenta do zastępcy kierownika kliniki. Jej emocjonalny, pełen zaangażowania stosunek do pacjenta stał się wzorem do naśladowania dla kolejnego pokolenia chirurgów dziecięcych. Była członkinią Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych, wielokrotnie prezentując dorobek i doświadczenie Kliniki na zjazdach krajowych i zagranicznych oraz współorganizując te, które miały miejsce w Krakowie. W latach 1982-1994 pełniła też funkcję specjalistki wojewódzkiej w dziedzinie chirurgii dziecięcej dla województwa przemyskiego.

Po raz pierwszy Medal trafił do rąk kobiety niebędącej stomatologiem.

źródło: www.cm-uj.krakow.pl, opr. KD

Fot. Jerzy Sawicz

„Drzewo życia" w podzięce za walkę z pandemią

W święto patrona pracowników służby zdrowia św. Łukasza Ewangelisty, przypadające 18 października, w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie uroczyście odsłonięto pomnik „Drzewo życia" powstały w hołdzie dla pracowników ochrony zdrowia za poświęcenie, heroizm i oddanie w walce z pandemią COVID-19. Rzeźbę autorstwa prof. Karola Gąsienicy-Szostaka wykonano z blachy z kombinatu Azowstal w Mariupolu. Na jej podstawie widniej napis „Maximi momenti Homo" (Najważniejszy jest człowiek).

Jak wyjaśnia autor rzeźby, w „Drzewie życia", podobnie jak i w „Akrobatach" stojących przed II Katedrą Chorób Wewnętrznych UJ CM przy ul. Skawińskiej, ważny jest motyw „utrzymywania równowagi przez grupę postaci, jedną podtrzymującą i tych, które obdarzają ją zaufaniem". Natomiast wojewoda małopolski Łukasz Kmita, dziękując medykom za zaangażowanie się w walkę z pandemią, powiedział: „Myślę, że to drzewo życia już wcześniej stworzyliście i ten pomnik, przy którym dzisiaj stoimy, jest Państwa pomnikiem. W każdej gałęzi, pniu, elemencie widać Waszą pracę i poświęcenie. I to zostanie z nami na wieki".

Źródło: www.su.krakow.pl opr. KD

Szpital Uniwersytecki

Pamięci dr Jadwigi Beaupré w 120. rocznicę urodzin

Kapitan AK otwiera szkołę rodzenia

Dr Jadwiga Beaupré – lekarka, edukatorka, społeczniczka kojarzona jest z Nową Hutą, choć z dzielnicą tą związana była tylko przez kilkanaście lat. Ale to właśnie tutaj otworzyła w latach 50. pierwszą w Polsce szkołę rodzenia, a później także pierwszą w Małopolsce poradnię Towarzystwa Świadomego Macierzyństwa. Wybrała to miejsce nie przez przypadek – zawsze starała się być tam, gdzie kobiety najbardziej jej potrzebują.

Jako 20-latka założyła Koło Gospodyń Wiejskich, w czasie II wojny światowej opiekowała się żołnierkami w jenieckich obozach, a po jej zakończeniu ta „elegancka i delikatna dama", jak wspominał ją jeden z członków naszego kolegium redakcyjnego, odwiedzała przepełnione hotele robotnicze powstałe w cieniu nowohuckiego kombinatu, by rozmawiać w nich z kobietami o zdrowiu, higienie, antykoncepcji i pielęgnacji dzieci. Władysław Bartoszewski, którego poznała w marcu 1944 roku w Warszawie, we wspomnieniowej książce „Środowisko naturalne, korzenie", poświęcił jej rozdział. We wstępie napisał: „U źródeł tej książki leży wdzięczność dla jej bohaterów – ludzi, którzy w latach 1930-1945, a też i potem, tworzyli moje środowisko naturalne. (...) Odważni, szlachetni, wierni, obdarzali mnie zaufaniem – a czyniąc to, postawili przede mną zadanie życiowe: być przyzwoitym".

