nakład 16 440 egz. ISSN 1897-7782

Galicyjska Gazeta Lekarska

PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

2022
6/190
listopad – grudzień

Dobrego czasu

"PREZENT"
Naczelnej Rady Lekarskiej

120,00 zł
Lekarze i lekarze dentyści

60,00 zł
Stażyści

0,00 zł
Lekarze 70+

WZROST SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ OD 1.01.2023 R.

W numerze m.in.:

- Z obrad ORL – (5)
- Prof. Janusz Ryś o przyszłości Instytutu Onkologii w Krakowie – J. Grzelak-Hodor (7)
- Kardiologia prewencyjna 2022 – J. Sieradzka (10)
- Rozmowa z Bożeną Kozanecką, przewodniczącą Okręgowego Sądu Lekarskiego w Krakowie – S. Ciepły (12)
- Rytro znów gościło dentystów – relacja M. Jamki-Kasprzyk z dorocznej konferencji (15)
- Portret Jolanty Kieres, laureatki Nagrody im. A.J. Fortuny 2022 – K. Domin (16)
- Młodzi lekarze na szkoleniu w Poroninie – A. Dynkiewicz (19)
- Zdarzenia niepożądane – u źródeł problemów – dr J. Pokorski (24)
- „Plus ratio quam vis" dla prof. J. Skalskiego – portret laureata – S. Ciepły (44)
- Prof. Janusz Skalski o Wojciechu Oczce (46)
- Ponadto: zaproszenia na bale w Krakowie i Zakopanem, propozycje, jak spędzić wolny czas i relacje z tych wydarzeń, w których członkowie OIL wzięli liczny udział.

Nasza okładka

Fot. K. Domin

Mało świątecznie w Nowy Rok

Grudzień to, wiadomo, święta Bożego Narodzenia, ustalanie menu, listy gości, zakupy prezentów pod choinkę, no i tej choinki. Święta to też nadzieja na śnieg, który przyprószy codzienność skrzeczącą na wszystkie strony. Natomiast dla różnych instytucji to czas podliczania wydatków, budżetu i planowania przyszłego roku. Izba Lekarska, rozumiana jako przedstawicielstwo interesów lekarzy i pacjentów, nie jest pod tym względem odosobniona, w tle mając oczywiście rok miniony.

Powstrzymam się od bilansu, bo nie przepadam za wyliczaniem, kto i czego nie zrobił – a w to się przeważnie przeradza „podsumowanie". Bardziej mnie interesuje, czy jest perspektywa „na lepsze". Tymczasem rząd mi (nam) akurat zaaplikował projekt poniekąd bulwersujący, bo jest w nim spadek nakładów na ochronę zdrowia. Według przybliżonych obliczeń „Dziennika. Gazety Prawnej" sięgający 7 mld zł. Spadek ma charakter pozorny, twierdzi rząd, bo nakłady na zdrowie będą utrzymane na poziomie 6 proc. PKB, tyle że ww. kwota – z przeznaczeniem m.in. na ratownictwo medyczne, zwalczanie zakażeń, hemofilii, HIV i paru innych chorób – zostanie przekazana do finansowania przez NFZ.

Po co komu taka zmiana? Ano trzeba ratować budżet państwa, a NFZ miał w tym roku nadwyżki, powiada rząd (spowodowane np. odwołaniem planowych operacji, wskutek pandemii – to już mój komentarz). A poza tym przychody NFZ powstają ze składek, które nie wiedzieć czemu, uznano za identyczne z mijającym rokiem, abstrahując od oczywistego kryzysu i inflacji. Tak więc samorząd protestuje w naszym wspólnym (z pacjentami) imieniu.

W drugiej kwestii nasza Izba jest absolutnie zgodna z postulatami całego środowiska – wprowadzenia zasady no fault do systemu rozliczania błędów medycznych. Owszem, ich rejestr wart jest wprowadzenia, jest potrzebny. Natomiast filozofię „kto zawinił" czas najwyższy zastąpić odpowiedzią na pytanie „czy pacjent doznał szkody i jak mu pomóc?" oraz „co zrobić, by taka sytuacja już się nie powtórzyła?". Nie będę się nad tym rozwodził, rzecz jest absolutnie konieczna.

Jeśli więc czegoś życzę Państwu na Święta i Nowy Rok, to większej spolegliwości naszych władz wobec naszych opinii. Samorząd lekarski to nie jest żadne „obce ciało", które kieruje się prywatnym interesem. To demokratycznie wybrana reprezentacja, jak zawsze, ma też swoją mniejszość i większość. Problem w tym, by reprezentacja mniejszości została uszanowana.

Robert Stępień
prezes ORL w Krakowie

PS: Nie ma sensu, moim zdaniem, kontynuacja sporu w kwestii podniesienia wysokości składek członkowskich na rzecz samorządu lekarskiego. Kraków był przeciw, w szczególności ustanowieniu wieku dopiero 70 lat jako uprawnionego do zwolnień z płacenia składki, zamiast stosowania oficjalnego wieku emerytalnego 65 lat dla mężczyzn i 60 lat dla kobiet, jak stanowi w Polsce prawo. Być może na najbliższym posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej jeszcze coś się zmieni, więc zostawmy to. Oczywiście, po przesunięciach wniesionych przez krajowy Zjazd, dotyczących podziału środków między Naczelną a Okręgowe Izby Lekarskie, pewna korekta była konieczna. Nikt bowiem nie zwolnił samorządu z obowiązków: prowadzenia rejestru, sądownictwa korporacyjnego, pomocy socjalnej dla lekarzy, prowadzenia szeroko pojmowanego kształcenia, wreszcie – co zawsze wynikało z postulatów regionalnych środowisk – z organizacji wypoczynku i rekreacji. Czemu ten akurat aspekt ścisłe władze NRL uznały za szczególnie reprezentacyjny dla poprzedników u steru samorządu, nie wiem. Może nie dostały zaproszenia na wigilię swoich seniorów? Cóż...

Zamieszczona obok choinka graficznie ilustruje pewne nastroje, choć nie przesadzałbym z jej znaczeniem. Przecież musi być lepiej.

Deficyt rozsądku

Ostatnia decyzja Naczelnej Rady Lekarskiej o podniesieniu składki izbowej o 100 proc. jest nadal powszechnie komentowana i to niezbyt pochlebnie. Prawdą jest, że składka na samorząd nie była podnoszona od wielu lat. Prawdą jest też, że jej wysokość przy obecnych zarobkach lekarzy nie jest „kładąca". Minęły (na szczęście) te czasy, kiedy 120 złotych mogło być dla pracującego lekarza dużym obciążeniem, a niepracujący są z opłacania składek zwolnieni. I chyba nie w tym problem.

Jako skarbnik wiem, że pieniędzy, którymi dysponuje Izba, wystarcza na jej działalność. Jeżeli potrzeba więcej (a więcej zawsze się przyda), to na pewno nie dwukrotnie więcej.

Najlepszym dowodem na poparcie moich racji jest fakt, że dopiero teraz zastanawiamy się, na co te pieniądze wydamy. Oczekiwałabym kolejności odwrotnej: brakuje nam na to i tamto, wiemy ile, liczymy i podnosimy składkę. My natomiast zadziałaliśmy dokładnie odwrotnie – dopiero po podniesieniu składki zastanawiamy się, na co wydamy pieniądze. I apelujemy do lekarzy, aby żądali od swoich izb. Nie wiemy tylko czego.

Teraz już wiem, z czym kojarzy się Panu Prezesowi NRL izba. Czy jeżeli będzie miała więcej pieniędzy do wydania, będzie się kojarzyła inaczej? Nie mam takiej pewności, ale zobaczymy. Obym nie miał racji. Tym niemniej skojarzeniami zawartymi w ostatnim felietonie Pana Prezesa Naczelnej czuję się nieco urażony. Jak się bawię, to za swoje, za granicę jeżdżę też za swoje. I tak robiłem zawsze.

Ministerstwo Zdrowia opublikowało listę specjalności deficytowych. Znalazły się na niej 22 specjalności. Wśród niech część takich, które zostały decyzjami MZ zamordowane. Do nich należy np. interna i pediatria. Dla tych specjalistów minister nadal przewiduje pracę wyłącznie w oddziałach szpitalnych (które zresztą są zamykane właśnie z powodu braku specjalistów). Tych specjalistów mieli zastąpić lekarze rodzinni. Nie wyszło i o tym już powszechnie wiadomo. Lekarzy rodzinnych dla spełnienia życzeń ministerialnych brakuje ok. 10 000. Jak już kiedyś pisałem, gdybyśmy rocznie produkowali 500 lekarzy tej specjalności (co jest nierealne), to już za 20 lat (gdyby nikt nie umarł lub z innych powodów nie przestał pracować) zdołalibyśmy spełnić te normy. Poza tym, uznanie specjalności za deficytową i płacenie rezydentom o 1000 zł więcej miesięcznie nie jest drogą do rozwiązania problemu. Jak zresztą kiedyś również pisałem, nikt tak naprawdę nie chce go rozwiązać. Z listy specjalności deficytowych zniknęła za to radiologia i diagnostyka obrazowa. Czyżby aż tylu radiologów przybyło? Wątpię. A ilość miejsc specjalizacyjnych z radiologii jest nadal sztucznie ograniczana.

Nie dawno dowiedziałem się, że znana ze swojej działalności antyszczepionkowej niejaka pani J. Socha zmieniła branżę. Rozpoczęła walkę z przeszczepianiem narządów. Zastanawiam się, czy nie ma bata na idiotów, kwestionujących ewidentne osiągnięcia współczesnej medycyny, właściwie nie wiadomo dlaczego? Co tym ludziom przeszkadza, że dzięki stosowaniu nowoczesnych metod leczenia, jakimi dysponuje współczesna medycyna, udało się uratować tylu ludzi? Przecież to oni wyznają i propagują cywilizację śmierci. Przypomina się pytanie z bajki Fredry: „Wiesz dlaczego dzwon głośny? Bo wewnątrz jest próżny".

Z tymi dylematami i z nadzieją, że Nowy Rok przyniesie rozwiązania, zostawiam Państwa na Święta.

Na nadchodzące Święta i Nowy Rok życzę Państwu wszystkiego najlepszego, spełnienia marzeń, wiele szczęścia i sukcesów zarówno w życiu zawodowym, jak i codziennym, rodzinnym, a przede wszystkim spokoju i odpoczynku.

Jerzy Friediger
redaktor naczelny „GGL"

Przyjmowanie materiałów do numeru zakończono 1 grudnia 2022 r.

W skrócie

Wsparcie dla szpitali wojskowych

Jak poinformował „Dziennik. Gazeta Prawna", MON przeznaczy 1,3 mld zł na rozwój i modernizację wojskowej służby zdrowia. Przewiduje się wzrost nakładów na osiem szpitali wojskowych w kraju, w tym m.in. na rozbudowę 5. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Krakowie, która ma się dokonać do 2026 r.

Niezależnie od sytuacji wojennej, to dobra decyzja, ponieważ ciesząca się dobrą renomą placówka (świadcząca także pomoc dla krakowian) od dawna wymagała większych nakładów na inwestycje. Będą nowe łóżka, czyli nowe miejsca pracy, ale co z nowymi kadrami, trudno powiedzieć, mimo że to Kraków. Wieloletnie zaniedbania mają swoją cenę.

Krakowscy naukowcy na liście Top 2%

Aż 40 badaczek i badaczy związanych z Collegium Medicum UJ znalazło się w tym roku na prestiżowej liście Top 2% najbardziej wpływowych naukowców, opracowywanej przez Uniwersytet Stanforda we współpracy z wydawnictwem Elsevier i firmą SciTech Strategies. W sumie UJ reprezentują na tej liście aż 93 osoby. Są na niej nazwiska naukowców, których najczęściej cytują inni autorzy. Twórcy listy przygotowują dwa rankingi: pierwszy bierze pod uwagę dorobek całej kariery naukowca (do końca 2021 r.), drugi dotyczy cytowań z roku kalendarzowego, w tym przypadku 2021. Warto dodać, że na liście Top 2% są również nieżyjący już profesorowie Andrzej Szczeklik, Stanisław Konturek i Jerzy Vetulani. Do ich dorobku sięgają kolejne pokolenia naukowców.

Liderzy Zarządzania

BFF Banking Group opublikował wyniki kolejnej edycji swojego zestawienia „Liderzy Zarządzania – najlepiej zarządzane szpitale publiczne". Ranking docenia jednostki publiczne, które wykazują się wysoką jakością opieki medycznej, idącą w parze z efektywnością ekonomiczną. Patronat honorowy nad inicjatywą objął Rzecznik Praw Pacjenta. W 7. edycji zestawienia „Liderzy Zarządzania" wzięło udział 317 szpitali z całej Polski. Placówki medyczne podzielono na trzy kategorie wg wartości przychodu z NFZ oraz Szpitale Kliniczne i Instytuty.

W dziesiątce Liderów Zarządzania z kontraktem w wysokości od 70 do 149 mln zł znalazły się m.in. Szpital Specjalistyczny im. H. Klimontowicza w Gorlicach, SPZOZ w Brzesku, Szpital Powiatowy im. dr. T. Chałubińskiego w Zakopanem oraz Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego w Krakowie.

W grupie szpitali z kontraktem powyżej 150 mln zł tytułem Lidera Zarządzania mogą się pochwalić m.in. Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza w Tarnowie, Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu oraz Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu.

Wystawa „Wesoła wczoraj i dziś"

Od połowy listopada na ogrodzeniu Muzeum Fotografii MuFo można oglądać wystawę plenerową poświęconą do niedawna medycznej dzielnicy Krakowa – „Wesoła wczoraj i dziś". Składają się na nią fotografie – zarówno historyczne, jak i wykonane przez Adama Koprowskiego współcześnie – zabytkowych obiektów zlokalizowanych głównie przy ul. Kopernika, w których przez ponad 200 lat mieściły się kliniki, szpitale oraz zakłady dydaktyczne.

Ekspozycja rozpoczyna prezentację szlaku historyczno-kulturowego Via Medicorum, który powstaje w dzielnicy Wesoła, promującego osiągnięcia krakowskiej medycyny akademickiej, została przygotowana przez Agencję Rozwoju Miasta Krakowa we współpracy z Muzeum Fotografii MuFo i UJ CM. Można ją oglądać do 28 lutego 2023 r. przy ul. Rakowickiej 22a.

(źródło: cm-uj.krakow.pl)

K. Domin

Zaszczytny medal dla prof. Janusza Skalskiego

28 listopada 2022 r. Uniwersytet Jagielloński nadał swoje najwyższe odznaczenie złoty medal „Plus ratio quam vis" („Więcej znaczy rozum niż siła") profesorowi Januszowi Skalskiemu, kardiochirurgowi dziecięcemu, od wielu lat związanemu z Uniwersyteckim Szpitalem Dziecięcym

Jak podkreślił w swoim wystąpieniu rektor UJ prof. Jacek Popiel, profesor Skalski zapisał się w historii polskiej medycyny wieloma zasługami. Wyliczenie medycznych dokonań Profesora w zakresie kardiochirurgii dziecięcej zajęłoby parę stron naszej gazety. Trudno też przemilczeć pasję kolekcjonerską Profesora w zakresie starodruków z dziejów europejskiej i polskiej medycyny. Zbiory Profesora mogą konkurować z posiadanymi przez Collegium Medicum.

K. Domin

Dziękując za wyróżnienie, prof. Skalski z poczuciem humoru stwierdził, że ma wątpliwość, czy może się znaleźć w tym zbiorze ludzi – wcześniejszych laureatów medalu, ponad wszystko przedkładających intelekt, bo niewielu w nim lekarzy, a on na dodatek jako chirurg jest w tym gronie poniekąd „rękodzielnikiem".

Obszerniejszy portret Profesora prezentujemy na str. 40.

Gloria Medicinae dla prof. Kaliny Kaweckiej-Jaszcz

Podczas uroczystej gali na Zamku Królewskim w Warszawie prof. Kalina Kawecka-Jaszcz, była kierownik I Kliniki Kardiologii i Nadciśnienia Tętniczego Instytutu Kardiologii UJ CM, odebrała 22 października medal Gloria Medicinae, przyznawany przez Polskie Towarzystwo Lekarskie. Kilka dni wcześniej, na corocznym zjeździe Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, Pani Profesor otrzymała nagrodę za całokształt dorobku naukowego.

Nagroda Miasta Krakowa dla prof. Dominiki Dudek

29 listopada w Teatrze Variete odbyła się gala wręczenia tegorocznych Nagród Miasta Krakowa. Przyznawane od XVI w. pozwalają wyróżnić osoby, których działania mają szczególne znaczenie dla rozwoju miasta. W dziedzinie nauka i technika nagrodę otrzymała prof. Dominika Dudek.

Prof. Dudek jest psychiatrą, specjalistką w zakresie psychiatrii klinicznej, zaburzeń depresyjnych oraz choroby dwubiegunowej, kieruje Katedrą Psychiatrii i Kliniką Psychiatrii Dorosłych UJ CM. Jest też prezeską Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, a także członkinią wielu innych towarzystw i organizacji. Była pomysłodawczynią listu do prezydenta Andrzeja Dudy przeciwko dyskryminacji osób LGBT, oraz sygnatariuszką listu środowisk medycznych z apelem do władz o „niezwłoczne umożliwienie wjazdu do strefy objętej stanem wyjątkowym niezależnej grupie medyków, w celu niesienia tam pomocy humanitarnej" migrantom przybywającym do Polski przez terytorium Białorusi.

Kronika personalna

Dr Patrycja Matusik oraz **dr hab. Paweł Matusik** 16 listopada br. otrzymali nagrody Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego im. prof. Marka Sycha, przyznawane przez TLK młodym lekarzom naukowcom.

Izba dla każdego

Nie milkną komentarze związane z przyjętą przez Naczelną Radę Lekarską uchwałą o podniesieniu obowiązkowej składki na samorząd lekarski. Trudno, by podwyżka o 100 procent została przyjęta bez emocji. Jak już informowaliśmy, Okręgowa Rada Lekarska w Krakowie sprzeciwiała się tak radykalnej zmianie, ponadto postulowała zwiększenie kręgu lekarzy uprawnionych do całkowitego zwolnienia z płacenia składek. Niestety, nasza reprezentacja nie znalazła poparcia. Niewykluczone jednak, że podczas kolejnego posiedzenia Naczelnej Rady – 16 grudnia, nastąpią jakieś korzystne dla wszystkich modyfikacje.

Na razie jednak trwają dyskusje, jak najlepiej wykorzystać posiadane środki – pieniądze, które należą do wszystkich członków samorządu. W Krakowie nie ma z tym problemów – nasza Izba od lat należy do liderów, jeśli chodzi o finansowanie kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów czy w zakresie pomocy socjalnej. Wspiera też bez zastrzeżeń działania podejmowane przez młodych lekarzy i przez lekarzy seniorów. Drzwi Izby otwarte są dla wszystkich.

I tak, na posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej 9 listopada gościł przedstawiciel Porozumienia Rezydentów Sebastian Goncerz, który przedstawił władzom Izby założenia kampanii „Bezpieczne leczenie", podkreślając, jak ważną jest idea *no fault*, jak niebezpiecznym jest system represyjny, skłaniający personel medyczny do ukrywania zdarzeń niepożądanych, którym przecież, mając ich świadomość, trzeba zapobiegać dla dobra pacjentów i lekarzy. W telegraficznym skrócie idee te Sebastian Goncerz przedstawia także na naszych łamach, na str. 20.

To najmłodszy uczestnik obrad władz Izby w ostatnim czasie. Natomiast najstarszym był 23 listopada dr Tadeusz Żelazny. Z okazji 90. urodzin dr Żelazny osobiście odebrał z rąk prezesa ORL Roberta Stępnia nagrodę jubileuszową oraz kwiaty.

Takich miłych akcentów podczas obrad Prezydium nie ma zbyt wiele, dyskusja i podejmowane decyzje dotyczą działalności Izby. Zapadła więc decyzja, iż najbliższy Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie odbędzie się 25 marca 2023 roku. Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego został sekretarz ORL Mariusz Janikowski. Zjazd m.in. zatwierdzi preliminarz budżetowy Izby na rok 2023, w którym na pewno czołową pozycję w „wydatkach" zajmie kształcenie lekarzy. Przewodniczący Komisji Kształcenia, wiceprezes Lech Kucharski przedstawił wstępne plany na przyszły rok. Komisja planuje m.in. kurs pod nazwą „Młody lekarz na SOR", przeznaczony dla lekarzy rozpoczynających karierę zawodową właśnie na oddziałach ratunkowych. Tradycyjnie będą też liczne kursy do specjalizacji, ponadto w planach warsztaty prawne, kurs otoskopii dla lekarzy, kursy z kompetencji miękkich, z zakresu elektrokardiologii, pediatryczne (np. dotyczące prób samobójczych czy moczenia nocnego u dzieci) czy tak niestandardowe, jak kurs pisania prac naukowych. Być może wspólnie z TOPR krakowska Izba zorganizuje w Zakopanem także kursy z ratownictwa medycznego w warunkach górskich.

Trwa dyskusja m.in. nad możliwościami dofinasowania kursów zewnętrznych, co wcześniej wiązało się – zgodnie z jednoznaczną opinią „skarbówki" – z koniecznością wystawiania PIT przez Izbę i płacenia przez lekarzy podatku od darowizny. Prawdopodobnie zwiększona zostanie grupa

Fot. K. Domin

Dr Tadeusz Żelazny jest absolwentem krakowskiej AM, specjalistą anestezjologiem. Najpierw pracował w Szpitalu im. Dr Anki (obecnie Jana Pawła II), następnie w III Klinice Chirurgii w Szpitalu im. Narutowicza, uzyskując w tym czasie specjalizację oraz tytuł doktora nauk medycznych. W latach 1983-1988 pracował w Maroku, pełniąc funkcję ordynatora w jednym z tamtejszych szpitali. Po powrocie był kierownikiem zespołu anestezjologów w I Klinice Chirurgii SU, a w latach 1993-2006 – kierownikiem oddziału anestezjologii i intensywnej terapii w Szpitalu im. Rydygiera w Krakowie. Lista dokonań zawodowych Jubilata i pełnionych funkcji jest dłuższa, dr Żelazny jest także autorem lub współautorem kilkudziesięciu publikacji naukowych. Dodajmy tylko, że pod jego kierunkiem wyszkoliło się ponad 30 specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii. Są więc powody do dumy i do świętowania 90. urodzin.

lekarzy nagradzanych za najlepiej zdany egzamin specjalizacyjny (przez rozszerzenie kryteriów).

Planów i zapału nie brakuje. Podczas posiedzenia Prezydium ORL 23 listopada wiceprezes Agata Dynkiewicz z satysfakcją zrelacjonowała przebieg Konferencji Młodych Lekarzy, zorganizowanej przez krakowską Izbę (Komisję ds. Młodych Lekarzy) w Poroninie. Powiedzieć, że była udana, to za mało. Najbardziej cieszyło zainteresowanie młodzieży nie tylko tematyką konferencji, ale też możliwością zaangażowania się w prace samorządu lekarskiego. (Więcej na str. 19)

By praca cieszyła, trzeba umieć wypoczywać, toteż Prezydium ORL postanowiło wznowić, po przerwie wymuszonej pandemią, doroczny, Krakowski Bal Lekarza. Uprzedzając ewentualne pytania (i pomówienia), uczestnicy balu, w tym członkowie władz Izby, płacą sami za swoje bilety. W pełnej kwocie. Bal zaplanowano na 14 stycznia 2023 roku w Hotelu Mercure Kraków przy ul. Fabrycznej. Organizacji zabawy podjął się Jacek Tętnowski, przewodniczący Komisji Sportu, Turystyki i Rekreacji. Krakowska Izba postanowiła też organizować od tego roku świąteczny konkurs plastyczny dla dzieci (i wnuków) lekarzy. Prace już spływają, czekają nagrody.

A żeby skutecznie walczyć z wszechobecnym hejtem, plotką by skuteczniej docierać do lekarzy z rzetelną informacją o tym, co oferuje im samorząd lekarski (i co sami mogliby robić dla swojego środowiska), członkowie władz Izby oraz jej pracownicy przeszli szkolenie z podstaw PR. Nasze postępy w tym zakresie możecie Państwo obserwować np. śledząc niektóre social media, choćby profil facebookowy Izby (ten z niebieskim logo) czy Instagram – www.instagram.com/oil_krakow/. Nieustająco polecamy też oficjalną stronę internetową Izby.

(JGH)

Gazety lekarskie w innej odsłonie

Od 1 stycznia 2023 r., decyzją Naczelnej Rady Lekarskiej, „Gazeta Lekarska" ukazywać się będzie przede wszystkim w wersji elektronicznej. Wydanie papierowe „GL" otrzymają tylko ci członkowie samorządu lekarskiego, którzy do końca br. ukończą 70 lat. Pozostali dostaną wyłącznie wersję elektroniczną, na podany swojej izbie adres e-mail. Oczywiście, pozostawiono możliwość wyboru, jednak konieczne jest złożenie odpowiedniego wniosku. Zarówno lekarz 70+ może wnioskować o nieprzesyłanie mu wersji papierowej, jak i lekarz z młodszej grupy wiekowej może złożyć oświadczenie, iż woli czytać „GL" na papierze. Zresztą, możliwe będzie otrzymywanie zarówno papierowej, jak i elektronicznej gazety. Stosowny formularz jest dostępny m.in. na stronie internetowej „Gazety Lekarskiej". Należy wejść na stronę gazetalekarska.pl lub nil.org.pl i wypełnić formularz: Subskrypcja „Gazety Lekarskiej". Można wyrazić swoją wolę także korzystając ze specjalnego kodu QR.

W okresie przejściowym – w pierwszym półroczu 2023 r. – ukażą się jeszcze trzy tradycyjne wydania „GL" w pełnym nakładzie, przeznaczone dla wszystkich członków samorządu (mają to być numery 2, 4 i 6). Pozostałe wydania będą kolportowane w wersji papierowej tylko dla lekarzy 70+ oraz tych, którzy wybiorą tę właśnie formę.

Decyzją władz Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, w „Galicyjskiej Gazecie Lekarskiej" na razie nie nastąpią takie zmiany. Będziemy drukować „GGL" na papierze dla wszystkich. Od dawna i w naszej Izbie można wybrać formę elektroniczną „GGL", już wcześniej z wydań papierowych zrezygnowało wiele osób, lecz nie odwracamy zasady – pisemnego oświadczenia wymaga wybór elektronicznej wersji „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej".

W przyszłym roku planujemy pięć tradycyjnych wydań – trzy w pierwszym półroczu oraz dwa w drugim. Przygotujemy również wydania elektroniczne, które dotrą do wszystkich członków OIL, jeśli tylko Izba dysponuje Państwa adresem e-mail.

