nakład 16 280 egz. ISSN 1897-7782

Galicyjska Gazeta Lekarska

PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

2023
2/192
marzec – kwiecień

Brońmy samorządności

Przypominamy, że od 1.01.2023 składka członkowska wynosi 120 zł

W numerze m.in.:

Ustawa o jakości czy bylejakości (2, 3, 14)

XLII Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie w relacji J. Hodor i S. Ciepłego (6)

Prof. A. Bodnar o zagrożeniach dla samorządności (10)

Krakowska Izba zwiększa możliwości doskonalenia zawodowego (13)

Relacja z „izbowej" debaty o kobietach w medycynie – K. Domin (15)

Specjaliści alarmują - polskie dzieci coraz bardziej otyłe – J. Sieradzka (19)

Targi KRAKDENT za nami (22)

Rok pracy w Prezydium ORL relacjonuje Marzena Ksel-Teleśnicka (24)

Profesor Skalski o początkach pediatrii w Polsce (27)

Pułapki zatrudniania lekarzy spoza UE – mec. A. Gut (34)

OIL w Krakowie zaprasza na kursy i szkolenia (39-41)

Wiosenna oferta kulturalna (48-51)

Pożegnanie: lek. Adama Wodnicka-Dębska (54)

Nasza okładka

Prof. Adam Bodnar podczas Okręgowego Zjazdu Lekarzy *Fot. K. Domin*

Czyja będzie wiosna?

XLII Okręgowy Zjazd za nami. Wbrew obawom kworum dopisało, Okręgowa Rada otrzymała absolutorium za 2022 rok, zatwierdzono również preliminarz budżetowy na rok bieżący. Minęły także Święta Wielkanocne. W najbliższym czasie czekają nas majowe święta (długi weekend), a potem igrzyska europejskie (21 VI-2 VII), wymagające zapewnienia opieki medycznej – o czym jak dotąd cicho. Uwielbienie dla improwizacji i działania „na ostatnią chwilę" wydaje mi się narodową cechą.

Zgodnie z oczekiwaniami, wydarzeniem naszego Zjazdu było wystąpienie byłego Rzecznika Praw Obywatelskich prof. Adama Bodnara. To, że mówił o cieniach demokracji na tle naszej rzeczywistości, nie zaskoczyło. Ale jeden detal zapadł mi w pamięć. Oto okazuje się, że na formalnej ścieżce legislacyjnej naszego parlamentu (oczywiście, na jej początku, bo inaczej byłoby głośno) znajduje się projekt zniesienia obligatoryjnej przynależności do samorządu adwokatów i radców prawnych. Kto za tym stoi, nie trudno się domyślić. Mam jednak w pamięci podobną historię samorządu lekarskiego w Słowacji. Tam rzecz weszła w życie uchwałą parlamentu, w efekcie w resztkach samorządu dobrowolnie pozostało około 13 procent lekarzy. Nieomal wszystko – pomoc socjalno-bytowa, kształcenie podyplomowe, specjalizacyjne, ubezpieczenia, staże, rejestr lekarzy, działalność kulturalna, sportowa, rekreacyjna, sądownictwo i opieka prawna nad lekarzami – powtarzam, nieomal wszystko wygasło. A wykształcona kadra biurowa poszukała innego zatrudnienia. I co? Po czterech latach, na wyraźne żądanie środowiska lekarskiego, przywrócono samorząd obligatoryjny. Ponad 80 procent lekarzy natychmiast znów zapisało się do izby, już w pełni dobrowolnie, bo brak własnej reprezentacji okazał się trudnym do zniesienia. Administracja państwowa, gminna, sądy nie wypełniły luki. Tylko w urzędniczej wyobraźni wszelka samorządność jest zadrą. W obywatelskiej – przywilejem. Niestety, czasem niedocenianym. Szczególnie bolesna okazała się dla środowiska utrata prawa do narzekania. Dotyczyło to głównie ludzi, którzy pozwolili się wybrać do organów izby, a ich miejsca, kiedy powinni je zajmować, świeciły pustkami. To tak, jakby ogłosić konkurs skoków narciarskich, na który nie przybyli zawodnicy. Wiatr hula, widownia pustoszeje, a wyniki są tylko z poprzedniej edycji.

Ale tak było na Słowacji, przed laty. Natomiast u nas idzie wiosna i powinno być radośnie. Moim zdaniem, nadzieja w paniach – patriarchat zostanie u nas wyeliminowany. Wśród lekarzy mamy już 63 procent kobiet. I choć w potocznym języku „pani doktor" jeszcze się broni, to pewnie lada moment zastąpi ją „pani doktorka". W stomatologii 76 procent stanowią kobiety i w nazewnictwie „stomatolożka" czy „dentystka" nie muszą już walczyć o swoje prawa. Tylko w zarządzaniu ochroną zdrowia jeszcze nie drgnęło. Obok ministra zdrowia ani jednej pani profesor(ki). Ekspertek przy nim nie ma. Dlatego niezależnie od opcji nie wróżę mu powodzenia. Może to jednak nie jest powód do zmartwienia...?

Robert Stępień
prezes ORL w Krakowie

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Walka o „ustawę o jakości" trwa nadal. Padają już argumenty polityczne, minister zdrowia stwierdził, że opinia Senatu ma także charakter polityczny, a nie merytoryczny, że ustawa jest dobra, a tylko źli przeciwnicy polityczni jej nie akceptują.

Odrzućmy te argumenty. W dyskusje polityczne nie zamierzam się wdawać. Założeniem ustawy jest poprawa jakości w opiece zdrowotnej. Dlaczego w takim razie likwiduje się niezależną instytucję oceniającą tę jakość, zastępując ją Narodowym Funduszem Zdrowia? Nieprawdą jest, że to płatnik ma sprawować kontrolę nad jakością. Nie taka jest jego rola. Założeniem reformy opieki zdrowotnej jest oddzielenie instytucji płatnika od organizatora świadczeń zdrowotnych. Tworzenie jednej instytucji, która ma płacić, organizować, nadzorować i oceniać, powoduje skutki, które odczuwają wszyscy tzw. uczestnicy systemu. Górę bierze bałagan i niekompetencja. Świadczenia zdrowotne są niezorganizowane. Nie pomogą tu sesje, konferencje i panele, w których zabiera głos wielu mądrych ludzi. Ich propozycje są traktowane na zasadzie „psy szczekają a karawana idzie dalej", co zresztą jasno wypowiedzieli wysocy przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia. Patent na nieomylność ma resort. Nie prowadzi to w dobrą stronę.

Nie ma jakości bez pieniędzy, a tymczasem kolejne 50 milionów zł z NFZ ma być zabrane na półkolonie. Podobno zdrowotne, ale organizacją kolonii dla dzieci powinien zająć się inny resort. Pieniądze z NFZ mają być przeznaczane na zdrowie. Wystarczy, że na utrzymanie dwóch agencji rządowych wydajemy pół miliarda złotych.

Tymczasem, mimo polityki prorodzinnej, porody finansowane są na poziomie ok. połowy kosztów, a oddziały chorób wewnętrznych poniżej kosztów, podobnie nisko finansowane są odziały chirurgii ogólnej, urazowej, jednym słowem te, które są domeną funkcjonowania szpitali powiatowych.

Niedobór kadr medycznych jest powszechnie znany. Rozwiązania zaproponowane w ustawie spowodują jego pogłębienie. Już teraz obserwujemy niechęć absolwentów medycyny do podejmowania specjalizacji operacyjnych i specjalizacji „szerokich". Za chwilę obudzimy się bez internistów, pediatrów, chirurgów ogólnych, ginekologów i położników. Te specjalizacje już się wykruszają. Zobaczymy, co będzie dalej.

O skutkach prawnych dla profesjonalistów medycznych pisałem – ustawa wpędza nas w medycynę asekuracyjną i trudno się dziwić dążeniom lekarzy do osobistego bezpieczeństwa. Trudno także oczekiwać masowego zgłaszania zdarzeń niepożądanych przy regulacjach wprowadzanych przez ustawę. Ideą informowania o nich powinno być wyciąganie wniosków z tych zdarzeń, a nie szukanie i karanie „winnych".

Zdanie środowiska medycznego na temat ustawy jest znane: ustawa nadaje się do kosza. Zobaczymy, co zdecyduje Sejm.

***

Podniesienie składki na samorząd odbiło się także dziwnym echem. Dziennikarka jednego z portali sporządziła tabele i ustala ranking: która izba co „daje" za podniesioną składkę. Pani redaktor wyliczyła 21 aktywności i znaczy, ile z nich oferują poszczególne izby. Nie pozwólmy wpędzić się w głupie współzawodnictwo „kto co daje", bo to do niczego dobrego nie prowadzi. Zwłaszcza że owa pani ustawowe działania samorządu kwituje stwierdzeniem „a poza tym izby zajmują się..." i tu wyliczenie ustawowych obowiązków samorządu. Samorząd dysponuje istotnie większymi pieniędzmi, ale ich wykorzystanie nie może być przedmiotem dziennikarskiego rankingu.

Jerzy Friediger
redaktor naczelny „GGL"

Projekt Ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta na razie trafił do kosza. 14 kwietnia Sejm, wbrew rekomendacji Komisji Zdrowia, zagłosował za przyjęciem uchwały Senatu odrzucającej w całości tę ustawę. Rządzącym zabrakło jednego głosu. Jednak minister Niedzielski zapowiedział, że zrobi wszystko, by ustawa wróciła. Oby zmieniona...

W ochronie pacjenta czy systemu?

W krakowskiej Izbie odbyła się 13 kwietnia konferencja prasowa na temat projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta, dyskutowanej wówczas na forum Sejmu. Zdaniem lekarzy, którzy wysunęli kilkadziesiąt zastrzeżeń, ma ona dość dwuznaczny charakter, w wielu wypadkach broni bowiem przede wszystkim systemu zarządzania ochroną zdrowia, a nie pacjentów.

Drastycznie widać to w konstrukcji przepisów dotyczących tzw. Rejestru Zdarzeń Niepożądanych. Jak mówił na konferencji Sebastian Goncerz, przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL, apelując o veto Prezydenta RP, rejestr, z zastrzeżonym dostępem wyłącznie dla rozmaitych organów ścigania, uniemożliwia zdobycie informacji ludziom nauki, analizującym błędy i mogącym wprowadzać pożądane korekty do lecznictwa. Podobne bariery postawiono przed samorządem, mogącym postulować zmiany organizacyjne. Wreszcie „donosicielski" charakter zgłaszania zdarzeń, limitowany w godzinach itd. niczemu nie służy.

Całą serię potknięć w projekcie ustawy, będącym kolejnym bublem prawnym, przedstawił prowadzący konferencję w imieniu Izby dr Jerzy Friediger. Główne z nich to koncentracja przepisów na szpitalach publicznych, z przemilczeniem wszystkich pozostałych ogniw ochrony zdrowia (AOS, poradnie itp.); powierzenie kontrolnej roli nad ochroną zdrowia NFZ, a więc instytucji płatnika (czyli samemu sobie); naruszenie zasad równego dostępu obywateli do świadczeń finansowanych ze środków publicznych; liczne odstępstwa od międzynarodowej klasyfikacji procedur medycznych; swego rodzaju woluntaryzm dotyczący autoryzacji przez NFZ podmiotów medycznych; wreszcie zmiany w systemie uzyskiwania specjalizacji przez lekarzy, niewprowadzające czynnika mobilizującego do wyboru kierunków pożądanych, co będzie prowadzić do zapaści systemu.

Pełny rejestr zastrzeżeń zawarty też został w opinii Biura Legislacyjnego Kancelarii Senatu RP.

(cis)

Protest pielęgniarek w Krakowie

K. Domin

Około 700 pielęgniarek i położnych z różnych części Polski wzięło udział w proteście, który 12 kwietnia przeszedł ulicami Krakowa – spod Urzędu Marszałkowskiego aż do Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego. Skandując hasła „Wykształcenie ma znaczenie", „Stop degradacji, stop dyskryminacji" protestowały przeciwko obniżaniu wynagrodzeń najlepiej wykształconym pielęgniarkom i położnym oraz nieuznawaniu przez dyrektorów szpitali ich kwalifikacji.

Akcja jest efektem nowelizacji ustawy o najniższych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia z ub. roku, która wprowadziła rozróżnienie zarobków między pielęgniarkami w zależności od ich kwalifikacji na danym stanowisku, posiadania tytułu magistra oraz specjalizacji. Ale przepisy nie są jednoznaczne – mówią o kwalifikacjach „wymaganych", a nie tych „posiadanych", dlatego są różnie interpretowane przez dyrektorów szpitali.

Według pielęgniarek i położnych problemy z wypłatą wynagrodzeń dla najlepiej wykształconych pracownic występują w 70 proc. szpitali w woj. małopolskim, w tym także w Szpitalu Uniwersyteckim, dlatego przemarsz protestujących również przed gmachem Uniwersytetu Jagiellońskiego nie był przypadkowy.

Nie dla wszystkich zgoda na pracę

2,5 proc. lekarzy spoza UE, którzy wystąpili o pozwolenie na pracę w Polsce, odmówiono takiej zgody. Główny powód to brak znajomości języka polskiego – poinformował „Dziennik Gazeta Prawna". Ostatecznie, po odwołaniach, w 70 przypadkach utrzymano postanowienie w mocy.

Otrzymanie pozwolenia na pracę w Polsce ułatwiła lekarzom spoza UE pandemia. Kolejna furtka otworzyła się dla obywateli Ukrainy po wybuchu wojny w tym kraju. Ministerstwo zmniejszyło wymagania wbrew opinii samorządu lekarskiego i szerokiego grona specjalistów, którzy podkreślali, że nieznajomość języka polskiego powinna wykluczać możliwość pracy obcokrajowców w szpitalach czy przychodniach. „DGP" poinformował, że do końca stycznia tego roku do MZ o zgodę na pracę w Polsce wystąpiło 3,5 tys. lekarzy oraz 1,5 tys. pielęgniarek i położnych spoza UE. Zgodę resortu otrzymało na razie ok. 2,3 tys. lekarzy i niewiele ponad tysiąc pielęgniarek i położnych (poza przypadkami odmów, w pozostałych trwa procedura). Aby ci lekarze mogli zacząć

pracę, muszą uzyskać jeszcze pozwolenie właściwej izby lekarskiej. Krakowska i inne izby bezkompromisowo bronią jednak bezpieczeństwa pacjentów i nie wydają takiej zgody lekarzom nieznającym j. polskiego. Taka sytuacja miała miejsce w Krakowie choćby w minionym miesiącu.

Warto dodać, że jak informuje „DGP", w Polsce pojawiły się już pierwsze skargi od pacjentów, którzy twierdzą, iż ucierpieli na skutek braku dobrej komunikacji z lekarzem cudzoziemcem. MZ umywa ręce i twierdzi, że ostateczną odpowiedzialność ponosi placówka, która zatrudnia takiego medyka. Rzeczywiście, ten sposób redukcji braków kadry medycznej niesie ze sobą określone ryzyko, o czym szerzej na stronie 34.

NIK krytycznie o MSIM

■ Ostatnio informowaliśmy o uruchamianiu Małopolskiego Systemu Informacji Medycznej (MSIM) i jego podstawowych założeniach. Tymczasem 21 marca Najwyższa Izba Kontroli opublikowała bardzo krytyczny raport na temat wdrażania tego systemu. „Już częściowo zbędny, a wciąż nie działa. Powiela system P1 i obejmuje jedynie 2 proc. placówek" – oceniła NIK i wyliczyła, że MSIM objęto do połowy 2022 r. jedynie 38 szpitali spośród 1875 wszystkich placówek leczniczych, czyli 2 proc. funkcjonujących w Małopolsce. Liczba dokumentów medycznych wytworzonych przez szpitale biorące udział w projekcie wzrosła z ok. 1 mln w 2017 r. do ponad 1,8 mln w 2021 r., jednak liczba tych, które wprowadzano do MSIM, systematycznie malała – z ok. 490 tys. w 2017 r. do ok. 130 tys. w 2021 r. To powodowało, że pacjenci korzystający z pilotażowej platformy nie mieli pełnego dostępu do swojej dokumentacji.

Od początku platforma nie była więc rozwiązaniem kompleksowym, nawet w skali regionu – czytamy w raporcie z kontroli.

Założony koszt budowy i uruchomienia MSIM to ok. 210 mln zł, z czego większość tych wydatków ma zostać pokryta ze środków unijnych.

Do czerwca 2022 r. władze województwa wydały niecałe 83 mln zł, z czego niemal 79 mln zł przeznaczono na doposażenie placówek biorących udział w projekcie. „Jeżeli platforma nie powstanie w pełni do końca tego roku, woj. małopolskie może zostać wezwane do zwrotu całości lub części środków unijnych z niemałej kwoty prawie 170 mln zł" – tłumaczył prezes NIK Marian Banaś.

NIK skierowała do marszałka województwa wniosek o weryfikację dotychczasowych efektów projektu i aktualizację jego założeń.

(źródło: nik.gov.pl)

Otwarto Centrum Badań Mózgu

■ W dawnym budynku Szpitala Uniwersyteckiego przy ul. Kopernika 50 otwarto Centrum Badań Mózgu – międzywydziałową jednostkę organizacyjną trzech wydziałów UJ i UJ CM: lekarskiego, filozoficznego oraz zarządzania i komunikacji społecznej. Pracować w nim będzie zespół tworzony przez neurologów, inżynierów biomedycznych, psychiatrów, kognitywistów, informatyków i filozofów. Jak przyznał dyrektor Centrum prof. Michał Wierzchoń, jest to „ośrodek badawczy, nie leczniczy", choć będzie też prowadził badania z udziałem osób chorych i zdrowych.

Działalność CBM ma się przyczynić do znalezienia lepszych metod diagnozy i leczenia, zwłaszcza chorób neurologicznych, w tym związanych z neurodegeneracją, takich jak np. choroba Alzheimera. By umożliwić takie badania, Centrum zostało wyposażone w stanowisko rezonansu magnetycznego, w którym zainstalowano najnowszy skaner do badań ośrodkowego układu nerwowego, a także w elektroencefalograf, który pozwoli na badanie mózgu w rezonansie w zdecydowanie lepszej rozdzielczości czasowej.