Urodziła się 23 października 1902 roku na krakowskim Salwatorze. Pochodziła z inteligenckiej rodziny o poglądach socjalistycznych. Jej matka, Jadwiga z Sikorskich Klemensiewiczowa była jedną z trzech pierwszych kobiet, które ukończyły studia na Uniwersytecie Jagiellońskim. W 1903 roku jako pierwsza w Galicji farmaceutka z tytułem magistra otworzyła w Krakowie przy ul. Karmelickiej skład materiałów aptekarskich (drogerię) i zatrudniła w nim wyłącznie kobiety. Była też pierwszą przewodniczącą

Dr Jadwiga Beaupré

Ogólnozawodowego Stowarzyszenia Kobiet Pracujących. Ojciec Jadwigi, Zygmunt Klemensiewicz, był absolwentem Wydziału Lekarskiego UJ, żołnierzem Legionów Polskich w stopniu majora, posłem do Rady Państwa w Wiedniu, a później senatorem II RP. Od 1932 roku pełnił funkcję dyrektora Ubezpieczalni Społecznej. Klemensiewiczowie mieli dworek w Sygneczowie koło Wieliczki (dziś mieści się w nim Szkoła Podstawowa im. Jadwigi Beaupré), który przekazali córce i zięciowi, Feliksowi Beaupré. Młodzi poznali się podczas studiów na Wydziale Rolniczym UJ, a pobrali w 1921 roku. Jako zarządcy majątku angażowali się w pracę na rzecz lokalnej społeczności – Feliks był prezesem Koła Rolniczego w Wieliczce i Koła Młodzieży Wiejskiej, natomiast Jadwiga prowadziła Koło Gospodyń Wiejskich; we własnym dworku

założyła ochronkę dla wiejskich dzieci i bibliotekę. Ponieważ interesowała ją medycyna, niekiedy mieszkańcom Sygneczowa udzielała też „pierwszej pomocy".

Prowadzenie gospodarstwa, zajmowanie się dziećmi to jednak za mało dla ambitnej kobiety, która pragnie pomagać innym. W 1930 roku, gdy najmłodsze z trojga dzieci państwa Beaupré, syn Maciej, ma rok, Jadwiga rozpoczyna studia na Wydziale Lekarskim UJ. Jest wzorową i ambitną studentką – w roku 1938 u prof. Emila Godlewskiego broni doktorat na temat roli hormonów płciowych. Rodzina Beaupré mieszka już wtedy w Krakowie, a Jadwiga pracuje na oddziale ginekologiczno-położniczym Szpitala im. Narutowicza.

Po wybuchu II wojny światowej i zajęciu Krakowa przez Niemców rozpoczyna pracę na oddziale chirurgicznym w zorganizowanym przez jej ojca szpitalu PCK przy ul. Skarbowej. Trafiają do niego też jeńcy wojenni – szeregowi żołnierze i oficerowie – którym, jeśli tylko nadarza się okazja, wraz z ojcem pomagają w ucieczce. Jadwiga coraz bardziej angażuje się w działalność konspiracyjną. Już w 1940 roku zostaje zaprzysiężona i wchodzi w skład krakowskiego ugrupowania Związku Obrońców Rzeczypospolitej, który później stanie się częścią Armii Krajowej. W podziemiu działa także jej mąż. Niestety w kwietniu 1942 roku podczas łapanki w kawiarni w Domu Plastyków zostaje aresztowany i miesiąc później zamordowany w KL Auschwitz. Po tym wydarzeniu Jadwiga dostaje rozkaz opuszczenia Krakowa. Początkowo ukrywa się w Gorcach, później przenosi do Warszawy, gdzie pod pseudonimem „Malina", w stopniu kapitana, zostaje zatrudniona w komórce łączności „Ogary" Komendy Głównej AK – jest kierowniczką sekretariatu szefa sztabu Armii Krajowej gen. Tadeusza Pełczyńskiego ps. „Grzegorz", jednego z późniejszych inicjatorów wybuchu powstania warszawskiego. Gdy 4 września

Muzeum Powstania Warszawskiego

Fotografia z Polskiego Szpitala Wojskowego w Zeithain, wykonana z wnętrza baraku przez Czesława Gerwela w marcu 1945 r. W środku, w otoczeniu innych lekarzy, stoi kpt. dr Jadwiga Beaupré.

1944 roku zostaje on ranny na skutek wybuchu bomby w gmachu PKO, Beaupré opiekuje się nim jako lekarz, cały czas kierując też powstańczym punktem łączności konspiracyjnej. „Malina" będzie utrzymywać kontakty z Pełczyńskim także po wojnie, odwiedzając go w Londynie. To dzięki niej przetrwa też jego korespondencja z Tadeuszem Borem-Komorowskim.