W ostatnim wydaniu „GGL" prezes Robert Stępień poprosił o przesłanie nam opinii na temat tych zmian. Nie brakuje głosów poparcia dla idei oszczędzania papieru: „W dzisiejszych czasach, gdy ekologia jest szczególnie ważna, niefrasobliwym wydaje się utrzymywanie takiego dużego nakładu w formie papierowej. Większość znanych mi lekarzy nie czyta „GL" od deski do deski. O wiele łatwiej jest znaleźć interesujące nas artykuły w wersji online..." – czytamy w jednym z listów.

(Przy okazji informujemy, iż „Gazeta Lekarska" ma rocznie 10 wydań, każde w nakładzie ponad 180 tys. egzemplarzy, nakład „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej" to ok. 16 tys. egzemplarzy, w tym roku mieliśmy 6 wydań.)

Są jednak i takie głosy: „Jak najbardziej proszę nie rezygnować z wydawania „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej" w wersji papierowej. Przy tak drastycznym wzroście składki członkowskiej likwidacja przez NRL wydań papierowych „Gazety Lekarskiej" jest nieporozumieniem, wszak lubię czytać gazety właśnie w takiej formie. Rozumiem troskę o lasy (?) ze strony NRL, jednak każde dodatkowe poza pracą ślęczenie przed monitorem komputera też nie jest obojętne dla zdrowia, stąd stanowczo przychylam się do utrzymania czasopism w formie papierowej".

Redakcja

Rozwój celowany jak nowoczesne terapie

Z profesorem Januszem Rysiem, dyrektorem Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Krakowie, o teraźniejszości i przyszłości krakowskiego Centrum Onkologii.

Panie Profesorze, dziękuję, że zgodził się Pan odpowiedzieć na nasze pytania, bo po tym, co działo się w ostatnich latach przy Garncarskiej, wiele osób na Pana miejscu chyba wolałoby działać w absolutnej ciszy, bez świateł reflektorów, unikając dziennikarzy. Było nieciekawie – długi, ucieczka kadry, ucieczka pacjentów, kontrowersyjne pomysły restrukturyzacji, czyli nieustanny chaos, brak perspektyw. I to w ośrodku, który kiedyś należał do wiodących w Polsce. Jak jest obecnie? Najprostsze pytanie – ilu pacjentów przyjmuje obecnie Instytut w Krakowie?

– Zacznę od zastrzeżenia – zespół, który obecnie zarządza krakowskim oddziałem Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego, działa zaledwie od połowy lutego 2021 roku. W sierpniu ubiegłego roku Minister Zdrowia formalnie nominował mnie na stanowisko dyrektora Oddziału. Od samego początku mieliśmy świadomość, że podstawowym zadaniem Instytutu jest szersze otwarcie się na pacjentów z chorobami nowotworowymi i zwiększenie zakresu wykonywanych świadczeń, a także diagnozowanie oraz leczenie naszych pacjentów w sposób kompleksowy. W ubiegłym roku udzieliliśmy prawie 100 tys. porad ambulatoryjnych i przyjęliśmy w klinikach i na oddziałach około 13 tys. chorych.

To znacznie więcej hospitalizacji niż w chyba najtrudniejszym dla krakowskiego Centrum Onkologii roku 2018. Czym udało się zainteresować pacjentów? Czy pojawiły się nowe świadczenia? Wszak Wasze warunki lokalowe są takie same, czyli trudne. Utrudniają rozwój.

Prof. Janusz Ryś

– Dużą uwagę skupiliśmy na kompleksowym leczeniu naszych pacjentów. Na początku ubiegłego roku Instytut uzyskał status Centrum Kompleksowego Leczenia Raka Piersi, tzw. Breast Unit, w ramach którego diagnostyką i leczeniem chorych na raka piersi zajmuje się wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny. Kompleksowe, specjalistyczne leczenie chorych na raka piersi jest możliwe dzięki temu, że w jednym miejscu dysponujemy klinikami: chirurgii onkologicznej, radioterapii, onkologii klinicznej zajmującej się leczeniem systemowym oraz oferujemy możliwość rehabilitacji. Do tego należy dodać w pełni kompleksową diagnostykę radiologiczną – rezonans, tomografię, PET, scyntygrafię, mammografię, USG, a także patomorfologiczną, z szerokim spectrum badań mikroskopowych i molekularnych. W tym roku na podobnych zasadach utworzyliśmy tzw. Colorectal Cancer Unit, czyli Centrum Kompleksowego Leczenia Raka Jelita Grubego.

Rzeczywiście, kompleksowość leczenia w jednym miejscu zawsze była dla chorych ważna. Wcześniej również właśnie tym przyciągała do siebie „Garncarska", ale co jeszcze możecie zaoferować swoim pacjentom?

– W tym samym okresie udało nam się zorganizować Poradnię Żywieniową, w której pracują wykwalifikowani dietetycy kliniczni, oraz wdrożyliśmy – zgodnie z międzynarodowymi standardami opieki okołooperacyjnej ERAS – protokoły przyspieszonego zdrowienia po zabiegu operacyjnym u każdego chorego. Skutkuje to skróceniem średniego czasu hospitalizacji, np. po zabiegu resekcji jelita grubego, o dwa dni. Co niezwykle istotne przy diagnozowaniu chorób nowotworowych – poszerzyliśmy zakres badań genetycznych. Prowadziliśmy i nadal prowadzimy badania genetyczne w raku piersi i jajnika, teraz wykonujemy je również w kierunku raka jelita grubego i trzonu macicy. Zorganizowaliśmy także Poradnię Psychologiczną, w której prowadzimy wiele form wsparcia psychologicznego. Nasi pacjenci mogą skorzystać ze świadczeń realizowanych w ramach 31 programów lekowych, mają dostęp do leków w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych oraz mogą wziąć udział w nowo otwartych badaniach klinicznych. Prowadzimy też programy profilaktyczne – mammografię profilaktyczną oraz program wczesnego wykrywania raka płuca. A dzięki oddaniu do użytku nowego akceleratora znacząco zwiększyliśmy liczbę chorych leczonych napromienianiem. Kolejne nowe urządzenie tego typu, sfinansowane ze środków MZ, ma zostać uruchomione w pierwszej połowie przyszłego roku. I wreszcie – jako jedyni w Polsce – prowadzimy terapię protonową, z której korzysta coraz większa liczba pacjentów – zarówno dorosłych, jak i dzieci.

Zmiany, o które pani pyta, już są i bardzo bym chciał, żeby zostały zauważone zarówno przez chorych wymagających opieki onkologicznej, jak i przez środowisko medyczne – głównie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy z zaufaniem będą kierować swoich pacjentów do naszego ośrodka.

A propos lekarzy – jaka jest obecnie sytuacja kadrowa ośrodka? Wszak kilka lat temu z NIO w Krakowie odeszło kilkudziesięciu specjalistów...

– Informacja o tym, że z naszego oddziału odeszło „kilkudziesięciu lekarzy", jest znacznie przesadzona. W następstwie polityki kadrowej ówczesnej dyrekcji, w roku 2019 i na początku 2020 czterech lekarzy zostało zwolnionych, dwudziestu paru odeszło. Część z nich złożyła wypowiedzenia jako wyraz braku akceptacji dla zmian, które wtedy miały miejsce w Instytucie. Jednak dziesięcioro lekarzy z tej grupy do nas wróciło. Co więcej, w związku z poszerzeniem zakresu udzielanych świadczeń zwiększyliśmy liczbę personelu medycznego, w tym lekarzy, pielęgniarek, dietetyków.

To może proszę jeszcze zaktualizować informacje o ogromnych długach Oddziału. W 2019 roku było to chyba ponad 100 mln złotych, niektórzy wierzyciele grozili sądem...

– Rzeczywiście, krakowski oddział Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego jeszcze do niedawna trapiony był sporymi długami. Na szczęście przed kilkoma miesiącami uzyskaliśmy kredyt bankowy, który umożliwił nam spłatę większości zobowiązań wymagalnych. Co więcej, konsekwentnie zabiegamy o wszelkie możliwe środki zarówno z budżetu państwa, jak i innych źródeł zewnętrznych. To mozolna i niełatwa praca, gdyż pozyskanie jakiejkolwiek dotacji i dofinansowań jest każdorazowo poprzedzone przygotowaniem wielostronicowych wniosków aplikacyjnych, spełniających wszystkie kryteria formalne, merytoryczne i finansowe. Pracy nad poprawą sytuacji finansowej Instytutu na pewno nie ułatwiają nam czynniki zewnętrzne, takie jak rosnąca inflacja, zwiększające się koszty mediów czy usług budowlanych. Niełatwo jest też podejmować starania o wzrost wynagrodzeń personelu przy tak rosnących kosztach utrzymania. Sytuacja finansowa Instytutu jest przez nas monitorowana na bieżąco, pracujemy nad tym, aby ją sukcesywnie poprawiać.

Prof. Krzysztof Składowski, szef gliwickiego oddziału NIO, który przez jakiś czas kierował Oddziałem w Krakowie, chciał przyłączyć go do „Gliwic". Twierdził, że krakowski ośrodek, przy swoich ograniczeniach lokalowych, nie ma szans istnieć samodzielnie. Panie Profesorze, jaki jest dziś pomysł na rozwój placówki? Jak przywrócić dawną rangę naszemu Centrum Onkologii?

– Faktycznie, Instytut posiada ograniczoną bazę lokalową, a dodatkowo część budynków przy ul. Garncarskiej, którymi dysponujemy, podlega ochronie zgodnie z przepisami ustawy o ochronie zabytków i opiece nad zabytkami, co ogranicza możliwości modernizacyjne. Tym niemniej, nawet w tych warunkach udało nam się szereg pomieszczeń części administracyjnej szpitala zagospodarować na potrzeby działalności klinicznej (nowe ambulatoria) czy diagnostycznej (np. pomieszczenie dla nowego tomografu komputerowego). Bez zwiększenia bazy lokalowej większą liczbę procedur diagnostycznych i terapeutycznych można uzyskać również poprzez wdrożenie ruchomego czasu pracy i wykorzystanie posiadanego sprzętu i urządzeń także w godzinach popołudniowych, do czego konsekwentnie dążymy.

Naszym celem jest propagowanie Instytutu jako ośrodka referencyjnego, co najmniej w odniesieniu do diagnostyki i leczenia niektórych złośliwych nowotworów, i ugruntowanie pozycji lidera, zwłaszcza w zakresie leczenia chorych na raka piersi, jelita grubego, prostaty, żołądka, trzonu macicy i jajnika oraz czerniaka, mięsaków tkanek miękkich i nowotworów układu chłonnego. W tym zakresie dysponujemy nie tylko wystarczającą aparaturą, ale przede wszystkich kadrą wysoko wykwalifikowanych specjalistów. Zdajemy sobie jednak sprawę z faktu, że dalsze rozszerzenie działalności diagnostycznej i leczniczej zgodnie z najnowszymi trendami w onkologii musi wiązać się z poszukiwaniem nowych obiektów dla Instytutu, także poza obrębem centrum Krakowa.

Jolanta Grzelak-Hodor
Fot. Katarzyna Strzałkowska, NIO Oddział w Krakowie

Prof. dr hab. n. med. Janusz Ryś, specjalista patomorfolog, kieruje Oddziałem Narodowego Instytutu Onkologii w Krakowie od 19 lutego 2021 r. W NIO pracuje od 1984 roku, w Centrum Onkologii uzyskał stopień doktora nauk medycznych (1992) i doktora habilitowanego (2002), a w roku 2013 – tytuł profesora zwyczajnego. Jego dorobek naukowy obejmuje ponad 170 publikacji w recenzowanych czasopismach naukowych; ich tematem są głównie badania dotyczące morfologii nowotworów złośliwych piersi i tkanek miękkich oraz nowych markerów i testów diagnostycznych na potrzeby diagnostyki nowotworów. Członek Polskiego Towarzystwa Patologów, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Polskiego Towarzystwa Histochemików i Cytochemików oraz European Society of Pathology. Od roku 2009 redaktor naczelny kwartalnika „Polish Journal of Pathology" – czasopisma z listy filadelfijskiej.

Konferencje

O chorobach serca i nie tylko

XV Konferencja Naukowa Sekcji Prewencji i Epidemiologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego „Kardiologia Prewencyjna 2022 – wytyczne, wątpliwości, gorące tematy" odbyła się w Krakowie w dniach 18-19 listopada.

Jak zwykle program spotkania skierowano do jak najszerszego grona odbiorców. Były więc sesje dotyczące epidemiologii chorób układu krążenia, znaczenia stylu życia dla zdrowia czy głównych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, sesje poświęcone wynikom najnowszych badań, najnowszym wytycznym i rekomendacjom, doniesieniom naukowym z całego świata, wykłady poruszające szczegółowo problematykę leczenia nadciśnienia tętniczego, hipercholesterolemii, niewydolności serca, choroby wieńcowej, cukrzycy, leczenia przeciwpłytkowego i przeciwzakrzepowego itd., sesje poświęcone kardiologii wieku podeszłego i wiele innych.

– W konferencji wzięło udział ponad 400 osób, zaprosiliśmy 129 wykładowców. Poruszamy tematy bardzo różne, a formuła konferencji pozwala na dyskusje, wymianę poglądów. Stąd duże zainteresowanie tymi spotkaniami – powiedział nam prof. Piotr Jankowski, przewodniczący Komitetu Organizacyjnego cyklu dorocznych, krakowskich konferencji Kardiologia Prewencyjna, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii CMKP w Warszawie. Niektórzy narzekają, że równolegle odbywa się kilka sesji i nie udaje się wysłuchać wszystkich wykładów. – Według mnie, to zaleta tej konferencji, bo trzeba dokonać świadomego wyboru, i to też powód, by znowu tu przyjechać – zaprasza już na przyszły rok prof. Jankowski.

(jgh)

Możliwości prewencji chorób sercowo-naczyniowych w świetle najnowszych badań

Co jeszcze trzeba zrobić?

Jest lepiej, ale jeszcze wiele pracy przed nami – tak można podsumować najnowsze wyniki dużych polskich badań w zakresie czynników ryzyka i prewencji chorób sercowo-naczyniowych, jakie zaprezentowano podczas niedawnej krakowskiej konferencji Kardiologia Prewencyjna. Lepiej panujemy nad nadciśnieniem tętniczym i znacząco poprawiły się warunki socjoekonomiczne Polaków, ale przyszły nowe zagrożenia: coraz większe zanieczyszczenie powietrza i wielki cios w nasze zdrowie, jakim była pandemia COVID-19.

Badanie Polsenior-2 wyraźnie wskazuje, że znacząco wzrósł odsetek chorych w starszym wieku z nadciśnieniem tętniczym.

– Cieszymy się z tego! To jest efekt niespotykanego wzrostu skuteczności leczenia – stwierdził prof. Tomasz Zdrojewski, kierownik Zakładu Prewencji i Dydaktyki Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. – Myślicie państwo, że coś mi się pomyliło, ale nie – to wcale nie jest wniosek paradoksalny, lecz całkowicie racjonalny i logiczny. Mamy tylu chorych, ponieważ dzięki skutecznemu leczeniu udało nam się ich uchronić przed najgorszymi konsekwencjami i wydłużyć życie.

Jak podkreślił prof. Zdrojewski, mamy obecnie do dyspozycji ogromną baterię leków, a wśród osób starszych panuje wręcz moda na leczenie nadciśnienia oraz – co niezwykle istotne – na samodzielne monitorowanie ciśnienia. Seniorzy nie boją się już ciśnieniomierzy i chętnie sami w domu dokonują pomiarów. To wielki sukces edukacji zdrowotnej. Nadal jednak możemy wiele zrobić. – Porównując się z krajami o najlepszej kontroli nadciśnienia tętniczego, mamy dużą rezerwę do dalszej poprawy – podkreślał kardiolog: – By wykorzystać tę rezerwę, należy istotnie poprawić kontrolę ciśnienia przede wszystkim u osób w wieku średnim i młodszych.

Nie zapominając oczywiście o seniorach, działania prewencyjne i edukacyjne należy obecnie skierować również do osób młodszych, aby jak najwcześniej wyłapać tych, którzy wymagają leczenia. Okazuje się bowiem, że o ile większość 60- czy 70-latków kontroluje regularnie swoje ciśnienie, to 40-latkowie nie badają go praktycznie wcale.

Ciekawe wnioski przyniosła analiza wyników długofalowego projektu HAPIEE Kraków, poświęconego ocenie wpływu zmiany pozycji socjoekonomicznej na umieralność i zapadalność na choroby układu krążenia. Z jednej strony – niespodzianek nie ma, ponieważ badanie jednoznacznie pokazało znaczącą redukcję ryzyka zgonu wraz ze wzrostem pozycji socjoekonomicznej i jest to zjawisko niezależne od płci.

– Nie ma natomiast istotnej zależności pomiędzy pozycją społeczno-ekonomiczną w dzieciństwie a zapadalnością i umieralnością ani u mężczyzn, ani u kobiet – tłumaczyła dr hab. Magdalena Kozela z Katedry Epidemiologii i Badań Populacyjnych Uniwersytetu Jagiellońskiego. – Ale z kolei w dorosłości widzimy wyraźną manifestację tego związku u kobiet, gdzie blisko 40-proc. redukcja ryzyka zachorowania jest widoczna u kobiet o wysokim statusie, w porównaniu do tych o niskiej pozycji.

Badanie to pokazało też niezwykle ciekawe zjawisko, z jakim mamy do czynienia tylko w naszej części Europy, czyli tzw. wertykalną mobilność. Polega ona na zmianie w ciągu życia przynależności do grupy czy klasy społecznej.

– Region, w którym żyjemy, stanowi dość unikalne miejsce do badań w tym zakresie, ponieważ nie tak dawno – trzy dekady temu – doświadczyliśmy transformacji ustrojowej i w naszej części Europy zaszły bardzo głębokie zmiany społeczno-ekonomiczne – mówiła dr Kozela: – Bardzo wiele osób zmieniło swoją pozycję, czyli nastąpiła wertykalna mobilność społeczna. I w tym samym okresie zaobserwowano duże zmiany umieralności z powodu chorób układu krążenia – odwrócenie trendu i zmniejszenie tendencji.

Zaobserwowano również zjawisko o odwrotnym kierunku, ale jedynie wśród kobiet. U tych, których pozycja znacząco się pogorszyła, niemal dwukrotnie wzrasta ryzyko zachorowania i aż czterokrotnie ryzyko zgonu z powodu chorób układu krążenia.

Czy po pandemii COVID-19 czeka nas epidemia zaburzeń sercowo-naczyniowych? Możemy się tego obawiać, ponieważ dopiero teraz zaczynamy widzieć, jak wielkie spustoszenie w naszych organizmach poczynił koronawirus.

– Jestem zaskoczony skalą pocovidowych dolegliwości u wielkiej rzeszy pacjentów, i to wcale nie tych, którzy byli hospitalizowani, lecz tych, którzy chorowali w domu. I nie najstarszych, lecz tych w średnim wieku – mówił dr Michał Chudzik z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, który już drugi rok pracuje nad projektem „stop-covid". Jest to forma opieki oraz rejestru pacjentów, którzy COVID-19 przechorowali w domu. – Zadaliśmy sobie pytanie, jak ci pacjenci chorowali i jakie były i są dla nich tego konsekwencje – wyjaśniał dr Chudzik. Okazało się, że u ponad 60 proc. osób po trzech miesiącach objawy nadal się utrzymują. Chorzy z long covid cierpią na chroniczne osłabienie i zmęczenie, wypadają im włosy, mają zaburzenia koncentracji, które znamy jako „mgłę mózgową", mają problemy ze snem. Wielu pacjentów cierpi na utrzymujące się zaburzenia węchu i smaku, które na dłuższą metę stają się dla nich tragedią. Chorzy skarżą się, że nie mogą jeść ze względu na to, iż cały czas „czują wstrętny odór" lub np. czują zapach dymu i spalenizny, co powoduje też życie w ciągłym strachu, że coś w ich domu się pali. Takie dolegliwości mogą prowadzić do poważnych zaburzeń psychicznych i psychosomatycznych.

– Covid nauczył mnie innego spojrzenia na kardiologię – uważam teraz, że to właśnie czynniki ryzyka, w tym zdrowie psychiczne, mają największe znaczenie dla zdrowia pacjenta – przyznaje dr Chudzik. – Wstępne analizy wykazały, że na ciężkość przebiegu COVID-19 i wystąpienie późniejszych problemów, poza BMI czy astmą, to właśnie stres czy praca w nocy miały istotny wpływ. U seniorów najsilniejszym czynnikiem lekkiego przebiegu była... aktywność fizyczna. A więc rzeczywiście tzw. zdrowy tryb życia ma ogromne znaczenie i chroni także przed long covidem.

Zabija nas też smog. I to dosłownie, jak wynika z dużego badania, w którym starano się ocenić wpływ zanieczyszczeń powietrza na pojawienie się oraz progresję chorób sercowo-naczyniowych. W tym celu przeanalizowano 2 miliony przypadków hospitalizacji z powodu niewydolności serca w całej Polsce. Najwięcej odnotowano w województwach łódzkim i lubelskim, natomiast najmniej w województwie pomorskim. O tym jednak, że jest źle, świadczy fakt, że te 300 hospitalizacji na Pomorzu to 30 proc. więcej od średniej europejskiej. Normy zanieczyszczeń przekroczone są w każdym województwie, a badanie wykazało, że wzrost zawartości pyłów zawieszonych w powietrzu wiąże się ze wzrostem liczby hospitalizacji z powodu niewydolności serca. Naukowcy zdefiniowali też coś takiego jak „polski smog", który jest inny niż wcześniej nam znany smog z Londynu czy Los Angeles. Ma inny skład chemiczny i powstaje w innych warunkach (np. na „ścianie wschodniej", gdzie mamy niską emisję, złą jakość spalanych paliw i szczególne warunki atmosferyczne). Nie koncentruje się w dużych miastach, lecz w małych miasteczkach i ma wyraźny związek z sytuacją społeczno-ekonomiczną mieszkańców.

– Jednym z silniejszych predyktorów hospitalizacji okazała się... liczba aut przypadająca na mieszkańca – relacjonował dr Łukasz Kuźma, kierownik projektu badawczego z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. – Z kolei większa lesistość i większa liczba ścieżek rowerowych zmniejszały liczbę hospitalizacji. Oceniamy, że działania zmierzające do zmiany organizacji tkanki miejskiej, np. budowa ścieżek rowerowych, rozwój transportu zbiorowego, mogą mieć znaczący wpływ na liczbę hospitalizacji z powodu niewydolności serca. Widzimy też, że liczbę tę zmniejsza wzrost wydatków na opiekę zdrowotną na poziomie powiatowym. Ten wzrost nakładów wcale nie dotyczy opieki wysokospecjalistycznej, bo porównywalne albo nawet o wiele większe efekty możemy uzyskać budując sieć jednostek bliskich pacjentowi, jak chociażby gabinety lekarza rodzinnego, czy nawet pielęgniarki środowiskowej, ośrodek zdrowia.

Joanna Sieradzka

Rozmowa z doktor Bożeną Kozanecką, przewodniczącą Okręgowego Sądu Lekarskiego w Krakowie

Ani prokurator, ani obrońca – wyłącznie sędzia

Pani Doktor, zacznijmy naszą rozmowę od kwestii podstawowej. Komu służy sądownictwo korporacyjne? Czy pomaga lekarzom, czy może ich gnębi? Czy formułowane niekiedy poglądy, że sądy lekarskie osłaniają lekarzy, są prawdziwe?

– Sądy korporacyjne kształtują swoje stanowisko na podstawie przeprowadzonych dowodów, ocenianych przez sędziów swobodnie na podstawie wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego. Jeśli postępowanie dowodowe prowadzi do wniosku, że lekarz nie popełnił przewinienia zawodowego, sąd uniewinnia lekarza. W przypadku gdy zebrane dowody świadczą o jego winie, zapada orzeczenie skazujące. A korporacyjność wyraża się tym, że w składzie sędziowskim mogą być wyłącznie lekarze, dodajmy dla ich uwiarygodnienia – z minimum 10-letnim doświadczeniem. Czy sąd pomaga lekarzom? Sąd nie jest po to, by pomagać lekarzom albo pokrzywdzonym. Jest po to, by z punktu widzenia medycznego przedstawić obiektywny stan rzeczy. Jest to bardzo trudne, bo jesteśmy przez środowisko lekarskie, a także tzw. opinię publiczną często źle osądzani. Oczywiście niemal każde orzeczenie sądu jest dla jednej ze stron niezadowalające. To zrozumiałe. Tymczasem w wielu sytuacjach my jedynie prostujemy sprawy nieczytelne dla pokrzywdzonego, ale w opinii sądu zrozumiałe z medycznego punktu widzenia. To nie jest pomoc dla lekarza, jak nas pomawiają niekiedy media, a jedynie obiektywne przedstawienie sprawy.

Jak się mają wyroki sądów lekarskich do orzecznictwa sądów powszechnych?

– Niekiedy nasze decyzje są sprzeczne z wyrokami sądu powszechnego, bywa, że są surowsze, ale często też łagodniejsze. Fundamentem dla naszego sądu jest Kodeks Etyki Lekarskiej, który niekoniecznie pokrywa się z kodeksami

Bożena Kozanecka

sądów powszechnych. Ale ja postrzegam sąd lekarski także jako miejsce edukacji dla obwinionych, czyli lekarzy. Postępowanie wyjaśniające, prowadzone przez OROZ, i rozprawa przed OSL to taki moment dla lekarza w tym pędzie życia zawodowego do zastanowienia się nad sobą. I w moim odczuciu nawet, jeżeli sąd w wyniku postępowania podejmuje decyzję o winie lekarza, to on się zazwyczaj zatrzymuje, zastanawia, wyznacza sobie drogę postępowania na przyszłość, by nie popełnić ponownie wytkniętego mu błędu.

Jaka jest struktura Okręgowego Sądu Lekarskiego? Jak wygląda zależność od Naczelnego Sądu Lekarskiego?