U studenta taniej

■ Nawet za połowę stawek rynkowych można wyleczyć zęby, korzystając z oferty uniwersyteckich poradni stomatologicznych – poinformował ostatnio Infodent24 i inne media. Są jednak pewne warunki – w roli lekarzy dentystów występują studenci ostatnich lat stomatologii, którzy oczywiście zawsze pracują pod nadzorem doświadczonych specjalistów, a świadczenia dotyczą tylko tych procedur stomatologicznych, które objęte są programem nauczania. Ponadto nie zawsze można się szybko umówić na wizytę, bo terminy wynikają z harmonogramu zajęć praktycznych studentów.

Lista STU 2022

■ Redakcja „Pulsu Medycyny" opublikowała pod koniec lutego wyniki dorocznego plebiscytu na najbardziej wpływowe postaci w polskiej medycynie i ochronie zdrowia. Na Liście Stu 2022 w kategorii Medycyna nasz region reprezentują profesorowie: Maciej Małecki (miejsce 10.), Krzysztof Pyrć (18.), Piotr

Chłosta (20.), Janusz Skalski (27.), Tomasz Grodzicki (30.), Michał Pędziwiatr (33.), Agnieszka Olszanecka (41.), Agnieszka Słowik (47.) i Dominika Dudek (54.)

W kategorii Ochrona Zdrowia przedstawicielami Krakowa są: dr Roman Topór-Mądry (19.), prof. Andrzej Matyja (55.).

Serdecznie gratulujemy.

Nagroda im. K. Bujwidowej dla prof. Dominiki Dudek

Prof. Dominika Dudek została laureatką tegorocznej Nagrody im. Kazimiery Bujwidowej, uchwalonej przez Radę Miasta Krakowa w grudniu 2021 r. Ustanowienie tej nagrody ma na celu tworzenie silnej reprezentacji kobiet we wszystkich dziedzinach życia publicznego, wspieranie kobiet w ich działaniach oraz walkę z dyskryminacją ze względu na płeć. Działalność nagradzanych pań wzmacnia kobiety i równościowe postulaty, podkreśla rolę kobiet.

O tym, czy kobietom łatwo osiągać sukces, prof. Dominika Dudek mówiła podczas debaty w krakowskiej Izbie, z której relację można znaleźć na stronach 15-17.

Orły dla prof. Andrzeja Matyji

Prof. Andrzej Matyja został uhonorowany wyróżnieniem Orły „Wprost". Nagrody te są przyznawane przez tygodnik „Wprost" we współpracy z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej od 2016 r. Laureatami są firmy, samorządy, wybitne osobowości regionów oraz przedstawiciele nauki, medycyny i działacze społeczni, którzy mają szczególny wkład w rozwój gospodarki, regionu oraz kraju. Prof. Matyja został nagrodzony za swój dorobek zawodowy, działalność w trakcie pandemii, podczas której jako prezes NRL wielokrotnie zabierał głos w sprawach najważniejszych, oraz za zaangażowanie w pomoc Ukrainie.

Nowi konsultanci w Małopolsce

Wojewoda małopolski powołał ostatnio czworo nowych konsultantów. Na pięcioletnią kadencję powołania otrzymali:

- **dr Aleksandra Załustowicz** – w dziedzinie medycyny ratunkowej,
- **prof. dr hab. n. med. Andrzej Matyja** – w dziedzinie chirurgii ogólnej,
- **prof. dr hab. n. med. Andrzej Rudziński** – w dziedzinie kardiologii dziecięcej,
- **lek. Ryszard Nowak** – w dziedzinie neurologii.

Zmarła Doktor Józefa Marjańska-Radziszewska

12 kwietnia 2023 roku odeszła od nas doktor Józefa Marjańska-Radziszewska – nasza nieodżałowana Ziutka, wieloletnia Prezes Klubu Lekarza Seniora. Dzięki Niej przeżyliśmy wiele wspaniałych chwil.

Była doskonałą, pełną pomysłów, energiczną organizatorką. Zawsze skromna, nie oczekiwała pochwał ani podziękowań, a zasługiwała na nie wyjątkowo.

Żegnaj Ziutko! Na zawsze pozostaniesz w naszej pamięci i w naszych sercach.

Koleżanki i Koledzy lekarze z Klubu Seniora w Krakowie

Wspomnienie o śp. Doktor Józefie Marjańskiej-Radziszewskiej ukaże się w następnym wydaniu „GGL"

XLII Okręgowy Zjazd Lekarzy za nami

Brońmy naszej samorządności

25 marca, punktualnie o godz. 10 w auli Centrum Dydaktyczno-Kongresowego CM UJ w Krakowie, rozpoczął się XLII Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie. Bez większych emocji, bo Zjazd miał charakter sprawozdawczo-budżetowy, przedstawiciele ponad 18 tysięcy lekarzy należących do krakowskiej Izby przyjęli sprawozdania organów OIL, udzieli absolutorium Okręgowej Radzie Lekarskiej i zatwierdzili projekt preliminarza budżetowego Izby na rok 2023. Do nieco bardziej emocjonalnych dyskusji doszło dopiero podczas przedstawiania projektów wniosków i uchwał, zgłoszonych przez delegatów.

Zjazd rozpoczął się wprowadzeniem na salę sztandaru Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie. W kolejnym punkcie Mariusz Janikowski, przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Zjazdu, przywołał nazwiska lekarek i lekarzy, członków OIL, którzy zmarli w minionym roku. Pamięć zmarłych uczczono minutą ciszy.

Kiedyś takie wydarzenia, jak lekarski zjazd, były okazją do zaproszenia przedstawicieli władz. Tę tradycję można uznać za słusznie minioną. Zaprasza się tych, których warto słuchać, a taką osobą jest prof. Adam Bodnar, były Rzecznik Praw Obywatelskich.

– Nim powitają go państwo oklaskami – zapowiedział wykładowcę Robert Stępień, prezes ORL: – Pragnę zwrócić uwagę na swego rodzaju odstępstwo od tradycyjnego protokołu zjazdowego. Nie ma bowiem na wstępie całej listy dostojnych gości, a jest były Rzecznik Praw Obywatelskich, co charakteryzuje naszą sytuację. Jesteśmy bowiem na swego rodzaju przyczółku zderzania się politycznej niechęci z naszą niezbędnością...

Wykład prof. Bodnara, poświęcony m.in. zagrożeniom dla samorządności nie tylko lekarskiej, ale dla demokracji w ogóle, spotkał się z brawami i głęboką zadumą. Profesor podkreślał rolę samorządu, mówiąc m.in.:

– Warto zwrócić uwagę, że szczególna rola samorządu zawodowego to nie tylko zadanie dla władz samorządowych. To jest odpowiedzialność wszystkich członków danego samorządu. Wraz z momentem złożenia przysięgi i przystąpienia do określonego zawodu zaufania publicznego każda osoba staje się częścią większej wspólnoty. To daje określone uprawnienia, wielką satysfakcję, spełnienie marzeń zawodowych, ale także konieczność współpracy z innymi członkami samorządu zawodowego dla realizacji celów ustawowych...

Skróconą wersję wykładu prof. Bodnara publikujemy na str. 10–12.

Droga do absolutorium

Przewodniczącym Zjazdu został Marek Zasadny, pełnomocnik Delegatury OIL w Przemyślu, wiceprzewodniczącymi pełnomocnicy Delegatur w Nowym Sączu – Krzysztof Wróblewski, i Krośnie – Janusz Kulon oraz przedstawiciel lekarzy dentystów Dariusz Kościelniak. Wybrano również troje sekretarzy Zjazdu, którymi zostali Agata Dynkiewicz, Cezary Szadek i Tymoteusz Derebas.

Po przyjęciu proponowanego porządku obrad powołana rok temu na całą kadencję Komisja Uchwał i Wniosków przypomniała o terminie składania ich projektów, ukonstytuowały się Komisje Mandatowa i Regulaminowa.

W kolejnym punkcie prezes Robert Stępień przedstawił sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Lekarskiej. Ponieważ w naszej gazecie na bieżąco relacjonujemy wszystkie

wydarzenia, informujemy o przyjętych uchwałach, apelach i wnioskach, o podjętych działaniach, nie będziemy tu przytaczać zjazdowego sprawozdania. Przypomnimy tylko, że OIL w Krakowie to w sumie ponad 18 600 osób (o kilkaset więcej niż rok temu), w tym ponad 14 500 lekarzy i ponad 4 000 lekarzy dentystów oraz 33 osoby posiadające podwójne uprawnienia lekarsko-dentystyczne. Delegatura krośnieńska zrzesza ponad 1600 lekarzy i lekarzy dentystów, Delegatura w Nowym Sączu – ponad 2100, a Delegatura w Przemyślu – ponad 1000 lekarzy i lekarzy dentystów.

Niestety, od kilku lat działalność Izby jest determinowana przez sytuację zewnętrzną – najpierw zmagaliśmy się z pandemią COVID-19, a na pierwszy rok obecnej kadencji poważny wpływ miał wybuch wojny w Ukrainie i gigantyczny napływ – głównie na teren działania naszej Izby – uchodźców z tego kraju oraz potrzeba wsparcia walczących na froncie. Izba sprostała wyjątkowym wyzwaniom. I choć trudno w takiej sytuacji o normalne działanie, większość przyjętych planów zrealizowano.

Sprawozdanie z wykonania budżetu 2022 przedstawił delegatom skarbnik ORL Jerzy Friediger. Z powodu trwającej pandemii i wojny w Ukrainie Komisje i Zespoły ORL nie wykorzystały wszystkich posiadanych środków. Budżet Izby zamknął się nadwyżką finansową, która powinna zostać spożytkowana w tym roku.

Przewodnicząca Komisji Rewizyjnej Anna Kot w swoim późniejszym wystąpieniu zwróciła uwagę na trzy problemy, które warto szybko rozwiązać: niewielkie wykorzystanie miejsc noclegowych w odnowionej siedzibie Izby (tu akurat winę ponosi pandemia), konieczność modernizacji siedziby Delegatury OIL w Krośnie oraz budowy nowej siedziby Delegatury w Przemyślu (pod którą Izba ma już nawet działkę). Wstrzymanie tych inwestycji było jednak konieczne w ub. roku, w związku z astronomicznym wzrostem cen materiałów budowlanych, robocizny itp. Pozostaje mieć nadzieję, że rynek wkrótce się ustabilizuje. Izba chce jak najszybciej

Przewodniczący Zjazdu Marek Zasadny oraz prezes ORL Robert Stępień

zrealizować te projekty. Komisja Rewizyjna bez zastrzeżeń wnioskowała za udzieleniem Okręgowej Radzie Lekarskiej absolutorium za rok 2022, co też jednogłośnie uczyniono. Na szczęście frekwencja na Zjeździe wyniosła ponad 52 procent, więc możliwe stało się normalne prowadzenie obrad, bez obaw, iż ktokolwiek podważy ważność zgromadzenia.

Na straży zawodu

W kolejnym punkcie Zjazdu swoje sprawozdania przedstawili Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej oraz przewodnicząca Okręgowego Sądu Lekarskiego.

Odnotujmy, iż w okresie od 25 marca 2022 r. do 25 marca 2023 r. do OROZ wpłynęło 355 zawiadomień o możliwości popełnienia przewinienia zawodowego lekarzy. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej odmówił wszczęcia postępowania w 97 przypadkach, wszczął 116 postępowań, umorzył 152. Do Okręgowego Sądu Lekarskiego skierowano 91 spraw.

– W bieżącej kadencji uwagę zwraca zwiększona liczba zawiadomień z medycyny ratunkowej i podstawowej opieki zdrowotnej, a także chirurgii oraz opieki onkologicznej. Zmniejszyła się ilość spraw dotyczących psychiatrii i stomatologii. Natomiast coraz częściej pojawiają się sprawy z chirurgii plastycznej i medycyny estetycznej – wyliczał Jerzy Sławiński, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, kończąc swoje wystąpienie prośbą, by lekarze i lekarze dentyści pamiętali o należytej staranności w wykonywaniu zawodu i o etyce: – Etyka i należyte zachowanie względem pacjenta oraz jego rodziny, bo właśnie nienależyte zachowanie względem pacjenta i współpracowników jest przyczyną dużej ilości zawiadomień...

Bożena Kozanecka, przewodnicząca Okręgowego Sądu Lekarskiego, podkreślała wzrost liczby spraw trafiających do biura Sądu. W minionym roku odbyły się 152 sprawy

sądowe, w tym: 26 posiedzeń i 126 rozpraw. Orzeczenia kończące postępowanie to: uniewinnienie – 8, upomnienie – 19, nagana – 11, kara pieniężna – 37, zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat – 6, umorzenie – 27 oraz jedno tymczasowe zawieszenie prawa wykonywania zawodu zgodnie z kompetencją art. 77 ustawy o izbach lekarskich z 2 grudnia 2009 r. Jednym z największych problemów, z jakimi boryka się obecnie OSL, jest niedobór sędziów. Ich liczba stale maleje, brakuje chętnych do angażowania się w tę niezmiernie potrzebną, ale niewdzięczną pracę w samorządzie lekarskim.

Oba sprawozdania zostały przyjęte, po czym skarbnik ORL Jerzy Friediger przedstawił projekt preliminarza budżetowego na rok 2023. Nie będziemy tu prezentować jego założeń, ponieważ o wydatkach Izby informujemy na bieżąco. Właściwie w każdej pozycji nakłady powinny być większe – w związku z dużym wzrostem wysokości składki członkowskiej. Ale, jak podkreślał nie tylko prezes ORL Robert Stępień, jest to na razie „dzielenie skóry na niedźwiedziu". Podwyżka składki jak dotąd skutkuje tym, że bardzo wielu lekarzy po 1 stycznia zaczęło zwlekać z jej płaceniem, równie liczna grupa jeszcze nie przyjęła do wiadomości, że składka jest wyższa, tak więc może się okazać, że do pewnego momentu pieniędzy będzie mniej niż w ub. roku. Oczywiście, sytuacja na pewno się unormuje, ale nie od razu. W każdym razie – preliminarz został uchwalony.

Uchwały, stanowiska, wnioski

Tradycyjnie drugą część obrad Zjazdu zajęły uchwały, apele i stanowiska wniesione pod obrady przez Komisję Uchwał i Wniosków pod kierownictwem Lecha Kucharskiego. Przedstawiamy je poniżej w kolejności chronologicznej przyjętej podczas obrad, z przypomnieniem osoby wnioskodawcy i numeru jego mandatu, a także opinii Komisji Uchwał oraz ostatecznej decyzji Zjazdu.

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Lekarskiego Bożena Kozanecka

Od lewej: wiceprezes ORL Agata Dynkiewicz, prof. Adam Bodnar, wiceprezes ORL Marzena Ksel-Teleśnicka

■ **Apel do Naczelnej Rady Lekarskiej o obniżenie wysokości składki członkowskiej do kwoty 80 zł.** Komisja nie zajęła stanowiska w świetle niedawnych postanowień NRL. Zjazd odrzucił wniosek jednogłośnie. Wnioskujący Tadeusz Bernacik (m. 6)

■ **Stanowisko zawierające protest w sprawie procedowanej właśnie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, jako niebezpiecznej dla środowiska lekarskiego i dla pacjentów.** Zjazd poparł projekt Stanowiska jednogłośnie. Wnioskująca Agata Dynkiewicz (m. 34).

■ **Apel adresowany do Ministerstwa Zdrowia o wypełnienie zobowiązań wynikających z porozumienia zawartego przez resort w 2018 r. z Porozumieniem Rezydentów OZZL w kwestii zdjęcia z lekarza konieczności określania poziomu refundacji leku na recepcie.** Zarówno Komisja, jak i Zjazd poparły Apel jednogłośnie. Wnioskujący Łukasz Litwa (m. 121).

■ **Apel do polityków o zaprzestanie antagonizowania społeczeństwa wobec lekarzy.** Fałszywe wypowiedzi, kłamliwie przedstawiające zarobki lekarzy mają na celu zmanipulowanie opinii publicznej oraz zdjęcie odpowiedzialności za wady systemu z polityków i przeniesienie jej na lekarzy, co m.in. źle wpływa na relacje lekarz–pacjent. Komisja i Zjazd poparły Apel jednogłośnie. Wnioskujący Paweł Bujny (m. 17).

■ **Apel do Ministra Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia o zaprzestanie polityki zadłużania szpitali i pełne pokrycie kosztów ich funkcjonowania.** Komisja i Zjazd poparły apel jednogłośnie. Wnioskujący Paweł Bujny (m. 17).

■ **Projekt adresowany do uczestników Zjazdu o rozważenie możliwości opłacania przez Izbę składek obowiązkowego ubezpieczenia OC z tytułu wykonywania zawodu lekarza.** Są to ubezpieczenia zgodne z wymogami MZ i NFZ, a praktykę taką stosowały izby warszawska i lubelska.

Projekt wniosła Elżbieta Wojnarowicz (m. 216), poparty przez grupę Delegatów: Annę Głuszko (m. 52), Jana Migasa (m. 135), Barbarę Gajdę (m. 45), Małgorzatę Jamkę-Kasprzyk (m. 72), Agnieszkę Kuczerę (m. 113).

W dyskusji głos zabrało kilku delegatów. Jak poinformował prezes Robert Stępień (m. 179), zakres ochrony jest kwestią indywidualną. Przy okazji prezes poinformował o reakcji na nową wysokość składki na samorząd w naszej Izbie. Od 1 stycznia 2023 r. ponad 3100 osób płaci składkę wg nowej stawki, 32 osoby wniosły o jej obniżenie, 3387 opłaciło składkę wg zeszłorocznej stawki, a reszta ma zaległości. Prezes wniósł więc o odrzucenie wniosku, bo na razie wzrost przychodów z tytułu podniesienia składki ma charakter wirtualny. Podobny problem rozważany jest w Izbie warszawskiej – poinformował Andrzej Matyja (m. 132).

Ostatecznie wniosek odrzucono, przy 10 głosach sprzeciwu i 15 wstrzymujących się.