Po upadku powstania władze AK wyznaczają jej kolejne zadanie. Ma pójść do niewoli, by jako lekarz opiekować się młodymi kobietami przebywającymi w obozach jenieckich. Opuszcza Warszawę 5 października 1944 roku, najpierw trafia do obozu przejściowego w Ożarowie, później do stalagu w Lamsdorf koło Opola, by ostatecznie pod koniec października wraz z chorymi i rannymi kobietami zostać przewiezioną do międzynarodowego szpitala-obozu w Zeithain w Saksonii. W tym samym czasie trafia tu ponad tysiąc powstańców, a wraz z nimi 54 lekarzy i 400 pielęgniarek. Przywożą ze sobą wyposażenie sali operacyjnej i stomatologiczne, aparat rentgenowski oraz materiały i lekarstwa wyniesione z ruin Warszawy. Jak na obozowe warunki standard szpitala (Polnische Armeelazarett Zeithain) można ocenić jako wysoki.

Doktor Beaupré zostaje komendantką oddziału II, liczącego ponad 300 osób. Walczy przede wszystkim ze szkarlatyną. Natomiast po pracy jej mały pokoik staje się centrum życia obozowego. Wspiera zorganizowane w obozie nauczanie, a także działalność chóru i teatru. Jest bardzo ciepło wspominana przez towarzyszki niedoli, w tym koleżanki jej córki Ewy ze szkoły pielęgniarskiej. W jednym z archiwalnych dokumentów przetrwał wpis ppor. Bogny Domańskiej dotyczący dr Beaupré: „(...) jest wspaniałą kobietą, która swym czarem umie poskromić najdziksze serca. Nawet Niemcy pokornie spełniają jej życzenia i możliwie się zachowują. A my po prostu kochamy ją i staramy się ułatwić jej trudną pracę". Równie poruszające są opowieści innych obozowiczek, których można posłuchać odwiedzając stronę Muzeum Powstania Warszawskiego. Te leciwe już kobiety, ponad pół wieku po zakończeniu wojny, o doktor Jadwidze nie wypowiadają się inaczej jak: „nadzwyczajna kobieta", „kochana, wspaniała doktor Malina", „dobry duch obozu", „cudowna lekarka".

Obóz w Zeithain zostaje wyzwolony przez armię radziecką 23 kwietnia 1945 roku. 31 maja Jadwiga Beaupré dociera do Krakowa, a już 5 czerwca wraca do pracy w Szpitalu im. Narutowicza. Otwiera też prywatną praktykę. Pracuje od rana do nocy, być może po to, by zapomnieć o wojnie, która zabrała jej nie tylko męża, lecz także najstarszego syna – Jerzego.

Kilka lat później w miejscu dawnych podkrakowskich wsi rozpoczyna się budowa największego w Polsce kombinatu metalurgicznego. Tysiące ludzi „Ze wsi, z miasteczek wagonami jadą zbudować hutę, wyczarować miasto, wykopać z ziemi nowe Eldorado", jak pisał w 1955 roku o początkach Nowej Huty Adam Ważyk. Choć początkowo warunki mieszkaniowe są tu wręcz tragiczne, dzielnica szybko się zapełnia – nie tylko przyjezdnymi, lecz także pierwszymi urodzonymi tu nowohucianami. W 1951 roku na osiedlu A-1 (obecnie Willowe), na piętrze w bloku otwarta zostaje izba porodowa. Dr Beaupré zacznie w niej pracę – oraz w poradni K – dwa lata później.

„Ta prawdziwa społecznica o socjalistycznym rodowodzie", jak napisał o niej Bartoszewski, nie tylko odbiera porody, lecz także przeprowadza inspekcje hoteli robotniczych, w których ze względu na złe warunki sanitarne i przeludnienie szerzą się infekcje. Prowadzi „pracę u podstaw" – rozmawia z mieszkającymi w hotelach kobietami, edukuje, wygłasza pogadanki o potrzebie higieny osobistej, zdrowiu i antykoncepcji. (Po latach, wywołując oburzenie niektórych pedagogów, takie pogadanki będzie prowadzić w liceach). Sama zawsze bardzo zadbana, w skrojonych na miarę sukienkach, próbuje przekonać spracowane nowohucianki: „Każda kobieta zawsze, bez względu na okoliczności życiowe choćby trudne i ciężkie, powinna dbać o swój wygląd".