– Sędziowie, według ustawy o izbach lekarskich – członkowie składu orzekającego, wybierani są na Okręgowym Zjeździe Lekarzy OIL. Pierwsze posiedzenie nowo wybranych członków sądu zwołuje prezes Okręgowej Rady Lekarskiej, w porozumieniu z ustępującym przewodniczącym sądu, w ciągu 30 dni od dnia wyboru członków sądu. Na tymże posiedzeniu dokonuje się wyboru nowego przewodniczą-

cego oraz jego dwóch zastępców. Generalnie w Okręgowym Sądzie Lekarskim mamy mało sędziów, w tej kadencji 34. Skład sędziowski podczas rozprawy czy posiedzenia ma być 3-osobowy: przewodniczący składu i dwóch członków. Prawo stanowi, że każda sprawa będąca przedmiotem decyzji OSL jest poprzedzona rozpoznaniem dokonanym przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Staramy się tak dobierać skład sędziowski, by były w nim osoby, które mają doświadczenie, wykształcenie, specjalizację z dziedziny, której problem dotyczy. Nie zawsze nam się to udaje, bo nie mamy lekarzy wszystkich specjalności, ale w razie wątpliwości powołujemy biegłego specjalistę z danej dziedziny, celem wydania opinii. A jeśli chodzi o Naczelny Sąd Lekarski, to jesteśmy niezależni, przy czym zarówno lekarz, pokrzywdzony czy rzecznik mogą się do NSL odwołać.

Przypomnijmy kary, jakie może nałożyć sąd lekarski.
– Mamy karę upomnienia, nagany, karę pieniężną, ograniczenia prawa wykonywania zawodu, np. samodzielnego sprawowania dyżurów przez pewien okres. Wreszcie Sąd dysponuje karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres od pół roku do dwóch lat i ostatecznie – pozbawieniem prawa wykonywania zawodu na zawsze. Z takim przypadkiem jeszcze osobiście się nie spotkałam, jednak takie orzeczenia zapadały już w naszym sądzie.

Praca w sądach ma charakter społeczny?
– Symbolicznie refundowany. Za zakończoną sprawę członek składu sędziowskiego otrzymuje 120 zł brutto. W to wliczony jest czas przygotowania się do rozprawy, czyli przeczytania dokumentacji (obowiązkowo na terenie Izby, nie wolno jej wywozić), czas trwania rozprawy (dwie do trzech godzin), czas dojazdu do Izby. Wszystko to kosztem rezygnacji z prywatnego życia. Często sprawa nie kończy się na jednej rozprawie, powoływani są kolejni świadkowie, przedstawiane są kolejne dowody, odraczamy rozprawę ze względu na konieczną opinię biegłego, więc różnie to bywa. A zainteresowanie pracą w sądach jest umiarkowane. Prócz ogólnej niechęci do pracy społecznej, głównie z racji posądzeń środowiska lekarskiego o skłonności prokuratorskie u sędziów.

Czy jest jakiś limit czasu na rozpatrzenie sprawy – od wpłynięcia skargi do Izby do wydania przez OSL wyroku?
– Nie ma. Teoretycznie od momentu zaistnienia zdarzenia mamy na rozpatrzenie skargi 5 lat. Później sprawa ulega przedawnieniu. Notabene bywa, że same strony, pokrzywdzony albo obwiniony, czynią pewne „manewry", żeby przewlec sprawę. Natomiast w praktyce średni czas rozpoznania i przeprowadzania postępowania sądowego nie przekracza 1,5 roku. W Małopolsce i na Podkarpaciu, a więc na obszarze działania naszej Izby, Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej zawsze wywiązywał się wzorowo ze swoich obowiązków. Materiały z postępowania wyjaśniającego są kompetentne i wyczerpujące. Jeśli trzeba, zasięgamy opinii biegłych, których powołujemy z innych ośrodków – Katowic, Białegostoku, Bydgoszczy, różnie, na wniosek obwinionych albo poszkodowanych, żeby nie było posądzeń o jakąś regionalizację. Bywa, że pomocne nam są materiały dostarczone przez prokuraturę regionalną, gdzie postępowanie zamknięto, a sprawa w sądzie korporacyjnym jeszcze się toczy. Kto nam jeszcze pomaga? W zakresie formalnym i administracyjnym Zespół Kancelarii Prawnej Izby.

Czy któraś z dyscyplin medycznych jest kłopotliwa, to znaczy – na lekarzy tej specjalności wpływa szczególnie dużo skarg?
– Nie mogę tego stwierdzić. Oczywiście w dyscyplinach zabiegowych, gdzie występują nagłe przypadki, które są bardziej traumatyczne, spraw na wokandzie jest więcej niż w dyscyplinach niezabiegowych. Od pokrzywdzonych często pada pytanie, czemu zabieg zakończył się niepowodzeniem, czy nawet zgonem. O tym, że miały miejsce powikłania, że pojawiły się okoliczności nieoczekiwane przy takim zabiegu, rodzina, pokrzywdzeni nie chcą słyszeć. Często są to sprawy prowadzone równolegle w sądach powszechnych.

Z perspektywy ostatniego czasu, w obszarze dyscyplin zabiegowych zwiększa się liczba skarg z zakresu tzw. chirurgii plastycznej oraz związanych z urazami wielonarządowymi, czyli mającymi miejsce po wypadkach wymagających zabiegów wielospecjalistycznych. Sporo jest też skarg dotyczących medycyny ratunkowej – nie zespołów podstawowych, gdzie są ratownicy, tylko zespołów specjalistycznych, oraz interwencji na SOR-ach. Na szczęście dominują sprawy drobne, które szybko i łatwo są wyjaśniane i rozstrzygane, chociaż niosą niekiedy sporo emocji. Wiem, że praca lekarza jest ciężka, ale nie usprawiedliwia to nieuprzejmego zachowania, przedmiotowego traktowania pacjenta, a to się zdarza.

A jacy są dzisiejsi pacjenci? Czy bardziej roszczeniowi?
– Wzrosła niewątpliwie roszczeniowość. Pojawiły się też sprawy dotyczące nie jednego lekarza, ale całych zespołów zaangażowanych w proces leczenia. Moim zdaniem, roszczeniowość pacjentów wzrosła za sprawą doktora Google. Pacjenci coraz więcej czytają i więcej wiedzą. W tej kwestii na łamach „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej" wypowiadał się ostatnio Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, analizując wzrost liczby skarg. A Rzecznik jest takim filtrem, który ogranicza ilość spraw wpływających do nas np. w wyniku śledzenia jakiegoś „społecznego" forum internetowego. Nie mówię, czy to źle, czy dobrze. Mówię tylko o mechanizmie roszczeń.

Czy pandemia wpłynęła na charakter spraw, które do Państwa napłynęły? Emocje budziła kwestia szczepień. Sporo skarg, sądząc po doniesieniach medialnych, było na telemedycynę, która okazywała się niekiedy sposobem na ograniczenie świadczeń medycznych.
– Szczepieniom przeciwko covid do tej pory poświęciliśmy dwie rozprawy, dotyczyły one nawoływania przez lekarza do zaniechania szczepień, publicznie, w obecności znaczącej liczby pacjentów. Oczywiście, pojawia się teraz trochę spraw dotyczących postępowania z pacjentami w przebiegu zakażenia SARS-CoV-2, ale ich źródłem nie są nieprawidłowości związane z udzielaniem teleporad. Mieliśmy kilka spraw związanych z teleporadami dla rodziców dzieci w wieku poniżej 2 lat. Np. jeden z rodziców wnioskował o ukaranie lekarza za to, że nie dokonał osobiście badania dziecka, niemniej teleporada okazała się poprawna.

Może warto nagłaśniać niektóre z trafiających do sądu historii, oczywiście nie naruszając niczyich praw. Łamy „GGL" są otwarte...
– Postaram się... Przedstawienie orzecznictwa jest istotne szczególnie teraz, kiedy mówi się „po co nam te izby?", gdy kwestionuje się składki, zarzuca „kolesiostwo". Jestem przekonana, że nasze sądy korporacyjne są sprawiedliwe. Alternatywą byłyby przecież nowe komisje ds. orzekania o błędach medycznych, sprawowane przez urzędy państwowej administracji, a wspominane jak najgorzej. No nie wiem, czy nie lepiej być w ręku lekarzy niż urzędników. Oczywiście, gdy wina lekarza jest udowodniona, to powinien on zostać ukarany. I po to są sądy. Ale kara powinna być współmierna do przewinienia, jakie popełnił. Jaka? To wie sąd lekarski. W naszych wyrokach nie chodzi zresztą o napiętnowanie, lecz o ograniczenie czy wręcz eliminację błędnych postępowań, by opinia o lekarzach była jak najlepsza. W hierarchii prestiżu zawodów byliśmy z reguły wysoko, niestety, mimo ogromnego wysiłku włożonego w walkę z pandemią zaufanie do zawodu lekarza spada. By temu zapobiec, nie należy przemilczać błędów. Tylko tak można podnieść prestiż profesji, a także ochronić tych, którzy błąd popełnili, przed jego powtórzeniem. Najtrudniejsze są te sytuacje, kiedy sąd lekarski uniewinnia lekarza, a pokrzywdzony do końca jest przekonany o swoich racjach. Patrząc jednak obiektywnie na wszelkie dokumenty, analizując dowody, sąd uważa, że to przekonanie jest błędne. Trzeba więc pomóc obu stronom – obwinionemu lekarzowi stawiając pytania, które pozwolą mu wyjaśnić nie tyle sądowi, co pokrzywdzonemu, że nie ponosi winy, że postępowanie lekarskie było prawidłowe. Często nie przynosi to efektu, ale staram się, by pokrzywdzony zrozumiał, dlaczego lekarz został uniewinniony. Mieliśmy np. taką sprawę, w której kobieta oskarżała lekarza, że oględziny zwłok jej syna przeprowadzono nieprawidłowo, ale stawiała ten zarzut tylko dlatego, że myliła pojęcie sekcji zwłok z oględzinami, które są zupełnie inną czynnością. Usiłowaliśmy więc jej wytłumaczyć, że naprawdę współczujemy, ale nie ma racji.

Sądy, moim zdaniem, chronią lekarzy, ale nie w znaczeniu „ręka rękę myje", tylko w imię obiektywnej prawdy. Nie jesteśmy zatem ani prokuratorami, ani obrońcami, a jedynie strażnikami obiektywnej racji, czyli sędziami.

Rozmawiał: Stefan Ciepły
Fot. Katarzyna Domin

Lek. med. Bożena Kozanecka, specjalistka chorób wewnętrznych, diabetologii oraz medycyny ratunkowej. 39 lat pracy zawodowej, m.in. na oddziale interny w Szpitalu im. G. Narutowicza, kierownik Izby Przyjęć i SOR w Szpitalu im. Rydygiera, tamże dyrektor (przez 8 lat) ds. lecznictwa. Od 1990 r. prowadzi równolegle praktykę ambulatoryjną (poradnictwo „cukrzycowe"). Z samorządem lekarskim związana od II kadencji, wcześniej m.in. przewodnicząca Komisji ds. Przekształceń i Komisji ds. Obcokrajowców.

Dyskusja o zmianach zbędnych oraz oczekiwanych

Rytro znów gościło dentystów

Po spowodowanej pandemią przerwie w organizacji takich spotkań, w dniach 28-30 października br. w Rytrze ponownie odbyło się naukowo-samorządowe, wyjazdowe posiedzenie Komisji Stomatologicznej Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie. Do hotelu Perła Południa przybyło ponad 120 lekarzy dentystów oraz około 30 zaproszonych gości. Tematem przewodnim konferencji były bieżące zagadnienia związane ze zmianami dotyczącymi praktyk lekarskich, zarówno posiadających kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak i praktyk prywatnych.

Jak zawsze ważnym wydarzeniem spotkania w Rytrze było wręczenie nagrody im. Andrzeja Janusza Fortuny. Tegoroczną laureatką tego prestiżowego wyróżnienia jest doktor Jolanta Kieres z Nowego Sącza, lekarz dentystka, od wielu lat zaangażowana w działalność samorządową, od zawsze – bardzo aktywna społecznie. Nagrodę wręczył Robert Stępień, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, ale tradycyjnie towarzyszyli temu synowie doktora Fortuny, również lekarze. Laureatka dziękując za nagrodę wyrecytowała tekst znanej piosenki Wojciecha Młynarskiego pt. „Zeszycik z pierwszej klasy", której pierwsza i ostatnia zwrotka brzmią tak: „Na dnie szafy, przy porządkach, wśród szpargałów masy wpadł mi w ręce mój zeszycik równo z pierwszej klasy. Zeszyt pięknie utrzymany, a na stronie pierwszej miał wykaligrafowany taki oto wierszyk: Rozmawiały młode gwiazdy nad Warszawą nocą: – Czemu księżyc dziś tak jasny i świeci tak mocno? I księżyc im odpowiedział, świecąc prosto z góry: – Świecę ludziom na budowie Pałacu Kultury! (...) Gdy to sobie tak czytałem, zamarzyło mi się: – Co też ten warszawski księżyc powiedziałby dzisiaj? Otworzyłem więc okienko – księżyc stał na nowiu – i nuciłem tę piosenkę ciekaw, co odpowie. I księżyc mi odpowiedział z nieba ciemnej głębi: – Pan się nie wygłupia, pan zamknie to okno, bo się pan przeziębi..."

Wręczenie Nagrody im. A.J. Fortuny doktor Jolancie Kieres

Oczywiście ta recytacja spotkała się z ogromnym uznaniem dla poczucia humoru, talentu i pamięci Laureatki. Ale rozległym zainteresowaniom i zasługom Pani Doktor poświęcamy odrębny tekst.

Drugi dzień konferencji jak zwykle miał charakter szkoleniowo-samorządowy. Zaproszono znakomitych wykładowców. Prof. Jolanta Pytko-Polończyk, kierownik Katedry Stomatologii Zintegrowanej Instytutu Stomatologii UJ CM, wygłosiła wykład pt.: „Holistyczne, czyli interdyscyplinarne spojrzenie na pacjenta stomatologicznego". Dr Krzysztof Gronkiewicz z Katedry Protetyki Stomatologicznej i Ortodoncji UJ CM mówił o tym, „Jak skutecznie odbudować ząb po leczeniu endodontycznym w odcinku bocznym – wkład koronowo-korzeniowy, korona, endokorona, onlay", z kolei lek. dent. Wojciech Kożuch wygłosił wykład pt.: „Od endodoncji do implantologii". Wykłady te były bardzo interesujące, cenne dla słuchaczy merytorycznie i praktycznie.

Następnie od dr. inż. Edwarda Araszkiewicza, konsultanta ds. radiologicznych w krakowskiej OIL, którego wykład nosił tytuł „Ochrona radiologiczna w stomatologii. Kompetencje i obowiązki kierownika jednostki ochrony zdrowia", słuchacze dowiedzieli się o najnowszych zmianach w prawie atomowym i ich zastosowaniu w codziennej praktyce. Pytań było wiele i dyskusja trwałaby do wieczora, gdyby nie sesja prawna, moderowana przez mecenasów Tomasza Pęcherza i Tomasza Hubera. Również ta część konferencji obfitowała w wiele informacji. Już sam temat sesji prawnej: „Ustawa podwyżkowa oraz bieżące problemy prawne. Roszczeniowość pacjentów w czasie pandemii" musiał wzbudzić ożywioną dyskusję.

Jednak sesja wyjazdowa to nie tylko wykłady. W pięknych okolicznościach przyrody był też czas na rozmowy. Cieszy fakt, że do Rytra przyjechało wielu młodych lekarzy, bowiem dzięki temu możliwa też była międzypokoleniowa wymiana doświadczeń. Choć to 47. już spotkanie lekarzy dentystów w Rytrze nie miało tak otwartego charakteru jak wszystkie wcześniejsze, widoczna była potrzeba bezpośrednich kontaktów, o jakie na co dzień trudno.

Małgorzata Jamka-Kasprzyk

Doktor Jolanta Kieres – laureatka Nagrody im. Andrzeja Janusza Fortuny

Podążając za marzeniami

Podczas uroczystej gali, towarzyszącej odbywającemu się w Rytrze posiedzeniu Komisji Stomatologicznej ORL, wręczona została Nagroda im. Andrzeja Janusza Fortuny „Za zasługi dla polskiej stomatologii". Z rąk prezesa Roberta Stępnia odebrała ją doktor Jolanta Kieres, przewodnicząca Klubu Lekarza Seniora w nowosądeckiej Delegaturze OIL.

To szczególne wyróżnienie krakowskiej Izby zostało przyznane pani doktor – jak wyjaśnia przewodniczący Komisji Stomatologicznej ORL Dariusz Kościelniak – za wieloletnią działalność na rzecz samorządu lekarskiego, wspieranie Komisji Stomatologicznej, podejmowanie wielu inicjatyw mających na celu integrację lekarzy dentystów, a także ogromne zaangażowanie w prowadzenie już od 14 lat wspomnianego Klubu Lekarza Seniora. – Za jej przyczyną seniorzy spotykają się w Delegaturze, wyjeżdżają na spektakle teatralne i wycieczki po kraju i za granicą – mówi Krzysztof Wróblewski, pełnomocnik delegatury OIL w Nowym Sączu, dodając: – Jest osobą pełną optymizmu, energii i dobrego humoru, którego ma niewyczerpywalne pokłady. Bez jej inicjatywy działalność Klubu Seniora nie byłaby tak bogata, dlatego jestem jej niezmiernie wdzięczny za wieloletnią współpracę.

Z Nowym Sączem doktor Jolanta Kieres związana jest od 9. roku życia, natomiast urodziła się w Puławach, w 1943 r. Na dłużej Sądecczyznę opuściła jedynie na czas studiów na Wydziale Lekarsko-Stomatologicznym Akademii Medycznej we Wrocławiu. Dlaczego wybrała stomatologię? – Może to zabrzmi śmiesznie, ale gdy w siódmej klasie kończącej szkołę podstawową zostaliśmy zapytani „kim chcesz zostać w przyszłości", to ja napisałam, że chcę być dentystą, którego dzieci się nie boją. Bo ja się potwornie bałam dentysty i wyprawiałam cuda na fotelu – wspomina doktor Kieres.

Dziecięce marzenie w dużej mierze się spełniło. Po powrocie do Nowego Sącza w latach 60. Jolanta Kieres przez

Jolanta Kieres

10 lat pracowała w gabinecie stomatologicznym w Liceum Ogólnokształcącym w Starym Sączu, a równolegle była zatrudniona w Przychodni Kolejowej w Nowym Sączu, gdzie przyjmowała również dzieci. – Wtedy były zdecydowanie gorsze warunki, ponieważ nie znieczulało się dziecka nawet podczas bolesnych zabiegów stomatologicznych. Pamiętam, że nic mnie wtedy tak nie denerwowało, jak matka, która przychodziła do gabinetu i jednym tchem mówiła do dziecka: „siadaj, siadaj, nic cię nie będzie bolało". Prosiłam wtedy, żeby nie opowiadała takich rzeczy, bo taki zabieg może boleć. A później zawsze mówiłam: „dziecko, gdy

będzie cię bolało, podnieś rączkę, to ja przestanę". I tego się trzymałam, więc dzieci miały do mnie zaufanie. Miałam takich pacjentów, którzy tylko do mnie chcieli przychodzić.

Z Przychodnią Kolejową doktor Kieres związała się na dłużej – od 1977 r. pracowała w niej w ramach całego etatu, a od 1990 r. była dyrektorem Obwodu Lecznictwa Kolejowego w Nowym Sączu (dawna Przychodnia Kolejowa), pełniąc tę funkcję do końca 1999 r. W tych latach uzyskała I stopień specjalizacji ze stomatologii ogólnej, a następnie zrobiła specjalizację II stopnia z organizacji ochrony zdrowia. Po przejściu na emeryturę pracowała w Przychodni Lekarskiej KRAK-MED jako zarządzająca i lekarz stomatolog oraz do roku 2005 w Przychodni Specjalistycznej „Twoje Zdrowie" w Nowym Sączu – jako zarządzająca.

Pracę zawodową zawsze potrafiła godzić z działalnością społeczną i samorządową. Już w 1980 r. czynnie włączyła się w działalność NSZZ „Solidarność" i została wybrana wiceprzewodniczącą Koła NSZZ „S" w Przychodni Kolejowej, a potem została delegatem na Zjazd Regionalny NSZZ „S" w Krakowie. Jak przyznaje, to właśnie „na fali" Solidarności, pod wpływem zachłyśnięcia się tym, że „wreszcie wszystko będzie dobrze i uczciwie", włączyła się w prace na rzecz nowo organizowanej Okręgowej Izby Lekarskiej.

– Uważałam, że musimy mieć prawo jako grupa zawodowa do przedstawienia swojego punktu widzenia, swoich przemyśleń, bo przecież my się na sprawach ochrony zdrowia najlepiej znamy. Ale niestety wcale tak nie wyszło, jak ja sobie marzyłam, a głos samorządu nadal jest lekceważony przez ludzi decyzyjnych – mówi z rozżaleniem Jolanta Kieres. W samorządzie lekarskim pełniła funkcje delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy i przez jedną kadencję była członkiem Okręgowego Sądu Lekarskiego. Od 2008 r. jest przewodniczącą nowosądeckiego Klubu Lekarza Seniora.

– Nam, osobom starszym, jest bardzo potrzebne, żeby móc się spotkać, porozmawiać. Dlatego strasznie źle znosiliśmy tę przerwę z powodu pandemii. Ja mam dość intensywne życie, ale dla niektórych seniorów nasze comiesięczne spotkanie to jest jedyne wyjście do ludzi. A jak już na nie przyjdą, to zwykle wtedy dadzą się namówić, żeby gdzieś pojechać, coś zobaczyć, czegoś posłuchać. Od jakiegoś czasu staram się, żeby podczas naszego spotkania prócz kawy i ciastka był jeszcze jakiś wykład. Ostatnio na przykład mieliśmy wykład o sytuacji Żydów w Nowym Sączu, przedstawiony przez historyka, który się pasjonuje tym tematem. A dwa miesiące temu poruszane były tematy psychologiczne – opowiada doktor Kieres.

Pani doktor jest osobą o wielu pasjach, jedną z nich jest esperanto, którym zainteresowała się jeszcze na studiach. Wtedy było ono „oknem na świat", bo jego znajomość dawała możliwość poznania ciekawych ludzi i wyjazdów zagranicę, także na europejskie i światowe kongresy. Tuż po rozpoczęciu pracy w Nowym Sączu doktor Kieres zaczęła prowadzić bezpłatne kursy esperanto w Domu Kultury Kolejarza (obecnie MOK), a po latach jako wolontariuszka uczyła esperanto m.in. seniorów (w ramach Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Nowym Sączy, w którego zarządzie jest od 18 lat) oraz w trzech szkołach podstawowych: w Rdziostowie, Białej Niżnej k. Grybowa oraz Świniarsku. Dzięki nauce esperanto uczniowie ci mogli wyjechać do Francji, a także do Niemiec, gdzie podczas kongresu polsko-niemieckiego zaprezentowali w esperanto etiudę teatralną. Doktor Kieres działa także w Stowarzyszeniu Centrum Edukacji Kulturowej, a za propagowanie języka esperanto oraz prowadzenie teatrzyków dziecięcych otrzymała w 2006 r. od Zarządu Województwa Małopolskiego tytuł „Seniora Roku", natomiast w 2017 r. została odznaczona Złotym Krzyżem Zasługi.

Kolejną pasją pani doktor jest teatr. Od 10 lat należy do Kółka Teatralnego „Gwiazdeczki", które działa przy Uniwersytecie Trzeciego Wieku, i w ramach którego prezentowane były m.in. spektakle takie jak „Madonny" Harasimowicza, „W zielone gramy", „Gdzie te chłopy" czy „Zwiedzajcie ziemię sądecką" Młynarskiego. Jedno z przedstawień zostało nawet wystawione w języku... esperanto. Właśnie trwają przygotowania do spektaklu opartego na żydowskich wierszach i opowieściach.

Doktor Kieres od zawsze była też bardzo aktywna sportowo. W szkole średniej dużo chodziła po górach, później zainteresowała się żeglarstwem, natomiast na nartach jeździła jeszcze po przejściu na emeryturę. W wieku 70 lat wystartowała także w zawodach pływackich organizowanych w ramach olimpiady Uniwersytetu Trzeciego Wieku. – A teraz sportowo zajmuję się tylko brydżem sportowym – śmieje się doktor Kieres: – Niestety, nie mam tej energii i siły. Ale jeszcze chodzę z kijkami, pływam, co jak na moje lata też jest dużym osiągnieciem.

Gratulując Nagrody im. Andrzeja Janusza Fortuny, życzymy Pani Doktor zdrowia i utrzymania tak dobrej formy i pozytywnej energii na kolejne lata.

Katarzyna Domin
Fot. Archiwum prywatne

Sprawy kończone i niedokończone

Wbrew pozorom kadencje trwają dłużej, niżby to wynikało z kalendarza wyborczego.

W poprzednim numerze „GGL" doktor Mariusz Janikowski opisał najważniejsze działy Systemu Informacji Medycznej. Przypomniało mi to o pewnym niedokończonym zadaniu w dziele budowania sprawnej i mądrej cyfryzacji. Zagadnienie łączące zresztą e-zdrowie z tym, o czym piszę zazwyczaj, czyli z nowościami legislacyjnymi.

Tą nowością jest kolejna wersja projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia. Najdotkliwszą w nim zmianą jest rozszerzenie obowiązku uzyskania autoryzacji na wszystkie podmioty i praktyki mające kontrakt z NFZ (w poprzedniej wersji autoryzacja dotyczyła tylko szpitali). Podstawowym zarzutem jest oczywiście to, że NFZ staje się jednocześnie instytucją płacącą i autoryzującą. Podmioty i praktyki będą miały 3 lata na uzyskanie autoryzacji. Jej elementem będzie m.in. wdrożenie w podmiocie systemu oceny jakości, opartego również na ocenie dokonywanej przez pacjentów. Za mało miejsca tu na szczegóły, ale definiowanemu przez Ministra Zdrowia arkuszowi pytań ankietowych należy się bacznie przyglądać.

Co to wszystko ma wspólnego z e-dokumentacją? Otóż z tą ustawą wiąże się jeszcze jedna zmiana – definicji zdarzenia niepożądanego. Z definicji tej wyłącza się powikłania, na ryzyko których „pacjent wyrazi zgodę". Zgoda na procedurę podwyższonego ryzyka – jak wiemy – jest elementem dokumentacji medycznej. Zgoda ta, jako oświadczenie woli, pobierana jest na piśmie, ale może być również udzielana przez pacjenta w jego Internetowym Koncie (zabijcie mnie Państwo, ale nie wiem, jak można w domowym komputerze udzielić uprzedniej zgody lekarzowi bez wiedzy, co ostatecznie zaproponuje on w swoim gabinecie). Można również udzielić jej za pomocą podpisu osobistego (e-dowód), ale to raczej do powszechnego użycia jeszcze nie weszło (wymaga odpowiednich czytników).