■ **Apel Okręgowego Zjazdu do NRL o podjęcie inicjatywy legislacyjnej zmierzającej do zmiany definicji lekarza POZ, poprzez uznanie lekarzy chorób wewnętrznych i lekarzy pediatrii za lekarzy POZ oraz zniesienie wobec nich obowiązku odbycia płatnego szkolenia z zakresu medycyny rodzinnej.**

Jak już wielokrotnie informowaliśmy, interniści i pediatrzy stanowią najliczniejszą grupę lekarzy POZ (70 proc.) i są to specjalizacje wymagające raczej wyższych kwalifikacji niż medycyna rodzinna. Narzucanie im obowiązku „odpłatnego kursu z medycyny rodzinnej" nosi znamiona szykany ekonomicznej. Jak podkreślił w dyskusji Jerzy Friediger (m. 40), absurd ten pogłębia fakt, iż wykształcenie wystarczającej liczby lekarzy rodzinnych w Polsce, wg obecnej definicji, wymagałoby ponad 20 lat.

Wnioskodawca Lech Kucharski (m. 111). Komisja i Zjazd poparły apel jednogłośnie.

■ **Apel do organów kierowniczych jednostek ochrony zdrowia o zaprzestanie praktyk wypowiadania pracy lekarzom z pominięciem zasad zawartych w umowach i wynikających z Kodeksu pracy. We wniosku zawarta była także prośba o aktywność Rzecznika Praw Lekarza w tym zakresie.** Wnioskujący Łukasz Litwa (m. 121). Komisja i Zjazd poparły apel jednogłośnie.

■ **Uchwała Okręgowego Zjazdu wspierająca starania Naczelnej Izby Lekarskiej o korektę Ustawy o Izbach Lekarskich, w rezultacie której Rzecznik Praw Lekarza zostałby uznany za samodzielny organ Izby.**

Zwiększyłoby to możliwości reprezentowania lekarzy przez Rzecznika przed organami administracji państwowej, NFZ i wymiarem sprawiedliwości.

Wnioskujący Łukasz Litwa (m. 121). Komisja i Zjazd poparły uchwałę.

■ **Apel Okręgowego Zjazdu do Komisji Stomatologicznej NRL o intensyfikację starań u Prezesa NFZ o wzrost wyceny świadczeń stomatologicznych, nieaktualizowanej od dwóch lat, mimo opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych**

oraz

■ **Apel do Prezesa NFZ o niezwłoczne zakończenie prac i zmianę wyceny świadczeń stomatologicznych, zgodnie z zatwierdzoną od 10 miesięcy wyceną Agencji Oceny Technologii Medycznych.**

Obecna sytuacja prowadzi do rozwiązywania przez lekarzy dentystów umów z NFZ i do praktycznej likwidacji dostępu do świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych.

Wnioskujący Dariusz Kościelniak (m. 93). Komisja i Zjazd poparły Apele jednogłośnie.

■ **Projekt Uchwały Zjazdu, zobowiązującej Prezydium ORL do zmiany regulaminu przyznawania stypendiów Izby, poprzez podwyższenie granicy wieku z 35 do 45 lat.**

W uzasadnieniu wnioskujący położył nacisk na konieczność stałego dokształcania się przez lekarzy i mobilizującą rolę stypendiów. Z tych samych przyczyn Komisja uznała wniosek za sprzeczny z jego funkcją mobilizacyjną wobec młodych lekarzy i oddaliła go.

Wnioskujący Łukasz Litwa (m. 121). Zjazd odrzucił projekt uchwały przy 9 głosach sprzeciwu i 11 delegatach wstrzymujących się od głosu.

■ **Projekt Uchwały zobowiązującej ORL do utworzenia w siedzibie Izby w Krakowie dwóch stanowisk komputerowych oraz po jednym stanowisku w Delegaturach z dostępem do zagranicznych czasopism medycznych.**

Proponowano, by lista tytułów powstała wg wskazań konsultantów wojewódzkich, a Izba zakupiła dostęp do dwóch czasopism wskazanych przez każdego z nich. Planowany koszt przedsięwzięcia (uzupełniony w ramach autopoprawki) nie może przekraczać 200 000 zł rocznie.

Komisja Uchwał i Wniosków sprzeciwiła się propozycji, wskazując na aż 86 specjalizacji w polskiej medycynie (co oznacza zakup kilkuset prenumerat) oraz na dostępność baz naukowych w uczelniach (ale to właśnie brak dostępu do nich dla lekarzy spoza klinik był jednym z uzasadnień wniosku). W dyskusji zwrócono też uwagę na ograniczenie takiego dostępu do tej literatur tylko w godzinach pracy Biura OIL.

Wnioskująca: Katarzyna Turek-Fornelska (m. 198). Komisja i Zjazd odrzuciły wniosek przy 8 głosach poparcia i 12 wstrzymujących się.

***

Na tym Komisja Uchwał i Wniosków zakończyła przedstawianie wniosków, które do niej napłynęły.

Na koniec Zjazdu prezes ORL Robert Stępień podziękował delegatom za aktywność podczas obrad, a pracownikom Biura za organizację Zjazdu. Osobne podziękowania skierował do Komisji Socjalno-Bytowej za aktywność w udzielaniu pomocy lekarzom, których sytuacja – wbrew potocznym sądom – jest w wielu przypadkach niezwykle trudna. Na zakończenie prezes Stępień zaapelował do całego środowiska o aktywność w samorządzie.

Po godz. 13 przewodniczący XLII Okręgowego Zjazdu Lekarzy Marek Zasadny zakończył obrady.

Jolanta Grzelak-Hodor, Stefan Ciepły
Zdjęcia: Katarzyna Domin

Samorząd lekarski a społeczeństwo obywatelskie

Wystąpienie dr. hab. Adama Bodnara, prof. Uniwersytetu SWPS, podczas XLII Okręgowego Zjazdu Lekarzy OIL w Krakowie, 25 marca 2023 r. (skrót)

Chciałbym serdecznie podziękować prezesowi ORL w Krakowie Robertowi Stępniowi oraz wiceprezesce ORL Marzenie Ksel-Teleśnickiej za zaproszenie na ten Zjazd. To dla mnie wielki zaszczyt móc podzielić się z Państwem moimi przemyśleniami na temat roli samorządu lekarskiego w kontekście funkcjonowania społeczeństwa obywatelskiego.

W naszym życiu zawodowym często zastanawiamy się nad rolą zawodową – jaki jest cel zadań, które wykonujemy, dlaczego tyle lat się kształciliśmy, co dajemy od siebie społeczeństwu. W przypadku lekarzy ten cel zawodowy jest dość jasno postawiony – wynika z przysięgi Hipokratesa. (...)

Wykonywanie zawodu lekarza nie jest możliwe w oderwaniu od rzeczywistości społecznej. Lekarze z jednej strony służą ludziom, ale z drugiej, aby robić to sprawnie, rzetelnie i dobrze, muszą funkcjonować w szerszym otoczeniu społecznym, politycznym i instytucjonalnym. Muszą tworzyć struktury, które realizują określone zadania.

W tym miejscu pojawia się Konstytucja RP. Nasza Konstytucja wiele miejsca poświęca ochronie zdrowia. Art. 68 przewiduje prawo do równej ochrony zdrowia. (...) Ale Konstytucja jest zakotwiczona nie tylko w art. 68, lecz również w art. 65 – wolności wykonywania zawodu. (...) Jednakże najważniejszym postanowieniem Konstytucji dla samorządu lekarskiego jest art. 17 ust. 1 Konstytucji RP. Zgodnie z tym przepisem *„W drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należytym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony”*.

Cytowany przepis stał się podstawą do konstytucyjnego uregulowania samorządów zawodowych. Oczywiście one istniały przed powstaniem Konstytucji RP. Samorząd lekarski ma długą tradycję, zwłaszcza ten krakowski, lecz dzięki Konstytucji został wpisany w ramy ustrojowe. Ten przepis Konstytucji realizuje zasadę subsydiarności, która – w największym skrócie – oznacza zgodę na przekazywanie uprawnień i wykonywanie władzy tym, którzy są najbliżej danego problemu i posiadają wiedzę, jak najlepiej zarządzać określonym obszarem życia społecznego. (...) Zasada subsydiarności to jedna z najważniejszych zasad państwa demokratycznego, nie mniej ważna niż zasada praworządności czy zasada równości wobec prawa.

Ale proszę jednocześnie zwrócić uwagę, ile jest ważnych słów w tym postanowieniu Konstytucji. Słowo „piecza” to więcej niż nadzór czy koordynacja. To troska i dbałość. „Należyte wykonywanie” to właściwe, stosowne i profesjonalne, zgodne z regułami sztuki wykonywanie określonego zawodu. Wreszcie, *„zaufanie publiczne”* to wyraz ogromnego zobowiązania w stosunku do całego społeczeństwa. Samorząd po to ma powierzone zadania, aby to „zaufanie” każdego dnia budować, wzmacniać i wznosić na jak najwyższy poziom. Z jednej strony to zaszczyt, z drugiej – wielka odpowiedzialność. Warto zwrócić uwagę, że szczególna rola samorządu zawodowego to jest odpowiedzialność wszystkich członków danego samorządu. Wraz z momentem złożenia przysięgi i przystąpienia do określonego zawodu zaufania publicznego każda osoba staje się częścią większej wspólnoty. (...)

Dlaczego tak się dzieje? Ponieważ lekarze są także lekarzami-obywatelami. Obywatelstwo lekarzy przejawia się w wykonywaniu normalnych praw i wolności politycznych: biernego i czynnego prawa wyborczego, wolności zrzeszania się, wolności organizowania pokojowych zgromadzeń, ale także w aktywnej działalności związanej z członkostwem w samorządzie zawodowym. To jest naturalna przestrzeń prowadzenia działalności na rzecz samorządu, ale także na rzecz całego społeczeństwa. (...)

Jednakże w Polsce nad wykonywaniem zawodu lekarza oraz samorządnością zawodową wiszą coraz ciemniejsze chmury. (...) Samorząd lekarski znajduje się w ciągłym zagrożeniu. Polska od 2015 r. znajduje się w stanie ciągłego zagrożenia praworządności i demokracji. Ten kryzys obserwujemy głównie przez pryzmat twarzy sędziów oraz broniącego ich społeczeństwa obywatelskiego. Ale ten kryzys jest

M. Janikowski

znacznie głębszy, bo przenika on wszystkie struktury funkcjonowania państwa. Obniża się jakość procesu legislacyjnego, a rola Parlamentu jest marginalizowana. Prokuratura już dawno przestała być organem stojącym na straży praworządności. (...) Media publiczne, zwane narodowymi, a także media uzależnione od bieżącego finansowania ze strony spółek Skarbu Państwa realizują cele polityczne, a nie obiektywnego i rzetelnego informowania o najważniejszych sprawach. (...)

W takiej sytuacji zmiany instytucjonalne uruchamiają mechanizmy indywidualne. Nie zachowujemy się tak, jak powinniśmy w państwie wolnym i demokratycznym. Wiele osób zamiast podejmować normalne, codzienne decyzje mieszczące się w sferze naszych kompetencji i zadań zawodowych, dodaje do tego nakładkę w postaci strachu. Choć jest on niewidoczny, to staje się powszechny. Przenika naszą świadomość. Wpływa na zachowawczość postępowania, szukanie mechanizmów obronnych i ubezpieczających, zmusza do trudnych wyborów moralnych. (...) Zwyczajne działanie staje się nagle aktem odwagi obywatelskiej.

Tego typu skutki mogą przenikać zarówno do indywidualnej praktyki lekarskiej, jak również do działalności samorządu zawodowego. Niejasne prawo oraz przepisy zastawiające pułapkę na lekarzy (w kontekście określenia winy), w powiązaniu z mocą prokuratury i jej politycznym działaniem, to mieszanka wybuchowa. Powoduje, że zamiast zgodnych z wiedzą medyczną decyzji podejmowane są decyzje zachowawcze bądź wręcz odstępuje się od decyzji. (...)

Zmierzam do tego, że kryzys praworządności i demokracji wytwarza pewne mechanizmy relacji w sferze publicznej, które nie są oparte na prawie, ale na presji i tworzeniu coraz duszniejszej atmosfery.

Dlatego w tej sytuacji warto zastanowić się, jakie mamy bariery ochronne. Samorząd zawodowy jest naturalnym miejscem takiej ochrony niezależności oraz normalnego wykonywania zawodu lekarza. Jednakże sam może wymagać ochrony. Jeśli samorząd zawodowy wykonuje w imieniu państwa określone uprawnienia, to państwo – jak Lewiatan połykający wszystko na swojej drodze – także chciałoby mieć wpływ na ten samorząd. To się nie stanie natychmiast, tak jak zmiany w sądownictwie nie nastąpiły w jeden dzień. To jest proces, który może mieć następujące etapy:

- wprowadzanie różnych mechanizmów politycznych do działalności samorządów (wpływ na egzaminowanie, udział prokuratorów w postępowaniach dyscyplinarnych itd.);
- wpływ na składki płacone przez członków samorządu (przejmowanie na państwo ubezpieczenia itd.);
- powstawanie nowych zawodów, które rozwadniają istotę samorządu zawodowego, bądź przyzwalanie na wykonywanie zawodów, których zadania nachodzą na zakres zadania lekarza;
- wreszcie – zniesienie obowiązkowej przynależności.

Tej ostatniej kwestii dotyczy sprawa, która się aktualnie toczy przed Trybunałem Konstytucyjnym z wniosku grupy posłów (K 6/22). Pod płaszczykiem rzekomej ochrony dóbr klienta dąży się do zniesienia obowiązkowej przynależności do samorządu adwokackiego i radcowskiego. Jeśli ten wyrok zostanie wydany, to stworzy prawne przyzwolenie dla powstawania nowych samorządów dla osób wykonujących podobne zawody. Stwarza ryzyko schizm i podziałów. (...)

Powyższa sprawa przed TK jest wyraźnym sygnałem, że samorządność jest zagrożona i to na poziomie instytucjonalnym. Pokazuje ona także, jak ważna jest mocna pozycja samorządów zawodowych – ale nie siłą tych osób, które wykonują funkcje w samorządzie, lecz właśnie mocą wszystkich członków. Siła samorządów zależy od ich zaangażowania w pracę i rzeczywistego myślenia o sobie jak o aktywnych obywatelach. Siła zależy także od tego, czy poszczególne samorządy zawodowe się wzmacniają. Solidarność między nimi – tymi, które łączy art. 17 Konstytucji – jest teraz ważniejsza niż kiedykolwiek wcześniej. Ale to jest także odpowiedzialność za tłumaczenie obywatelom, dlaczego samorządność jest tak istotna dla obrony ich praw oraz interesów.

***

W tym miejscu chciałbym wrócić do tego szczególnego zaufania publicznego i otoczenia społecznego, w którym działają lekarze i samorządy zawodowe. Żyjemy w świecie, który stawia przed nami mnóstwo wyzwań. Od siły samorządu zawodowego zależy, czy sobie z nimi poradzimy i jak będziemy je realizować.

Pierwsze wyzwanie to dezinformacja. Media społecznościowe mają gigantyczny wpływ na nasze życie. Ale przenoszą nie tylko dobre wiadomości, lecz też złe, niesprawdzone. To rola samorządu zawodowego, aby walczyć o jakość tych informacji i ograniczać te fałszywe, wprowadzające w błąd. (...)

Drugie wyzwanie to świat nauki, który idzie bardzo do przodu. Są tego świadomi pacjenci. Czasami stawiają nadmierne oczekiwania (np. terapie niesprawdzonym lekiem) i pojawia się frustracja. Samorząd musi być pośrednikiem między pacjentami, lekarzami a światem nauki.

Trzecie wyzwanie to nowe technologie i sztuczna inteligencja. Jej możliwości są fascynujące, a jednocześnie przerażające. Potrzebujemy gruntownej debaty, (...) bo od niej zależy nie tylko tworzenie ograniczeń prawnych, ale sposobów korzystania ze sztucznej inteligencji.

Czwarte wyzwanie to jakość usług medycznych. Siłą rzeczy na polskim rynku pojawiać się będą nowi lekarze, także z zagranicy. Zakłócane są relacje mistrz – uczeń. Etyce poświęca się mało czasu w kształceniu lekarzy. A pacjenci są coraz bardziej świadomi swoich praw.

Piąte wyzwanie to funkcjonowanie w szerszym otoczeniu społeczno-politycznym – relacje lekarzy z organami kontrolnymi, prokuraturą, inspekcjami itd., a także wpływ na regulacje dotyczące zawodu. (...)

Odpowiedzią na te wyzwania może być tylko samorząd silny energią i zaangażowaniem swoich członków – aktywnych lekarzy-obywateli, w którym przetrwają wartości takie, jak zaangażowanie, odpowiedzialność, jakość debaty, rozliczalność, profesjonalizm. Samorząd, który zdaje sobie sprawę z tego, że ma umocowanie konstytucyjne, którego „piecza" nad należytym wykonywaniem zawodu zaufania publicznego jest w istocie „pieczą" nad wartościami konstytucyjnymi. (...)

***

Na sam koniec chciałbym Państwu przedstawić to, co na temat Waszej niezależności myśli sztuczna inteligencja. Niech to będzie podsumowanie znaczenia tego, o co musimy walczyć, a także możliwości tej technologii. Zadałem przez Open AI (system ChatGPT) pytanie o treści: *„Dlaczego samorząd lekarzy powinien być niezależny?"*. Uzyskałem następującą odpowiedź:

„Samorząd lekarzy powinien być niezależny, ponieważ pozwala to na zachowanie niezależności zawodowej i etycznej lekarzy, co jest niezbędne dla zapewnienia najlepszej opieki zdrowotnej pacjentom. Niezależność samorządu lekarzy oznacza, że lekarze sami decydują o kwestiach związanych z ich zawodem (...) Dzięki temu lekarze są w stanie zapewnić wysokie standardy jakości usług medycznych i zwiększyć zaufanie pacjentów do profesjonalizmu i etyki w praktyce medycznej. Ponadto, niezależność samorządu lekarzy chroni przed wpływem polityki i innych interesów zewnętrznych, które mogłyby wpłynąć na ich decyzje i podejmowanie działań. Pozwala to na utrzymanie niezależności w decyzjach dotyczących leczenia i opieki zdrowotnej, co ma kluczowe znaczenie dla zapewnienia bezstronności i etyczności w praktyce medycznej. Wreszcie, niezależność samorządu lekarzy umożliwia lekarzom skuteczne reprezentowanie swoich interesów wobec rządu i innych organizacji medycznych. (...) Podsumowując, niezależność samorządu lekarzy jest kluczowa dla zapewnienia wysokiej jakości usług medycznych i ochrony interesów pacjentów. (...)