W tym samym okresie jest zafascynowana teoriami angielskiego lekarza położnika dr. Grantly'ego Dick-Reada, dotyczącymi „porodu bez lęku". Uważa on, że z powodu olbrzymiego strachu w czasie porodu ciała kobiet wchodzą w stan ogromnego napięcia, które powoduje niedotlenienie mięśni i coraz większy ból. To błędne koło można przerwać, stosując metody relaksacji oraz aktywnie włączając kobietę w akcję porodową. Myśl Reada rozwija w Polsce prof. Jan Lesiński z Warszawy. Beaupré jest z nim w kontakcie, ale dokształca się także na kursach i sympozjach, także w Anglii i Francji. Wreszcie w 1956 roku na os. Willowym 19, w tym samym budynku, w którym zlokalizowana jest izba porodowa, otwiera pierwszą w Polsce szkołę rodzenia (niektóre źródła podają, że pierwszą taką szkołę założył prof. Włodzimierz Fijałkowski w Łodzi, jednak stało

się to rok później). Szkoła posiada m.in. salkę wykładową i gimnastyczną. Beaupré uczy w niej, jak przebiega akcja porodowa, technik właściwego oddychania i rozluźniania, gimnastyki dla ciężarnych i poporodowej. Mówi o karmieniu piersią i opiece nad noworodkiem. Przede wszystkim jednak stara się przekonać spodziewające się dziecka kobiety, by nie bały się porodu, by uwierzyły w moc natury i własnego ciała. Gdy w nowo wybudowanym Szpitalu im. Żeromskiego otwarty zostanie oddział ginekologiczno-położniczy, izba porodowa zostanie zamknięta, a szkoła rodzenia przeniesiona na ul. Kopernika, do Miejskiego Ośrodka Matki i Dziecka w Krakowie. Od 1990 roku jej tradycje kontynuuje Szkoła Rodzenia im. dr Jadwigi Beaupré działająca przy Szpitalu im. Rafała Czerwiakowskiego w Krakowie.

Na drugim biegunie zainteresowań doktor Beaupré jest inny problem – „poronienia", jak eufemistycznie nazywano terminację ciąży. W broszurze „Jak zapobiegać ciąży" z 1958 roku, wydanej nakładem Towarzystwa Świadomego Macierzyństwa (później zmieni ono nazwę na Towarzystwo Rozwoju Rodziny), pisze: „W naszym kraju, jak zresztą i w wielu innych, stale wzrasta ilość poronień, pociągając za sobą złe skutki w różnych dziedzinach. Jedynym środkiem zaradczym przeciw temu społecznemu nieszczęściu jest zapobieganie ciąży. Konieczne jest nauczanie go powszechne (...)". Powtarza tym samym niemal słowo w słowo postulaty Tadeusza Boya-Żeleńskiego, współzałożyciela w latach 30. warszawskiej Poradni Świadomego Macierzyństwa, której TŚM jest ideologiczną spadkobierczynią. Na łamach „Życia Świadomego" w mocnych słowach apeluje on w 1936 r.: „(...) trzeba wydobyć te sprawy z mroku (...) Wówczas może Polska przestanie być cmentarzyskiem niemowląt i piekłem kobiet, a stanie się krajem szczęśliwych rodzin". Beaupré „wydobywa te sprawy z mroku". W swoich publikacjach nie moralizuje, nie ocenia („najwięcej błędów popełnia się nie ze złej woli, ale z nieświadomości" – stwierdza), tylko informuje: jak wygląda cykl miesięczny kobiety, jakie są naturalne metody zapobiegania ciąży i dostępne na rynku środki antykoncepcyjne, a także o nieraz tragicznych konsekwencjach zdrowotnych aborcji, zwłaszcza przeprowadzanych poza oddziałem szpitalnym. W 1962 roku zakłada w Nowej Hucie pierwszą w Małopolsce poradnię Towarzystwa Świadomego Macierzyństwa, a później kolejnych dziewięć w innych województwach. Co ciekawe, poradnia dwa razy w tygodniu otwarta jest wyłącznie dla mężczyzn.

K. Domin

Budynek na os. Willowym 19 w Krakowie, gdzie mieściła się izba porodowa

Udziela w niej nie tylko porad dotyczących zapobiegania ciąży – pomaga parom starającym się o potomstwo i tym, dla których seks niekoniecznie jest źródłem przyjemności. Udzielała też porad korespondencyjnie. W ramach TŚW, którego była członkiem zarządu głównego, wydaje kolejne broszury: „Nim się pobierzecie", „Dziewczęce sprawy" i „Macierzyństwo".