Doświadczeni prawnicy już wieszczą erę podpisywanych w szpitalach zgód o objętości małej książki. W ambulatoriach może aż tak opasłe te zgody nie będą, niemniej przypomnę tu postulat lansowany w sektorze EDM przez NRL podczas całej niemal VIII kadencji – wdrożenie podpisu biometrycznego. Każdy się z nim zetknął, choćby na poczcie, w postaci podpisu na tablecie. Czy można mu zaufać? Nowoczesne systemy rejestrują zarówno samą geometrię podpisu, jak i nacisk rysika w każdym fragmencie tego podpisu oraz czas jego składania. Podrobienie więc tego podpisu jest praktycznie niewykonalne. Wszystko jest opatrzone stosowną normą ISO.

Dlaczego to ważne? Policzmy: choćby 4-5 pacjentów małej praktyki dziennie wymagających podpisania takiej zgody i rozbudowane (z podanych wyżej przyczyn) formularze zgód (dajmy na to 3-4 strony), minimum 2 kartki przemnożone przez 120 pacjentów miesięcznie, 1500 rocznie, 30 tys. kartek przez wymagany prawem okres 20 lat przechowywania. 60 tys. kart, których nie sposób inaczej zarchiwizować. A było blisko – NRL udało się w 2021 r. przeforsować w Senacie odpowiednią nowelizację, ale niestety (równie szczerze powiem, że do dziś nie wiem dlaczego) Ministerstwu do tego stopnia się to nie mieściło w głowie, że w Sejmie ostatecznie zabrakło 2 głosów, aby tę senacką poprawkę utrzymać. Powiedzieć „szkoda" to mało. Zamiast tego stosu makulatury mielibyśmy podpisy pacjentów zbierane i archiwizowane cyfrowo. Skoro chce się nas przymuszać do wdrożenia e-dokumentacji, to musimy mieć jasność co do dopuszczalności innowacji w programach gabinetowych, za które ostatecznie sami zapłacimy.

Przykładem sprawy zainicjowanej w VIII kadencji, a zmierzającej chyba jednak do pomyślnego zakończenia, jest kwestia „medycyny estetycznej". Niezwykle ważna, z wyraźnym wątkiem nieuprawnionej działalności leczniczej, naznaczona wręcz awanturą sugerującą lekarzom, że chcą po prostu nabić sobie kabzę opiniując przeciw wykonywaniu tych zabiegów przez osoby niebędące medykami. Opiszę ją szczegółowo w następnym numerze. Będzie jak u Hitchcocka: zacznie się trzęsieniem ziemi, a potem napięcie będzie stopniowo rosło.

Andrzej Cisło, stomatolodzy.org.pl

Komisja ds. Młodych Lekarzy zaprosiła do Poronina

Szkolenie w cieniu Tatr

W dniach 18-20 listopada w Poroninie odbyła się konferencja „Pierwsze kroki w zawodzie lekarza – wybrane aspekty praktyczne". Była to kolejna edycja szkolenia organizowanego od 2015 r. przez Komisję ds. Młodych Lekarzy Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie. Po dwuletniej przerwie, wynikającej z pandemii COVID-19, zainteresowanie konferencją było bardzo duże, dlatego zadecydowano o zwiększeniu planowanej liczby miejsc. Ostatecznie w spotkaniu wzięło udział 130 osób.

Agata Dynkiewicz, Lech Kucharski, Marzena Ksel-Teleśnicka

W dniu wyjazdu pogoda nas nie rozpieszczała. W Krakowie zaczął padać śnieg, było zimno, nieprzyjemne, a warunki na trasie zrobiły się trudne. Z tego powodu autokary wiozące uczestników szkolenia jechały dwa razy dłużej niż przeciętnie. Na szczęście, na miejscu przywitał nas iście bajkowy krajobraz, z wielkimi zaspami i drzewami pokrytymi grubą warstwą śniegu. Po zakwaterowaniu i kolacji młodzi lekarze chętnie wysłuchali wykładu inauguracyjnego, wygłoszonego przez autorkę tej relacji, przewodniczącą Komisji ds. Młodych Lekarzy.

W sobotę przez cały dzień odbywały się wykłady szkoleniowe. Uczestników konferencji powitali członkowie prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej, którzy zajmują się problematyką młodych lekarzy. Poza przedstawicielami Komisji ds. Młodych Lekarzy obecni byli Lech Kucharski, przewodniczący Komisji ds. Kształcenia Medycznego, oraz Marzena Ksel-Teleśnicka, przewodnicząca Komisji ds. Współpracy Zagranicznej i Obcokrajowców.

Na wykładach cały czas utrzymywała się bardzo wysoka frekwencja. Było mnóstwo ciekawych prelekcji, w których młodzi lekarze brali czynny udział. Jacek Czerw z Biura Rachunkowego LEXUS opowiedział o zakładaniu i prowadzeniu działalności gospodarczej, a także poruszył problem rozliczeń podatkowych w zakresie praktyki lekarskiej. Marta Orda z firmy INTER Ubezpieczenia w sposób praktyczny, używając licznych przykładów, wyjaśniła problemy związane z odpowiedzialnością cywilną lekarzy, a mecenas Marcin Staręga omówił czynności procesowe w aspekcie stwierdzania zgonu. Z kolei Robert Szczepara skupił się na wyjaśnieniu zasad pracy w Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Nie zabrakło też przedstawicieli Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. W trakcie swojego wykładu Piotr Bralewski opowiedział o historii i osiągnięciach OZZL. Wyjaśnił także dokładnie, jak zapisać się do Związku oraz jak skorzystać z pomocy Zespołu Kryzysowego OZZL.

Dużym zainteresowaniem cieszyły się wykłady z zakresu bezpieczeństwa leczenia. Pierwszym prelegentem był profesor Tomasz Jurek, kierownik Katedry Medycyny Sądowej UMW,

który omówił problemy obecnie istniejącego w Polsce systemu. Posługując się amerykańskimi danymi statystycznymi, wyjaśnił liczne, skomplikowane zagadnienia, w tym różnice między „kulturą winy i represji" a „kulturą bezpieczeństwa". Wytłumaczył też istotę „medycyny defensywnej". Z kolei wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów Sebastian Goncerz zachęcał do czynnego udziału w kampanii „Bezpieczne Leczenie", której celem jest wprowadzenie systemu *no fault* w Polsce. Wytłumaczył jego główne założenia, wzorując się na duńskim systemie kompensacyjnym.

Mimo upływu godzin na sali wykładowej udało się utrzymać pełne skupienie. Uczestnicy cały czas skrzętnie notowali informacje oraz zadawali liczne, ciekawe pytania. Z kolei prelegenci z zaangażowaniem starali się udzielać wyczerpujących odpowiedzi, niejednokrotnie zostając z zainteresowanymi znacznie dłużej niż czas trwania wykładu.

Po zakończeniu szkolenia została chwila, by móc cieszyć się urokami zimy na Podhalu. Następnego dnia, po śniadaniu, oficjalnie zamknięto konferencję, a uczestnicy bezpiecznie powrócili do swoich domów.

Liczymy, że następne edycje będą się cieszyć takim samym zainteresowaniem. Kolejne szkolenie planowane jest na wiosnę 2023 r. Już teraz serdecznie na nie zapraszamy!

Agata Dynkiewicz

No fault

9 listopada miałem przyjemność uczestniczyć w obradach Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, podczas którego opowiedziałem o kampanii „Bezpieczne Leczenie". Jej celem jest przybliżenie problematyki zdarzeń niepożądanych w medycynie, nagłośnienie problemów związanych z brakiem systemu realnie podejmującego ich temat w naszym kraju oraz założeń, które według nas taki system powinien spełniać.

Należy jasno powiedzieć, że błędy w naszym zawodzie są niestety nieuniknione, a my jesteśmy dalecy od bycia nieomylnymi. Chcemy systemu, w którym możemy otwarcie powiedzieć pacjentowi, że popełniliśmy błąd, wyjaśnić, jak do niego doszło, przeprosić i wyrazić smutek, zapewniając, że nie wydarzy się to nigdy więcej ani jemu, ani nikomu innemu. Chcemy też pomóc pacjentowi w uzyskaniu finansowej rekompensaty, nie bać się represji z powodu dokonanej pomyłki oraz finalnie skupić się na leczeniu i poprawie

K. Domin

stanu zdrowia poszkodowanego. Do tego konieczna jest możliwość szybkiego uzyskania odszkodowań bez orzekania o winie, system rejestracji zdarzeń niepożądanych oraz zmiana zasad odpowiedzialności medyka, by uczynić całość najmniej represyjną.

Sebastian Goncerz
wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów

Sprostowanie

W poprzednim wydaniu „GGL", w tekście pt. „Głos w dyskusji o składkach" pojawiło się zdanie „*Naczelna Izba Lekarska została zobowiązana do aktualizacji miesięcznej składki członkowskiej na rzecz samorządu*". W rzeczywistości NIL nie została przez nikogo zobowiązana do zmiany wysokości składki, Krajowy Zjazd Lekarzy postulował jedynie zmianę zasad podziału środków ze składek. Za tę nieścisłość przepraszamy. *Redakcja*.

Jak się będzie pogarszać?

Niestety, odkąd do historii przeszła „Strategia dla Polski" prof. Grzegorza Kołodki oraz poniechał swoich słynnych „Diagnoz Społecznych" prof. Janusz Czapiński, żadna poważna, analityczna wizja przyszłości RP się nie ukazuje. Ostatnią próbą była „Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju" z 2017 roku (obejmująca zaledwie cztery lata). Dalsze dokumenty rządowe, określane mianem „strategii", zostały zdewaluowane przez pandemię i banialuki polityków, wśród których o palmę pierwszeństwa walczą premier, prezes i szef NBP. Bo trudno poważnie traktować jako wizję przyszłości kraju tzw. Polski Ład czy jednostkowe projekty w rodzaju kolejnego lotniska, portu pełnomorskiego na płyciźnie elbląskiej czy rosnących na papierze reaktorów jądrowych.

Siłą rzeczy także i medycyna, wciąż wymagająca reform, ugrzęzła w rozproszonych projektach centralizacji i decentralizacji, w niejasnych koncepcjach finansowania (z budżetu albo ze składek), z kulawym systemem opieki społecznej, abstrahującym od prognozy demograficznej oraz z ryzykownym modelem kształcenia medyków, grożącym obniżeniem jakości. Powoływane do życia rozmaite agencje tylko zwiększają rozgardiasz.

Zaraz się wszystkie siły polityczne obrażą, ale moim zdaniem jedyna prawdziwa próba reformy ochrony zdrowia miała miejsce w latach 1997-2003, kiedy to na wzór większości krajów europejskich wprowadzono kasy chorych. Próba się nie powiodła, bo mianowani z klucza politycznego liderzy kas pod parawanem tajemnicy handlowej wprowadzali kontrakty urągające logice i etyce. Natomiast kolejna ekipa pod wodzą ministra Łapińskiego z polskim impetem rozwaliła mozolną konstrukcję kas wprowadzanych na Zachodzie latami, reaktywując ukochany centralizm pod nazwą NFZ. Trzeba oddać honor izbom lekarskim, choć krytykowały kasy za brak transparentności, nikt nie opowiadał się za likwidacją. To rząd Leszka Millera zrobił już na własny rachunek.

Problem w tym, że nikt w świecie żadnego idealnego systemu ochrony zdrowia nie wymyślił, a zręczne, proporcjonalne powiązanie nakładów państwa, samorządu regionalnego i wkładu prywatnego obywateli jest misterną konstrukcją, stworzoną w paru państwach zachodnich w negocjacjach (nie nakazach!) przez wszystkie zainteresowane strony. W tym przez samorząd lekarski żywo uczestniczący np. w wycenie procedur. I to jest proces ciągły, podlegający dorocznej weryfikacji, w zależności od kilkunastu czynników, dających się jednak wyliczyć enumeratywnie.

Czy polski temperament, inaczej mówiąc, czy polski pacjent jest zdolny do przyjęcia pewnych reguł i ich przestrzegania? Jestem głęboko przekonany, że preferencja chaosu, woluntaryzmu i biurokracji przekracza już próg wytrzymałości. Ze wszystkich środowisk lekarskich zgodnie wyrażane jest żądanie powstrzymania lawiny przypadkowych reform. Informatyzacja miast być lekarstwem w miarę „ulepszeń" okazuje się być generatorem biurokracji. Tzw. innowacje stają się przekleństwem. Podobnie jak w prostych urządzeniach pojawiają się naprawdę zbędne funkcje (np. po co kilkanaście programów prania w pralce?), tak w medycynie wypełnianie rozmaitych opisów dokonanych czynności wypiera czas na leczenie.

Nic dziwnego, że demokracja w życiu publicznym przegrywa z autokratyzmem, bo wszyscy nerwowo szukają siły, która powstrzyma tę niby nowoczesność. To dzieje się na wszystkich szczeblach, od rządu do zarządu. Bo może prezes będzie mądrzejszy od zarządu, choć ma w głowie tyleż samo, co jego członkowie (a bywa że mniej). A jak się to kończy, wiadomo. Zobaczcie państwo jak likwidowane są rozmaite formy demokracji, w rodzaju „tajnego głosowania", „konkursów na stanowiska", „kadencyjności".

Walka o zdrowie toczy się na wielu płaszczyznach. Teoretycznie lekarz jest po tej samej stronie co pacjent. Tylko dlaczego prywatnie obie strony tak na siebie narzekają?

Stefan Ciepły

Meandry farmakoterapii w wieku starszym

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

Pacjenci w wieku powyżej 70 lat są pacjentami *sui generis*. Z jednej strony, z uwagi na wielochorobowość, pacjenci ci przyjmują na ogół jednoczasowo wiele leków, z drugiej, w okresie starzenia zwiększa się znacznie ryzyko występowania polekowych powikłań, a ich konsekwencje mogą być daleko poważniejsze niż u pacjentów młodszych. W poniższej tabeli zebrano najistotniejsze powody podnoszące ryzyko wystąpienia szkód polekowych.

CZYNNIKI ZWIĘKSZAJĄCE RYZYKO WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ POLEKOWYCH U PACJENTÓW W WIEKU STARSZYM

- Wielochorobowość
- Wielolekowość
- Skłonność do samoleczenia, a więc ryzyko sumowania się działań niepożądanych
- Skłonność do nadużywania suplementów diety
- Przyjmowanie leków w sposób kaskadowo-lawinowy
- Zespół kruchości (zmniejszona rezerwa czynnościowa w związku z wiekiem)
- Zmiany w profilu farmakokinetycznym leków

Odnośnie czynnika „Zmiany w profilu farmakokinetycznym leków" poniżej zebrano najważniejsze przyczyny zmian farmakokinetyki u pacjentów w wieku starszym. Każda z przyczyn zwiększa ryzyko powikłań polekowych niezależnie od pozostałych.

Oto one:
– zmniejszenie wydzielania kwasu w żołądku, co wpływa na wchłanianie i biodostępność leków,
– zwiększenie dystrybucji leków do tkanki tłuszczowej,
– zmniejszenie objętości dystrybucji leków hydrofilnych,
– zmiany hemodynamiczne wpływające na dystrybucję leków,
– zmniejszenie aktywności izoenzymów cytochromu P450 w wątrobie, powodujące zmiany w wątrobowym metabolizmie leków,
– zmiany szybkości eliminacji leków przez nerki.

W praktyce dobrze jest mieć na uwadze, że są takie grupy leków, które z powodu profilu farmakodynamicznego w połączeniu ze zmianami farmakokinetyki leków, jakie zachodzą w wieku starszym, predestynują pacjentów do wystąpienia polekowych powikłań w sposób nieuchronny.

LEKI, KTÓRE W WIEKU STARSZYM W SPOSÓB NIEKWESTIONOWANY ZWIĘKSZAJĄ RYZYKO WYSTĄPIENIA DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH

LEK/GRUPA LEKÓW	UWAGI PRAKTYCZNE
Benzodiazepiny	Potencjalnie powodują wzrost kumulacji leków, wynikający z metabolizmu wątrobowego do aktywnych metabolitów (z wyjątkiem lorazepamu i oksazepamu). W efekcie wzrost ryzyka upadków, wzrost ryzyka spowodowania wypadku komunikacyjnego.
Leki nasenne „Z”	Wzrost ryzyka występowania zaburzeń snu typu non-REM.
Leki nasenne – difenhydramina, doksylamina	Wykazują efekt antycholinergiczny, niekorzystny u osób starszych. Nie stosować w przypadku współistnienia dolegliwości bólowych z uwagi na ryzyko chronifikacji bólu (przejście bólu w stan chroniczny).
Neuroleptyki fenotiazynowe	Wykazują działanie antycholinergiczne, a także działanie antagonistyczne w stosunku do receptorów dopaminergicznych, histaminowych typu 1 oraz działanie alfa-1-adrenolityczne. Są odpowiedzialne za znaczne ryzyko wystąpienia działań niepożądanych o wyjątkowo zróżnicowanym obrazie klinicznym.
Haloperidol	U pacjentów starszych zwiększone ryzyko występowania zaburzeń połykania, odruchu kaszlowego oraz torsadogenności (zmiany w obrazie EKG).
Pridinol	Z uwagi na antagonizm w stosunku do receptorów M1 oraz M4 jest przeciwwskazany u pacjentów z bólem narządu ruchu (możliwość chronifikacji bólu)
Nicergolina	Nie stosować u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, znaczne ryzyko interakcji farmakokinetycznych związanych z CYP2D6. Wzrost ryzyka wystąpienia pobudzenia, splątania, bezsenności, upadków oraz zawrotów głowy.
Winpocetyna	Lek może indukować występowanie zawrotów głowy, wzrost ryzyka upadku.
Kodeina	Rozważnie stosować w populacji powyżej 70 lat ze względu na ryzyko zmian w metabolizmie kodeiny i wzrost ryzyka objawów niepożądanych ze strony ośrodkowego układu nerwowego.
Inhibitory pompy protonowej	Należy stosować tylko w sytuacji zaistnienia jednoznacznych wskazań. Leki te indukują dysbiozę bakteryjną, co wpływa niekorzystnie na funkcje trawienne u pacjentów starszych. Liczne są też interakcje farmakokinetyczne z różnymi jednoczasowo stosowanymi lekami.

W podsumowaniu, istota przeciwdziałania powikłaniom polekowym w farmakoterapii geriatrycznej zawiera się w następujących zaleceniach:

– Stosujemy tylko niezbędne leki. Każdy kolejny przepisany seniorowi lek zwiększa ryzyko interakcji i działań niepożądanych.

– Kolejny zalecany lek stosować tylko po wcześniejszej ewaluacji strat i korzyści. Nie zawsze zyskamy, natomiast zawsze możemy stracić, indukując działania niepożądane.

– W przypadku suplementacji diety należy stosować tylko te środki, które są dla pacjenta niezbędne i nie indukują interakcji z lekami stosowanymi jednoczasowo.

Zdarzenia niepożądane w opiece zdrowotnej – zarys problematyki

Operacja się udała, ale pacjent...?

Jak zadbać o własne zdrowie, jak zatroszczyć się o samego siebie – takie pytanie powinien zadawać sobie każdy lekarz. Chcemy pracować z radością, jak najdłużej i w dobrej kondycji psychofizycznej, musimy więc dbać o siebie. Doktor Janusz Pokorski, pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów OIL w Krakowie, przekonuje, że w trosce o siebie należy walczyć ze źródłami wypalenia zawodowego i przewlekłego stresu. Jednym z nich jest np. ciągłe narażenie na wystąpienie zdarzeń niepożądanych. Na łamach „GGL" rozpoczynamy cykl artykułów, w których dr Pokorski podpowie, na co zwracać uwagę, by nie narażać swoich pacjentów i jednocześnie siebie. *(Redakcja)*

Ostatnia dekada to z jednej strony ogromny postęp w zakresie nauk i technologii medycznych, z drugiej – wzrost zainteresowania problematyką bezpieczeństwa pacjenta, błędu medycznego i zdarzeń niepożądanych (ZN), występujących w opiece zdrowotnej, do czego przyczyniła się m.in. publikacja w 1999 r. w USA raportu „To Err is Human" (Mylić się jest rzeczą ludzką). Mimo tych niewątpliwie pozytywnych zjawisk, trudno mówić o znaczącej poprawie w zakresie bezpieczeństwa pacjenta. Jest ono ciągle zdecydowanie niższe od bezpieczeństwa np. w lotnictwie pasażerskim, na europejskich kolejach, a nawet w przemyśle. Wg Światowej Organizacji Zdrowia zdarzenia niepożądane trafiają się co dziesiątemu pacjentowi.

Zdarzenie niepożądane (*adverse event*): szkoda na zdrowiu lub życiu wywołana w trakcie lub w wyniku leczenia, niezwiązana z naturalnym procesem choroby lub stanem zdrowia pacjenta.
(Joint Commission on Acreededitation of Health Care Organisations 2003)

Poświęcenie uwagi zdarzeniom niepożądanym ma na celu zminimalizowanie narażenia pacjenta na wszystkie możliwe czynniki mogące spowodować jego szkodę. Co prawda zgłaszaniu podlegają zwykle ZN, w których pacjent odniósł szkodę, ale z punktu widzenia ich prewencji ogromne znaczenie ma zgłaszanie przypadków niezakończonych szkodą, jak i zdarzeń niedoszłych, nazywanych w lotnictwie *near miss*. Zdarzeń niedoszłych jest więcej, a jednocześnie łatwiej o nich mówić. Do kogo kieruję ten apel? Do wszystkich osób wchodzących w interakcje z pacjentem, jak i tych, którzy mogą wpływać na warunki, w których odbywa się proces diagnostyczno-terapeutyczny, do wytwórców sprzętu, urządzeń, materiałów użytkowych, organizatorów pracy, autorów procedur, a wreszcie do prawników podejmujących decyzje o winie i karze.

Czynniki ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych mogą mieć charakter medyczny i pozamedyczny. W tradycyjnym ujęciu (patrz kodeks Hammurabiego) winę za zaistnienie ZN przypisuje się wykonawcom działań medycznych – głównie lekarzom i pielęgniarkom, którzy nieświadomi skomplikowanych i wieloczynnikowych uwarunkowań tych zdarzeń zwykle nie potrafią się bronić przed zarzutami.

Lekarz, pielęgniarka – uwikłani w zdarzenie niepożądane winni być traktowani jako jego „druga ofiara" (*second victim*), a nie jako sprawcy, których należy przykładnie i surowo ukarać. Nie odwracajmy się od nich, udzielmy im wsparcia. Rzeczywiste przyczyny zdarzeń niepożądanych mają zazwyczaj charakter błędów ukrytych, tkwiących w systemie opieki zdrowotnej, a powstających często poza nim. Zwykle jest ich kilka. Można nawet mówić o swego rodzaju „dysocjacji" błędów medycznych, to jest istnieniu szeregu różnych czynników wspólnie prowadzących do ZN. W takiej sytuacji przykładne ukaranie lekarza czy pielęgniarki zaspokaja oczekiwania opinii publicznej, sprawa zostaje zakończona, a przyczyny rzeczywiste pozostają nadal ukryte w systemie, aby w przypadku ponownego wystąpienia niekorzystnej konfiguracji czynników zrealizować się w postaci kolejnego zdarzenia niepożądanego.

Błędy ukryte w systemie opieki zdrowotnej mają zwykle charakter niedoskonałości ergonomicznej, tj. braku dostosowania produktu do cech, możliwości i ograniczeń użytkownika (lekarza, pielęgniarki, pacjenta itd.). Nie bójmy się wyrazu ERGONOMIA. Zresztą, możemy go zastąpić określeniem lepiej brzmiącym – „projektowanie przyjazne dla użytkownika" (*User Centered Design*, UCD). W USA synonimem jest Human Factors. Nawiasem mówiąc, warto wiedzieć, że to Polak, prof. Wojciech Jastrzębowski jako pierwszy na świecie użył w swej publikacji terminu ergonomia już w 1857 roku. Przedmiot/urządzenie

zaprojektowane niezgodnie z zasadami ergonomii (UCD) będzie sprawiał trudności, a tym samym prowokował wystąpienie zdarzenia niepożądanego. Dotyczy to wszystkich przedmiotów, przy pomocy których profesjonaliści medyczni wykonują swoją pracę. Nawet fabrycznie nowe, ale źle zaprojektowane urządzenia mogą „wymuszać" popełnianie błędów, szczególnie przy jednoczesnym działaniu innych czynników (zmęczenie, pośpiech, pora nocna itd.).

Zasady projektowania ergonomicznego zaczęto tworzyć podczas II wojny światowej, w oparciu o analizy wypadków, którym ulegali operatorzy nowoczesnego sprzętu wojennego, głównie lotnicy. Doskonały pod względem technicznym sprzęt nie zawsze uwzględniał ograniczenia obsługującego go człowieka. Teraz mamy ten problem w medycynie.

Zagrożenie dla pacjenta mogą również generować czynniki pozamedyczne. Cechy konstrukcji budynków placówek medycznych, zbyt śliskie podłogi i schody, umeblowanie i wyposażenie pomieszczeń mogą stwarzać zagrożenie bezpośrednie lub utrudniać pracę personelu. Systemy komunikacji, w tym również brak normalizacji sprzętu telefonicznego (różny układ przycisków, utrudnienia kodowe) może utrudniać lub wręcz uniemożliwiać porozumiewanie się.

Normalizacja urządzeń, nazewnictwa, procedur, instalacji jest jednym z podstawowych warunków sprawnego działania personelu i bezpieczeństwa pacjenta. Pochodzące od różnych producentów urządzenia powinny bez trudności współpracować ze sobą, a urządzenia sterownicze służące tym samym funkcjom nie powinny się różnić lokalizacją oraz kierunkiem wymaganych ruchów sterowniczych. Szczególne zagrożenie wynika ze stosowania rozmaitych jednostek miar. Problemu tego nie uniknięto nawet w lotnictwie. Np. obecnie na świecie równolegle używa się jako jednostek ciśnienia milimetrów Hg, cali Hg oraz hektopaskali.

Nie należy zapominać o bezpieczeństwie pacjenta podczas kontynuacji leczenia w domu. Jego przejście ze strefy szpitalnej do strefy domowej jest potencjalnie niebezpieczne, na co obecnie na świecie zwraca się coraz więcej uwagi. Szczególne znaczenie w tym przypadku mają cechy projektowe urządzeń do samokontroli, np. glukometrów, ciśnieniomierzy oraz opakowań leków, czy instrukcje otrzymane w szpitalu oraz zawarte w ulotkach.

Farmakoterapię w dużym stopniu utrudniają m.in.:
– duża dowolność producentów w nadawaniu opakowaniom leków urozmaiconego wyglądu z dominacją graficznego symbolu firmy,
– niezgodne z zasadami UCD liternictwo i nieakcentowanie informacji ważnych,
– nadawanie tym samym lekom różnych nazw handlowych.