Myślę, że każdy z nas może się podpisać pod opinią sztucznej inteligencji. Pozostaje tylko dbać o realizację tych zaleceń.

Krakowska Izba oferuje wsparcie

Nowe możliwości kształcenia

Ostatnio szeroko informowaliśmy o propozycjach wykorzystania środków, jakie wpłyną do Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie w związku ze wzrostem składki na samorząd. Jedną z nich już zrealizowano – to nowe formy finansowego wsparcia dla lekarzy w podnoszeniu kwalifikacji.

Choć krakowska Izba organizuje mnóstwo szkoleń i kursów bezpłatnych dla swoich członków, doskonalenie zawodowe czasem jednak kosztuje. Okręgowa Rada Lekarska stworzyła więc nowe możliwości – fundusz dopłat do szkoleń oraz fundusz stypendialny. 1 marca ORL przyjęła dwie uchwały: w sprawie przyjęcia Regulaminu dofinansowania zdarzeń edukacyjnych w ramach doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz w sprawie utworzenia Funduszu stypendialnego w celu dofinansowania doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów oraz przyjęcia regulaminu przyznawania stypendiów.

O dopłaty do kursów lekarze prosili od dawna, lecz przekraczało to wcześniej możliwości finansowe Izby. Teraz dofinansowany może być udział w krajowych kursach nieobjętych programem odbywanej specjalizacji, kursach prowadzonych online, które uzyskały akceptację Naczelnej Rady Lekarskiej, oraz w krajowych zjazdach, konferencjach czy sympozjach naukowych. Takie wsparcie przysługuje każdemu członkowi OIL jeden raz w czteroletnim okresie rozliczeniowym, wyłącznie na pokrycie kosztu merytorycznego udziału, czyli np. opłaty rejestracyjnej (nie obejmuje kosztów podróży czy noclegów). Oczywiście trzeba też spełnić określone warunki, jak np. brak zaległości w opłacaniu składek na samorząd, a także dopełnienie przez wnioskodawcę obowiązku doskonalenia zawodowego w okresie rozliczeniowym poprzedzającym złożenie wniosku (udokumentowanie zdobycia wymaganych prawem punktów edukacyjnych). Kwota dofinansowania to maksymalnie 600 zł.

To tylko ogólne informacje. Szczegółowo o procedurze Izba informuje na stronie internetowej **www.oilkrakow.pl**, w zakładce „Kształcenie".

Tam również znajdziemy wszystkie informacje i dokumenty związane ze staraniami o stypendium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie. Fundusz stypendialny powstał z inicjatywy Komisji ds. Młodych Lekarzy i wiceprezes ORL Agaty Dynkiewicz. Celem jego utworzenia jest umożliwienie lekarzom i lekarzom dentystom odbycia stażu w polskim lub zagranicznym ośrodku lub udziału w kursach i warsztatach w ramach dokształcania zawodowego. Wcześniej centralnym funduszem stypendialnym dysponowała Naczelna Rada Lekarska, ale został on zlikwidowany z początkiem tego roku.

O stypendia Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie mogą się ubiegać członkowie OIL, którzy w dniu składania wniosku nie ukończyli 35 lat i do Izby należą nie krócej niż 2 lata. To stypendium można wykorzystać szerzej niż dopłatę do kształcenia, czyli m.in. także na pokrycie kosztów pobytu na kursie.

Wnioski o stypendia będą rozpatrywane dwa razy w roku, przez specjalnie powołaną do tego komisję. W jednym postępowaniu do podziału będzie każdorazowo 40 tys. zł (z czego 20 proc. zarezerwowano dla lekarzy dentystów), jedno stypendium może wynieść nie więcej niż 8 tys. zł, czyli w jednym postępowaniu dostanie je najwyżej 5 osób. Jeśli się nie uda, można wniosek złożyć ponownie. Stypendium to będzie przyznawane młodym lekarzom tylko raz.

Kształcenie ustawiczne, doskonalenie zawodowe jest nie tylko ustawowym, ale też etycznym obowiązkiem lekarzy i lekarzy dentystów. Krakowska Izba od lat na pomoc w podnoszeniu kwalifikacji przeznacza ogromne kwoty, teraz jeszcze one wzrosły. Warto skorzystać z nowych form finansowego wsparcia, jednak przede wszystkim z bardzo bogatej bezpłatnej oferty edukacyjnej OIL, o której szeroko informujemy na stronach 40-41.

(JGH)

Przypominamy, że od 1.01.2023 składka członkowska wynosi 120 zł

Weto dla ustawy o (byle)jakości!

Krytykowana przez przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej na razie przepadła. 14 kwietnia Sejmowi nie udało się odrzucić uchwały Senatu, który uznał, że projekt powinien trafić do kosza. Jednak chwilę po głosowaniu minister zdrowia zapowiedział, że zrobi wszystko, by ustawa do Sejmu wróciła. Oby nie w tym samym kształcie, bowiem...

Jest to bardzo niebezpieczna ustawa, szkodliwa dla wszystkich medyków. Całkowicie wypacza założenia systemu *no fault*, ponieważ nie uwzględnia rozwiązań wynikających z licznych badań naukowych i wieloletniej praktyki stosowanej przez kraje, które posiadają świetnie zorganizowane, wręcz wzorowe systemy opieki zdrowotnej. W rezultacie jej wprowadzenie zamiast poprawić, znacznie pogorszy jakość opieki zdrowotnej w naszym kraju.

Być może część czytelników nie miała jeszcze okazji dokładnie zapoznać się z treścią ustawy i zastanawia się, jakie zagrożenia się z nią wiążą. Niestety zawiera ona wiele niebezpiecznych rozwiązań, które postaram się przybliżyć.

System zgłaszania zdarzeń niepożądanych jest zbyt rygorystyczny. Na medyków nakłada się konieczność niezwłocznego zgłaszania zdarzeń niepożądanych nie później niż 72 godziny od ich zaistnienia. Przekroczenie terminu grozi sankcjami. Ponadto ustawa zakłada całkowity brak anonimowości – każde zgłoszenie ma zawierać dane uczestników zdarzenia. Niestety nie wszystkie komplikacje da się szybko wykryć, niektóre rozwijają się powoli i są stwierdzane po znacznie dłuższym czasie niż 3 dni. W rezultacie ciężko jest wówczas określić, co było ich bezpośrednią przyczyną.

Dodatkowo, mimo licznych postulatów nie możemy liczyć na zwolnienie z odpowiedzialności karnej za nieumyślne zdarzenia. Często nie wynikają one z winy personelu, tylko są problemem dużo bardziej złożonym, na który składa się wiele czynników, nie tylko personalnych, ale również administracyjnych i systemowych, wynikających z funkcjonowania placówki lub całego systemu ochrony zdrowia. W zamian za to, zgodnie z treścią ustawy, sąd będzie mógł zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, ale tylko zanim o tym **przestępstwie** dowie się organ powołany do ścigania **przestępstw**. W rezultacie dalej będziemy podlegać postępowaniu karnemu, pacjent będzie mógł skierować do sądu akt oskarżenia, a sąd karny będzie mógł (ale nie będzie musiał!) nadzwyczajnie złagodzić karę. Co ważne, z tego przepisu są wyłączone czyny z art. 156 § 2 Kodeksu karnego, czyli nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. W rezultacie w takich sytuacjach nie możemy liczyć na nic. Chroniony będzie jedynie ten, kto zgłosił zdarzenie do wewnętrznego rejestru, a zatem nie cały personel biorący udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentowi.

Wprowadzenie nowej ustawy w pierwotnym kształcie, zamiast usprawnić system ochrony zdrowia w Polsce, może doprowadzić do zwiększenia ryzyka dla pacjentów. Personel będzie czuł obawy przed zgłoszeniem zdarzeń niepożądanych. Może dochodzić do utajniania i ukrywania ich wystąpienia i z pewnością będzie to prowadzić do opóźnienia wdrożenia leczenia naprawczego.

Zanim doszło do odrzucenia ustawy, organizacje lekarskie apelowały do Prezydenta RP o zawetowanie ustawy. Każdy mógł się podpisać pod tym apelem. Może warto kontynuować akcję. Link dostępny pod poniższym kodem QR oraz na stronie Izby.

Agata Dynkiewicz, wiceprezes ORL w Krakowie

GRUPA BALINTA

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów na spotkania Grupy Balinta do swojej siedziby przy ul. Krupniczej 11a. Grupę prowadzi mgr Jolanta Jocz, specjalista psychologii klinicznej, lider Grup Balinta z wieloletnim doświadczeniem w pracy z lekarzami. Obowiązują wcześniejsze zapisy pod nr. tel. 12 619 17 16

Terminy spotkań Grupy Balinta dostępne są na naszej stronie internetowej oraz w mediach społecznościowych.

Kobieca twarz medycyny

W krakowskiej Izbie Lekarskiej zarejestrowanych jest 11 941 kobiet i 6752 mężczyzn, co oznacza, że panie stanowią 63 proc. społeczności lekarskiej. Podobnie sytuacja wygląda w skali kraju. Mimo to lekarki nie są szczególnie widoczne podczas narad dyrektorów szpitali, posiedzeń prezydiów naczelnej i okręgowych rad lekarskich czy też w najwyższych władzach uczelni medycznych. Również mniej kobiet niż mężczyzn posiada tytuł profesora lub otrzymują go później niż „koledzy z roku".

Czy w medycynie istnieje szklany sufit, którego kobiety nie są w stanie przebić? Pod takim hasłem w Dniu Kobiet odbyło się w ogrodzie zimowym Izby – notabene pod szklanym dachem, w który rytmicznie stukał deszcz – spotkanie zorganizowane z inicjatywy doktor Marzeny Ksel-Teleśnickiej, wiceprezes ORL, w którym wzięły także udział: dr Tatiana Bartoszewska, ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Specjalistycznego im. Żeromskiego w Krakowie, dr hab. Anna Chrapusta, kierownik Małopolskiego Centrum Oparzeniowo-Plastycznego, Replantacji Kończyn z Ośrodkiem Terapii Hiperbarycznej Szpitala im. Rydygiera w Krakowie, prof. Dominika Dudek, kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ, doktor Jolanta Orłowska-Heitzman, związana z Katedrą Patomorfologii CM UJ, dr Anna Prokop-Staszecka, kierownik Oddziału Chorób Płuc z Pododdziałem Onkologicznym Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II, oraz prof. Jolanta Pytko-Polończyk, kierownik Katedry Stomatologii Zintegrowanej CM UJ, prodziekan Wydziału Lekarskiego CM UJ ds. studenckich i programu studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym. Moderatorką spotkania była Katarzyna Domin z redakcji „GGL".

Jak często bywa, dyskusja potoczyła się własnym torem. W odpowiedzi na zadane na początku pytanie nie padły bynajmniej oskarżenia pod adresem mężczyzn blokujących kobietom rozwój zawodowy czy naukowy. Stało się ono natomiast pretekstem do podzielenia się osobistymi przemyśleniami na temat tego, jak ograniczenia wynikające z kobiecej natury i przypisanych jej ról społecznych wpływają na rozwój zawodowy. Rozmowa dotyczyła też tego, jakie cechy, bez względu na płeć, powinien mieć lider w medycynie oraz darzony autorytetem swojego zespołu szef, a także jak pomóc rozwinąć skrzydła swoim następcom i dobrze zapisać się w ich pamięci.

Pojawił się także temat dyskryminacji kobiet w ochronie zdrowia, która jest problemem powszechnym – jak twierdzi 82,6 proc. respondentek biorących udział w badaniu przeprowadzonym rok temu przez fundację Polki w Medycynie wspólnie z portalem Remedium. Choć żadna z rozmówczyń nie miała wątpliwości, że niestosowne żarty czy komentarze w stosunku do lekarek czy studentek medycyny (i kobiet w ogóle) należy piętnować, a w skrajnych przypadkach zgłaszać takie sytuacje odpowiednim organom (dziekan, Komisja Etyki Lekarskiej, a w ostateczności rzecznik odpowiedzialności zawodowej), to padły też pytania, czy czasem wahadło poprawności politycznej nie wychyliło się zanadto w drugą stronę, sprawiając, że uznawane dawniej za neutralne

komentarze dotyczące płci i wyglądu mogą dziś zostać odebrane jako szowinistyczne czy seksistowskie, a merytoryczne uwagi przełożonego za przejaw dyskryminacji.

Poniżej publikujemy zredagowane fragmenty wspomnianych rozmów.

Praca a rodzina

Jolanta Pytko-Polończyk: Nawiązując do wątku kobiety profesora na wydziale lekarskim, muszę powiedzieć, że jest to praca bardzo trudna, okupiona wieloma wyrzeczeniami. Myślę, że nie wszyscy są w stanie poświęcić tak wiele z prywatnego życia i tak mocno zaangażować się w pracę naukową, bo przecież ten tytuł niesie za sobą wiele godzin, które oddaje się badaniom albo pacjentom. Jest jednak rodzina, którą zawsze stawiałam na pierwszym miejscu, więc ta kariera była u mnie – i jest u wielu kobiet – trochę przesunięta w czasie. Z drugiej strony, wokół mnie jest mnóstwo kobiet, które może nie są profesorami, ale samodzielnymi pracownikami. To pokazuje, że życie rodzinne nie przeszkadza w rozwoju kariery naukowej, ale z pewnością pogodzenie tych dwóch światów to wielka umiejętność. Może dlatego, że reprezentuję inną dyscyplinę – bo w stomatologii przeważają kobiety i kierownikami katedr też głównie są panie – mam trochę inne spojrzenie na całą sytuację. Ale czy można mówić o jakiejś blokadzie kobiet?
Dominika Dudek: Ja nigdy nie czułam, żeby ktokolwiek mnie blokował. Jestem dumna, że jestem pierwszym w historii Katedry Psychiatrii kierownikiem kobietą, i nie kierowniczką ani kierownicą. Natomiast trudno jest mi mówić o całej uczelni, tym bardziej ogólnie o sytuacji kobiet w medycynie w Polsce. Nigdy nie miałam negatywnych doświadczeń, nikt mnie w niczym nie blokował. Zawsze dużo pracowałam, trochę może miałam szczęścia, trochę pomogły umiejętności w nawiązywaniu kontaktów z ludźmi. Natomiast i tak było bardzo trudno, ale z innych przyczyn, bardziej osobistych. Bo oczywiście rodzina zawsze będzie priorytetem, więc na przykład nie byłam nigdy na dłuższym zagranicznym stypendium naukowym, czego żałuję. Ale nie zmienimy naszej biologii – to my chodzimy w ciąży, to my karmimy, żaden facet za nas tego nie zrobi. Na pewno to, co uważam za swój największy sukces życiowy, pewnie ważniejszy niż sukcesy zawodowe, to to, że mam dwie wspaniałe córki, samodzielne, mądre, z których jestem bardzo dumna. Tak że sukcesy zawodowe były oczywiście okupione ogromną pracą, rozdarciem i takim życiem w poczuciu winy, że zabieram swoim córkom czas.
Tatiana Bartoszewska: Myślę, że nasz model społeczeństwa jest bardzo patriarchalny i tak, jak pani profesor powiedziała,

A. Bartoszek

Prezes Robert Stępień wręczył uczestniczkom spotkania kwiaty z okazji Dnia Kobiet. Na zdjęciu po prawej dr Anna Prokop-Staszecka

też miałam poczucie winy. Mężczyźni go nie mają. Oni mają ogromne wsparcie od kobiet, swoich partnerek, żon. Mogą się realizować. Cała rodzina będzie mówiła: jak to świetnie, że dużo pracujesz, jesteś zmęczony po dyżurze, więc odpocznij. Gdy staję na bloku operacyjnym, wiem, że moi koledzy później pójdą spać, a ja nie, i moje koleżanki też nie. Tak zostałyśmy wychowane po prostu. I to nas bardzo ogranicza i blokuje.

Mam teraz do czynienia z bardzo młodymi osobami i one już potrafią być troszeczkę bardziej asertywne i mają też innych partnerów, bo młodzi mężczyźni są bardziej chętni do dzielenia się obowiązkami domowymi. Po prostu na te zmiany musimy jeszcze poczekać, ale one się dokonują.
Jolanta Orłowska-Heitzman: Myślę, że mnie panie poprzecie, jeśli powiem, że wielu panów nie odniosłoby sukcesu, gdyby nie stały za tym kobiety. Wyjątkami są osoby, które nie mają rodziny, ale w rodzinach, jeżeli nie kobieta, która zajmuje się wszystkim, to jakby ten mężczyzna to wszystko osiągnął? Myślę, że oni podskórnie to wiedzą, ale nie powiedzą tego głośno. Gdzieś tam kiedyś przyznają, lecz to już prędzej na emeryturze...
Anna Prokop-Staszecka: Wszystkie panie miały rację, nie powinno się mieć żadnych wyrzutów sumienia, a niestety je mamy, bo tak zostałyśmy wychowane i tak są wychowani mężczyźni – mężczyzna nigdy nie płacze i mężczyźnie zawsze się należy. To jest wina kobiet, naszych matek i babć.

Liderki

Anna Chrapusta: Wydaje mi się, że jest bardzo istotne, by w kimś, kto jest szefem, każdy podwładny mógł znaleźć oparcie. Przykładowo każda osoba, która u mnie pracuje, musi wiedzieć, że jeżeli jest trudny zabieg, to może liczyć, że przyjdę i pomogę. Prócz tego w zawodach takich jak nasz, kiedy walczymy o życie pacjenta, jest szalenie istotne, żeby

szef posiadał umiejętności takie, jakie każdy podwładny życzyłby sobie mieć albo wiedział, że one są potrzebne. To trzeba wypracować, z tym się człowiek nie rodzi.