W późniejszych latach zajmuje się głównie prowadzeniem prywatnej praktyki oraz kierowaniem założoną przez siebie szkołą rodzenia przy ul. Basztowej. Z jej inicjatywy otwarto także w latach 60. „kuchnię mleczną" z posiłkami dla dzieci, sprzedawanymi w małych słoiczkach (np. przetartą marchewkę). O ostatnich latach jej życia niewiele można się dowiedzieć z dostępnych źródeł (może więcej na ten temat będą mogli powiedzieć ci nasi czytelnicy, którzy ją pamiętają). Może dlatego, że jej działalność budziła kontrowersje, a nawet opór konserwatywnych, by nie powiedzieć bigoteryjnych środowisk. Była tą, która nie bała się napisać wprost: „W ginekologii »skrobanka« to zabieg tak częsty, jak u chirurgów wycięcie wyrostka robaczkowego lub u laryngologów wyłuszczenie migdałków".

Zmarła 15 listopada 1984 roku w wieku 82 lat, doczekawszy wnucząt i prawnucząt. Została dwukrotnie odznaczona Krzyżem Walecznych oraz Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. Spoczywa na Cmentarzu Salwatorskim.

Katarzyna Domin

Przy opracowywaniu artykułu korzystałam m.in. z książki Katarzyny Kobylarczyk „Kobiety Nowej Huty. Cegły, perły i petardy" oraz dokumentów należących do Fundacji Generał Elżbiety Zawackiej

Ogłoszenia

Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna

im. dr. Zbigniewa Żaka w Krakowie zatrudni lekarza anestezjologa do wykonania świadczeń zdrowotnych w znieczuleniu ogólnym.
Kontakt: e-mail: sekretariat@wps.com.pl
Telefon: 12 631 44 71

Szpital Ortopedicum

w Krakowie poszukuje lekarzy - specjalistów ortopedii i traumatologii do współpracy w ramach poradni ortopedycznej NFZ.
Podejmiemy również współpracę z lekarzami ortopedami specjalizującymi się w ortopedii dziecięcej w ramach usług komercyjnych. Proponujemy komfortowe warunki pracy w dobrze wyposażonych gabinetach. Zapewniamy korzystne warunki finansowe.
Kontakt: joanna.lasota@ortopedicum.pl

NZOZ Terapia-Med. Sp. z o.o.,

Kraków – Nowa Huta, zaprasza do współpracy lekarzy medycyny rodzinnej lub pediatrów w ramach poradni POZ (specjaliści lub w trakcie specjalizacji)
Warunki współpracy do uzgodnienia.
Dobra i przyjazna atmosfera pracy.
Kontakt: tel. 514 199 907,
e-mail: nzozterapiamed@terapiamed.com.pl

NZOZ

podejmie współpracę z lekarzami chętnymi pełnić dyżury w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (Przychodnia Dębniki, ul. Szwedzka 27, Przychodnia Stare Podgórze, ul. Kutrzeby 4).
Udzielanie świadczeń w zakresie POZ od poniedziałku do piątku w godz. 18.00 - 8.00 dnia następnego oraz całodobowo w dni wolne od pracy. Porady: w warunkach ambulatoryjnych, w domu pacjenta (w przypadkach uzasadnionych), telefonicznie.
Kontakt z Działem Kadr: tel. 12 265 49 31, 509 919 031,
e-mail: praca@nzozkp.pl

Zakład Opieki Zdrowotnej „Medycyna Pracy"

Sp. z o.o., Kraków ul. Centralna 51, zatrudni lekarza medycyny pracy na dogodnych warunkach finansowych i w dogodnych godzinach.
Kontakt: tel. 518 825 517 lub 508 790 132

NZOZ Medycyna Rodzinna Sp. z o.o.,

ul. Tetmajera 2, Kraków,
zatrudni lekarza internistę
lub lekarza medycyny rodzinnej, może być w trakcie specjalizacji. Oferujemy dłuższą współpracę.
Kontakt: prezes Spółki Renata Smoter, tel. 502 575 749

SP ZOZ Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna

w Krakowie przy ul. Montelupich 4 zatrudni lekarza stomatologa – specjalistę ortodoncji.
Zainteresowane osoby prosimy o przesłanie CV na adres e-mail: sekretariat@uks.com.pl lub kontakt pod nr. tel. 12 424 54 24.

Krakowskie Pogotowie Ratunkowe

poszukuje lekarzy do pracy w specjalistycznych zespołach wyjazdowych oraz w zespole transportu sanitarnego typu N.
Aplikacje proszę wysyłać na adres: kadry@kpr.med.pl.
Telefon kontaktowy: 12 42 44 212.