Wymusza to błędy na wszystkich etapach farmakoterapii: od wypisania recepty, przez pomyłki farmaceutów, do przygotowania leków i ich podania pacjentowi.

Jaskrawy przykład braku normalizacji. Gaziki nasycone środkiem dezynfekującym produkowane przez jedną firmę są białe, druga nadaje im kolor niebieski. Ich jednoczesna dostępność w systemie może stwarzać problemy.

Temat drażliwy i dyskusyjny to „pacjent palący w szpitalu" – nie chowajmy głowy w piasek. Autorowi znane są nawet nie tak rzadkie przypadki palenia przez pacjentów podczas tlenoterapii.

Wprowadzenie do medycyny „checklist" to jak dotąd jedyny wyraźny przykład zastosowania skutecznych metod, sprawdzonych już w lotnictwie. Co prawda jest sporo kontrowersji na temat listy okołooperacyjnej, ale nie znaczy to, by nie miała ona sensu – wydaje się jednak, że nie osiągnęła jeszcze w pełni dojrzałej formy.

Kolejny, ogromnie ważny problem to zmęczenie personelu medycznego, wynikające m.in. ze zbyt długiej pracy, do której zmuszają lekarzy niedobory kadrowe w polskiej ochronie zdrowia. Jedną z pierwotnych przyczyn tej sytuacji jest też brak należytego wynagrodzenia, zmuszający do pracy na kilku etatach oraz w nadgodzinach. Decydenci powinni w końcu zrozumieć, że bez satysfakcjonującego uregulowania płac nie uzyska się poprawy w tym zakresie i nie powstrzyma się fali emigracji najlepszych pracowników. Dodatkowo warto pamiętać, że fakt niewystarczających obsad prowadzi powszechnie do tego, że do pracy przychodzą także osoby chore, co nie pozostaje bez konsekwencji dla jakości ich pracy i bezpieczeństwa pacjentów.

Poprawa bezpieczeństwa pacjenta wymaga doskonalenia pracy zespołowej. Również w tym przypadku należy wykorzystać dorobek lotnictwa, tj. zasady wypracowane po serii tragicznych katastrof lotniczych w latach 80. ubiegłego stulecia.

Dr Janusz Pokorski

*Pojęcie „zdarzenie niepożądane" nie jest tożsame z pojęciem „zdarzenie medyczne". Zdarzeniami medycznymi zajmują się Wojewódzkie Komisje ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych rozumiejąc pod tym pojęciem: niezgodne z aktualną wiedzą działania (diagnoza, leczenie, stosowanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych).

Podkarpacie – miniatury i przestrzenie

Znany w Krośnie radiolog, a zarazem internista, dr Stanisław Klimek wydał bardzo wdzięczny album kolorowej fotografii zatytułowany „Moje Podkarpacie. Miniatury i przestrzenie". Unikalne pejzaże Bieszczad i Beskidu Niskiego – dawna architektura łemkowska i cerkiewna, zamki, dwory i chatynki, kapitalne ujęcia przyrody uchwycone w obiektywie zwłaszcza zimą – składają się na tomik wyjątkowej urody.

Autor zdjęć, profesjonalnie związany z czarno-białą fotografią rentgenowską (absolwent Śląskiej Akademii Medycznej, z doktoratem uzyskanym w Lublinie) od 30 lat daje wyraz swojej pasji, paradoksalnie związanej z fotografią barwną. Pisze też wiersze, podgląda świat przyrody ożywionej (ciekawe zdjęcia przyrodnicze), z zamiłowaniem wędruje po świecie i wciąż szuka nowych świadectw oryginalności kultury pogranicza.

Album wydała oficyna Ruthenus - Rafał Barski, przy wsparciu Regionalnej Dyrekcji Lasów Państwowych w Krośnie oraz Nadleśnictwa w Birczy. Publikowane przez nas zdjęcia wskazał osobiście ich autor.

(cis)

Kilka słów o spółce partnerskiej

Formy wykonywania zawodu lekarza są określone przepisami ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Działalność ta może być wykonywana w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej (jako indywidualna praktyka lekarska – w różnych odmianach) lub jako grupowa praktyka lekarska (art. 5). Tę ostatnią formę działalności – grupową praktykę lekarską – lekarz może wykonywać w ramach spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej. Warunkiem rozpoczęcia przez lekarza wykonywania zawodu w formie indywidulanej lub grupowej praktyki lekarskiej jest jej rejestracja we właściwej okręgowej izbie lekarskiej, przez wpisanie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Tyle teorii. W praktyce często wybieraną formą współpracy przez lekarzy jest spółka partnerska. Dlaczego? W spółce partnerskiej partner nie ponosi odpowiedzialności za jej zobowiązania powstałe w związku z wykonywaniem przez pozostałych partnerów wolnego zawodu w tej spółce, jak również za zobowiązania spółki będące następstwem działań lub zaniechań osób zatrudnionych przez nią na podstawie umowy o pracę lub innego stosunku prawnego, które podlegały kierownictwu innego partnera przy świadczeniu usług związanych z przedmiotem działalności spółki. To wyłączenie odpowiedzialności za zobowiązania spółki, które powstały w wyniku „błędu w sztuce" popełnionego przez innego partnera będącego lekarzem, jest rozwiązaniem, które osobom podejmującym zawodową współpracę w ramach grupowej praktyki lekarskiej bardzo odpowiada. Natomiast wszyscy partnerzy solidarnie odpowiadają za te zobowiązania spółki, które wiążą się z jej zwykłym funkcjonowaniem, czyli np. zobowiązania podatkowe.

Czym jest spółka partnerska i gdzie można znaleźć przepisy regulujące jej funkcjonowanie? Spółka partnerska to typ spółki osobowej, której działalność jest regulowana przez ustawę Kodeks spółek handlowych (ksh). Wspólnikami w tej spółce mogą być tylko osoby fizyczne, które tworzą ją w celu wykonywania wolnego zawodu w spółce prowadzącej przedsiębiorstwo pod własną firmą. Wyjaśnijmy, że pod pojęciem firmy należy rozumieć jej nazwę. Zawód lekarza jest wymieniony w ksh jako wolny zawód. Należy jednak pamiętać, iż wykonywanie przez spółkę partnerską innej działalności gospodarczej niż ta związana z wolnym zawodem – zawodem lekarza, jest niedopuszczalne. Oznacza to, że w przypadku lekarzy spółka jest zawiązywana tylko w celu wykonywania działalności leczniczej. Nie może zajmować się np. handlem.

Wracając do firmy spółki. Firma spółki partnerskiej powinna zawierać nazwisko co najmniej jednego partnera, dodatkowe oznaczenie „i partner" bądź „i partnerzy", albo „spółka partnerska" oraz określenie wolnego zawodu wykonywanego w spółce. Aby utworzyć spółkę partnerską, należy sporządzić na piśmie jej umowę. Wystarczy zwykła forma pisemna (nie notarialna). Następnym krokiem jest wpisanie spółki do Krajowego Rejestru Sądowego.

Kodeks spółek handlowych wskazuje, co powinna zawierać umowa spółki, jednak formułując jej treść należy mieć na względzie to, że na tej podstawie nie tylko będzie działać spółka, ale też będą regulowane stosunki między partnerami. Jako przykład można podać sposób kształtowania zobowiązań wspólnika w spółce. Ponieważ umowa winna zawierać określenie wkładów wnoszonych przez każdego partnera i ich wartość, w przypadku spółki partnerskiej zakładanej przez lekarzy jako wykonywanie działalności w formie grupowej praktyki lekarskiej umowa spółki może określać wkład poszczególnych partnerów, poprzez zobowiązanie ich do świadczenia usług medycznych i określenie godzin i dni świadczenia pracy. Tak ukształtowana współpraca wpływa na podział zysku pomiędzy partnerami. Co jeśli partner spółki będzie chciał zmniejszyć swój wkład, zmniejszając wymiar pracy na rzecz spółki (dni i godzin)? Umowa powinna zawierać zapisy umożliwiające taką zmianę. Dlatego wkładu partnerów w postaci zobowiązania do świadczenia pracy nie należy szczegółowo – w formie dni i godzin – określać w umowie spółki, bo każda zmiana umowy wiąże się ze zgłoszeniem tego faktu do Krajowego Rejestru Sądowego. Można w umowie spółki wprowadzić zapisy ustalające plan dyżurów, wizyt u chorych oraz innych obowiązków związanych z wykonywaniem zawodu lekarza (zobowiązanie do świadczenia pracy wspólników), zgodnie z okresowymi planami uchwalanymi przez Zgromadzenie Partnerów. Jeżeli któremuś z partnerów będzie zależało na zmniejszeniu lub zwiększeniu wkładu pracy, wystarczy

zwołać Zgromadzenie Partnerów, zmienić okresowy plan i odnieść zmianę do proporcjonalnego udziału w podziale zysków. By uniknąć ewentualnych problemów, warto przy konstruowaniu umowy spółki partnerskiej skorzystać z pomocy prawnej.

Na koniec odniosę się do kwestii poruszanej często w pytaniach, odnośnie możliwości zatrudnienia przez grupową praktykę lekarską (prowadzoną w formie spółki partnerskiej) innego lekarza, niebędącego partnerem spółki. Otóż ustawodawca nie przewiduje takiej możliwości. Wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego. Tylko partnerzy spółki mogą wykonywać działalność leczniczą na jej rzecz. Zakaz ten dotyczy także grupowych praktyk lekarskich prowadzonych w formie spółki cywilnej i jawnej.

mec. Anna Gut

Jakość w opiece zdrowotnej – projekt ustawy

W związku z pracami legislacyjnymi prowadzonymi nad projektem ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (wersja z 6 października 2022 r.) pragnę zaprezentować krótkie omówienie niektórych przewidywanych w niej rozwiązań, mogących w istotny sposób rzutować na system ochrony zdrowia.

Uwagi ogólne

W uzasadnieniu projektu tej ustawy wskazano, że jej celem jest wdrożenie kompleksowych, prawnych i organizacyjnych rozwiązań, które w sposób skoordynowany mają realizować priorytety polityki zdrowotnej w obszarze jakości.

Podkreślono, że uregulowanie tych kwestii w drodze odrębnego aktu prawnego (obecnie zagadnienia jakości w opiece zdrowotnej są unormowane w wielu aktach prawnych, o zróżnicowanej randze) pozwoli m.in. na: poprawę skuteczności diagnostyki i leczenia, stałe udoskonalanie praktyki klinicznej, poprawę bezpieczeństwa i satysfakcji pacjenta, stworzenie warunków do systematycznej oceny jakości świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i upubliczniania tych informacji oraz efektywniejsze wykorzystanie środków publicznych w obszarze zdrowia.

Planowane rozwiązania ustawowe dotyczyć będą w szczególności:

1) autoryzacji,
2) wewnętrznego systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa,
3) akredytacji,
4) systemu świadczeń kompensacyjnych,
5) rejestrów medycznych.

WYBRANE ROZWIĄZANIA USTAWOWE

Autoryzacja

Zgodnie z projektem ustawy „autoryzacja" to obligatoryjny system oceny podmiotów wykonujących działalność leczniczą finansowaną ze środków publicznych, dotyczący spełniania określonych wymagań wobec personelu medycznego, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem (por art. 2 ust. 1 pkt 2 projektu). Autoryzacja, co do zasady, będzie warunkiem realizacji przez podmiot wykonujący działalność leczniczą umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zawartej z NFZ. Udzielać jej będzie na okres 5 lat, w trybie wnioskowym, na określone zakresy i rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. W celu oceny, czy dany podmiot spełnia warunki wydania autoryzacji, dopuszczalne będzie m.in. przeprowadzenie wizyty autoryzacyjnej w miejscu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem

Zgodnie z projektem ustawy (por. art. 17 ust. 1 projektu i dal.) podmiot wykonujący działalność leczniczą będzie zobowiązany do wprowadzenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem. Opracowanie, wdrożenie, utrzymanie i usprawnianie tego systemu winno być oparte o ocenę jego skuteczności oraz wyniki badań opinii i doświadczeń pacjentów. Osobą odpowiedzialną za prowadzenie tego systemu będzie kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą, do którego zadań

będzie należało m.in.: kwalifikowanie zdarzeń niepożądanych do określonej kategorii ryzyka, przesyłanie zgłoszeń zdarzeń niepożądanych do Rejestru Zdarzeń Niepożądanych, zapewnienie środków niezbędnych do właściwego monitorowania jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz zagwarantowanie osobie informującej o zdarzeniu niepożądanym ochrony przed ewentualnymi represjami z tego tytułu. Zgodnie z projektem, personel ww. podmiotu będzie zobligowany do zgłaszania osobie odpowiedzialnej wszystkich zdarzeń niepożądanych niezwłocznie po ich zaistnieniu (nie później niż w ciągu 72 godzin).

Ustawa definiuje „zdarzenie niepożądane" jako „zdarzenie zaistniałe w trakcie lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, powodujące lub mogące spowodować negatywny skutek dla pacjenta, w szczególności zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu". Jako zdarzenie niepożądane nie będzie kwalifikowane zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym efektem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

Ustawa precyzuje też katalog „działań represyjnych" (np. odmowa nawiązania lub wypowiedzenie stosunku pracy, obniżenie wysokości wynagrodzenia, wstrzymanie awansu itp.), których stosowanie jest wyraźnie zakazane wobec osób zgłaszających wystąpienie zdarzenia niepożądanego.

W świetle projektu ustawy, zdarzenia niepożądane będą kwalifikowane do jednej z kategorii ryzyka na podstawie oceny stopnia ich ciężkości oraz prawdopodobieństwa wystąpienia. W kolejnych przepisach określone są szczegółowo typy zdarzeń niepożądanych, identyfikowanych wg różnych kryteriów (ciężkości, stopnia prawdopodobieństwa ich wystąpienia lub przyczyn źródłowych). Zdarzenia niepożądane będą zgłaszane do Rejestru Zdarzeń Niepożądanych, prowadzonego przez Ministra Zdrowia. Na podstawie tego rejestru minister będzie publikował roczne raporty zdarzeń niepożądanych. Dane przetwarzane w rejestrze będą w określonym zakresie udostępniane Rzecznikowi Praw Pacjenta oraz prezesowi Funduszu.

Akredytacja

Zgodnie z omawianą ustawą, podmiot wykonujący działalność leczniczą będzie mógł wystąpić do Ministra Zdrowia z wnioskiem o udzielenie akredytacji. Akredytacja będzie miała na celu potwierdzenie spełniania przez podmiot wykonujący działalność leczniczą „standardów akredytacyjnych", tzn. określonych wymogów w zakresie udzielania świadczeń oraz funkcjonowania podmiotu. Spełnienie przez podmiot wnioskujący standardów akredytacyjnych będzie oceniane według skali punktowej. Projekty standardów i ich aktualizację opracowuje Rada Akredytacyjna, pełniąca przy ministrze funkcję opiniodawczo-doradczą. Akredytacji minister będzie udzielał na okres 4 lat w formie certyfikatu, po przeprowadzeniu przez prezesa NFZ procedury oceniającej spełnienie standardów akredytacyjnych.

Przepisy karne

Projekt ustawy przewiduje odrębne regulacje prawnokarne, powiązane z procedurami zgłaszania zdarzeń niepożądanych.

Zmiany w przepisach obowiązujących

Zakłada się szereg zmian w przepisach obecnie obwiązujących, w tym m.in. stworzenie nowej instytucji „pełnomocnika do spraw praw pacjenta w podmiocie udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej", którego będzie mógł powołać kierownik takiego podmiotu w celu realizacji działań na rzecz poprawy przestrzegania praw pacjenta w placówce czy też stworzenie nowego modelu kompensacji szkód, pozasądowy system rekompensaty, obsługiwany przez Rzecznika Praw Pacjenta (w miejsce obecnych Wojewódzkich Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych), ponieważ, jak podkreśla się w uzasadnieniu projektu „(...) analiza systemu funkcjonowania wojewódzkich komisji wykazała nieefektywność obecnych rozwiązań" [sic!].

***

Przedstawione w artykule omówienie ma, ze względu na szeroki zakres proponowanych w ustawie rozwiązań oraz trwające prace legislacyjne, jedynie sygnalizacyjny charakter. Warto jednak zwrócić uwagę, że mimo zastrzeżenia terminów przejściowych, wejście ustawy w życie zaplanowano na 1 stycznia 2023 r.

Szczegółowy wykaz prac legislacyjnych wraz z pakietem dokumentów (projektów rozporządzeń wykonawczych, analiz, raportów i opinii) dostępny jest na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji.

mgr Dariusz Dziubina

Krosno

■ Na terenie Delegatury w Krośnie staż podyplomowy w placówkach medycznych ukończyło ostatnio 15 lekarzy i jeden lekarz dentysta.

■ 21 października 2022 r. odbyły się XI Krośnieńskie Jesienne Warsztaty Kardiologiczne. Wykładowcami byli: prof. Dariusz Dudek, prof. Tadeusz Przewłocki, dr hab. Karol Wierzbicki, dr dr Leszek Kamiński, Maciej Kolowca, Marcin Nosal, Renata Rajtar-Salwa, Aleksandra Wilczek-Banc, Aleksander Zeliaś, lek. Rafał Marosz. Konferencja odbyła się w Centrum Konferencyjnym Szklane Lniane w Korczynie.

■ Pierwsza edycja programu „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent" dobiegła końca. Celem inicjatywy jest popularyzacja dobrych praktyk, zapewniających możliwie najbezpieczniejsze środowisko pracy dla personelu medycznego oraz edukowanie pracowników szpitali w tym zakresie. Do pierwszego w Polsce programu bezpieczeństwa i jakości zgłosiły się 63 placówki medyczne z całej Polski, z czego 52 zostały nagrodzone za przestrzeganie standardów opracowanych przez Radę Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali.

W województwie podkarpackim wśród laureatów znalazły się 3 jednostki: Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza, Szpital Specjalistyczny w Jaśle oraz Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu.

■ „Leczenie bezsenności w gabinecie lekarza POZ" – pod takim tytułem odbył się 26 listopada br. w tutejszej Delegaturze kurs doskonalący dla lekarzy. Uczestnicy szkolenia otrzymali certyfikaty potwierdzające udział w szkoleniu.

Janusz Kulon
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Krośnie

Nowy Sącz

■ Jesień upływa spokojnie w nowosądeckiej delegaturze. Seniorzy podczas comiesięcznych posiedzeń organizują spotkania z wykładowcami, psychologami, podróżnikami, którzy ciekawie i barwnie opowiadają o swojej pracy, dzieląc się wiedzą i doświadczeniami. Pod koniec listopada Seniorzy zorganizowali wyjazd do Krakowskiego Centrum Kongresowego ICE na koncert Gwiazd Metropolitan Kurzak & Alagna.

■ Na początek grudnia zaplanowano w Delegaturze spotkanie z lekarzami rozpoczynającymi staż oraz tymi, którzy ukończyli go w tym roku. Będzie to pierwsze bezpośrednie spotkanie lekarzy stażystów od wybuchu pandemii COVID-19, czyli od blisko trzech lat.

Planujemy także wrócić do organizowania zawieszonych z powodu pandemii spotkań opłatkowych.

■ Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu otrzymał grant na realizację projektu pn. Dostępność Plus dla Zdrowia, który finansowany jest z Funduszy Europejskich. Blisko 2 mln zł Szpital dostanie na poprawę dostępności świadczeń dla osób ze szczególnymi potrzebami.

Dzięki temu dofinansowaniu m.in. będzie nowa winda w Ośrodku Onkologicznym, miejsca postojowe dla osób z niepełnosprawnościami zostaną oznakowane w prawidłowy sposób, zgodnie z przepisami o ruchu drogowym, w funkcjonujących już windach zostaną zamontowane panele z opisem nazw oddziałów/komórek organizacyjnych w języku polskim oraz alfabetem Braille'a, zakupione zostaną pętle indukcyjne dla osób słabosłyszących itd. W ramach projektu odbędzie się panel szkoleń dla personelu, m.in. z komunikacji z osobami o szczególnych potrzebach, prawidłowego zamieszczania informacji na stronie internetowej oraz przesyłania treści pocztą elektroniczną, nauki podstaw posługiwania się językiem migowym. Zakupione zostaną również sprzęty o zwiększonym udźwigu (m.in. łóżka szpitalne, wózki leżące, wózki inwalidzkie, stół operacyjny, kozetki). *Źródło: szpitalnowysacz.pl*

Krzysztof Wróblewski
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Nowym Sączu

Przemyśl

■ 21 października Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu uzyskał dwa cenne certyfikaty:

– Najbardziej prestiżowy certyfikat w ochronie zdrowia – akredytacja Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Akredytacja prowadzona przez Centrum oparta jest na szeregu zagadnień, oceniane są wszystkie obszary pracy szpitala – od przyjęcia pacjenta, przez opiekę nad nim, kontrolę zakażeń i zdarzeń niepożądanych, po prawidłowo funkcjonującą administrację placówki.

– Certyfikat „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent" przyznawany za zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy dla personelu medycznego oraz edukowanie pracowników w tym zakresie. Podpisanie deklaracji „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent" zobowiązuje do przestrzegania 11 zasad zapewniających właściwe środowisko pracy dla personelu medycznego.

■ W październiku br. członkowie Klubu Lekarza Seniora w Przemyślu uczestniczyli w wycieczce po podkarpackich uzdrowiskach. Zwiedzono Rymanów, a w nim Hutę Szkła Artystycznego Sabina, w której powstają niepowtarzalne arcydzieła rzemieślnicze. Warto pamiętać, że malowniczo położony Rymanów-Zdrój słynie też z powietrza o dużej zawartości ozonu, soli i wysokiej wilgotności.

■ 10 listopada w Delegaturze przemyskiej odbyło się kolejne spotkanie Klubu Lekarza Seniora. Przy kawie i herbacie członkowie słuchali opowieści i oglądali zdjęcia z wycieczki do Ameryki Południowej. Wrażeniami z wyprawy podzieliła się pani dr Danuta Bruździńska, nowa przewodnicząca przemyskiego Klubu.

Marek Zasadny
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Przemyślu

Z naszych szpitali

■ W ostatnich dniach października w Wojewódzkim Szpitalu im. św. Ojca Pio w Przemyślu została przeprowadzona biopsja fuzyjna gruczołu krokowego, która pozwala z precyzją zdiagnozować raka tego gruczołu oraz podjąć szybkie i skuteczne leczenie. Jej nazwa bierze się z tego, że dochodzi do fuzji, czyli połączenia dwóch obrazów: USG i rezonansu magnetycznego. Jak twierdzi dr Rafał Walczak, kierownik Oddziału Urologii z Pododdziałem Urologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala w Przemyślu, „ten rodzaj biopsji jest bardziej precyzyjny oraz bezpieczniejszy dla pacjenta, ponieważ odbywa się w czystym polu operacyjnym, a nie przezodbytniczo, jak w przypadku metody klasycznej. Biopsja fuzyjna daje możliwości na szybsze wykrycie choroby we wczesnej fazie, co zwiększa szanse na wyleczenie".

Zabieg ten wchodzi na stałe do katalogu świadczeń Wojewódzkiego Szpitala w Przemyślu. Wykonywany będzie systematycznie, przy użyciu zakupionego w tym celu specjalnego urządzenia, w gabinetach zabiegowych (ze znieczulenie miejscowym), przez personel przeszkolony w ramach warsztatów przeprowadzonych przez dr. Andrzeja Lewickiego z Kliniki Urologii CMKP - Szpital Orłowskiego w Warszawie.

Źródło: http://nowa.wszp.pl/

29 listopada wielodyscyplinarny zespół lekarzy (w tym kardiologów interwencyjnych: Grzegorza Kopcia, Jakuba Stępniewskiego, Marcina Waligóry z Zespołu ds. Diagnostyki i Leczenia Chorób Krążenia Płucnego), perfuzjonistów, pielęgniarek i techników Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II przeprowadził pierwszy w Małopolsce i jeden z pierwszych w Polsce zabieg usunięcia z prawego przedsionka balotującej skrzepliny drogą przezskórną, przy użyciu nowoczesnego systemu aspiracji mechanicznej.

Pacjentem był 46-letni mężczyzna hospitalizowany w Szpitalu im. Jana Pawła II, który po przebytym zawale mięśnia sercowego leczony był pierwotną angioplastyką wieńcową. W kolejnych dobach hospitalizacji przeszedł dwie operacje kardiochirurgiczne, wymagał także pozaustrojowego mechanicznego wspomagania krążenia (ECMO). Dzięki zastosowanemu leczeniu uzyskano stopniowy powrót chorego do zdrowia, jednak w kontrolnym badaniu echokardiograficznym uwidoczniono w prawym przedsionku serca dużą, balotującą, strukturę o wymiarach 4,5x1,5 cm, grożącą oderwaniem się i przemieszczeniem do łożyska płucnego, co mogłoby spowodować zatorowość płucną.

Z uwagi na duże ryzyko kolejnej interwencji kardiochirurgicznej, podjęto skuteczną próbę usunięcia skrzepliny metodą przezskórną, wykorzystując systemem aspiracji mechanicznej. Małoinwazyjny zabieg polega na tym, że przez nacięcie skóry wprowadza się cewnik do naczyń żylnych o dużej średnicy połączony z systemem krążenia pozaustrojowego, który wytwarza siłę ssącą. Zassane skrzepliny są przechwytywane, a krew odprowadzana jest z powrotem do krwioobiegu pacjenta.

Zabiegi tego typu stanowią opcję terapeutyczną dla pacjentów, u których interwencja chirurgiczna wiąże się ze zbyt dużym ryzykiem.

Źródło: https://www.szpitaljp2.krakow.pl/

Konferencje

Wykorzystać nowe szanse

Środowisko lekarskie jest mocno zabetonowane w kwestii leczenia konopiami – takie stwierdzenie padło z ust lekarza, uczestnika II Konferencji Innowacyjne Konopie, w której miałam okazję brać udział 26 listopada w Warszawie.

Organizatorzy przygotowali bardzo bogaty program, w którym obok informacji dotyczących farmakologicznych, wielokierunkowych działań medycznej marihuany, przedstawionych przez profesor dr hab. Judytę Cielecką, wystąpili lekarze różnych specjalności – praktycy, posługujący się na co dzień preparatami konopnymi. Zorganizowano także dwie debaty, z udziałem licznie zgromadzonych przedstawicieli świata medycznego, na temat: „Medyczna marihuana szansą na poprawę komfortu życia pacjentów" i „Kontrowersje i postępy wokół medycznej marihuany".

Mimo że rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2017 r. dopuściło formalnie do użytku leki pochodzące z ziela konopi, to *de facto* recepturowe leki z medyczną marihuaną są w pełnym asortymencie oferowane przez dwie apteki w Polsce.