Dominika Dudek: Trzeba też szanować swój zespół. Można zwrócić komuś uwagę, ostrzej lub mniej ostro, natomiast w cztery oczy, żeby nikogo nie upokarzać, ale na zewnątrz zawsze trzeba bronić swojego zespołu i stać za nim murem.

Anna Chrapusta: U mnie w Centrum każdy musi się czuć dowartościowany, łącznie z paniami salowymi, sprzątającymi blok operacyjny. Bo to jest szalenie istotne, żeby każdy z pracowników miał jakąś motywację, wiedział, że jest doceniony. Zwykła pochwała, jeżeli padnie ze strony szefa, jest bardzo ważna.

Marzena Ksel-Teleśnicka: Badania pokazują, że najważniejsza jest pochwała szefa, ważniejsza niż pieniądze i wszystko inne.

Anna Chrapusta: Uważam, że jeśli się szanuje ludzi, zarządzanie nie jest trudne. Oczywiście musi się wszystko opierać na zasadzie wzajemnego zaufania. Natomiast na pewno trzeba być zaangażowanym, bo jeżeli zespół będzie widział, że szef nie jest zaangażowany, to nic z tego nie będzie.

Dominika Dudek: Musimy trochę dawać przykład, jeśli chcemy, by ludzie wokół nas pracowali. Trzeba pokazać, że się nie obijamy. Na przykład nie możemy wymagać, żeby nasi podwładni przychodzili punktualnie do pracy, a sami się spóźniać.

Marzena Ksel-Teleśnicka: A jak będąc silną osobowością pozwolić innym wyrosnąć na liderów obok?

Dominika Dudek: Przede wszystkim nie bać się, że młody człowiek będzie zaraz mądrzejszy ode mnie. Wręcz przeciwnie, jak mam wybitnego pracownika, który w czymś „siedzi" naukowo i jest w tym temacie znacznie mądrzejszy ode mnie, podkreślam to na każdym kroku. Tego się nauczyłam od prof. Szymusika, który był wspaniałym szefem i cieszył się z sukcesów swoich wychowanków. Uważał, że sukcesy jego podwładnych są jego sukcesami.

Jolanta Pytko-Polończyk: Dawniej zdarzało się, że odchodzili szefowie katedr i nie miał kto ich zastąpić, ponieważ nie było samodzielnego pracownika. Myślę, że jeżeli ktoś jest wielki, ale przez duże W, i jest po prostu mądrym szefem, świetnym specjalistą, to on nie musi się niczego bać. Bo to jest wielki sukces dla szefa mieć komu przekazać pałeczkę.

Katarzyna Domin: A czy kobieta szef może sobie pozwolić na słabość w pracy, na okazywanie emocji? Tego wszystkiego, co kojarzy się z kobiecością?

Dominika Dudek: Ależ oczywiście, trzeba być człowiekiem.

Jolanta Orłowska-Heitzman: Tu nie ma podziału na męskie i kobiece. Emocje towarzyszą każdemu, bez względu na płeć, różnie je okazujemy.

Dominika Dudek: Jeśli chodzi o cechy psychologiczne, to są pewne stereotypy, że kobieta jest empatyczna, a mężczyzna wojowniczy. Znam mężczyzn empatycznych i kobiety wojownicze.

Jolanta Pytko-Polończyk: Myślę, że nasza natura, trochę bardziej złożona niż męska, bardziej pomaga w tym, żeby być takim szefem, który potrafi spojrzeć na wszystko – na to, że ktoś ma chorą matkę, że dziecko jest chore, bo się trochę patrzy przez swój pryzmat i automatycznie otwiera się też człowiek na takie zwyczajne, codzienne problemy.

Anna Prokop-Staszecka: Pytacie panie o rolę lidera i to, jak potem trudno jest zejść ze sceny. Kiedy 15 września 2019 roku kończyłam kadencję, wszyscy moi koledzy w szpitalu, starsi i młodsi, mówili: „słuchaj, skończ zaraz pracę w szpitalu, bo w końcu byłaś tyle lat dyrektorem, na pewno masz wrogów". Pomyślałam, że zostanę i zobaczę, czy byłam dobrym dyrektorem, dobrym liderem. I to była moja najlepsza decyzja, bo dowodów na to, że chyba nie byłam najgorszym szefem, mam dużo. Myślę, że to jest ważne, by odejść z klasą ze stanowiska i pozostać w pamięci swojego zespołu.

opr. Katarzyna Domin

Apel w sprawie „nieprawidłowej refundacji"

W związku z licznymi przypadkami obciążania lekarzy przez Narodowy Fundusz Zdrowia karami za „nieprawidłową refundację" mleka Neocate LCP, Rzecznik Praw Lekarza Naczelnej Izby Lekarskiej wraz z Rzecznikami Praw Lekarza poszczególnych Izb Lekarskich podjęli kroki prawne mające na celu ochronę lekarzy przed działaniami NFZ.

W chwili obecnej urzędnicy NFZ posługują się tylko i wyłącznie kryteriami refundacyjnymi, całkowicie pomijając fakt bezsprzecznej konieczności pomocy dzieciom powyżej 12. miesiąca życia, u których nie ma możliwości leczenia innym preparatem. Konieczne jest zgromadzenie danych na temat liczby lekarzy objętych tymi karami oraz ich wysokości wraz z informacją, na jakiej podstawie NFZ ustalił kwotę nienależnej refundacji.

Zwracam się z prośbą do wszystkich członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie o powiadomienie Rzecznika Praw Lekarza o fakcie otrzymania nakazu „zwrotu nienależnej refundacji" w przypadku wypisania mleka Neocate LCP dziecku powyżej 12. miesiąca życia na adres e-mail: **rzecznik57@hipokrates.org** wraz z podaniem numeru telefonu celem kontaktu ze strony Rzecznika.

Łukasz Litwa, Rzecznik Praw Lekarza

Rynek apteczny w liczbach

Obracamy miliardami...

Jak zwykle o tej porze, pojawia się coraz więcej podsumowań poprzedniego roku. Dotyczy to również rynku farmaceutycznego, który z oczywistych powodów musi nas interesować, ale który jest też przez nas lekarzy kształtowany.

Analiza dotyczy roku 2022, popandemicznego, kiedy wracaliśmy do „normalności" w życiu codziennym i w naszej pracy zawodowej. Warto znać choć kilka danych z tego opracowania, a szczególnie wartość rynku aptecznego, która w 2022 roku wyniosła aż **45,4 mld zł**. To najwięcej w historii, ale nie przywiązywałbym się do tego rekordu, bo zapewne w tym roku padnie kolejny. Tę zwyżkę opisuje najlepiej wskaźnik dynamiki rynku aptecznego rok do roku (rdr), który wynosi 14,2%. Wartość struktury rynku leków budują trzy składowe: leki refundowane stanowiące 31,9%, produkty nierefundowane na receptę obejmujące 21% oraz produkty bez recepty stanowiące aż 47,1% ogółu leków sprzedawanych w aptekach.

Jeśli chodzi o poszczególne segmenty rynku aptecznego, najwyższy wskaźnik dynamiki wzrostu w porównaniu z poprzednim rokiem zanotowały leki w handlu elektronicznym (**e-commerce**) – o 19,9%. Drugi dynamiczny rynek rozwoju, o wskaźniku 19,4%, to leki nierefundowane. Polacy chętnie kupują też leki bez recepty, leki ogólnodostępne i niewymagające wizyt lekarskich – wzrost na poziomie 17%.

Warto zauważyć wzrost dynamiki sprzedaży testów diagnostycznych (wskaźnik 448,8%) – jako wyraz nowej polityki testowania w kierunku COVID-19 w ubiegłym roku i chęci samodzielnego wykonywania tych badań przez pacjentów. Kupujemy więcej testów, lecz mniej przejmujemy się prewencją – apteczna sprzedaż środków do dezynfekcji dłoni spadła o 48,6%.

Najniższą dynamikę miał rynek leków refundowanych – wskaźnik na poziomie zaledwie 7,5%.

Analiza wykazuje 12 891 aptek w Polsce. To spadek o 254 w stosunku do roku poprzedniego – likwidacji uległo 290 aptek indywidualnych, lecz przybyło 36 aptek „sieciowych".

Jak w tym opracowaniu wypadła nasza praca jako lekarzy? Ubiegły rok to wzrost liczby pacjentów odwiedzających nasze gabinety o 8,4% oraz tzw. nowych pacjentów aż o 11%. To obraz popandemiczny – z ułatwionym dostępem do lekarza. Mniej było pacjentów z chorobą Parkinsona, wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego oraz z chorobami serca, więcej m.in. pacjentów z otyłością, chorobami oczu i uszu oraz z infekcjami.

Większa liczba pacjentów przyczyniła się oczywiście do wzrostu liczby wystawianych recept (ogólny wskaźnik **7,9%**), głównie w **pediatrii** – 36%, **chorobach zakaźnych** – 20,8% oraz **diabetologii** – 15,7%. Najmniejszy wzrost nastąpił w: **gastrologii** 0,8%, **dermatologii** 1,0% oraz **medycynie rodzinnej** 4,2%. Największy wzrost liczby wystawianych recept zanotowano dla grupy wiekowej 5-12 lat – w porównaniu z rokiem ubiegłym zwiększyła się ona o 43,2%.

Porównując rynek farmaceutyczny rok do roku, zauważamy stały wzrost jego wartości, co wynika przede wszystkim z rosnących cen leków. Jednak procent leków refundowanych, które stanowią 1/3 struktury całości rynku, jakoś się nie zwiększa. Wydajemy coraz więcej, lecz przede wszystkim z własnej kieszeni, na leki dostępne bez recepty (te właśnie leki stanowią prawie połowę wartości rynku) oraz na leki nierefundowane. Analiza nie obejmuje niestety okresowych braków w dostępności leków, a jest to zjawisko coraz powszechniejsze, szczególnie w grupie leków refundowanych.

Cieszyć powinien powrót normalności, choć niekoniecznie obserwowany jako popandemiczny wzrost liczby wystawianych recept, jednak martwi wzrost liczby pacjentów z otyłością. To, że więcej recept wystawiono z powodu infekcji, nikogo raczej nie zdziwi. Nie dziwi też wzrost, jaki notują leki w handlu elektronicznym (e-commerce). Z jednej strony to wygoda i znak czasu, z drugiej pamiętać należy, że ten rynek obarczony jest największym ryzykiem fałszowania leków.

Mam nadzieję, że przedstawione dane zainteresują choć część lekarzy i pobudzą do przemyśleń, zwłaszcza tych o specjalnościach wymienionych w tekście.

opr. Mariusz Janikowski (źródło danych: IQVIA)

Przypominamy, że od 1.01.2023 składka członkowska wynosi 120 zł

Alarm dla lekarzy: otyłość u dzieci

Pora obalić zabójcze mity

To tylko taki dziecięcy tłuszczyk, z tego się wyrasta. Takie pulchniejsze dzieci później są wysokie. Zacznie szybko rosnąć i od razu schudnie – to mity, które pokutują w naszym społeczeństwie, a co gorsza, doskonale funkcjonują również w wielu gabinetach lekarskich. Trzeba wreszcie głośno powiedzieć, że są to szkodliwe kłamstwa. Większość otyłych dzieci zostaje otyłymi dorosłymi, którzy mają wszystkie powikłania otyłości, ze skróceniem czasu życia włącznie.

Jednoznaczne dane wskazują, że dzieci, które miały nadwagę, częściej niż ich koledzy z prawidłową wagą cierpią później na schorzenia układu sercowo-naczyniowego, niedokrwienie i niewydolność serca, udary mózgu, miażdżycę oraz nowotwory. Nadwaga i otyłość powodują choroby układu oddechowego, choroby zwyrodnieniowe stawów i niewydolność nerek. Co więcej, okazuje się, że nadmierna masa ciała jest też ważnym czynnikiem ryzyka infekcji, z którymi dzieci trafiają do pediatrów. Szacuje się, że w ciągu najbliższych 30 lat Polska z powodu otyłości i chorób związanych z otyłością może stracić ponad 4 proc. PKB.

– Otyłość to najczęstsza choroba przewlekła wieku dziecięcego na świecie – alarmowała dr hab. Małgorzata Wójcik z Kliniki Endokrynologii Dzieci i Młodzieży Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie podczas tegorocznej edycji niezwykle popularnej krakowskiej konferencji „Kontrowersje w pediatrii". – Prowadzi do niej zaburzenie równowagi pomiędzy energią dostarczaną a energią zużywaną, co skutkuje zbyt dużą do potrzeb akumulacją tkanki tłuszczowej.

Jak podkreślała Małgorzata Wójcik, jednym z wielu mitów, jakie należy obalić, jest ten o endokrynologicznych przyczynach otyłości: to nie zaburzenia endokrynologiczne powodują otyłości, zwykle jest wręcz odwrotnie: – Nie wolno nam mylić tego, co jest skutkiem z przyczyną. Tkanka tłuszczowa nie jest wyłącznie magazynem tłuszczu i kalorii, jest to bardzo aktywny narząd wydzielania wewnętrznego, posiadający również zdolność do produkcji własnych hormonów, do transformacji hormonów i wydzielania czynników zapalnych, które jeśli są produkowane nieadekwatnie do potrzeb, mogą wywierać bardzo szeroki wpływ na funkcjonowanie całego organizmu – tłumaczyła.

Źródło: Canva

Układ wydzielania wewnętrznego jest układem regulacyjnym, więc u dziecka z otyłością cały system endokrynologiczny nie funkcjonuje prawidłowo. Dlatego też ocena tego układu na podstawie uzyskanych wyników badań laboratoryjnych może nastręczać wiele problemów: – Oś tarczycowa dziecka otyłego funkcjonuje inaczej niż u dziecka zdrowego, szczupłego, a wyniki badań mogą czasami sugerować zaburzenia takie chociażby jak niedoczynność tarczycy – zaznaczyła w swoim wykładzie. – Jednym z częstszych błędów jest kierowanie do poradni endokrynologicznej pacjenta z podejrzeniem niedoczynności tarczycy z informacją, że dziecko jest otyłe, ponieważ ma niedoczynność tarczycy. W znacznej większości przypadków nieprawidłowe wyniki oceny osi tarczycowej są konsekwencją otyłości, a nie jej przyczyną. Niedoczynność tarczycy nie jest przyczyną otyłości i nie ma wskazań do wykonywania badania TSH rutynowo u każdego dziecka, które dużo waży. Trzeba liczyć się z tym, że wyniki będą poza zakresem normy, właśnie z powodu otyłości.

Pokutuje pogląd, że dzieci z otyłością są wysokie i że z otyłości się wyrasta. Ten sposób myślenia endokrynolodzy dziecięcy starają się obalić.

– Dzieci z otyłością rosną szybciej w okresie przedpokwitaniowym, natomiast skok wzrostowy jest u nich zdecydowanie mniejszy niż u ich szczupłych rówieśników i oni

w tym okresie, w którym my oczekujemy, że wyrosną, tak naprawdę zwiększają swoje BMI nie dlatego, że szybko tyją, ale dlatego, że tempo wzrostu jest mniejsze niż u zdrowych rówieśników – wyjaśniała dr hab. Małgorzata Wójcik.

Paradoksalnie u dzieci z otyłością stosunkowo często występuje niedożywienie, a najczęstszym problemem jest niedobór wapnia i witaminy D, więc jest to grupa szczególnie narażona na zaburzenia mineralizacji kostnej. Notowane są również niedobory żelaza, kwasu foliowego czy innych mikroelementów.

Do niedawna uważano, że najczęstszym powikłaniem metabolicznym otyłości u dzieci jest cukrzyca typu 2. Być może ten pogląd wynikał z prostego przeniesienia epidemiologii od dorosłych, ale jak się okazuje, badania pediatryczne temu przeczą. U dzieci otyłych dość często występują natomiast przejściowe stany hiperglikemii, określane jako stany przedcukrzycowe. – Badania jednak wskazują, że są to stany odwracalne i – tutaj jest inaczej niż u dorosłych – nawet niewielka, już od 5 proc., redukcja ilości tkanki tłuszczowej, niekoniecznie musi to być redukcja samej masy ciała, powoduje u dzieci normalizację glikemii – wyjaśniała doc. Wójcik.

Dawniej w gabinetach pediatrycznych praktycznie z takim problemem się nie spotykano, ale obecnie dziecko z nadciśnieniem tętniczym wcale nie jest rzadkim pacjentem. Bo to właśnie nadciśnienie jest u dzieci najczęstszym powikłaniem otyłości. – Wśród dzieci otyłych co trzecie ma nadciśnienie tętnicze – zdarza się ono nawet u przedszkolaków! – alarmowała prof. Dorota Drożdż, kierownik Kliniki Nefrologii Dziecięcej USD: – Na razie, choć zdarzają się pojedyncze przypadki (!), nie widzimy jeszcze u dzieci udarów czy zawałów, ale obserwujemy, że nadciśnienie skutkuje uszkodzeniami narządowymi, np. przerostem lewej komory serca czy uszkodzeniami naczyń! Dzieci z otyłością mają też dislipidemię, a połączenie dyslipidemii i nadciśnienia tętniczego może prowadzić do rozwoju miażdżycy nawet już w okresie dziecięcym.

Dobra wiadomość jest taka, że większość z tych powikłań, nawet przerost lewej komory, jest u dzieci odwracalna, pod warunkiem redukcji masy ciała i tkanki tłuszczowej.

Nadciśnienie tętnicze może też generować kolejne powikłanie, jakim jest uszkodzenie nerek. Poza tym uszkodzenie tego narządu może u dzieci otyłych wystąpić z powodu wynikającego z otyłości przewlekłego stanu zapalnego oraz stresu oksydacyjnego. Stąd istotna uwaga do zapamiętania: warto u dzieci otyłych kontrolować poziom kreatyniny, wyliczać GFR i, oczywiście, wykonać badanie ogólne moczu – wszystkie te badania może zlecić lekarz POZ.

Do specjalistów w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie trafiają również dzieci, które z powodu otyłości manifestują dolegliwości ze strony układu kostno-stawowego, a także z metaboliczną stłuszczeniową chorobą wątroby. Te niezwykle poważne powikłania, występujące u tak młodych pacjentów, są alarmujące. Dlatego wszyscy lekarze muszą zacząć traktować otyłość poważnie, jako chorobę. Pacjenci i ich rodzice nie powinni być pozostawieni sami sobie z pocieszeniem „wyrośnie z tego" albo niepotrzebnie kierowani do specjalistów, np. endokrynologa.