Grupa AA „Lajkonik" zaprasza

Spotkania odbywają się w Centrum Medycyny Profilaktycznej przy ul. Komorowskiego 12 w Krakowie (k. placu Na Stawach), w każdy piątek o godz. 17, w sali nr 225 na I piętrze Poradni Leczenia Uzależnień i Współuzależnienia CMP.

Na spotkania może przyjść każdy, kto czuje, że tego potrzebuje. Może to być osoba w trakcie terapii psychiatrycznej lub psychoterapeutycznej, można przyjść także „z ulicy".

Po wejściu na miting posługujesz się tylko swoim imieniem oraz zaleceniem Aowskim „wyjmij watę ze swoich uszu i wsadź ją sobie do ust". Przekaz jest więc jasny – nie ma obawy, że będziesz musiał mówić na temat swojego problemu. Nikt o nic nie będzie pytał, a jak będziesz gotów, po miesiącu czy po roku, powiesz sam. Psychiatrzy i terapeuci CMP czy z innych placówek leczniczych nie mają prawa wpływać na niezależny przebieg spotkań AA, jak i całej Wspólnoty AA (Intergrupa Galicyjska AA w Krakowie).

Spotkania AA mogą być bardzo ważne, wręcz kluczowe, w zapoczątkowaniu trzeźwienia osoby, która swój stan zaakceptowała i zdecydowała się na leczenie.

Wojciech Oleksy, psychiatra z Krakowa

Jeżeli czujesz, że masz problem z alkoholem, możemy Ci pomóc. Przyjdź do nas, kiedy chcesz, to nic nie kosztuje.

Zapraszamy na spotkania Grupy AA Dr Bob

dla lekarzy i lekarzy dentystów, wtorek godz. 17.00, w siedzibie OIL przy ul. Krupniczej 11a.

Zadzwoń:

+48 801 033 242 – infolinia ogólnopolska
+48 502 437 567 – pomoc w problemie
+48 12 431 22 48 – punkt inf. - kontaktowy

I Małopolskie Warsztaty Obrazowania Molekularnego

odbędą się 25 listopada 2022 r. w auli Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, ul. Jakubowskiego 2. Udział w warsztatach jest bezpłatny. W programie przewidziane są wykłady z wykorzystania obrazowania PET i SPECT w praktyce klinicznej oraz warsztaty przy komputerach z obrazowania PET. Więcej informacji i zapisy pod linkiem www.wom.jordan.pl. Zapraszamy specjalistów różnych dziedzin medycyny, jak i osoby specjalizujące się w medycynie nuklearnej, radiologii, endokrynologii, radioterapii.

Serdecznie zapraszamy na VII konferencję „Nowotwory endokrynne z pułapu lekarza internisty, lekarza rodzinnego, endokrynologa i gastrologa",

która odbędzie się 19 listopada 2022 r. w formie online. Poruszane będą tematy związane z nowotworami neuroendokrynnymi wraz z prezentacją przypadków klinicznych, a także tematy związane z endokrynologią, które mogą zainteresować zwłaszcza lekarzy POZ. Wykłady są prowadzone przez pracowników SU w Krakowie. Więcej informacji i zapisy pod linkiem www.net.jordan.pl.

Pożegnania

Lek. dent.
Elżbieta Szafirowska
ur. 19 listopada 1936 r. w Radomiu
zm. 20 kwietnia 2022 r. w Krakowie

Elżbieta Szafirowska urodziła się w Radomiu, w listopadzie 1936 roku. Tu uczęszczała do szkoły i tu zdała maturę. W latach 1956-1962 studiowała na Akademii Medycznej w Krakowie.

Po uzyskaniu dyplomu lekarza dentysty w 1963 roku rozpoczęła pracę zawodową w gabinecie stomatologicznym w Pionkach, potem w Jaśle, a w 1968 roku przeniosła się do Krakowa, gdzie została zatrudniona w Zespole Opieki Zdrowotnej – w gabinetach na osiedlu Olsza i na Ułanów. W 1973 roku objęła kierownictwo w gabinecie stomatologicznym 8. Przychodni Rejonowej na Dąbiu (ZOZ nr 1 Kraków).

Doktor Elżbieta uczestniczyła w kursach i szkoleniach zawodowych i w 1975 roku zdała egzamin ze specjalizacji w stomatologii zachowawczej II stopnia.