Dla dopełnienia obrazu możliwości stosowania należy dodać, że żadne z tych leków nie podlegają refundacji, a koszt leczenia jednym z nich – lekiem z wyboru w lekooornych padaczkach idiopatycznych u dzieci, jak stwierdził doktor Bachański, weteran walki o wprowadzenie medycznej marihuany, wynosi około 4 tys. zł miesięcznie i dla wielu rodziców jest zbyt wysoki. Nie wspominając o tym, że lek trzeba sprowadzać z Niemiec.

Wielu lekarzy przedstawiało niewątpliwe korzyści płynące dla pacjenta z zastosowania medycznej marihuany, podkreślając przy tym słabą dostępność, brak refundacji i wysokie ceny leków.

Debaty prowadziła Agata Młynarska, która zaczęła od zadania pytania: czy lekarze w Polsce są gotowi do leczenia medyczną marihuaną? Obserwując liczny udział medyków, można by na nie odpowiedzieć, że z pewnością tak, ale czy system opieki zdrowotnej w naszym kraju to umożliwia – tutaj odpowiedź nie jest jednoznaczna.

Dla zainteresowanych możliwe jest zobaczenie zapisu z debat na Instagramie red. Agaty Młynarskiej.

MKT

Postanowieniem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej tytuł profesora nauk medycznych 24 listopada otrzymali:

dr hab. Janina Kózka
dr hab. Artur Ludwin

Wykaz stopni naukowych doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu nadanych przez Radę Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego w dniu 15 listopada 2022 roku

lek. Bartosz Bogusz
„The impact of modern videosurgical techniques on the modification of surgical treatment in newborns and infants with selected congenital malformations" *(„Wpływ nowoczesnych technik wideochirurgicznych na zmianę metod postępowania chirurgicznego u noworodków i niemowląt, w wybranych rodzajach wad wrodzonych")* – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Wojciech Górecki, prof. UJ

mgr Edyta Działo
„The role of WNT protein in pathophysiology of cardiac fibrosis" *(„Rola białek WNT w patofizjologii włóknienia mięśnia sercowego")* – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Przemysław Błyszczuk, prof. UJ

lek. Maja Gilarska
„Hypertension in prematurely born children and children born on time" *(„Nadciśnienie tętnicze u dzieci urodzonych przedwcześnie i dzieci urodzonych o czasie")* – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Przemko Kwinta

lek. stom. Michał Górnicki
„Wpływ protetycznych zabiegów korygujących okluzję na stan i napięcie mięśni żucia" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Małgorzata Pihut

lek. Teresa Górnisiewicz
„Labor induction at advanced maternal age" *(„Indukcja porodu u pacjentek w zaawansowanym wieku")* – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Hubert Huras

lek. Roma Herman
„Magnetic resonance enterography and clinimetric methods in monitoring Lesniowski-Crohn disease treatment in pediatric patients" *(„Wartość enterografii rezonansu magnetycznego i metod kliniczno-laboratoryjnych w monitorowaniu pacjentów pediatrycznych z chorobą Leśniowskiego-Crohna")* – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Krzysztof Fyderek
Promotor pomocniczy: dr Stanisław Pieczarkowski

mgr Mirosław Janczura
„Metabolic syndrome, individual risk factors for ischemic heart disease, and biochemical markers of atherosclerosis – a cohort-based study" *(„Zespół metaboliczny, indywidualne czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca oraz biochemiczne markery miażdżycy – badanie kohortowe")* – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Teresa Domagała

lek. Estera Kłosowicz
„Ocena markerów stresu oksydacyjnego i ich wpływ na profil metaboliczny u pacjentek z zespołem policystycznych jajników (PCOS)" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Robert Jach

lek. Krzysztof Krawczyk
„Sezonowa zmiana ekspresji mikroRNA oraz stężeń cytokin prozapalnych produkowanych przez monocyty u osób przewlekle narażonych na zanieczyszczenie powietrza" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Jadwiga Nessler

lek. Monika Kujdowicz
„Spectroscopic diagnosis of invasive and non-invasive bladder carcinoma by means of the bladder excisions and urine components" *(„Spektralna diagnostyka inwazyjnego i nieinwazyjnego raka pęcherza moczowego na podstawie analizy wycinków histologicznych i oceny składu osadu moczu")* – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Krzysztof Okoń, prof. UJ
Promotor: dr hab. Kamilla Małek, prof. UJ

lek. Vivek Umesh Rai
„Fontan operation for Hypoplastic Left Heart Syndrome In Current Era"– monografia
Promotor: dr hab. Tomasz Mroczek, prof. UJ

lek. Alina Sobczak
„A Comprehensive Assessment of Umbilical Catheterization Complications in the Neonatal Intensive Care Unit - Bedside Monitoring, Development of a Clinical Diagnostic Algorithm, a New Microscopic Insight into the Catheters' Structure" *(„Kompleksowa ocena powikłań stosowania cewników pępowinowych na Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka – monitoring przyłóżkowy, wypracowanie diagnostycznego algorytmu użytecznego klinicznie, innowacyjne badania zmian struktury cewnika z wykorzystaniem mikroskopii elektronowej")* – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Przemko Kwinta

lek. Agnieszka Stanuszek
„Return to play in children with selected disorders of the central nervous system" *(„Powrót do sportu wśród dzieci z wybranymi schorzeniami ośrodkowego układu nerwowego")* – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Stanisław Kwiatkowski
Promotor pomocniczy: dr Olga Milczarek

lek. Wojciech Strojny
„Looking for potential markers of late effects of hematopoietic cell transplantation in children" *(„Poszukiwanie potencjalnych wskaźników odległych powikłań przeszczepienia komórek krwiotwórczych u dzieci")* – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Szymon Skoczeń, prof. UJ

mgr Sonia Trojan
„The role of cancer-specific isoenzymes of phosphofructokinase II in the progression of malignant melanoma including the role of low-oxygen environment of tumor development" *(„Znaczenie nowotworowo specyficznych izoenzymów fosfofruktokinazy II w progresji czerniaka złośliwego z uwzględnieniem roli niskotlenowego środowiska rozwoju guza")* – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Piotr Laidler
Promotor pomocniczy: dr Kinga Kocemba-Pilarczyk

lek. Michał Węgiel
„Prognostic factors and outcome assessment in patients with myocardial infarction" *(„Czynniki prognostyczne i ocena rokowania pacjentów z zawałem mięśnia sercowego")* – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Tomasz Rakowski, prof. UJ

lek. Łukasz Wiewiórka
„Vascular access selection and its influence on the results of transcatheter aortic valve implantation procedures" *(„Wybór dostępu naczyniowego oraz jego wpływ na wyniki zabiegów przezcewnikowej implantacji zastawki aortalnej")* – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Andrzej Gackowski, prof. UJ

lek. Adam Zawojski
„Wpływ długości kończyn dolnych na efekt kliniczny u pacjentów po aloplastyce stawu biodrowego" – monografia
Promotor: dr hab. Magdalena Wilk-Frańczuk, prof. UJ
Promotor pomocniczy: dr Paweł Zieliński

lek. Małgorzata Zembala-Szczerba
„Rola wolnych krążących płodowych kwasów nukleinowych w etiopatogenezie nadciśnienia tętniczego w ciąży oraz stanu przedrzucawkowego i ich potencjał diagnostyczny" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Hubert Huras

KURSY SPECJALIZACYJNE DLA LEKARZY

organizowane przez Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Collegium Medicum Ośrodek ds. kształcenia podyplomowego na Wydziale Lekarskim w okresie grudzień 2022 – luty 2023 roku. Rekrutację na kursy specjalizacyjne prowadzi Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, zgodnie z informacją zamieszczoną na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl

Anestezjologia
Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii
13-17.02.2023
Kierownik naukowy: prof. Janusz Andres

Choroby wewnętrzne
Geriatria
16-17.01.2023
Kierownik naukowy:
dr hab. Barbara Gryglewska, prof. UJ

Kardiologia
Farmakoterapia chorób sercowo-naczyniowych
25-27.01.2023
Kierownik naukowy:
dr n. med. Bernadeta Chyrchel

Farmakoterapia chorób sercowo-naczyniowych
20-22.02.2023
Kierownik naukowy:
dr n. med. Bernadeta Chyrchel

Medycyna rodzinna
Wybrane problemy
13.02-27.04.2023
Kierownik naukowy:
prof. Adam Windak

Okulistyka
Onkologia okulistyczna
2-3.02.2023
Kierownik naukowy:
prof. Bożena Romanowska-Dixon

Onkologia okulistyczna
9-10.02.2023
Kierownik naukowy:
prof. Bożena Romanowska-Dixon

Onkologia okulistyczna
16 -17.02.2023
Kierownik naukowy:
prof. Bożena Romanowska-Dixon

Onkologia okulistyczna
23-24.02.2023
Kierownik naukowy:
prof. Bożena Romanowska-Dixon

Ortopedia i traumatologia narządu ruchu
Chirurgia kręgosłupa
20-24.02.2023
Kierownik naukowy: dr Tomasz Potaczek

Pediatria
Choroby nowotworowe u dzieci
24-26.01.2023
Kierownik naukowy: dr hab. Szymon Skoczeń

Położnictwo i Ginekologia
Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii
9-11.01.2023
Kierownik naukowy:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Ultrasonografia - kurs praktyczny indywidualny
9-13.01.2023
Kierownik naukowy:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Endoskopia - kurs praktyczny indywidualny
9-13.01.2023
Kierownik naukowy: dr Krzysztof Skotniczny

Ultrasonografia - kurs praktyczny indywidualny
6-10.02.2023
Kierownik naukowy:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Endoskopia - kurs praktyczny indywidualny
6-10.02.2023
Kierownik naukowy: dr Krzysztof Skotniczny

Stany naglące i krwotoki w położnictwie i ginekologii
13-17.02.2023
Kierownik naukowy:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Psychiatria
Wprowadzenie do psychoterapii
27-31.03.2023
Kierownik naukowy:
prof. Krzysztof Rutkowski

Psychiatria dzieci i młodzieży
Psychoterapia w leczeniu zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży
6.02.2023 – 10.03.2023
Kierownik naukowy: prof. Barbara Józefik

Reumatologia
Spondyloartropatie zapalne i związek zakażenia z zapaleniem stawów:
a) reaktywne zapalenia stawów i spondyloartropatie zapalne,
b) choroby zakaźne a choroby reumatyczne
20-21.02.2023
Kierownik naukowy: dr hab. Mariusz Korkosz

Wszystkie specjalizacje
Zdrowie publiczne
13-22.02.2023
Kierownik naukowy:
dr hab. n. o zdr. Mariusz Duplaga, prof. UJ

KURSY SPECJALIZACYJNE DLA LEKARZY DENTYSTÓW

Ortodoncja
Wprowadzenie do współczesnej ortodoncji
23.12.2022 oraz 27.12.2022
Kierownik naukowy:
prof. Bartłomiej W. Loster

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

Protetyka stomatologiczna
Leczenie protetyczne z zastosowaniem koron i mostów protetycznych
25-26.01.2023
Kierownik naukowy:
prof. Małgorzata Pihut

Leczenie zespołowe periodontologiczno-protetyczne w chorobach przyzębia
31.01.2023
Kierownik naukowy:
prof. Małgorzata Pihut

Leczenie protetyczne w trudnych przypadkach bezzębia z zastosowaniem biofunkcjonalnego systemu protetycznego BPS
14-15.02.2023
Kierownik naukowy:
prof. Małgorzata Pihut

Stomatologia zachowawcza z endodoncją
Leczenie endodontyczne zębów wielokanałowych
11- 13.01.2023
Kierownik naukowy:
prof. Joanna Zarzecka

Organizacja i metody pracy indywidualnej specjalistycznej praktyki stomatologicznej
21-22.02.2023
Kierownik naukowy:
prof. Jolanta Pytko-Polończyk

Szpital św. Ludwika świętował 145-lecie

Najcenniejszy jest uśmiech dziecka

28 października, w Dworze w Tomaszowicach obchodzono uroczyście jubileusz 145-lecia Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie. Był to trzeci na ziemiach polskich szpital dla dzieci, jak na ówczesne czasy bardzo nowoczesny, dobrze zorganizowany i prowadzony. Również dziś Szpital św. Ludwika doskonale wypełnia swoją misję i mimo wielu przeciwności stale się rozwija. Powodów do świętowania było więc wiele.

TAKIE BYŁY POCZĄTKI

Pierwszy w Krakowie szpital dziecięcy powstał dzięki staraniom prof. Macieja Leona Jakubowskiego (1837-1915), współzałożyciela i wielokrotnego prezesa Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, pierwszego prezydenta Zachodnio-Galicyjskiej Izby Lekarskiej, rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz pierwszego w Polsce profesora pediatrii, kierownika pierwszej w naszym kraju, a po Florencji i Wiedniu trzeciej na świecie Katedry Pediatrii i pierwszej polskiej Kliniki Dziecięcej. Na ziemiach polskich pod zaborami wcześniej niż w Krakowie utworzono szpitale dziecięce tylko we Lwowie i Warszawie. Fundusze na budowę i urządzenie krakowskiego Szpitala zgromadziło założone w 1872 r. przez prof. Jakubowskiego i Marcelinę z ks. Radziwiłłów ks. Czartoryską „Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie". Ideę wsparli prawe wszyscy wybitni krakowianie tamtych lat. W myśl postanowień pierwszych założycieli i fundatorów, placówka po wieczne czasy winna służyć leczeniu i pielęgnowaniu chorych dzieci, nosząc nazwę „Szpital św. Ludwika dla dzieci w Krakowie”.

Kamień węgielny pod jego budowę w dzielnicy Wesoła przy ulicy Krzyżowej, nazwanej później Strzelecką, położono 14 lipca 1874 r. Uroczyste otwarcie Szpitala św. Ludwika dla dzieci odbyło się 1 maja 1876 r. Szybko okazał się on za mały w stosunku do rosnących potrzeb, więc przystąpiono do rozbudowy. Po jej zakończeniu liczył 120 łóżek, a w 1890 r. dobudowano jeszcze przychodnię dla dzieci.

Szpital św. Ludwika był wówczas placówką wzorcową. Posiadał 5 oddziałów: niemowlęcy, zakaźny, rezerwowy (dla gruźlicy), oddział Kliniki Dziecięcej i chirurgiczny z własną salą operacyjną, w której lżejsze zabiegi przeprowadzał sam Jakubowski. Poważniejsze operacje wykonywali honorowi

operatorzy szpitala, w osobach słynnych krakowskich chirurgów: A. Bryka, A. Obalińskiego, J. Mikulicza, A. Bossowskiego, L. Rydygiera, M. Rutkowskiego i innych.

O tym, jak bardzo potrzebną placówką był szpital, świadczą liczby. W ciągu pierwszych 25 lat jego istnienia przyjęto do leczenia stacjonarnego 24 210 dzieci, w tym 3 286 niemowląt (od 1889 r.) i 20 924 dzieci w wieku od 1 do 12 lat. 43,3 proc. pacjentów pochodziło z Krakowa, pozostali spoza miasta.

Na konto pionierskich osiągnięć Szpitala za czasów Jakubowskiego należy zapisać m.in. wprowadzenie szczepień ochronnych przeciw ospie, zastosowanie w dławcu i błonicy tracheotomii (1878) i intubacji (1890), leczenie błonicy surowicą (1894), nardzeniowe podawanie surowicy w tężcu, wprowadzenie do diagnostyki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych nakłucia lędźwiowego, badania nad biegunką niemowlęcą, gruźlicą, rozwojem psychicznym dziecka oraz wprowadzenie pasteryzacji mleka.

TAK JEST I BĘDZIE

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika – bo taka jest dziś oficjalna nazwa tej placówki – składa się obecnie z 10 oddziałów, 22 poradni specjalistycznych i posiada 198 łóżek. W placówce od ponad 10 lat prowadzone są terapie niestandardowe dla pacjentów, takie jak hortiterapia, muzykoterapia, dogoterapia czy arteterapia.

Szpital zatrudnia ponad 500 pracowników, w tym 50 rezydentów. Jak podkreśla dyrektor Szpitala Stanisław Stępniewski, placówka cały czas się rozwija. W ostatnich latach nastąpiła kompletna przebudowa starego budynku szpitala, co znacznie poprawiło komfort hospitalizacji dzieci, jak i pracy personelu. Zabytkowy, 145-letni budynek w centrum Krakowa został gruntownie zmodernizowany oraz zyskał dodatkową kondygnację. Powstały nowe oddziały, m.in. anestezjologii i intensywnej terapii, a także chirurgii dziecięcej oraz blok operacyjny.

– Trzeba pamiętać, że integralną częścią Szpitala św. Ludwika w Krakowie jest Małopolskie Centrum Rehabilitacji w Radziszowie. Tam z kolei, ponad dwa miesiące temu, rozpoczęła się duża inwestycja – kosztem ponad 20 mln zł ma powstać pawilon dla rehabilitacji ambulatoryjnej. W ośrodku znajdzie się jedyne w Małopolsce laboratorium trójwymiarowej analizy ruchu, z którego pacjenci będą mogli korzystać w ramach NFZ. Będzie tam także prowadzona rehabilitacja dla dzieci z wadami ogólnorozwojowymi, jak również dla pacjentów po przebytych urazach lub operacjach neurochirurgicznych oraz ze schorzeniami neurologicznymi – informuje dyrektor Stępniewski.

Ośrodek chce przyjąć pierwszych pacjentów na początku 2024 r. W planach szpitala jest także niezwykle potrzebna rozbudowa psychiatrii dziecięcej.

– Jeśli tylko Urząd Marszałkowski nam w tym pomoże, to w niedługim czasie możemy otwierać kolejny pawilon dla pacjentów psychiatrycznych – dodaje dyrektor Stępniewski.

CZAS PODSUMOWAŃ

Jubileusz to okazja nie tylko do wspomnień i snucia planów na przyszłość, ale też do uhonorowania tych, którzy swoje życie zawodowe związali ze Szpitalem.

– Czego można życzyć Szpitalowi z okazji jubileuszu? By tak, jak 145 lat temu, a dokładnie już 146 lat, pracował w nim oddany dzieciom personel, ponieważ to jest dla nas najważniejsze! Ale muszę przyznać, że tego nie trzeba nam życzyć, bo my to mamy. Mamy świetny personel, który oczywiście jest też merytorycznie znakomicie przygotowany. To właśnie dzięki niemu do dziś aktualna jest dewiza, która od początku przyświecała Szpitalowi: „Walczymy o życie, zdrowie i uśmiech dziecka" – podkreśla dyrektor Stępniewski.

Podczas jubileuszowej gali wręczone zostały więc nagrody samorządu Województwa Małopolskiego – Medal Polonia Minor: złoty dla Szpitala im. św. Ludwika oraz srebrny dla przyszpitalnej Fundacji Zdrowie Dziecka. Odznaczenia państwowe „Medal Złoty za długoletnią służbę", nadane przez prezydenta RP Andrzeja Dudę za wzorowe, wyjątkowo sumienne wykonywanie obowiązków wynikających z pracy zawodowej otrzymali: Wanda Cyrul, Barbara Furczyk-Wyroba, Zofia Godlewska-Stopa, Maria Klimaszewska-Rembiasz, Maria Kołodziejska, Małgorzata Krycka, Halina Lasek-Rembiesa, Leona Marcinkowska, Ewa Sowińska-Jarzyna, Piotr Staszak, Zofia Szymanowska i Maria Wyroba.

Pozostaje tylko życzyć kolejnych 145 lat sukcesów i uśmiechów małych pacjentów.

Źródło: Szpital św. Ludwika, opr. KD

11 Listopada przy Krupniczej

Z okazji 104. rocznicy odzyskania niepodległości, staraniem prof. Waldemara Hładkiego, szefa Zespołu ds. Kultury ORL, w auli Okręgowej Izby Lekarskiej przy ul. Krupniczej w Krakowie odbył się Koncert Pieśni Patriotycznych, w wykonaniu Krakowskiego Chóru Lekarskiego, pod batutą Justyny Hanusiak.

„Miło mi w progach Izby powitać przybyłych gości, w tę szczególną rocznicę, gdy po staraniach sześciu pokoleń, jak się doliczyłem, niemożliwe stało się możliwym" – powiedział prof. Hładki, scenarzysta wydarzenia, który w stroju z epoki czytał też wybrane fragmenty „Kwiatów polskich" Juliana Tuwima. Ceremonii powitania dokonał również prezes Izby Robert Stępień. Wśród uczestników spotkania widzieliśmy m.in. wiceprezes Marzenę Ksel-Teleśnicką i sekretarza ORL Mariusza Janikowskiego. Aula Izby wypełniona była do ostatniego miejsca, a oczekiwanie na występ chóru miało miejsce w kapitalnej scenerii ogrodu zimowego, powstałego podczas ostatniego remontu Izby.

Na program koncertu złożyły się popularne piosenki z „Pierwszą brygadą" odśpiewaną dynamicznie i „Moim rozmarynem" naturalnie lirycznym. Akompaniował, na „izbowym" fortepianie, Eligiusz Skoczylas, absolwent Akademii Muzycznej w Krakowie. *(cis)*

Fot. Agata Bartoszek

Kalendarz „Lekarze jak z bajki" 2023

Lekarze pochodzący z Ukrainy i pracujący w Polsce oraz medycy troszczący się o zdrowie obywateli walczącej Ukrainy stali się bohaterami trzeciej edycji kalendarza „Lekarze jak z bajki", wydawanego przez Fundację Zdrowia Publicznego i Teatr Groteska, we współpracy m.in. ze Szpitalem im. S. Żeromskiego w Krakowie. Dochód z internetowej sprzedaży kalendarza zostanie przekazany na pomoc materialną dla szpitala psychiatrycznego w Kulparkowie koło Lwowa.

Na kartach kalendarza w bajkowych bohaterów wcielili się tym razem m.in. dr Sletvana Hurina - rezydentka pediatrii ze Szpitala im. Żeromskiego, dr Stanislav Ilchenko z Oddziału Kardiologii Szpitala w Myszkowie, prof. Jerzy Wydmański z Narodowego Instytutu Onkologii w Gliwicach, który wraz z synem stworzył portal „Lekarze dla Ukrainy", a także prof. Dominika Dudek, kierownik Kliniki Psychiatrii Dorosłych SU w Krakowie, która angażuje się w pomoc ukraińskim rodzinom przebywającym w Polsce oraz wspiera ośrodki psychiatryczne we Lwowie. Jedną z bohaterek jest także doktor Maria Rybak, która po ucieczce z okupowanego Irpienia wraz z 6-letnim synem znalazła pomoc i wsparcie w przychodni Ratmedica w Trzcianie k. Bochni.

Natomiast gościem specjalnym tegorocznej edycji jest dr Marianna Mirczyk, lekarka z Ukraińsko-Polskiego Centrum Serca we Lwowie.

Na planie fotograficznym zaaranżowanym w Teatrze Groteska medycy przebrani w kostiumy przenieśli się w bajkowe plenery ze spektakli m.in. „Aksamitny królik", „Kto pocieszy pechowego nosorożca", „Trzy świnki" oraz „Cudowna lampa Aladyna". Autorem zdjęć do kalendarza jest krakowski fotograf Bartosz Siedlik we współpracy z Mateuszem Sibikiem. Nad artystyczną stroną kalendarza czuwają Małgorzata Zwolińska i Adolf Weltschek z Teatru Groteska.

Źródło: zeromski-szpital.pl (opr. KD)

Dzikich owoców czar

Konkurs Nalewek Własnej Receptury, organizowany wspólnie przez krakowskie izby lekarską i aptekarską, właśnie miał swój okrągły, dziesiąty jubileusz. Obchodzono go tradycyjnie w Muzeum Farmacji UJ, a gośćmi specjalnymi byli przedstawiciele Bractwa Kurkowego w Krakowie, którzy również zaprezentowali – pozakonkursowo – swoją nalewkę: miętówkę.

Prócz niej uczestnicy spotkania do degustacji mieli 24 różne nalewki. W tym roku zamiast cytrusowej egzotyki dominowały te przygotowane na bazie owoców dziko rosnących w naszym kraju, takich jak tarnina, rajskie jabłuszko, dereń, czeremcha czy cytryniec chiński. Aromat niektórych nalewek, a także ich właściwości zdrowotne i rozgrzewające wzmacniały zioła i przyprawy korzenne. Nic tak jednak nie ubogaca nalewki i nie sprawia, że od razu smakuje ona lepiej, jak historie związane z ich powstawaniem, pozyskaniem przepisu czy okolicznościami, w jakich były zbierane owoce. I właśnie by móc posłuchać tych iście alchemicznych opowieści – choćby o tym, jak nalewki dojrzewają i jak się starzeją pod wpływem „pracującego" w nich cukru – warto przyjść w listopadowy wieczór do Muzeum Farmacji.

W tym roku nagrody w poszczególnych kategoriach zostały przyznane przez jury w składzie dr Przemysław Szybka, wiceprezes OIA, Dariusz Kościelniak, wiceprezes OIL, Agata Bartoszek, biuro OIL, oraz mgr farm. Tomasz Płatek. Nagroda główna OIL trafiła do mgr farm. Kingi Pawlik za nalewkę na bazie rajskiego jabłuszka, a nagrody główne OIA do pani Alicji Gaweł z Podkarpackiej Izby Aptekarskiej za nalewkę wytrawną z cytryńca chińskiego oraz mgr farm. Anity Molendy za słodką nalewkę z czarnej porzeczki. Przyznano również nagrodę OIL za najciekawszy smak, którą otrzymał Zygmunt Madejski, lekarz ginekolog z Miechowa, za nalewkę półsłodką maraschino z wiśni, orzecha laskowego, gorzkich migdałów i wanilii. Pan doktor, który od lat bierze udział w konkursie, otrzymał także zasłużoną nagrodę za najpiękniej zaprezentowaną nalewkę, bo specjały doktora Madejskiego zawsze są podawane w pięknych karafkach z liczącej ponad sto sztuk kolekcji.

Jury przyznało także wyróżnienia – od OIL dla stomatologa Aleksandra Petri za słodką czeremchówkę i dla mgr. farm. Roberta Bironta za wytrawną dereniówkę oraz od OIA dla lek. Krzysztofa Tokarza za półsłodki sloe gin (przepis obok). Doktor Tokarz, lekarz psychiatra z Krakowa, otrzymał również nagrodę publiczności – dającą chyba najwięcej satysfakcji – za słodką wiśniówkę z cynamonem. Jaki jest jego przepis na sukces? – Większość nalewek robię „na oko", więc potem ciężko mi odtworzyć dokładnie przepis. Tak właśnie powstała ta wiśniówka. Najpierw robię

nalewkę, a po zlaniu płynu z owoców próbuję, czego brakuje, i dodaję: albo alkohol, albo wodę, albo jakieś przyprawy. Lubię to, bo czuję się wtedy jak współczesny alchemik, który z kilku produktów produkuje „płynną radość". Prócz tego zawsze jest trochę adrenaliny, czy w tym roku wszystko się uda – zdradza nam swe sekrety Krzysztof Tokarz.