Dlaczego dzieci tyją?

– Edukacji żywieniowej właściwie nie ma – stwierdziła dr Agnieszka Kozioł-Kozakowska z Pracowni Dietetyki Pediatrycznej USD. – Nie jesteśmy uczeni, jak się odżywiać, nie rozmawia się na ten temat w szkole, a promocja zdrowia właściwie nie istnieje.

Dobrym, aczkolwiek na razie niewielkim krokiem do poprawy sytuacji jest wprowadzenie refundowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia porady dietetycznej. To znak, że decydenci dostrzegają skalę problemu otyłości w Polsce. Na razie refundacja obejmuje jedynie dorosłych, ale jest szansa na wprowadzenie jej również do koszyka pediatrycznego.

Co najdziwniejsze, oficjalnie otyłości wśród dzieci w Polsce nie ma.

– Odsetek przypadków otyłości raportowanej w rozpoznaniach lekarskich jest znikomy. Nawet jeśli lekarz zbadał, zważył i zmierzył dziecko, to 1/3 pacjentów nie otrzymała w gabinecie informacji, że są chorzy i że wymagają leczenia. Połowa kontrolowanych placówek POZ nie poniosła żadnego nakładu na profilaktykę i leczenie otyłości oraz jej powikłań – takie wnioski przedstawiła Małgorzata Wójcik na podstawie opublikowanego pod koniec 2021 r. raportu Najwyższej Izby Kontroli o dostępności profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i innych chorób cywilizacyjnych.

– Raport wykazał między innymi, że lekarze zajmujący się dziećmi w POZ oraz w opiece specjalistycznej nie mają po prostu dostatecznej wiedzy i jasnych wytycznych, żeby z takimi pacjentami sobie radzić – zauważyła dr Wójcik. Dlatego z inicjatywy pięciu towarzystw naukowych powstały pierwsze w Polsce zalecenia postępowania z dzieckiem otyłym. Mają one formę algorytmu działania w sytuacji, gdy do lekarza POZ trafia pacjent z nadmierną masą ciała.

Joanna Sieradzka

Wizerunkowe braki

Rzecz będzie o naszym wizerunku i o tym, jak go kreślimy. Polityka jest w gruncie rzeczy dość podobna do układów międzyludzkich. Role osób pełnią grupy, korporacje, środowiska. I tak jak pojedynczy ludzie w relacjach między sobą komunikują sobie nawzajem stawiane przez siebie granice (mową ciała lub podtekstami wypowiedzi zakreślają swoje „terytorium"), tak też grupy i środowiska nie mają innego środka wyrazu, jak wytwarzanie w przestrzeni publicznej stałego wizerunku spraw, co do których „nie mają zamiaru odpuścić".

Dwa lata temu „Gazeta Lekarska" opublikowała duży zbiór opinii osób związanych z samorządem – „100 pytań na 100-lecie Samorządu". W odpowiedzi na pytanie „Czy NRL pisze »na Berdyczów«?", o którą mnie poproszono, napisałem, że dokumenty, jakie wytwarzamy, są „językiem, w jakim urzędy i korporacje się ze sobą komunikują" oraz że poziom i trafność argumentacji nie są bez znaczenia.

Felieton ten kreślę w szczególnej atmosferze. Spora część naszej grupy zawodowej od dwóch lat czekała na zmiany w wycenach podstawowych procedur, finansowanych przez NFZ. Te dwa lata to tylko okres bezpośrednich prac nad nowymi wycenami. I dziś właśnie zarządzenie Prezesa NFZ ujrzało światło dzienne. Z pewnością jest to wzrost rentowności kontraktu, ale w każdym przypadku będzie zapewne inaczej (zależnie od struktury zabiegów). Raczej kontrakt będzie miał wartość wyższą niż inflacja 2022/23, lecz pamiętajmy o „efekcie bazy" – punktem wyjścia porównań są naprawdę niskie stawki.

Toczyła się ostatnio nad tym procesem wyceny jakaś już zupełnie niezrozumiała gra, ale łamy prasy samorządowej służyć winny nie do opisu działań władz (bo tu zaskoczenia nie ma), ile przyjrzeniu się, czy naszymi korporacyjnymi działaniami nie wspieramy tej metody postępowania. Znaleźliśmy się w dość nietypowej sytuacji, kiedy to personalnie (poprzez osobę wiceprezesa NRL – szefa KS NRL) pion stomatologiczny samorządu związał się z Radą Rozwoju Stomatologii (ciało przy Ministrze). Jasnym jest, że swoboda kontestowania ministerialnych decyzji, popartych przez taką Radę, w której większość mają członkowie zależni od MZ, jest wyraźnie ograniczona. Może to spowodować (i na to teraz wygląda), że w dyskusji w przestrzeni publicznej, która z założenia ma charakter polemiczny, nas po prostu nie ma. Dlatego dziwi, że tak ważną jakościowo zmianę naszego modelu działania nie skonsultowano wcześniej z Delegatami Stomatologiami lub chociaż Komisją Stomatologiczną NRL.

Inny przykład, do Sejmu wpłynął już rządowy projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych. Dla wielu środowisk tych zawodów to najwyraźniej „wiosna" dająca im regulację, okazja do promocji postulatów. W wypowiedziach prasowych i radiowych od wielu z tych kilkunastu grup słychać żądanie wręcz własnych samorządów zawodowych. W zakresie stomatologii spośród trzech zawodów pomocniczych mamy dwa, które od lat zabiegają o samodzielność zawodową (możliwość udzielania świadczeń bez nadzoru, a nawet zlecenia lekarza). Jedna z tych grup już w projektach ma taką niezależność przyznaną, druga jeszcze nie, ale broni nie składa i ostatecznie, korzystając z wygodnej dla MZ formy legislacyjnej (wykaz czynności ma być w rozporządzeniu, zamiast w ustawie) może ją w każdej chwili otrzymać.

Nie chodzi mi teraz o to, czy to dobrze, czy źle, że wprowadzi się coś, co funkcjonuje w niektórych państwach, czy to będzie kiedyś problem w sferze konkurencji (poważnej – zapewne nie), jak to wpłynie na zwyczaje w branży (o, tu bym się zastanawiał, ile nowych „świeckich tradycji" wyrośnie). To zostawiam. Problem w tym, że nie ma ani jednego dokumentu NRL w tej kadencji, w którym ta dość w końcu poważna jakościowo zmiana byłaby choćby skomentowana. To też jest owa „mowa ciała" korporacji. O rozstrzygnięciach dowiedzieli się nieliczni, samodzielnie myszkujący po zasobach internetowych Rządowego Centrum Legislacji. Umówmy się więc, że samorząd nie omówił toczących się prac i uzgodnień. Jeśli do tego w tej chwili nie wystąpi aktywnie na forum parlamentu, to niezależnie od rzeczywistych skutków ewentualnego uzyskania samodzielności zawodowej przez jedną czy drugą grupę, czy też obie naraz – będzie to sygnał, że „zacięcie analityczne" nie jest naszym najmocniejszym punktem.

Andrzej Cisło, stomatolodzy.org.pl

KRAKDENT zakończony sukcesem

W dniach 30 marca-1 kwietnia br. w EXPO Kraków odbyły się 29. Międzynarodowe Targi Stomatologiczne KRAKDENT – najważniejsze wydarzenie branży stomatologicznej w Europie Środkowo-Wschodniej, w którym w tym roku wzięło udział dokładnie 10 303 odwiedzających i 323 wystawców z całego świata. Targi oferują nie tylko możliwość zakupu nowoczesnego sprzętu i artykułów stomatologicznych. To także miejsce dialogu i budowania relacji biznesowych oraz zdobywania wiedzy – głównie w trakcie licznych szkoleń i warsztatów.

Wśród nowości prezentowanych na targach znalazły się m.in. najnowocześniejsze modele skanerów wewnątrzustnych i skanerów twarzy, najwyższej klasy unity stomatologiczne, lampy polimeryzacyjne, nowe linie autoklawów, lasery stomatologiczne, ale i te używane w medycynie estetycznej, kompozyty do podnoszenia zgryzu, a także produkty dla weterynarzy. Wiele z nich można było wypróbować na stoiskach Krakdentu, jak również – po raz pierwszy w historii targów – w specjalnej Strefie Testów.

Z myślą o uczestnikach, którzy stale chcą podnosić swoje kwalifikacje, przygotowany został program naukowy, m.in. kursy medyczne organizowane w salach EXPO Kraków – w tym roku szczególne zainteresowanie wzbudziła sesja pt. „Update wytycznych leczenia schorzeń powszechnie spotykanych u dzieci i młodzieży – próchnicy, wad rozwojowych, urazów" prowadzona przez prof. Monty Duggala z Qatar University – oraz organizowany przez dr. Macieja Żarowa XX Międzynarodowy Kongres Stomatologiczny Dental Spaghetti pn. „Klinika Stomatologiczna 2.0", odbywający się w Muzeum Manggha.

„Kraków stał się centralnym miejscem handlu stomatologicznego i wymiany doświadczeń. Sądzę, że w dalszej kolejności będzie to miejsce, gdzie będą rozwijały się również inicjatywy naukowe (...) Uważam, że przy Krakdencie można by zorganizować spotkania zjazdowe organizacji

K. Domin

arch. KRAKDENT

i towarzystw stomatologicznych. Są przecież tutaj warunki do tego, a przy okazji magnesem są właśnie targi. Nie da się ukryć, że poza Krakowem nie ma imprezy w Polsce, która mogłaby z Krakdentem konkurować" – podsumował tegoroczne targi prof. Marek Ziętek, honorowy prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

To pod jego przewodnictwem obradowała komisja, która pierwszego dnia targów, podczas uroczystego bankietu ogłosiła wyniki konkursu o Medal Najwyższej Jakości Targów KRAKDENT, wyróżniając firmy prezentujące innowacyjne produkty. W poszczególnych kategoriach zwyciężyły: Ivoclar-Vivadent Polska Sp. z o.o., Nevadent Sp. z o.o., Roko s.c., Olident Sp. z o.o., Chema-Elektromet Spółdzielnia Pracy i Mediaflor Agnieszka Florczak-Skwierczyńska.

Od 11 lat podczas Krakdentu organizowana jest też akcja charytatywna DENTOPOMOC. W tym roku Targi w Krakowie nawiązały współpracę z Fundacją „Szansa na nowe życie", która pomaga dzieciom z niepełnosprawnościami ewakuowanym z ukraińskich domów dziecka do Polski. To właśnie im zostały przekazane m.in. środki do higieny jamy ustnej, produkty spożywcze, chemiczne, odzież i akcesoria.

Trzy dni targów to także okazja do spotkań „po godzinach", dlatego organizatorzy zadbali o szereg atrakcji dodatkowych, takich jak DENTOspoty, loty widokowe helikopterem czy KRAKDANCE Party&Chill.

„Energię, którą obdarzyli nas uczestnicy, wykorzystamy przygotowując 30-lecie targów. To będzie wyjątkowa edycja. Dziś nie mogę zbyt wiele zdradzić, jedynie to, iż większość stoisk jest już zarezerwowana. Dziękuję wszystkim gościom targów – razem tworzymy to wydarzenie!" – podsumowała tegoroczną edycję Beata Simon, Team Leader Targów KRAKDENT.

Jubileuszowe 30. Międzynarodowe Targi Stomatologiczne KRAKDENT odbędą się w EXPO Kraków 11-13 kwietnia 2024 r.

(źródło: Krakdent.pl, opr. KD)

Spotkanie ze stomatologami ze Słowacji

W ramach odbywających się w Krakowie Targów KRAKDENT naszą Izbę odwiedziła sześcioosobowa delegacja Słowackiej Izby Dentystycznej, w tym MUDr. Milan Kráľovič, prezes Regionalnej Izby Dentystycznej w Bratysławie.

W tradycyjnym już spotkaniu w EXPO Kraków wzięli udział m.in. prezes Targów w Krakowie Grażyna Grabowska, prezes ORL Robert Stępień, prezes Polsko-Słowackiej Izby Przemysłowo-Handlowej Piotr Cebulski oraz nowo powołana Konsul Generalna Republiki Słowackiej w Krakowie Zlata Šipošová.

Natomiast mniej oficjalne spotkanie z przedstawicielami Komisji Stomatologicznej ORL, na czele z jej przewodniczącym Dariuszem Kościelniakiem, wiceprzewodniczącymi Agatą Dutką-Szmigiel i Małgorzatą Jamką-Kasprzyk oraz prof. Jolantą Pytko-Polończyk, odbyło się w siedzibie Izby. Dyskusje pomiędzy reprezentantami obu samorządów dotyczyły przede wszystkim dalszej współpracy

w zakresie kształcenia transgranicznego i możliwości zdobywania punktów edukacyjnych przez lekarzy z Polski na terenie Słowacji, a Słowaków w naszym kraju.

KD

Pora wznowić współpracę

W kwietniu gościliśmy w krakowskiej Izbie delegację Słowackiej Izby Lekarskiej. Liczy ona ok. 13 tys. członków, natomiast słowaccy lekarze dentyści są zrzeszeni (w liczbie ok. 4000) w oddzielnej Izbie. Delegacji przewodniczył prezes SIL doktor Pavel Oravec, ponadto przybyli wiceprezes doktor Jaroslav Šimo, były prezes SIL prof. Milan Dragula oraz doktor Jozef Tholt, członek Prezydium.

Wieloletnią współpracę obu Izb przerwała pandemia, więc ostatnia wizyta umożliwiła zarówno odnowienie kontaktów, jak i wyznaczenie obszarów wspólnych działań w przyszłości.

Słowaccy koledzy m.in. odwiedzili Szpital Uniwersytecki w Krakowie, po którym oprowadzał ich dr hab. Marcin Krzanowski, zastępca dyrektora ds. lecznictwa, opowiadając o historii szpitala, codziennym jego funkcjonowaniu, a także o wyzwaniach związanych z zarządzaniem tą jedną z największych placówek szpitalnych w naszym kraju. Delegacja SIL odwiedziła również Szpital im. Żeromskiego, gdzie mogła zapoznać się z problemami dotyczącymi zarządzania szpitalem miejskim, zbudowanym ponad 50 lat temu. Przedstawił je dr Jerzy Friediger, dyrektor tej placówki.

Na zakończenie wizyty, na spotkaniu z prezesem ORL Robertem Stępniem przedyskutowano problemy, które w równym stopniu dotyczą lekarzy pracujących na Słowacji, jak i w Polsce – braki kadry lekarskiej, nieadekwatna wycena świadczeń zdrowotnych, trudności związane z potwierdzaniem doświadczenia zawodowego lekarzy obcokrajowców, głównie przyjeżdżających z Ukrainy czy brak partnerskiego traktowania przez Ministerstwa Zdrowia (w obu krajach).

(MK-T)

Rok w Prezydium

Tak, jak Ziemia zatoczyła koło wokół Słońca, tak dobiegł końca pierwszy rok IX kadencji Samorządu Lekarskiego, a 13 kwietnia minął mój pierwszy rok w roli członka Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej. I nie jest to oczywiście powód do świętowania, ale właściwy moment do przeanalizowania i zrobienia rachunku osiągnięć w zestawieniu z planami i oczekiwaniami.

W drużynie prezesa Stępnia znalazłam się trochę z własnego wyboru, a trochę ze zbiegu wielu okoliczności, w tym wybuchu pandemii covid, co spowodowało zawieszenie funkcji lekarza sądowego, czym zajmowałam się czynnie przed 2020 rokiem. Jeśli chodzi o własny wybór, to mam na myśli wewnętrzny imperatyw wskazujący na konieczność poświęcenia czasu i energii dla korporacji zawodowej, która, jak większość zawodów zaufania publicznego, ma w ostatnim czasie, mówiąc kolokwialnie, „pod górkę".

Kwiecień – to po wyborze na wiceprezes ORL „sprawdzanie gruntu pod nogami", uczenie się codziennego funkcjonowania Izby jako instytucji.

Maj upłynął na przygotowaniach do Krajowego Zjazdu, który odbywał się w Warszawie, w dniach 12-14 i nomen omen 13 doszło do przejęcia Naczelnej Izby przez ekipę „Samorządu Przyszłości". Na temat tego wydarzenia już pisałam, ale nadal trudno mi się pogodzić, że szantaż czy reasumpcje głosowań mogą potencjalnie stać się narzędziem działania samorządu.

W czerwcu wzięłam udział w pierwszym spotkaniu Strategicznego Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, działającego na terenie gminy Kraków, gdzie reprezentuję OIL – długa nazwa, dużo osób, nowy obszar do zagospodarowania, bo przecież ofiary przemocy często wymagają pomocy lekarza. Udział w posiedzeniach Komisji Socjalno-Bytowej i Komisji ds. Lekarzy Seniorów uświadamia mi, jaki ogrom pracy na rzecz osiemnastotysięcznej społeczności wykonuje w sumie niewielki zespół ludzi. No i wreszcie pierwsze spotkanie Komisji ds. Współpracy Zagranicznej i Obcokrajowców, na którym powstaje nieśmiały plan działania, bo przecież nadal nie bardzo wiadomo, na co pozwoli trwająca nadal pandemia.

Lipiec witam na urlopie, ale szybko przyjdzie mi o nim zapomnieć, bo najpierw wypad do Strasburga i spotkanie z członkami Komitetu CPT Rady Europy, potem dwa dni w Bukareszcie, związane z kontynuacją projektu Rady Europy (dot. opracowania strategii pozyskania personelu medycznego do pracy w jednostkach penitencjarnych). A stamtąd prawie bezpośrednio do Hódmezövásárhely, gdzie odbywał się 22. Międzynarodowy Medyczny Kongres Esperanto, organizowany przez niestrudzonego profesora Włodzimierza Opokę. Miałam tam wystąpienie zatytułowane „Obojętność – chorobą XXI wieku?", które spotkało się z dobrym przyjęciem, m.in. dzięki tłumaczeniu z języka angielskiego na węgierski. I wreszcie wystąpienie na absolutorium Wydziału Lekarskiego UJ CM, gdzie oprócz życzeń dla naszych przyszłych członków, przekazałam zaproszenie do działania w Izbie.