W ZOZ nr 1 „Śródmieście" prowadziła gabinet specjalistyczny leczenia błon śluzowych i przyzębia, w którym odbywali zajęcia dydaktyczne lekarze przygotowujący się do egzaminu ze specjalizacji stomatologii ogólnej I stopnia. Doktor Elżbieta służyła im swoją wiedzą i doświadczeniem.

Po przejściu na emeryturę przyjmowała również pacjentów w gabinecie Juniordent.

W Miejskim Centrum Stomatologii „Śródmieście" prowadziła konsultacje specjalistyczne z periodontologii.

Była wspaniałym człowiekiem, oddanym lekarzem, pacjentowi potrzebującemu leczenia nigdy nie odmówiła przyjęcia. W jej zespole lekarzy i asystentek panowała przyjazna atmosfera, co doceniali pacjenci.

Wspólna praca zawodowa z doktor Elżbietą, trwająca 30 lat, łączyła się z naszym życiem prywatnym, znaliśmy swoje rodziny, byliśmy razem w radosnych i smutnych chwilach życia.

Żegnaj Elżbieto – będziemy za Tobą tęsknić i pielęgnować wszystkie piękne wspomnienia.

W imieniu koleżanek
Ewa Kozłowska-Dubiel

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 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) 12 619 17 05
- Kancelaria OROZ (kierownik mgr S. Smoleń) 12 619 17 25
  e-mail: s.smolen@hipokrates.org
- Kancelaria OROZ 12 619 17 17
  fax 619 17 29, *e-mail: kancelariaoroz@gmail.com*
- Kancelaria Sądu Lekarskiego (mgr E. Kowaliczek) 12 619 17 08
  e-mail: emilia@oilkrakow.org.pl
- Biuro Radców Prawnych (mgr D. Dziubina) 12 619 17 26
  e-mail: d.dziubina@hipokrates.org
- Rejestr Lekarzy 12 619 17 16
  e-mail: rejestr57@hipokrates.org
- Rejestracja Indyw. Praktyk; Staże podyplomowe 12 619 17 13
- Księgowość (mgr M. Chodór) 12 619 17 15
  e-mail: ksiegowosc57@hipokrates.org
- Kasa 12 619 17 14
- Składki 12 619 17 32
  e-mail: skladki@oilkrakow.org.pl
- Redakcja „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej” 12 619 17 27
  e-mail: redakcja@oilkrakow.org.pl
- Informatycy; str. internetowe 12 619 17 01

Komisje:

- Bioetyczna (A. Krawczyk) 12 619 17 12
  e-mail: bioetyka@oilkrakow.org.pl
- Etyki 12 619 17 13
- Kształcenia (mgr P. Pachel) 12 619 17 22
  e-mail: ksztalcenie57@hipokrates.org
- Sportu, Turystyki i Rekreacji 12 619 17 01
- Socjalno-Bytowa 12 619 17 18
- Stomatologiczna (mgr K. Trela) 12 619 17 18
  e-mail: k.trela@hipokrates.org
- Współpracy Zagranicznej i Obcokrajowców 12 619 17 05
- ds. Lek. Seniorów 12 619 17 01
- ds. Młodych Lekarzy; ds. Praktyk (mgr A. Chuchmacz) 12 619 17 13
  e-mail: a.chuchmacz@hipokrates.org
- Zespół ds. POZ i AOS 12 619 17 12
- Zespół ds. Epidemiologii 12 619 17 20
- Zespół ds. Szpitalnictwa 12 619 17 22
- Zespół ds. Opieki Długoterminowej i Opieki Hospicyjnej 12 619 17 16
- Zespół ds. Kultury 12 619 17 20
- Rzecznik Praw Lekarza 501 430 930
  rzecznik57@hipokrates.org
  poniedziałki, środy i czwartki godz. 10.00 do 14.00

Biuro OIL w Krakowie oraz Delegatury – przyjmowanie stron:

poniedziałek-piątek godz. 9.00 do 15.00

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

Dyżury Radców Prawnych:

mec. Anna Gut **tel. 12 619 17 24**
koordynator radców prawnych
a.gut@hipokrates.org
wtorek godz. 13.00 do 15.00
środa godz. 13.00 do 15.00

mec. Tomasz Pęcherz **tel. 602 227 627**
tpecherz@kancelariacpp.pl
wtorek godz. 13.00 do 15.00
czwartek godz. 13.00 do 15.00

mec. Tomasz Huber **tel. 500 379 120**
tomasz.huber@oilkrakow.org.pl
poniedziałek, środa godz. 13.00 do 15.00
piątek godz. 12.00 do 14.00