Tekst i zdjęcia: Katarzyna Domin
Więcej zdjęć na stronie: oilkrakow.pl

Nalewka sloe gin, czyli tarninówka na ginie wg Krzysztofa Tokarza

Pół kilograma tarniny zebranej po pierwszych przymrozkach (jeśli zbierze się ją wcześniej, trzeba przemrozić ją w zamrażarce przez co najmniej dobę; ja zbieram tarninę w Beskidach, najczęściej na stokach Lubonia Wielkiego na Polanie Śmietanowej) należy zalać w słoju **litrem ginu** (ja biorę lubuski) i dodać **25 dag cukru**. Następnie trzeba zamknąć szczelnie słój, zamieszać i postawić w ciemnym miejscu. Co 2-3 dni należy mieszać, aż cukier się rozpuści, a potem całą zawartość słoja przemieszać raz w tygodniu. Po 3 miesiącach należy odcedzić owoce, przesączyć płyn przez gazę zmoczoną uprzednio wodą (żeby nie wsiąkała w nią nalewka), wlać do butelek i odstawić, aby nalewka nabierała smaku. Pić można ją w zasadzie od razu po odcedzeniu owoców.

Krzysztof Tokarz (w środku) oraz jurorzy Dariusz Kościelniak i Przemysław Szybka.

Erotyczne fantazje Brunona Schulza

Nieposkromiona wyobraźnia artysty, a także przypadłości natury psychopatologicznej sprawiają, że jego twórczość fascynuje zarówno wielbicieli sztuki, jak i lekarzy. Można się o tym przekonać w Muzeum Sztuki Współczesnej w Krakowie MOCAK, gdzie prezentowana jest wystawa „Bruno Schulz: Sex-Fiction".

Pewna siebie kobieta kroczy dumnie w butach na wysokich obcasach. Otacza ją grupa mężczyzn wyglądających jak karły, które z podziwem spoglądają na boginię. Służąca rozparła się na kanapie, a u jej stóp zwinięty w kłębek mężczyzna usiłuje polizać jej kostkę. Wyniosła intelektualistka przegląda kartki z dziełami potulnie stojących w kolejce twórców. Niczym wyrocznia odrzuca je na podłogę, a grono mężczyzn pokornie chyli przed nią czoła. Jeden z nich uklęknął, wpatrzony w gołą stopę damy. Niepokojącą pozę przybiera też kobieta o twarzy dziecka, trzymająca w ręce pejcz, jakby chciała zaraz uderzyć pełznącego w jej stronę mężczyznę. Tak wyglądają niektóre z grafik i rysunków wybitnego artysty, które można oglądać na wystawie „Bruno Schulz: Sex-Fiction".

Brunona Schulza znamy przede wszystkim z twórczości literackiej, z jego niebywałych „Sklepów cynamonowych" czy „Sanatorium pod klepsydrą". Ale był on też znakomitym grafikiem i rysownikiem, o czym świadczą jego prace, choćby te pochodzące z „Xięgi bałwochwalczej". W zasadzie w całości jest ona odbiciem erotycznych marzeń artysty, jego perwersyjnych upodobań masochistycznych i fetyszystycznych. Od dawna specjaliści dopatrują się ich źródeł w sytuacji rodzinnej urodzonego w Drohobyczu artysty. Dorastał on tam w żydowskim domu zdominowanym przez matkę i energiczną siostrę, mając bardzo słaby kontakt z chorym psychicznie ojcem. Zresztą obciążenie chorobami psychicznymi musiało mieć u Schulzów podłoże dziedziczne. Artysta przez całe życie miał poczucie bycia innym, osobnym, co wiązało się z ciężkimi stanami depresyjnymi i smutkiem, który towarzyszył mu niemal codziennie, także w kontaktach z kobietami.

Widać to wyraźnie w jego twórczości plastycznej. W większości prac postaci uległego mężczyzny mają rysy Brunona. Nie da się tu nie zauważyć masochistycznych skłonności twórcy, a także jego fascynacji takimi fetyszami, jak kobiece stopy, nogi, pończochy, pantofle.

Na wystawie pokazano także wycięte z poszczególnych grafik twarze artysty, które zostały zawieszone obok siebie, pozwalając w ten sposób na analizę jego psychiki. A tak ją opisał psychiatra dr Bogusław Harbat w publikacji, która ukazała się równolegle z wystawą: „Analiza życia i twórczości Brunona Schulza ewidentnie pokazuje, że na swojej drodze borykał się z wieloma przypadłościami natury psychopatologicznej. Nie bał się odważnie wchodzić w mroczne sfery nietuzinkowych fantazji i przemyśleń oraz płacił za to sporą cenę udręk psychicznych. Kultura judaistyczna obarczała go natręctwami poszukiwania znaczenia rzeczy, zjawisk, ludzkich zachowań i znaków. Wszedł w sferę niejednoznaczności, poszukiwania najbardziej pierwotnego ze znaczeń i znaków. Złamał pragmatyczną zasadę *primum vivere, deinde philosophari*, co umieściło go na zaminowanym pasie granicznym między normą a patologią".

Bruno Schulz, Mężczyzna, kobieta, autoportret, ok. 1930, ołówek / papier, 16 × 18 cm, courtesy Muzeum Literatury im. Adama Mickiewicza w Warszawie

To ciekawy temat dla specjalistów. Jednak oprócz tego rysunki i grafiki Schulza posiadają niezwykłe walory artystyczne. Nie bez powodu jego twórczość stawia się na równi z największymi grafikami, takimi jak na przykład Egon Schiele. Różnica polega na tym, że prace austriackiego twórcy można obejrzeć w jego rodzimym Wiedniu niemal zawsze, a dzieła Schulza są pokazywane rzadko. Dlatego warto wybrać się do MOCAK-u, gdzie wystawa „Bruno Schulz: Sex-Fiction" pokazywana będzie do 19 lutego 2023 roku.

Magda Huzarska-Szumiec

Szwadrony śmierci

Jan Klata, tworząc w Teatrze im. J. Słowackiego sceniczną rekonstrukcję dokumentu o indonezyjskich mordercach, pokazuje, że mechanizmy zbrodni wszędzie są takie same.

Jest rok 1965, w Indonezji zostaje obalony prezydent Sukarno, a jego miejsce zajmuje generał Suharto. Razem ze swoimi zwolennikami winą za wszczęcie puczu obarcza Indonezyjską Partię Komunistyczną. Ten, kto jest komunistą, albo tylko podejrzanym o takie poglądy, musi zginąć. Armia, która nie daje rady przeprowadzić aż tylu egzekucji, rekrutuje cywili. Tworzą oni szwadrony śmierci mordujące w potworny sposób swoich sąsiadów, znajomych, a nawet członków rodziny. Szczególnym okrucieństwem wyróżnia się Anwar Congo, mężczyzna do niedawna sprzedający pod kinem bilety, który jest wściekły na komunistów za to, że zabronili wyświetlania hollywoodzkich produkcji. To on właśnie stał się głównym bohaterem filmu dokumentalnego Joshuy Oppenheimera „The Act of Killing".

W nominowanym do Oscara obrazie występują ludzie, którzy dokonali tych zbrodni. Wstrząsające jest to, że bez problemu rekonstruują sceny morderstw, z zaangażowaniem pokazując, jakie stosowali metody, wręcz przechwalając się swoją pomysłowością w wymyślaniu sprawnej eksterminacji. Wyrzuty sumienia są im zupełnie obce. Czują się bohaterami i za takich są uważani. Choć z czasem, pod wpływem reżysera, który proponuje im, by w kręconym filmie wcielali się także w ofiary, nieco się to zmienia i zaczynają opowiadać o dręczących ich koszmarach sennych

Dokument Oppenheimera robi wrażenie. Jednak to chyba niejedyny powód, dla którego Jan Klata postanowił przygotować jego sceniczną adaptację, mając przecież świadomość tego, że teatralna wersja nie będzie miała tak wielkiej siły rażenia jak film, w którym biorą udział autentyczne postaci. Jednak zdecydował się na ten krok, wychodząc prawdopodobnie z założenia, że bezwstyd zła potrafi zawładnąć ludźmi w każdym czasie i w każdym miejscu.

Dlatego na scenie pojawia się grający Anwara Congo Jan Peszek, który demonstruje, jak unicestwiał ofiary. Należy to robić tak, by nie zostawało po nich zbyt dużo krwi, którą później trzeba sprzątać. Przecież o wiele czyściej można to załatwić za pomocą zaciskanego w odpowiedni sposób na szyi drutu. Jego relacja jest przerażająca w swojej zwykłości, choć jeszcze większe wrażenie robi postać Adima Zulkadryma świetnie zagrana przez Jacka Stramę. Jego zimne spojrzenie, bezwzględność, ale też swego rodzaju racjonalność sądów

Fot. Bartek Barczyk

wywołują dreszcze, kiedy w punktowym świetle siada na swojej podróżnej walizeczce i spokojnie opowiada o mechanizmach zbrodni.

A te ujęte zostały, tak jak w dokumencie, w ramy kręconego przez morderców filmu. Aktorzy świetnie bawią się tu konwencjami, czy to historii gangsterskich, czy westernów, z przyjemnością przymierzając kostiumy autorstwa scenografki Justyny Łagowskiej. Całość jest rozgrywana w połączeniu z wyjątkowymi projekcjami Natana Berkowicza, które wprowadzają na scenę popkulturowe odniesienia, budując przy tym klimat spektaklu. Wyświetlane przez niego postaci tyranów towarzyszą scenom, podczas których wjeżdża meleks. Stoi na nim fetowany przez bojówki Wiceprezydent i Wiceminister Młodzieży i Sportu, nie bez powodu grany przez Krzysztofa Głuchowskiego – odwoływanego od pewnego już czasu przez polityków partii rządzącej dyrektora Teatru im. J. Słowackiego.

Bo „Act of Killing", mimo że dzieje się w dalekiej Indonezji, to jednak obnaża sposoby działania każdej władzy, ostrzegając przed tym, do czego może prowadzić jej żądza podszyta fanatyzmem. Jak bywa to straszne, pokazuje finał przedstawienia. Jest on szczególnie wstrząsający teraz, gdy wciąż mamy przed oczami doniesienia z Ukrainy. Tamtejsze miejsca tortur nie różnią się niczym od tych azjatyckich, a morderstwa rosyjskich zwyrodnialców, którzy dokonali rzezi w Buczy, są dokładnie takim samym aktem nieludzkiego okrucieństwa, jakie było udziałem szwadronów śmierci.

Magda Huzarska-Szumiec

John Kelly

Dżuma, czarna śmierć. Najbardziej wyniszczająca epidemia wszech czasów

Pandemia dżumy, która spustoszyła kontynent azjatycki i europejski w XIV stuleciu, uchodzi za jedną z największych katastrof, jakich doświadczyła ludzkość w swojej historii. W powszechnej pamięci utrwaliła się pod nazwą „czarnej śmierci" – *mors nigra*, a jej wspomnienie przez całe wieki budziło nie tylko grozę, ale też wykreśliło cezurę w dziejach ludzkości, którą nierzadko opisywano jako swoisty punkt graniczny: „czas przed" i „czas po" pandemii. Czy rzeczywiście czarna śmierć miała tak decydujące znaczenie, a piętno przez nią odciśnięte pozostało tak trwałe? Jest to przedmiotem niekończącej się dyskusji historyków, antropologów, socjologów oraz epidemiologów, o czym najlepiej zaświadcza bogata i wciąż poszerzająca się literatura przedmiotu.

Amerykański pisarz, specjalizujący się w popularyzowaniu tematyki historycznej, John Kelly postanowił zmierzyć się z tą tradycją, rekonstruując, a po części kreując świat ludzi, którym przyszło zmierzyć się z czymś tak przerażającym, że wielu widziało w tym początek końca świata. Kelly zdecydował się dać czytelnikowi możliwie szeroką perspektywę, nie ograniczając się jedynie do opisu wydarzeń „czasu zarazy", ale również charakteryzując epokę ją poprzedzającą. Odnosi się do przemian gospodarczych, klimatycznych i kulturowych, wskazując, że wszystkie one miały wpływ na to, co wraz z genueńskimi statkami jesienią 1347 roku przybyło na Półwysep Apeniński i co wzdłuż szlaków komunikacyjnych rozprzestrzeniło się na całą Europę. Sięgając do źródeł i opierając się na analizach innych autorów, Kelly rekonstruuje podróż, jaką z dalekich stepów Azji przebył nieznany wówczas sprawca zarazy, pałeczkowaty kształtem organizm bakteryjny, który dzięki determinacji i przenikliwości utalentowanego badacza z Instytutu Pasteura, Aleksandra Yersina został przez niego wyodrębniony, opisany i na stałe połączony z dżumą. Stało się to jednak dopiero w 1894 roku! Na cześć odkrywcy patogen zyskał miano *Yersinia pestis*.

Podróż *Yersinia pestis* nie mogłaby przynieść tak fatalnych następstw bez udziału *Xenopsylla cheopis*, czyli gatunku pcheł żerujących na szczurach, które od tysiącleci stale były obecne w ludzkim habitacie, będąc uciążliwymi towarzyszami dnia codziennego siedlisk człowieka, wciskając się wszędzie, gdzie mogły liczyć na pożywienie. Bakteria, insekt i gryzoń zespolone w jeden mechanizm epidemiczny okazały się zabójczo skuteczne, choć trudno jednoznacznie odpowiedzieć, dlaczego aż na taką skalę. Kelly szuka na to odpowiedzi w ogólnej kondycji ówczesnych społeczeństw Europy, tworząc swoistą kronikę wypadków, października 1347 roku (rozdział czwarty książki zatytułowany „Sycylijska jesień"). Podąża za rozprzestrzeniającą się zarazą, śledząc nie tylko różnice i podobieństwa w postępach choroby, ale także, a może przede wszystkim, w ludzkich postawach. Paniczne poszukiwania wyjaśnienia, jakiejś szytej na miarę ówczesnej mentalności i wiedzy o świecie, logicznie spójnej konstrukcji, która pozwoliłaby rzecz całą ująć i zrozumieć, coraz bardziej desperackie próby znalezienia ratunku, narastające lęki, kumulujące się w powszechnej trwodze, wreszcie rodzące się w obliczu zagłady demony nakłaniające, by zwrócić się przeciw bliźnim. To wszystko odnajdzie czytelnik na kartkach recenzowanej książki.

Autorowi udało się odmalować wielowymiarowy obraz lat czarnej śmierci, który z pewnością znajdzie uznanie u odbiorców, choć nie ze wszystkim wypadnie się zgodzić. Jak chociażby z tezą, dość zresztą rozpowszechnioną, że społeczeństwa doby wieków średnich tonęły w brudzie. Nie wchodząc w tym miejscu w szczegółową polemikę, należy zauważyć, iż przykładanie współczesnej miary higieny do realiów średniowiecza nie zawsze prowadzi do właściwych wniosków. Takich miejsc do dyskusji z Kellym jest więcej, co jednak nie umniejsza dobrej oceny całości jego pracy. Nie ogranicza się ona bowiem wyłącznie do historii czarnej śmierci, lecz dąży do wyświetlenia konsekwencji, jakie ze sobą przyniosła dla dalszych losów społeczeństw Europy. Oprócz tych najbardziej oczywistych, choćby ogromnej wyrwy demograficznej i załamania się licznych gałęzi gospodarki, także i tych trudniej uchwytnych, jak przemian w postrzeganiu świata i ludzkiej mentalności. Czy to, co stara się nam przekazać autor, przekona sięgających po tę książkę? Warto się tego samemu dowiedzieć. Ja w każdym razie zachęcam do lektury.

Ryszard W. Gryglewski

John Kelly, „Dżuma, czarna śmierć. Najbardziej wyniszczająca epidemia wszech czasów", przekład z j. angielskiego Iwona Kukwa, Wydawnictwo Filia, Poznań 2022, s. 456.

Michał Chlipała, Ryszard W. Gryglewski, Artur Hartwich, Janusz Legutko

Zarys dziejów najstarszej w Polsce katedry chirurgii

Historia najstarszej w Polsce katedry chirurgii, za jaką uznaje się I Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej UJ CM, doczekała się pięknego, albumowego wydania autorstwa Michała Chlipały, Ryszarda W. Gryglewskiego, Artura Hartwicha i Janusza Legutki, który był też koordynatorem prac redakcyjnych.

Słowo wstępne do „Zarysu", pióra prof. Zdzisława Gajdy, świetnie ujmuje w encyklopedycznym skrócie dzieje katedry na przestrzeni przeszło dwustu lat, od chwili jej powstania. A historia ta zaczyna się według autorów w 1780 roku, w chwili powrotu do Krakowa Andrzeja Badurskiego ze studiów zagranicznych we Włoszech, z doktoratem i zamysłem utworzenia kliniki chirurgii na wzór obejrzanej po drodze w Wiedniu. Pomysł natychmiast wciela w życie Komisja Edukacji Narodowej, powołując w obiekcie uzyskanym po kasacie klasztoru zakonu jezuitów trzy kliniki: chirurgiczną, internistyczną i położniczą (na czele dwóch ostatnich staje Rafał Czerwiakowski).

I tak to wszystko się zaczyna na poziomie uniwersyteckim, choć trudno przemilczeć okres cyrulicki, bo już w roku 1477 zawiązano w Krakowie cech chirurgów, bliski cechom balwierzy, łaziebników, rwaczy zębów, litotomistów – o czym pisze interesująco w pierwszym rozdziale „Zarysu" Michał Chlipała, historyk z Katedry Historii Medycyny UJ CM. Jego też autorstwa jest opis fundamentalnych reform KEN oraz biogramy Rafała Czerwiakowskiego, Jana Nepomucena Rusta, Sykstusa Lewkowicz i Ludwika Bierkowskiego. Za każdym z nich postępują zmiany lokalowe Kliniki, które zwieńczy, w postaci budynku przy ul. Kopernika 40 (tzw. białej chirurgii), dopiero rok 1889, podczas kadencji Ludwika Rydygiera.

Przedtem jednak autorstwo recenzowanego tomu przejmie prof. Ryszard W. Gryglewski, którego pióra są szkice poświęcone postaciom Antoniego Bryka, Jana Mikulicza-Radeckiego, Ludwika Rydygiera, Alfreda Obalińskiego, Bronisława Kadera, Maksymiliana Rutkowskiego, Jana Glatzela. Wyliczenie ma tu sens szczególny, są to bowiem najwybitniejsi polscy chirurdzy lat poprzedzających niepodległość oraz okres II Rzeczpospolitej. Znakomity materiał ilustracyjny, portrety i sceny szpitalne, reprodukcje historycznych dokumentów, dyplomów, odznaczeń tworzą pod redakcją prof. Gryglewskiego niezwykły reprint minionej epoki.

Wreszcie czasy współczesne, powojenne przedstawiają Artur Hartwich i Janusz Legutko. Obaj chirurdzy mieli szczęście pracować z opisanymi w tym rozdziale uczonymi. Rok 1948 otwiera postać profesora Józefa Bogusza, chirurga w powstaniu warszawskim oraz kierownika jednego ze szpitali powstańczych Armii Krajowej, prócz tego członka Głównej Komisji Badania Zbrodni Hitlerowskich w Polsce, współzałożyciela „Zeszytów Oświęcimskich" i przez 34 lata prezesa Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego. Po nim krótko kieruje Katedrą i Kliniką Marian Barczyński, by przekazać ją w nowej strukturze profesorowi Tadeuszowi Popieli, w latach 1972-1981 rektorowi Akademii Medycznej. To czas ogromnego rozwoju krakowskiej chirurgii, działają trzy jej katedry (pod kierunkiem T. Popieli, R. Hermana, M. Politowskiego). Powstaje rządowy program PR-VI raka żołądka, w 2009 w Krakowie odbywa się VIII Światowy Kongres Raka Żołądka, prof. Popiela zostaje m.in. prezydentem Międzynarodowego Towarzystwa Raka Żołądka (IGCA) i Europejskiego Towarzystwa Chirurgicznego (ESS). Po jego przejściu na emeryturę (2003) kierownictwo katedry obejmują kolejno jego uczniowie, najpierw Jan Kulig, a następnie Piotr Richter. Ich zasługi trudno przedstawić w krótkiej recenzji, za co przepraszam.

Natomiast omówienia wymaga jeszcze dość niezwykły finał albumu w postaci „Aforyzmów, anegdot, cytatów i przysłów. O medycynie, lekarzach i chirurgach w szczególności", autorstwa doktora Janusza Legutki, emerytowanego chirurga I Katedry Chirurgii, koordynatora prac redakcyjnych całego tomu, a zarazem byłego redaktora naczelnego naszej gazety, działacza samorządu, który od lat słynie z zainteresowania historią medycyny. I teraz przedstawił nam arcyciekawy zbiór tego rodzaju facecji. Ot choćby taką, jak to mnich Rafał Czerwiakowski (m.in. świetny położnik) zabiegał o zwolnienie ze ślubów zakonnych (bo się zakochał), w czym pomagali mu w Rzymie sam Hugo Kołłątaj i prymas Michał Poniatowski. W końcu udało mu się pojąć za żonę wybrankę, dość trudnego charakteru, więc po latach cierpiał powtarzając, iż nie było to jak żyć w celibacie.

Tom wieńczy zdjęcie zespołu „białej chirurgii" z 2019 roku na tle budynku przy ul. Kopernika 40, który jako siedziba I Katedry Chirurgii Ogólnej właśnie przeszedł do historii. Historia Katedry trwa.

Stefan Ciepły

M. Chlipała, R.W. Gryglewski, A. Hartwich, J. Legutko, „Zarys dziejów najstarszej w Polsce katedry chirurgii", Fundacja dla Wydziału Lekarskiego CM UJ, Kraków 2022.

Złoty Medal „Plus ratio quam vis" dla profesora Janusza Skalskiego

Portret (po części) rodzinny

Wąski korytarzyk w domu z lat sześćdziesiątych, prowadzący do gabinetu profesora Janusza Skalskiego, nieuchronnie zmusza do przyjrzenia się niewielkiej, przeszklonej gablotce, mieszczącej stary, nadwątlony wiekiem, ale potężny klucz do bramy, długości ok. 20 centymetrów. Nie sposób go przeoczyć i nie spytać gospodarza o charakter owego rekwizytu, wyraźnie pieczołowicie konserwowanego. A to natychmiast pobudza właściciela do opowieści rodzinnej, sięgającej korzeniami XVI wieku, do drobnoszlacheckiej rodziny Niedziałkowskich herbu Rawicz z Mazowsza, która w 1585 roku została „zarejestrowana" w Krakowie. Ten klucz to ostatnia pamiątka po kamienicy rodzinnej przy ul. Zwierzynieckiej, noszącej nazwę Dwór pod Pawiem, wyburzonej w 1956 roku jeszcze na mocy dekretu Bolesława Bieruta, na miejscu której stanął dom towarowy Jubilat.

„Dom miał ściany grubości 1,5 metra, miałem pięć lat, trzymałem mamę za rękę i płakałem, jak go burzono" – wspomina Profesor. Dodam, że w XVII wieku opodal znajdowały się ogromne ogrody rodzinne, na których dzisiaj stoi kino Kijów i hotel Cracovia. A przy ul. Smoleńsk znajduje się kamienica, uznana w 1900 roku za najlepszą w Krakowie, będąca rezultatem wygranego konkursu architektonicznego przez mego pradziadka, bliskiego współpracownika Feliksa Księżarskiego (m.in. Collegium Novum) oraz Teodora Talowskiego (Szpital Zakonu Bonifratrów). Pradziadek zasłużył się też na Kresach Wschodnich, gdzie odkrył przy budowie jakiejś miejscowości zastygłego w murach nosorożca włochatego, stanowiącego do dzisiaj ważny rekwizyt Muzeum Przyrodniczego w Krakowie. Natomiast ojciec mojej matki był żołnierzem Pierwszej Kadrowej, zaś w foyer Starego Teatru jest portret Heleny Modrzejewskiej z psem, wypożyczonym przez Tadeusza Ajdukiewicza od mojej rodziny. To był nasz pies...".

Przerywam Profesorowi, w młodości uczniowi I Liceum im. B. Nowodworskiego, absolwentowi krakowskiej AM (dyplom 1975), którego kariera naukowa w Krakowie i na Śląsku w ciągu 45 lat pracy zawodowej obfituje w szereg stanowisk i tytułów. Wspomnę tylko kilka. A więc rok 1984 – doktorat, 1996 – habilitacja, 2001 – profesura. Staże naukowe w Boston-Harvard Medical School (1981-1982), Filadelfii (1988), Kilonii (1989-1990), Utrechcie (1998), Madrycie (1998), Rzymie (1999).

Jednocześnie mają miejsce kolejne etapy kariery zawodowej prof. Skalskiego, w latach 1975-1989 w Polsko-Amerykańskim Instytucie Pediatrii pełni funkcje od młodszego asystenta po ordynatora Oddziału Rehabilitacji Kardiochirurgicznej. Następnie przez 17 lat pracuje (1990-2007) w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu (m.in. jest prodziekanem Wydziału Lekarsko-Dentystycznego ŚUM). Wreszcie od 2007 roku ponownie w Krakowie, od 2009 roku (z trzyletnią przerwą) – dyrektor Instytutu Pediatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Z tych lat wybieram dwa dramatyczne epizody do bliższego opisania. Pierwszy miał miejsce w 2014 roku i okazał się potem wydarzeniem światowym. Przypominam, jak to przedstawiały ówczesne media. Noc andrzejkowa, dwuletni Adaś w śnie lunatycznym wychodzi z łóżeczka, otwiera drzwi i wędruje boso do lasu, nad rzekę. Tam traci przytomność, przewraca się, przykryty opadającymi liśćmi zostaje znaleziony nad ranem przez policjanta, przeszukującego las wspólnie z mieszkańcami wsi. „Ciało przywiezionego dziecka wyglądało jak zwłoki – wspominał wówczas prof. Skalski: – Adaś nie przejawiał oznak życia. Był sztywny, nie miał żadnych odruchów, żadnej reakcji. Naruszyć majestat śmierci czy podjąć próbę reanimacji? – to było pytanie, które stanęło przed zespołem chirurgów". Jak wiadomo, udało się, dziecko wyszło z głębokiej hipotermii bez większego szwanku. Był to wówczas światowy rekord wybudzenia, temperatura ciała dziecka wynosiła 12,7 st. C.