Sierpień – miesiąc spowolnienia wakacyjnego daje możliwość spotkania z dentystką, która wraz z grupą kolegów jeździ do afrykańskiego sierocińca, by pomagać tamtejszym dzieciom, z własnej inicjatywy, w ramach urlopu, za własne pieniądze!

We wrześniu świętuję wraz z koleżeństwem 40-lecie otrzymania dyplomu – pięknie zorganizowana uroczystość w Collegium Maius, z pięknym dyplomem Uniwersytetu Jagiellońskiego wręczonym przez prorektora Tomasza Grodzickiego. Potem udział w IV Międzynarodowej Konferencji Medical Review Auschwitz, organizowanej przez Medycynę Praktyczną i Towarzystwo Lekarskie Krakowskie – jest to bardzo ciężkie, emocjonalne przeżycie, mimo że z „problemami więzień" spotykam się już od bez mała trzydziestu lat.

W Izbie próbujemy uporządkować sprawy dotyczące funkcjonowania mediów społecznościowych, bo w przeciwieństwie do prężnie działającej redakcji „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej" zarówno strona internetowa Izby, jaki i profil na Facebooku pozostawiają wiele do życzenia.

Październik otwiera się inauguracją roku w Krakowskiej Akademii im. Frycza Modrzewskiego, która w ub. roku po raz pierwszy „wypuściła" absolwentów Wydziału Lekarskiego. Ponadto inspirujące spotkanie z lekarką z organizacji Leczymy z Misją

– dobrze jest wiedzieć, że są w naszej korporacji członkowie tak mocno zaangażowani społecznie. I wreszcie szkolenie ze strategii komunikacyjnej, prowadzone zarówno dla pracowników Izby, jak i w skondensowanej formie dla członków Prezydium ORL z nadzieją, że powołany zespół medialny będzie w stanie dotrzeć do większej liczby lekarzy. Potem gala konkursu „Przychodzi wena do lekarza" w Teatrze im. Słowackiego – trochę szkoda, że widownia zapełniona tylko w części, natomiast nowo otwarty Klub Adwokata pęka w szwach. Poza tym, jeszcze udaje mi się zmieścić dwudniową wizytację jako ekspert Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, funkcjonującego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich w Areszcie Śledczym w Bydgoszczy, gdzie znajduje się szpital z jedynym oddziałem chirurgii w polskim więziennictwie... smutek.

W listopadzie rusza projekt „Bezpieczne Leczenie", jako odpowiedź środowiska na przygotowywaną ustawę o jakości w opiece zdrowotnej, na posiedzeniu Prezydium przedstawiany przez młodego lekarza stażystę, który budzi szacunek swoim zaangażowaniem.

Na spotkaniu w Centrum Monitorowania Jakości duński ekspert przedstawia, jak system no fault funkcjonuje z dużym powodzeniem od ponad trzydziestu lat zarówno w Danii, jak i w innych krajach skandynawskich. Uczestniczę w izbowym śpiewaniu z okazji Święta Niepodległości; pięknie śpiewa ten nasz chór, szkoda, że młodych lekarzy tak niewiele. Bardzo ciekawe spotkanie z młodzieżą lekarską w Poroninie, udaje się złowić parę chętnych osób do działania w Komisji ds. Współpracy Zagranicznej w roli obserwatorów.

Grudzień – to kolejna konferencja organizowana przez profesora Opokę, w której reprezentuję Izbę. Tym razem tematem jest „Przestępczość farmaceutyczna" – trudny temat, a wydarzenie bogate w prelegentów – ponad 20 wystąpień, a po ich wysłuchaniu aż strach zażywać leki. Ponadto spotkanie ekonomistów i medyków w kultowych „Jaszczurach", ubogacone występem Skaldów i „naszego" profesora Chłosty, najlepszego rockmena wśród urologów. I jeszcze tuż przed wigilią wypad do Lublina na galę wręczania Nagrody im. Profesora Hołdy. Tym razem Kapituła (której jestem członkiem) nagrodziła sędziego Waldemara Żurka i Aborcyjny Dream Team.

Styczeń 2023 – pierwsze posiedzenie Prezydium już 4 stycznia, podwyższona składka członkowska budzi oczywiście wiele emocji. Potem bal lekarza, który wydaje się być solą w oku niektórych w „Kongresówce", ale to kontynuacja tradycji, a ponadto bawimy się za swoje, godnie i wesoło. Potem spotkanie z przedstawicielami Rady Krakowskich Seniorów oraz zebranie Forum Zawodów Zaufania Publicznego, któremu w tym roku przewodzą architekci (nota bene realizują ciekawy projekt edukacyjny o zawodzie architekta, wart „odgapienia"). Wreszcie noworoczne spotkanie dla lekarzy obcokrajowców gromadzi w Izbie około 40 osób, głównie z Ukrainy, ale są też lekarze z Wenezueli, Tajwanu oraz krajów Bliskiego Wschodu. Dla wielu z nich konieczność zdania egzaminu weryfikacyjnego czy LEK-u jest problematyczna, mimo dużego doświadczenia zawodowego i wieloletniej pracy jako specjalista.

W lutym przyjeżdża delegacja Izby Lekarskiej ze Słowacji – udaje się nawiązać przerwane przez pandemię kontakty, planujemy wspólne przedsięwzięcia, udaje się pokazać zarówno nowy Szpital Uniwersytecki, jak i Szpital im. Żeromskiego. Nawiązujemy kontakt z Polską Misją Medyczną, licząc na poszerzenie oferty szkoleń, a może jakieś wspólne działania. A w końcówce miesiąca – dzień spędzam w Bukareszcie – zakończenie projektu, o którym już wspominałam, z nadzieją, że władze zaakceptują strategię i zrealizują przygotowany plan działania.

I tak docieram do marca, w którym udaje się w Dzień Kobiet zrealizować debatę lekarek, które „przebiły" szklany sufit – ale o tym opowiada na łamach red. Domin. Na spotkaniu Forum Zawodów Zaufania Publicznego zapada decyzja o wspólnych przedsięwzięciach. Potem zebranie w ramach działalności Zespołu Interdyscyplinarnego w Ośrodku dla Ofiar Przemocy w Rodzinie, zlokalizowanym na os. Krakowiaków, jak się okazuje pierwszej takiej placówce założonej w Polsce w 1997 roku (warto wiedzieć o jej istnieniu). A na koniec miesiąca odbył się Zjazd Lekarzy OIL w Krakowie, niestety ze słabą frekwencją, ale inspirujący do działań w przyszłości, zwłaszcza gdy się z uwagą słuchało wystąpienia profesora Adama Bodnara. I rodzi się taka refleksja – może więc warto wrócić do informowania publicznie, których delegatów nie należy obdarzać zaufaniem?

Kończąc muszę dodać, że wiele aktywności pominęłam, a to posiedzenia Okręgowej Rady czy Prezydium, spotkania kolegium redakcyjnego „GGL". Opisując wydarzenia tego roku z perspektywy nowicjusza muszę podkreślić, że wszyscy członkowie władz Izby poświęcają wiele czasu i energii dla zapewnienia jej właściwego funkcjonowania. Nota bene, bycie prezesem ORL to, pomijając wszelkie honory, bardzo ciężka praca, wymagająca zaangażowania 24/7.

Podsumowując był to wyjątkowo intensywny rok, obfitujący w radości z realizacji wielu zadań, ale dający także poczucie niedosytu, że tak niewielu członków naszego samorządu widzi potrzebę aktywności. Czy warto – pozostawiam do oceny Szanownych Czytelników. A Ziemia nadal w niestrudzonym ruchu...

Marzena Ksel-Teleśnicka
wiceprezes ORL w Krakowie

Sens i bezsens

Nadmiar informacji jest bezgraniczny. Internet zastępuje rzeczywistość. Każdy kusi aplikacjami, nęci blogami, mami niezwykłą atrakcyjnością. I w każdej sprawie codziennie pojawiają się nowe eksperckie opinie, poświęcone wszelkim tematom i wydarzeniom, epizodom z życia i fantazji. Niestety, tym samym zostały otwarte drzwi dla fałszywych ekspertów i prawdziwych szarlatanów, dla polityków łżących bezgranicznie, dla fanatyków rozmaitych idei, religii, zachowań. Jak ujął to Umberto Eco, sieć zapewniła słyszalność ludziom, którzy dawniej ględzili bzdury przy kieliszku wina w barze, a dzisiaj mają prawo do mówienia podobne jak laureaci Nagrody Nobla.

W arcyinteresującej książce francuskiego neurobiologa i psychologa klinicznego Alberta Moukheibera „Twój mózg płata ci figle" na temat subiektywnego charakteru naszego postrzegania i zagubienia w tysiącach informacji autor przytacza zabawny przykład z Wielkiej Brytanii. Oto w dzień po ogłoszeniu opuszczenia przez nią Unii Europejskiej najczęstsze pytanie w googlach UK brzmiało „What is brexit?", a kolejne „What is the European Union?". Znalezienie analogicznych przykładów w naszej rzeczywistości nie sprawi Państwu trudności.

Rzecz charakterystyczna, reżimy totalitarne, autokraci wszystkich krajów łączą się w obronie tej wolności (a może tego chaosu) z zadziwiającą łatwością. Jeśli im coś nie pasuje, to usuwają niewygodne pojęcie czy niepożądanego człowieka z języka. Jeśli zaś im pasuje, to z reguły nadużywają przytaczania jakiegoś nazwiska czy zwrotu krasomówczego ponad wszelką miarę. Warto zwrócić uwagę, że solą w oku rozmaitych kacyków jest w ostatecznym rozrachunku edukacja. Wcale nie prawda, sprawiedliwość czy prawo, ale edukacja, bo ona ostatecznie decyduje, gdzie jakieś wydarzenie, zjawisko lub postać zostanie usytuowana w rozrachunku historycznym. A jednocześnie rezygnacja z niej nie wchodzi w grę nawet w zaciekłych fanatyzmach, bo wiele rzeczy przestałoby funkcjonować. Przykładem niech tu będzie Korea Północna, choć bliżej też coś by się znalazło.

Nie ulega wątpliwości, że żyjemy w epoce przełomu, który trwa, pozostawiając znaczną część populacji, zwłaszcza starszej, gdzieś w kręgu pojęć poniekąd archaicznych. Wszyscy usiłują nadążyć, choć nie wiadomo za czym. Postęp w wielu dziedzinach stał się niepojęty. W medycynie tzw. holistyczny model lecznictwa pozostał tylko w szlachetnych założeniach medycyny rodzinnej i na kartach „Egipcjanina Sinuhe". Pokąd tzw. sztuczna inteligencja nie ogarnie całości organizmu, wciąż postęp będzie się dokonywał głównie węższymi specjalizacjami.

Okiem pacjenta zaawansowanego wiekiem wydłużanie życia za wszelką cenę ma ograniczony sens. Nikt się do tego nie przyzna publicznie, ale gdzieś tam w podświadomości pojawia się niekiedy atrakcyjność eutanazji, oczywiście bezbolesnej, takiej przychodzącej we śnie. Ale atrakcyjność życia zwycięża, jeśli świadomość pozostała, mimo wszelkich dolegliwości. A jeśli nie pozostała?

Sądy i trybunały toczą spór, szukając odpowiedzi na to pytanie. Hospicja wciąż pozostają niedofinansowane, a specjalizacje z geriatrii deficytowe. I tak się zapowiada przyszłość na kilka stuleci. Dalej trzeba oddać głos wyobraźni Stanisława Lema, wciąż tłumaczonego na wiele języków świata.

Stefan Ciepły

Przypominamy, że od 1.01.2023 składka członkowska wynosi 120 zł

Przed Jakubowskim był Chrościejewski – przypomina prof. Janusz Skalski

Ile lat ma pediatria?

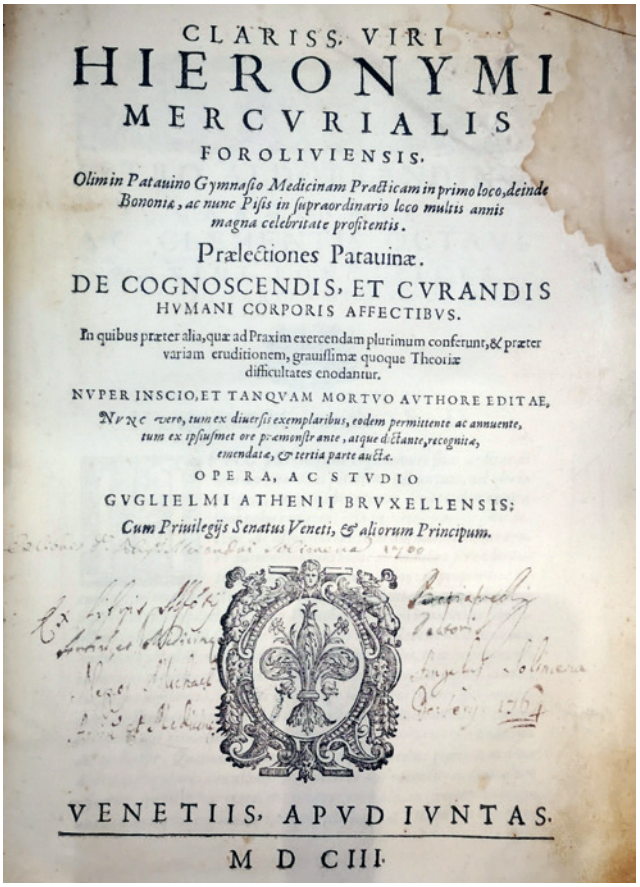
Jak się coś nie zaczyna w Krakowie, Panie Profesorze, to mam wrażenie, że w ogóle się nie zaczęło. Wikipedia, podobnie jak encyklopedia PWN, za „ojca polskiej pediatrii" uważa Macieja Leona Jakubowskiego, współzałożyciela Towarzystwa Opieki Szpitalnej dla Dzieci, Szpitala im. św. Ludwika w Krakowie, rektora UJ, organizatora pierwszych kolonii dziecięcych w Rabce, tymczasem...

– No właśnie, niekoniecznie Małopolska czy XIX stulecie mają tu pierwszeństwo. Moim zdaniem w pediatrii tytuł lidera przysługuje Wielkopolsce, a ściślej doktorowi filozofii i medycyny, trzykrotnemu burmistrzowi Poznania, Janowi Hieronimowi Chrościejewskiemu, który żył w latach 1555-1627.

Wielkopolska wydała w okresie renesansu dwóch fantastycznych medyków, filozofów. Pierwszym z nich był uznawany w całej Europie pionier nauk o tętnie, o krwioobiegu, poeta, dyplomata i polityk, cytowany w wielu zagranicznych dziełach, lekarz nadworny Zygmunta Augusta i czterech innych europejskich władców, Józef Struś (1510-1568). A drugim pochodzący z rodziny lekarskiej Jan Hieronim Chrościejewski, syn bogatego poznańskiego mieszczanina, lekarza i filozofa, także dwukrotnego burmistrza Poznania. Obaj, to znaczy Struś i Chrościejewski, ukończyli studia na Akademii Krakowskiej z tytułem bakałarza i obaj też kontynuowali je w Padwie, tyle że w odstępie 30 lat. Struś doczekał się stanowiska wicerektora Uniwersytetu Padewskiego, prowadził praktykę lekarską w wielu zakątkach Europy, konsultował leczenie samego Sulejmana I Wspaniałego. Natomiast Chrościejewski był w Padwie później, kształcił się pod kierunkiem Hieronima Mercurialisa, lekarza m.in. dożów weneckich, tłumacza dzieł Hipokratesa i Galena, pioniera europejskiej pediatrii – i w wyniku jego namowy sam napisał w 1583 roku pierwszy podręcznik polskiej pediatrii, będąc pod względem metod badawczych i ustaleń naukowych reformatorem i prekursorem, także w skali europejskiej.

Czy mniejsza ranga Wielkopolski w polskiej medycynie nie skazywała Chrościejewskiego na drugoplanowość? Czy stąd wynika jego mniejsza sława?

– Wielkopolska rzeczywiście nie miała w medycynie tak znaczącej pozycji jak Kraków w medycynie ogólnej czy Gdańsk, posiadający prymat w zakresie chirurgii. Oczywiście, mówię


CLARISS. VIRI
HIERONYMI
MERCVRIALIS
FOROLIVIENSIS.
Olim in Patauino Gymnasio Medicinam Practicam in primo loco, deinde Bononiæ, ac nunc Pisis in supraordinario loco multis annis magna celebritate profitentis.
Prælectiones Patauinæ.
DE COGNOSCENDIS, ET CVRANDIS HVMANI CORPORIS AFFECTIBVS.
In quibus præter alia, quæ ad Praxim exercendam plurimum conferunt, & præter variam eruditionem, grauissimæ quoque Theoriæ difficultates enodantur.
NVPER INSCIO, ET TANQVAM MORTVO AVTHORE EDITAE,
Nvnc vero, tum ex diuersis exemplaribus, eodem permittente ac annuente, tum ex ipsiusmet ore præmonstrante, atque dictante, recognitæ, emendatæ, & tertia parte auctæ.
OPERA, AC STVDIO
GVGLIELMI ATHENII BRVXELLENSIS:
Cum Priuilegijs Senatus Veneti, & aliorum Principum.
VENETIIS, APVD IVNTAS.
M D CIII.

arch. J. Skalski

o czasach cyrulickich, ale Wrocław czy Poznań miały też niemałe zasługi. Z Poznaniem związany był na przykład Jan Jonston, skoto-polonus, osiedlony w Lesznie w wyniku emigracji jego rodziców kalwinistów ze Szkocji, który zasłynął w całej Europie jako polihistor, encyklopedysta, przyrodnik (wydawał m.in. podręczniki, albumy zwierząt, owadów). Jego dzieła medyczne były uważane w całej Europie za znakomite.