Kancelaria Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

od poniedziałku do czwartku godz. 9.00 do 15.00
Sekretariat / Dziennik podawczy godz. 9.00 do 14.00
tel. 12 619 17 29

Ubezpieczenia

- Ubezpieczenia OC (Inter) Ubezpieczenia życiowe 12 619 17 15
- Ubezpieczenia OC (Inter, PZU, Uniqa) 12 619 17 16
- Ubezpieczenia OC – PZU 12 619 17 18

Galicyjska Gazeta Lekarska
PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

Galicyjska Gazeta Lekarska – Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie • nakład 16 450 egz.
ul. Krupnicza 11a, 31–542 Kraków; tel. 12 619 17 27; www.ggl.com.pl; e-mail: redakcja@oilkrakow.org.pl

Redaguje kolegium w składzie: Redaktor naczelny – Jerzy Friediger; Sekretarz Redakcji – Jolanta Grzelak-Hodor **Członkowie:** Agata Dynkiewicz, Artur Hartwich, Marzena Ksel-Teleśnicka, Maciej Nowak, Małgorzata Popławska, Andrzej Urbanik, red. Stefan Ciepły i Katarzyna Domin. **Grafika i skład:** Małgorzata Śmigla

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

Galicyjska Gazeta Lekarska

PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

Z nami dotrzesz do wszystkich lekarzy!

Galicyjska Gazeta Lekarska, pismo Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, dociera bezpłatnie do lekarzy i lekarzy dentystów z Małopolski i Podkarpacia zrzeszonych w krakowskiej Izbie (ponad 18 tys. osób), a także do najważniejszych urzędów w regionie. Rocznie publikujemy sześć wydań ogólnolekarskich oraz dodatkowo wydania dla stomatologów.

Cennik

	Galicyjska Gazeta Lekarska	Galicyjska Gazeta Lekarza Dentysty
Okładka zewnętrzna	2 200 zł	2 000 zł
Okładka wewnętrzna	2 000 zł	1 800 zł
Strona wewnętrzna	1 400 zł	1 200 zł
½ strony	800 zł	700 zł
¼ strony	500 zł	400 zł
⅛ strony	300 zł	300 zł
Ogłoszenia drobne *(maksymalnie do 350 znaków ze spacjami)*	150 zł	150 zł
Insert	Cena ustalana indywidualnie w zależności od nakładu gazety i grupy odbiorców	

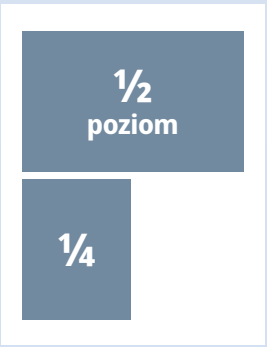
Ogłoszenia drobne dotyczące zatrudnienia lekarzy oraz akcji charytatywnych drukujemy bezpłatnie.

Bonifikata dla stałych klientów: od 10% wzwyż za publikację w co najmniej dwóch wydaniach.

Przyjmujemy także inserty do wkładkowania (z możliwością wyodrębnienia grupy odbiorców, np. pod względem specjalizacji lekarskiej czy terenu zamieszkania). Cena ustalana indywidualnie w zależności od liczby egzemplarzy.

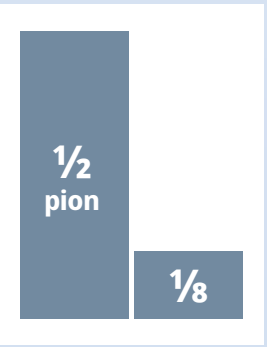
Formaty reklam

1 strona
netto:
205 × 265 mm
brutto:
211 × 271 mm



½ strony
173 × 110 mm

¼ strony
84,5 × 110 mm



½ strony
84,5 × 224 mm

⅛ strony
84,5 × 53 mm

Kontakt

redakcja@oilkrakow.org.pl
tel. 12 619 17 27

Materiały prosimy przesyłać na adres e-mail redakcji.
Formularz zlecenia reklamy wysyłamy drogą elektroniczną.
W szczególnych przypadkach redakcja zastrzega sobie prawo odmowy publikacji reklam.

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie, ul. Krupnicza 11a, 31-123 Kraków