Drugi przypadek zdarzył się wcześniej, dotyczył wielce skomplikowanej sytuacji, gdy na salę operacyjną w Klinice transportowano maleńką, dwuletnią Zuzię, utrzymywaną dotąd przy życiu za pomocą sztucznego serca. Wiązało się to z ambitnym zamysłem krakowskiej Kliniki zastąpienia sztucznej aparatury serduszkiem poszukiwanego od roku dawcy, nagle uzyskanym z Gdańska. Helikopterem dotarło

ono właśnie do Krakowa i za parę chwil miał się dokonać eksperymentalny zabieg. O wszystkim decydowały minuty. I oto profesor, w holu, gotów do operacji, padł w sensie fizycznym. Miał zawał. Był 2010 rok. Takie są koszty sztuki medycznej uprawianej bez umiaru, przyznaje Profesor, skądinąd w młodości zdobywca szczytów wysokogórskich w Andach. Małą uratowali lekarze ze Śląskiego Centrum Chorób Serca, a doktora Skalskiego specjaliści z krakowskiego Szpitala im. Jana Pawła II.

Prof. Janusz Skalski odbiera laur „Plus ratio quam vis" z rąk rektora UJ prof. Jacka Popiela

Nie omawiam działalności Profesora w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu. Zaprzyjaźniony z profesorem Andrzejem Bochenkiem, współpracował też z profesorem Religą, pozostając pod jego urokiem. Natomiast pasję do historii zaszczepił mu wujek ze strony mamy (z domu Niedziałkowskiej) Henryk Mościcki, profesor UJ, członek Polskiej Akademii Umiejętności, współtwórca wielkiej 6-tomowej Historii Powszechnej.

Wyliczenie odznaczeń przyznanych profesorowi Skalskiemu jest jeszcze kłopotliwsze niż funkcji, które pełnił. Jest wśród nich Medal „Gloria Medicinae" Polskiego Towarzystwa Lekarskiego; jest Krzyż Kawalerski i Krzyż Komandorski Orderu Odrodzenia Polski; jest Medal Fideliter et Constanter za zasługi wniesione do leczenia dzieci z zespołem Downa (ponad 300 operacji); jest Medal im. Jana Robla za działalność bibliofilską; jest Order Uśmiechu; są liczne nagrody Miasta Krakowa, łącznie z Honorowym Obywatelstwem; jest tytuł Miłosiernego Samarytanina. Naturalnie gradacja wyróżnień jest kwestią ryzykowną, więc niech mi będzie darowane niewymienienie wszystkich.

Otrzymany właśnie przez Janusza Skalskiego Medal „Plus ratio quam vis" jest w sposób oczywisty powiązany z dorobkiem naukowym i klinicznym Profesora. Jest on autorem 420 prac, w tym 12 książek, i redaktorem naukowym 13 monografii zbiorowych czy 14 rozdziałów w podręcznikach, a ten dorobek ciągle rośnie. Podstawową publikacją jest „Kardiochirurgia dziecięca", wyróżniona nagrodą Ministra Zdrowia w 2004 roku. Znacząca jest też w zupełnie innym zakresie „Medycyna w Polsce od czasów najdawniejszych do upadku pierwszej Rzeczpospolitej".

Profesor Skalski przechodzi na emeryturę w wieku 71 lat, co nie oznacza, że będzie miał czas wolny. „Pali mi się grunt pod nogami – mówi. – Przez najbliższe trzy lata będę konsultantem w Klinice. I właśnie objąłem na dwa lata funkcję prezesa Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów. Pracy mam więcej niż na etacie. Nie ma dnia, żeby ktoś nie zadzwonił »napisz mi tę recenzję«, »zrób łaskawie korektę«, »przyjedź na konferencję«. Naprawdę mam co robić."

Taki model życia Janusz Skalski wyniósł z domu. Ojciec Feliks Skalski był absolwentem Wydziału Lekarskiego UJ, pochodził z Proszowic, z wielodzietnej rodziny, m.in. aktywny w ruchu oporu, więziony podczas okupacji niemieckiej na Montelupich, szykanowany po wojnie, przeszedł do przemysłowej służby zdrowia. Matka, Katarzyna z domu Cęckiewicz, ukończyła ogrodnictwo, wykładała podczas okupacji na tajnych kompletach, po wojnie zajęła się domem.

Żona Profesora, Anna, z domu Przewłocka, jest profesorem geriatrii w Katedrze Chorób Wewnętrznych i Gerontologii CM UJ, ze znaczącym dorobkiem naukowym. Państwo Skalscy doczekali się dwójki dzieci, syn Grzegorz ukończył geologię, para się organizacją turystyki, córka Barbara jest fizjoterapeutką.

– Gdzie pan umieści otrzymany Medal „Plus ratio quam vis"? – pytam Profesora po uroczystości w Collegium Novum. – Powiem szczerze – słyszę w odpowiedzi: – Mam specjalną, oszkloną gablotę w domu, gdzie znajduje się już 28 medali. One się tułały po całym domu, aż żona kazała mi zrobić z tym porządek. Nie miałem wyjścia...

Tekst: Stefan Ciepły
Zdjęcie: Katarzyna Domin

Wojciech Oczko (1532-1599)

„Żaden lek nie zastąpi ruchu”

Rozmowa z prof. Januszem Skalskim o pionierze wenerologii, balneologii i rehabilitacji

– Panie redaktorze, trochę tu namieszam w chronologii wywiadu, ale mam akurat pod ręką materiał dowodzący, że Wojciech Oczko był autorem szóstego w świecie opisu plastyki nosa, który uległ zniszczeniu prawdopodobnie wskutek przebiegu kiły. Bo to późne zmiany kiłowe powodowały, że nos – według historycznych zapisów – ulegał zniszczeniu albo wręcz odpadał. Tacy pacjenci byli bardzo nieszczęśliwi. W ołtarzu Wita Stwosza można znaleźć rzeźby pacjentów kiłowych, zwykle faryzeuszy nienawidzonych przez społeczności chrześcijańskie i przedstawianych z ubytkiem nosa lub z nosem siodełkowatym.

Wizerunek Wojciecha Oczki na pomniku w Iwoniczu-Zdroju

■ Rozumiem Panie Profesorze, że czasy Wojciecha Oczki były okresem dramatycznego nasilenia się epidemii syfilisu. Wiadomo, że jego bakteria została odkryta pod koniec XV wieku.

– Wtedy nie odkrywano bakterii, tylko chorobę. Bakterie zaczęto odkrywać, gdy pojawił się mikroskop. Krętek blady, wywołujący kiłę, odkryto dopiero na początku XX w. Ale choroba pojawiła się rzeczywiście w końcu XV stulecia. Przywleczony przez Kolumba krętek blady z Ameryki, z wyspy Haiti, spowodował katastrofę epidemiczną w Europie. Nastąpiło skrzyżowanie dwóch szczepów bakteryjnych – europejskiego i amerykańskiego, nasiliła się wirulencja tych bakterii tak bardzo, że o ile wcześniej na kiłę chorowano w sposób łagodny, to przy skojarzeniu tych dwóch szczepów bakteryjnych przebieg choroby był dramatyczny. Ludzie po zarażeniu umierali w ciągu kilku tygodni, a nawet kilkunastu dni. Ginęły całe populacje, całe wioski. Była to straszliwa epidemia, ludzie, jeśli przeżyli pierwszy rzut choroby, później masowo tracili nosy. Skądinąd wiemy, że w Indiach starożytnych jedną z kar cielesnych było obcinanie nosa. Tam właśnie po raz pierwszy pojawił się zamysł, aby jakoś naprawiać ten defekt, ale dopiero w czasach nowożytnych zaczęto takie próby podejmować w Europie. Odtwarzanie nosa ma swoją bardzo długą historię, szczególnie spektakularną w czasach tej wielkiej epidemii kiły, czyli syfilisu, w pierwszej połowie XVI w. A Wojciech Oczko był lekarzem, który zajął się w sposób szczególny „chorobą dworską”, zwaną też „przymiotem”. Taki też tytuł „Przymiot” nosi jego wielkie dzieło. Nazewnictwo w tej kwestii to odrębna historia. W Polsce choroba była także zwana „francą”, w Krakowie „chorobą warszawską”, w Rosji „polską”, w Portugalii „hiszpańską”, a w Hiszpanii „portugalską”. W XVI w. używano też nazwy „choroba neapolitańska”. Natomiast dzieło Oczki było mało znane w Europie, choć autor omówił w nim wszystkie dostępne w owym czasie metody leczenia. A więc opisano w nim stosowanie rtęci, drewna gwajakowca, rozmaite sposoby leczenia oparami rtęci czy maścią rtęciową, był wreszcie opis plastyki nosa, której pierwsze wykonanie przypisywane jest Gasparemu Tagliacozziemu.

Okazuje się, że Oczko w swoim dziele opisał bardzo ciekawie ten rodzaj operacji, który zastosował w Polsce, a konkretnie na Wzgórzu Wawelskim, przy leczeniu pewnej

dwórki, u której przeprowadził on operację rekonstrukcyjną nosa. Według znawcy historii cechów cyrulickich w Polsce Stanisława Sokoła, był to pierwszy w Polsce, a szósty w świecie opis procedury cyrulickiej w tym zakresie. Metodę tę Oczko podpatrzył podczas swego pobytu w Bolonii, w wykonaniu Aranciusza (Juliusza Cesara Aranziego, 1530-1589), ale sam zastosował technikę Gaspara Tagliocozziego (1545-1599), który był prawdopodobnie pionierem operacji plastycznych w Europie.

Nie wymieniam tutaj dalszych nazwisk słynnych operatorów, wiemy natomiast z „Przymiotu" Oczki, że chory musiał mieć płat skóry z ramienia albo przedramienia, który najpierw był uszypułowany na pasemku skóry i przyszyty do nosa. Później nos był wymodelowany, a płat skóry ostatecznie odcinano. Operacja zatem prowadzona była etapowo. Wymagało to siedzenia przez 40 dni bez ruchu, z ręką przywiązaną do czoła. Cała operacja była w Europie ewenementem, także sam Oczko – cytowany obszerniej w mojej książce „Medycyna w Polsce" – stwierdzał: „skóra jako nos własny przystawała i tak narastała, że muskułu niechawszy, i ręka cała, i nos cudny bywał. Cudnać zaprawdę to operacyja".

Czy cyrulicy mogli wykonywać takie zabiegi? Nie! Bo oni mieli bardzo wyraźnie określony zakres działalności. Najtrudniejszym zabiegiem dla cyrulika było odcięcie kończyny, czyli amputacja. Oni mogli wykonywać różne proste zabiegi, ale pewnych operacji im robić nie było wolno. Oczko natomiast był autorytetem, był uczonym, był wykształconym lekarzem, a nie jakimś tam cyrulikiem, więc mógł sobie w Polsce na coś takiego pozwolić. W ogóle był znakomitym znawcą szeregu chorób, które opisywał. Przy tym miał prócz medycznego także fakultet filozofa, był wizjonerem, kreatorem pewnych działań w leczeniu różnych chorób. Na dodatek był znawcą wód mineralnych. Jako autor swego drugiego fundamentalnego dzieła pt. „Cieplice" występuje też pod łacińskim przekształceniem swego nazwiska, Ocellus.

■ Przejdźmy Panie Profesorze do biografii Wojciecha Oczki...

– Urodził się w 1537 roku w Warszawie, zmarł w 1599 roku w Lublinie. Ale są też źródła, które podają nieco inne dane, w dziewiętnastowiecznej „Encyklopedii Powszechnej" Orgelbranda jest napisane, że urodził się w 1545 roku, a zmarł w 1608. Trudno powiedzieć, w które dane powinniśmy wierzyć. Nadworny lekarz trzech królów: Zygmunta Augusta, Stefana Batorego i Zygmunta III Wazy, najwięcej zajęć miał przy Batorym, który miał owrzodzenia podudzi. Leczył mu je i według pewnych legend myślał nawet o zrobieniu królowi operacji plastycznej na owrzodzenia. Ale Batory się podobno nie zgodził, żeby siedzieć w kucki przez parę tygodni. Przytaczam tę historię jako legendę, bo nie mam żadnych danych potwierdzających ten fakt.

■ Oczko skończył studia na krakowskiej akademii?

– Nie skończył, a tylko je zaczął. W Krakowie zdobył tytuł bakałarza, najniższy w hierarchii naukowca, upoważniający do zajęć w szkołach parafialnych. W 1559 roku wyjechał na dalsze studia do Padwy, a potem Bolonii, gdzie uzyskał doktoraty z medycyny i filozofii. Potem zwiedzał Hiszpanię i Francję. W tej drugiej na pewno odwiedził Montpellier, gdzie znajdował się wysokiej klasy ośrodek uniwersytecki z wielką tradycją nauczania medycyny, sięgającą średniowiecza. Po powrocie do Polski pełnił wspomnianą rolę lekarza królewskiego, ale jego biografia ma tu znaczenie wtórne, podkreślić natomiast warto szeroki zakres zainteresowań Wojciecha Oczki. Jego pierwsze znaczące dzieło z 1578 roku nosiło tytuł „Cieplice" i stanowi fundament polskiej balneologii. W tym samym roku ukazała się „Opera Medica" poświęcona fizjoterapii, wreszcie w 1581 roku wydano wspomniany „Przymiot". Daty podaję według wydań krakowskich.

■ Może kilka zdań warto poświęcić każdemu z nich...

– Bardzo proszę, bo warto, Oczko miał bowiem wiedzę i intuicję, dzięki którym wyprzedzał intelektualnie całą epokę. Przykładem koronnym jego wyjątkowego podejścia do „przymiotu" była ocena skutków stosowania rtęci. Przestrzegał, by ludziom słabym nie pozwalać na wdychanie jej oparu, czyli tzw. „kurzenie". Twierdził też, że nadmierne wydzielanie śliny jest groźnym symptomem świadczącym o pogorszeniu się stanu ogólnego pacjenta. Współcześni mu lekarze, a także późniejsi uważali wręcz odwrotnie, że jest ono dowodem pozbywania się złych miazmatów, stanowiąc świadectwo powracania chorego do zdrowia. Tak twierdził m.in. 150 lat później Herman Boerhaave, słynny holenderski lekarz, ojciec medycyny klinicznej. Opinia Oczki dowodzi jego fantastycznej intuicji, wyczucia lekarskiego i zdolności prognozowania terapii. Zwracał przy tym uwagę, jako filozof, na znaczenie strony psychologicznej leczenia. Chory musi mieć zaufanie do lekarza, pisał, podkreślając jego wpływ na psychikę pacjenta.

■ Tak na marginesie, Panie Profesorze, skąd ta ówczesna wiara w lecznicze właściwości rtęci?

– Z empirii. Rtęć, która jest bardzo mocną toksyną w postaci soli rtęciowych, zgodnie z zasadą Paracelsusa, o czym już kiedyś mówiliśmy, jak każdy lek musiała być stosowana we właściwej proporcji. Rtęć stosowana była w lecznictwie od starożytności, a arabski lekarz Awicenna w XI w. leczył choroby skóry wcieraniem maści rtęciowej. W czasie pandemii kiły w XVI w. ponownie zainteresowano się rtęcią. O wartości leczniczej decydowała dawka. Empirycznie ustalili to przede wszystkim jatrochemicy stwierdzając, że pewne leki oparte o minerał potrafią leczyć. Kto był pierwszy, nie wiemy.

Według Oczki wcieranie maści nosiło nazwę „mazania", a wdychanie oparów „kurzenia". Jedno i drugie słowo było określeniem zaproponowanym przez Oczkę, bo nie mówiliśmy jeszcze, że był on twórcą terminologii lekarskiej w języku polskim.

■ Czy jest to świadectwo wielkiego renesansowego zwrotu ku polszczyźnie, także w medycynie?

– Zwrot ku polszczyźnie jest rzeczywiście bardzo pięknym akcentem w jego całej działalności. Twierdził, że pisanie dzieła medycznego w języku polskim przyniesie wyłącznie korzyści. Natomiast co było błędne w jego teoriach? Otóż uważał, że wszystkie choroby weneryczne mają ten sam wspólny czynnik sprawczy. To był błąd. Uważał też, że stan utajenia choroby, np. remisji w trakcie przebiegu kiły, pozwala na poniechanie leczenia – i tu zupełnie nie miał racji.

■ Czy to wiązało się z jakimiś zaleceniami wstrzemięźliwości seksualnej?

– Oczywiście, choć nie widział bezpośredniego związku rozwiązłości seksualnej z zarażeniem kiłą. Uważał, że choroba weneryczna może też powstać samoistnie, w rezultacie niehigienicznego trybu życia: rozpusty, obżarstwa, pijaństwa. Stąd też jego określenie kiły mianem „choroby dworskiej". Rozprzestrzenianie się kiły to zresztą odrębny temat do opowieści. Ciekawym spostrzeżeniem Oczki było zwrócenie uwagi na rangę psychologicznego podejścia do pacjenta oraz wskazanie konieczności zaniechania ostrej terapii u pacjenta w złym stanie ogólnym, bo można przyczynić się do jego śmierci. Było to zaprzeczeniem ówczesnej praktyki podawania pacjentowi w ciężkim stanie wszystkich możliwych środków leczniczych.

■ Nie mówiliśmy jeszcze o balneologii, a to, jak się wydaje, był drugi wielki obszar działalności Wojciecha Oczki.

– Faktycznie, badał źródła lecznicze m.in. w Szkle koło Lwowa, w Drohobyczu, Bieczu, Gródku, Swoszowicach, Krępachach, a także w Iwoniczu. Nazwę „Cieplice" nosi jego drugie wielkie dzieło o miejscowościach mających znaczenie dla balneoterapii w Polsce. Cieplicami nazywa Oczko każde uzdrowisko posiadające źródła mineralne cieplejsze niż otoczenie. Szczególną uwagę poświęcił on okolicom Iwonicza, uważa się więc, że jest twórcą iwonickiego uzdrowiska.

■ Mówiono też, że Oczko to ojciec polskiej rehabilitacji.

– Powszechnie cytowana jest jego słynna sentencja „Ruch zastąpi prawie każdy lek, podczas gdy żaden lek nie zastąpi ruchu". Zalecał jazdę konną, szermierkę, taniec, zapasy.

Rycina francuska z drugiej połowy XVIII w., ilustrująca operację rekonstrukcji nosa wg G. Tagliacozziego

■ Zaskakująca jest ta wszechstronność Wojciecha Oczki. Jego imię nosi któryś ze szpitali w stolicy.

– Owszem, ale z tym jest cała komedia, bo szpital i znana przychodnia okulistyczna mieszczą się przy ul. Oczki, więc mniej biegli warszawiacy mylą się, poszukując „szpitala na oczkach". Tablica pamiątkowa mu poświęcona znajduje się na Starym Mieście, przy ul. Piwnej, gdzie mieszkał. Mamy też telewizyjny Szpital w Leśnej Górze imienia Wojciecha Oczki w serialu „Na dobre i na złe". Jego imienia jest kilka szpitali w Polsce.

■ Potocznie określa się go mianem ojca medycyny polskiej. Pan profesor to akceptuje?

– To może za dużo powiedziane. Ojciec wenerologii polskiej – tak, balneologii polskiej – tak. Może jeszcze rehabilitacji i fizjoterapii polskiej – bo te określenia mają sens. To, co pisał o konieczności ruchu, zachowuje aktualność do dzisiaj. Podobne są zasługi dotyczące uzdrowisk. Ale nie miałbym odwagi powiedzieć, że całej medycyny polskiej. Współcześnie działał Józef Struś, Jan Hieronim Chrościejewski, nieco zapomniany ojciec pediatrii polskiej, było kilku znakomitych lekarzy na skalę europejską. Więc poprzestańmy na tych trzech specjalizacjach. To mało?

Z prof. Januszem Skalskim
rozmawiał Stefan Ciepły

Wynajmę lokal komercyjny w Krakowie-Ruczaju

ul. Kobierzyńska. Powierzchnia 129,4 m2.
Pięć miejsc parkingowych przynależnych do lokalu.
Kontakt: tel. 530 166 665

NOWY SĄCZ

Poszukuję lekarzy, wspólników, udziałowców do budowy przychodni lekarskiej/kosmetycznej itp. Posiadam działkę 1500 m2, w pełni uzbrojoną, w bardzo atrakcyjnej lokalizacji.
Wielkość budynku 1000-1500 m2.
Kontakt mailowy: ed57@vp.pl,
w tytule proszę wpisać: PRZYCHODNIA

Podmiot Leczniczy Eskulap

Sp. z o.o. oferuje pracę w Olkuszu oraz w Krakowie (Nowa Huta).
Forma zatrudnienia dowolna (umowa o pracę, zlecenie, kontrakt).
W Krakowie zapraszamy do współpracy lekarzy posiadających specjalizację z medycyny pracy.
W Olkuszu zatrudnimy lekarzy ze specjalizacją w zakresie medycyny pracy, pediatrii, medycyny rodzinnej, lekarzy internistów lub o spec. chorób wewnętrznych.
Przesyłane CV muszą zawierać klauzulę o ochronie danych osobowych.
Kontakt: tel. 660 546 704, e-mail: drbozena@op.pl
lub administracja@eskulap-olkusz.pl

Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie

Sp. z o.o., os. Złotej Jesieni 1, zatrudni:
– lekarza specjalistę psychiatrii: w Poradni Leczenia Uzależnień; w Centrum Zdrowia Psychicznego; w Oddziale Toksykologii i Chorób Wewnętrznych;
– lekarza specjalistę w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej.
Osoby zainteresowane prosimy o przesyłanie ofert wraz z podpisaną informacją o przetwarzaniu danych osobowych,
na adres e-mail: agornikowska@rydygierkrakow.pl
Więcej informacji można uzyskać pod nr. tel.: 12 646 83 76

„Uzdrowisko Rabka" S.A.

poszukuje lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii, balneologii i medycyny fizykalnej, pediatrii i chorób wewnętrznych. Oferujemy:
- bardzo dobre warunki płacowe,
- zatrudnienie w oparciu o umowę kontraktową,
- dodatkowe wynagrodzenie za dyżury oraz prowizje za komercyjne usługi medyczne,
- istnieje możliwość zakwaterowania.

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

NZOZ Inter Medicus w Krakowie

ul. Szwedzka 27, poszukuje do zespołu lekarzy: reumatologa, foniatrę, chirurga ortopedę, neurologa, psychiatrów, laryngologa.
Oferujemy atrakcyjne warunki pracy, elastyczne godziny i formy zatrudnienia.
Kontakt: intermedicus1@wp.pl, tel. 12 267 09 88, 505 784 111

Prywatna placówka medyczna w Krakowie

zajmująca się terapią medycznymi konopiami poszukuje do współpracy lekarzy.
Więcej szczegółów: tel. 503 367 292,
e-mail: gabinet@medicanneum.pl
Zapraszamy Medicanneum Medycyna i Konopie

I Zimowe Mistrzostwa Polski Lekarzy i Lekarzy Dentystów w Siatkówce Plażowej

odbędą się w dniach 27-28 stycznia 2023 r. w Fabryce Sportów Marcina 35 w Kozłowie koło Gliwic.
Lekarzy i lekarzy dentystów z całego kraju zaprasza przewodniczący Komisji Sportu i Rekreacji ORL w Katowicach dr Przemysław Rosak.
Kategorie: pary męskie do 40 r.ż. oraz pary męskie 40+.
Wpisowe: do 20.12.2022 r. – 400 zł od pary,
po 20.12.2022 r. – 500 zł od pary.
Szczegóły i zapisy na stronie:
https://izba-lekarska.org.pl/izba-dla-ciebie/po-godzinach/sport

Dr .....

.....

.....
dokładny adres zamieszkania

..... dnia
.....

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, nazwisko, adres osoby wskazanej

.....
podpis i pieczątka

Ogłoszenia

W imieniu Stowarzyszenia Lekarze Nadziei zwracam się z prośbą o pomoc **w obsadzeniu społecznych dyżurów w Przychodni Lekarskiej dla Ludzi Bezdomnych i Ubogich w Krakowie** przy ul. Smoleńsk 4.
Prośba związana jest ze zwiększonym napływem w okresie chłodów chorych potrzebujących doraźnej pomocy medycznej.
Czas pełnienia dyżurów (między godz. 12 a 16) do uzgodnienia, np. 2 godz. raz w tygodniu lub co drugi tydzień.
Przychodnia posiada bardzo dobre zaplecze lokalowe, podstawową aparaturę, własną aptekę i zespół pielęgniarski.
Brak lekarzy sprawia jednak, iż nie jesteśmy w stanie udzielić odpowiedniej pomocy wielu chorym.

W sprawie podjęcia dyżurów uprzejmie prosimy o kontakt:
Zarząd Główny, SLN
al. Pokoju 7, 31-548 Kraków, tel. 12 414 30 05 (w godz. 10-14, wt, śr, pt)
e-mail: medaid@ sln.org.pl, www.sln.org.pl
Przewodniczący: dr n. med. Marian Kopciuch, tel. 697 696 310
Kierownik Przychodni: lek. Iwona Godek, tel. 12 433 51 30 (w godz. 12-16)
Recepcja: piel. Zofia Zachara, tel. 785 852 195 (w godz. 10-17)

Z wyrazami poważania
Przewodniczący ZG SNL Dr n. med. Marian Kopciuch

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

UCHWAŁA NR 38/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 21 PAŹDZIERNIKA 2022 R.

zmieniająca uchwałę 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. z 2021 r. poz. 1342) uchwala się, co następuje:

§ 1

W uchwale Nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej wprowadza się następujące zmiany:
1) § 1 otrzymuje następujące brzmienie:
„1. Ustala się wysokość składki obowiązującej lekarza i lekarza dentystę, członka okręgowej lub Wojskowej Izby Lekarskiej, zwanego dalej „lekarzem", w wysokości 120 złotych miesięcznie.
2. Lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu przyznane w celu odbycia stażu podyplomowego, zwany dalej „lekarzem stażystą", opłaca składkę w wysokości połowy jej podstawowego wymiaru określonego w ust. 1, tj. 60 złotych miesięcznie.
2) W § 3 ustęp 1 punkt 1 otrzymuje następujące brzmienie:
„1) ukończył 70 lat."
3) dodaje się § 4a w brzmieniu:
„Komisja Finansowo-Budżetowa Naczelnej Rady Lekarskiej co najmniej raz na dwa lata dokonuje analizy wysokości składki członkowskiej, uwzględniając w szczególności poziom inflacji, stan wynagrodzeń lekarzy oraz możliwości realizacji zadań ustawowych i przedstawia wnioski co do utrzymania lub zmiany wysokości składki członkowskiej."

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2023 r.

Prezes Łukasz Jankowski
Sekretarz Grzegorz Wrona

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: skladki57@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.