Ewangelikiem był także Jan Hieronim Chrościejewski, który w 1589 roku, po powrocie do Polski, w ślad za ojcem został burmistrzem Poznania na trzy kadencje. Możemy więc zakładać, że ten region był bardziej tolerancyjny niż Małopolska. Natomiast sławę Chrościejewskiego ograniczyło jego nazwisko, którego za granicą nikt nie potrafił ani wypowiedzieć, ani zapisać poprawnie. Mam tu cały indeks pisowni z różnych zagranicznych cytowanych prac naszego

bohatera: Chrościejowski, Chroszcieyowski, Chroscieyski i kilka dalszych, a na koniec przywoływany w formie zlatynizowanej: Groscesij. Co to znaczyło? Może *chrosty* znaczyło szorstki, gruboziarnisty, chropowaty. I taki też zapis w zlatynizowanej formie znajduje się na stronie tytułowej jego dzieła pt. *„De puerorum morbis tractatus* (...) *Joannes Groscesij"*. Europejczycy nie mogli sobie poradzić z tym nazwiskiem po polsku, więc je zmieniono w wydaniu z 1584 r. na Groscesij. I tak było łatwiej.

Na studiach w Padwie Chrościejewski trafił pod skrzydła największej znakomitości medycznej w owym czasie – Hieronima Mercurialisa. Mercurialis jako jedyny zajął się etyką w medycynie, a w szczególności w pediatrii, formułując szereg fundamentalnych do dzisiaj zaleceń. Był znakomitością, wszędzie go zapraszano, by konsultował zdrowie najmożniejszych ówczesnego świata. Tymczasem Mercurialis miał pewną słabość do niektórych swoich uczniów. Wybrał sobie dwóch Polaków i jednego Szwajcara. Pierwszym z nich był właśnie nasz Chrościejewski, drugim słynny Gaspard Bauhin (ten od zastawki), mistrz anatomii i chirurgii, trzecim wreszcie Albertus Szeliga z Warszawy, autor dzieła nt. toksykologii *„De venenis et morbis venenosis tractatus locupletissimi"*, czyli o truciznach i chorobach z zatrucia.

A skąd się wzięło zainteresowanie Chrościejewskiego pediatrią?

– Właściwie nie było wtedy tej dziedziny. Chciał zasłynąć czymś, co będzie dla innych nieznane. Od starożytności bowiem uważano, że dzieckiem powinny się zajmować babki czy znachorki, a nie wypada tego robić lekarzowi. Takie było przekonanie, płynące z kilku źródeł. Sądzono mianowicie, że dziecko nie zniesie poważnego leczenia, proponowanego zazwyczaj przez lekarzy i opartego o medykamenty, żelazo i ogień.

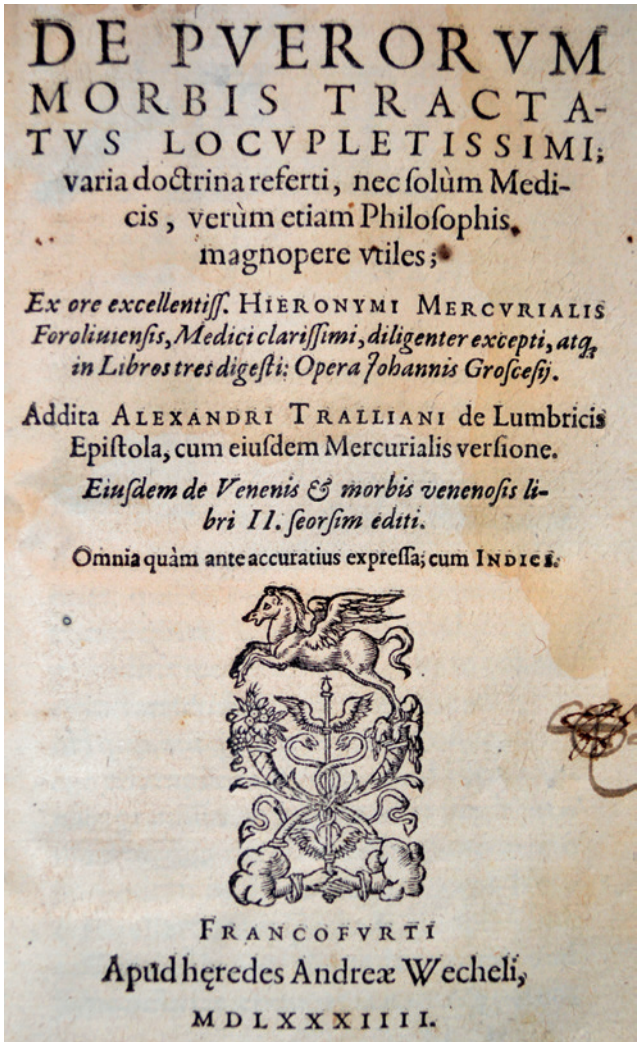
Faktycznie, powszechnie używano ognia, lecząc za pomocą wysokich temperatur, czego pacjenci czasami nie przeżywali. Żelazo zaś było wykorzystywane w przypadku zranień, urazów, gdy rana miała być wypalana. Stąd żelazo i ogień. Stosowanie takich metod, ledwo znoszonych przez dorosłych, sprawiało, że mało kto chciał się brać za leczenie dzieci. Powoływano się przy tym na starożytnych, bo zarówno Galen, jak Hipokrates leczenia dzieci w swych dziełach nie uwzględniali. Więc na owe czasy była to niszowa dziedzina medycyny. I Chrościejewski chciał ją zagospodarować. Czy był rzeczywiście jednym z pierwszych w świecie? Nie do końca. Wiemy, że pierwsze skromne dziełko pediatryczne flandryjskiego lekarza van Mechelena pojawiło się w 1540 roku, a w 1547 roku monografia młodego medyka Georga Khufnera. Mam ją tutaj, nosi tytuł *„De aegritudinibus infantium tractatus"*.

Natomiast co było przełomowym dokonaniem Chrościejewskiego? Przekartkowałem jego dzieło o chorobach wieku dziecięcego i uważam, że pojawiły się tam stwierdzenia kluczowe, poczynając od tezy fundamentalnej, w pierwszym zdaniu podręcznika, iż dziecko wymaga wielkiej troski.

Etyka pojawia się w dziele Chrościejewskiego po raz pierwszy w europejskiej pediatrii. Autor pisze, że dziecko jest wielką wartością, ale nie jest miniaturą dorosłego. To, co dzisiaj jest oczywiste, Chrościejewski formułował jako pierwszy. Dziecko choruje inaczej niż człowiek dorosły, poświęcona mu medycyna jest inna i należy się tym zająć odrębnie. To jest zapisane na początku tej księgi, jako jej myśl przewodnia, stanowiąc jakby fundament etyki pediatrii.

Autor definiuje, jakie są choroby dzieci, ile ich jest i czy mają być leczone przez lekarza. I to był kompletny przełom w myśleniu. Owszem, leki dla dziecka pojawiały się w naszych zielnikach wcześniej; w 1534 roku wymieniane są w „Zielniku" Stefana Falimirza, potem w kolejnych XVI-wiecznych zielnikach Marcina z Urzędowa i Marcina Siennika, którzy wskazują szereg leków dla dziecka. Ale globalne podkreślenie, że medycyna dziecięca jest dziedziną odrębną, że dziecko wymaga innej troski niż dorosły – to jest oryginalny pogląd Chrościejewskiego. On sobie podzielił całą medycynę w trzech księgach na choroby wewnętrzne, zewnętrzne i pasożytnicze, sugerując indywidualną kurację dla każdej z nich, a na koniec dokonał dramatycznego podziału na choroby wyleczalne i nieuleczalne. Jak twierdził, choroby dzieci powstają z niedoborów i nadmiaru, a więc w rezultacie nadmiernego wychudzenia czy niedożywienia, nieprawidłowo odżywiony organizm ulega wyniszczeniu i prowadzi do śmierci. Natomiast nadmiar powoduje gorączki i wysypki. Opisy wysypek są perfekcyjne. I tu dochodzę do sedna sprawy, otóż uważam, że największym osiągnięciem Chrościejewskiego było pierwsze na świecie opisanie odry jako odrębnej jednostki chorobowej – poświęcił jej obszerny rozdział w pierwszej księdze. Wcześniej odrę łączono z różnymi postaciami ospy lub jeszcze innymi chorobami.

W ogóle Chrościejewski opisał mnóstwo dolegliwości, dzisiaj określanych mianem chorób wieku dziecięcego. Pierwszy też zwrócił uwagę, jak powinien wyglądać stosunek do dziecka leczonego. Konieczne jest ciepło, odpowiednia łagodna rozmowa, wpływanie pozytywnie na nastrój dziecka – to zalecenia. Jednocześnie dziecko ma być nie tylko obserwowane, ale też leczone. Pediatria wymaga leczenia aktywnego.


DE PVERORVM
MORBIS TRACTA-
TVS LOCVPLETISSIMI;
varia doctrina referti, nec solùm Medi-
cis, verùm etiam Philosophis,
magnopere vtiles;
Ex ore excellentiss. HIERONYMI MERCVRIALIS
Foroliuiensis, Medici clarissimi, diligenter excepti, atq;
in Libros tres digesti: Opera Iohannis Groscesij.
Addita ALEXANDRI TRALLIANI de Lumbricis
Epistola, cum eiusdem Mercurialis versione.
Eiusdem de Venenis & morbis venenosis li-
bri II. seorsim editi.
Omnia quàm ante accuratius expressa; cum INDICE.
FRANCOFVRTI
Apud hæredes Andreæ Wecheli,
MDLXXXIIII.

arch. J. Skalski

Ostatecznie można wkroczyć w sposób agresywny, tzn. ogniem i żelazem. Ale nie wolno przegrzewać dziecka, bo to może prowadzić do wielu chorób. Nie wolno też zbyt ciasno i mocno go zawijać. To są polecenia, które i dzisiaj ortopedzi zalecają, przez długie lata bagatelizowane. Należy często mierzyć obwód głowy – pisze Chrościejewski – wskazując *de facto* na wodogłowie. I zaleca ograniczenie płynów, działanie moczopędne oraz prowokowanie biegunek dla przyspieszenia stolca, wszystko to, by pozbyć się nadmiaru wody z organizmu. Jeżeli dalej obwód głowy rośnie, należy wykonać cięcie czaszki na potylicy w celu upuszczenie płynu, bo w przeciwnym wypadku nastąpi zgon dziecka.

To bardzo szczegółowe zalecenia...

– Owszem, ale są też inne. W chirurgii należy usuwać narośle, bo mogą rosnąć i szkodzić. Należy leczyć zmiany w układzie moczowym. Moczenie się dziecka może być związane z nieprawidłowościami w rdzeniu kręgowym, powodując nieprawidłowe opróżnianie się pęcherza. Oczywiście zajmuje się też padaczką, bełkotliwą mową, udarem, stanami zapalnymi w głowie i ropą w komorach mózgowych. Jeżeli pojawia się tam ropa, to dziecko będzie demonstrowało poważne objawy neurologiczne, pisze.

A teraz zalecenia dla matki karmiącej. Nie wolno jej pić wina, czy ogólnie alkoholu, jeść rzeczy słonych, gorzkich i ostrych. Ani matce, ani mamce.

Wśród ważnych schorzeń jelitowych Chrościejewski wymienia robaki, którym jest poświęcony osobny rozdział, czyli księga trzecia. Ja sobie spisałem listę rozmaitych rzeczy, o których on pisze. M.in. o leczeniu przepuklin pępkowych i mosznowych u dzieci; o leczeniu stulejki; o przetokach odbytniczych; o wypadaniu odbytnicy u dziecka; o konieczności podcinania wędzidełka języka, żeby dziecko dobrze mówiło; o wolu (tarczycy), o jąkaniu, o odmrożeniach, które uważa za wielkie zaniedbanie; o schorzeniach jamy ustnej; o porażeniach, drgawkach, chorobach nosa; o wymiotach; o ząbkowaniu; o nietrzymaniu moczu, o kile wrodzonej u dziecka; robaczycy, czkawkach.

Oczywiście, nie brakowało też bzdur, że np. gorączka stanowi przyczynę wszystkich chorób, a zapalenie migdałków bierze się ze złego pokarmu. Albo jeżeli pojawia się zaburzenie jedzenia u oseska, to należy podać leki przeczyszczające dla matki albo mamki. Dobrze jest wykąpać dziecko w mleku albo naparze z malwy. Na szyi dobrze jest nosić jaspis i koral, bo ustanowi to dobrą regulację stolca. Nie brakło też złych skutków uroku czarownicy czy wrogiego spojrzenia na dziecko kobiety podczas menstruacji. Dodatkowym lekarstwem na wodogłowie może być maść siarkowa i wyciąg z mrówek. Zaś kiła bierze się z niezdrowego nasienia rodziców. Na ząbkowanie zalecał smarowanie dziąseł dziecka mlekiem psim, mózgiem zająca lub kozy czy wcieraniem w dziąsła popiołu z zęba wściekłego psa. Przy niedomodze pęcherza, o czym mówiłem wcześniej, sugerował spożywanie sproszkowanego pęcherza owcy. Na pleśniawki – cudowne lekarstwo, jeden z najdroższych leków, smarowanie dziąseł miodem od pszczół posiadających ul w grobie Hipokratesa...

Skąd mu się wziął ten Hipokrates?

– Myślę, że od Mercurialisa, który też głosił różne „mądrości", a część tych dyrdymałów w wypadku naszego bohatera pochodziło z medycyny ludowej z terenu Wielkopolski. Ale wiele zaleceń to wynik własnych przemyśleń

Chrościejewskiego, który był oryginalnym człowiekiem. Nie bez powodu Mercurialis spośród kilkudziesięciu uczniów wybrał go na swego asystenta, który miał spisywać jego myśli i który dostał plenipotencję, żeby wydać dzieło, które się ukazało zresztą bez autoryzacji Mercurialisa.

Są tacy historycy medycyny z Europy, którzy uważają, że dzieło Chrościejewskiego było całkowicie oryginalne, a tylko pewna kanwa została mu nadana przez Mercurialisa. Niektórzy z kolei twierdzą wręcz odwrotnie... Faktycznie na stronie tytułowej jest napisane – *ex ore Excellentissimi Hieronymi Mercurialis* (...) *in libros tres digesti: opera Iohannis Groscesij*. Zaznaczono w tym miejscu, że zawartość dzieła podzielonego na trzy księgi była wzięta „z ust najdoskonalszego Hieronima Mercurialisa", ale dodano, że jest to jednak „dzieło Jana Groscesiusa". Jeśli nawet były to wykłady Mercurialisa, to zostały pięknie spisane, z ogromną wiedzą i wzbogacone pokaźnym bagażem własnych obserwacji jego ucznia, przemyśleń i lekarskich zaleceń.

O ile moja znajomość łaciny jest wystarczająca, to znajduję tam rzeczy, które są dla mnie absolutnie oryginalne, które niewątpliwie pochodzą od Chrościejewskiego. I one były kiedyś, na posiadanym przeze mnie egzemplarzu, opatrzone jeszcze komentarzami jakiegoś renesansowego medyka uczącego się z tej książki. Są tam dopiski, podkreślenia w najciekawszych jego zdaniem miejscach. One też mają wartość. Informują, jak młody, kształcący się żak pojmował ówczesną wiedzę.

No cóż, dystans lat między Chrościejewskim a Jakubowskim jest ogromny, tak jak między końcem XIX wieku a początkiem XXI.

– Dystans jest oczywisty, niemniej dzieło Chrościejewskiego jest piękne. I dobrze by było, żeby polscy lekarze, a przede wszystkim polscy pediatrzy wiedzieli, że mieliśmy takiego mistrza. Pierwsze wydanie jego dzieła miało miejsce w 1583 roku, ja mam drugie, wydane rok później. Łącznie było sześć wznowień i ja w swojej książce o „Dziejach polskiej medycyny od czasów najdawniejszych..." napisałem, że przez 150 lat dzieło Chrościejewskiego było obowiązującym podręcznikiem. A może dłużej, bo jak o tym pisano w historycznych opracowaniach, obowiązywało nawet 300 lat. Potem wiedza pediatryczna, jak i cała medycyna, uległa unowocześnieniu, jednak pierwsza kanwa pediatrii, czyli to, co było jej podstawą w tym dziele, przetrwała.

I warta jest upamiętnienia...

– Co właśnie czynimy. Jeszcze Komisja Edukacji Narodowej nie przewidywała pediatrii, a ona już była u nas w kraju i w Europie. Postrzeganie, że narodziła się w XIX wieku, wydaje mi się mylne.

Rozmawiał: Stefan Ciepły

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie wraz z innymi samorządami zawodów zaufania publicznego zaprasza na

Integracyjny Piknik Rodzinny

w Parku Strzeleckim, sobota, 17 czerwca 2023 r.

Zapewniamy moc rodzinnych atrakcji – animacje i zabawy sportowe, konkursy z nagrodami, warsztaty plastyczne i edukacyjne, dmuchańce i wiele innych fantastycznych niespodzianek. Wstęp wolny. Zapraszamy w godz. 10-17 (ul. Lubicz 16)

Badania kliniczne dają nadzieję

7 marca uroczyście otwarto ośrodek badań klinicznych Pratia MCM Kraków. Mieszkańcy Małopolski będą w nim mieli dostęp do 22 poradni specjalistycznych o najwyższym standardzie, a przede wszystkim do większej liczby innowacyjnych terapii, które do tej pory dla wielu pacjentów były nieosiągalne.

W 1995 r. z inicjatywy prof. Mariusza Korkosza i doktora Wiesława Latuszka-Łukasiewicza, przy partnerstwie z wydawnictwem Medycyna Praktyczna, powstało Małopolskie Centrum Medyczne, jeden z pierwszych w Krakowie ośrodków badań klinicznych. Placówka międzynarodowej sieci Pratia jest kontynuacją tego przedsięwzięcia, ale choć MCM stało się częścią tej sieci już w 2018 r., dopiero teraz oficjalnie otwarto nową siedzibę Pratia MCM na krakowskim Zabłociu.

W ramach działania ośrodka planuje się 8000 wizyt pacjentów rocznie oraz realizację około 200 programów badań klinicznych, w tym z zakresu onkologii, leczenia osteoporozy, reumatoidalnego zapalenia stawów, łuszczycowego zapalenia stawów, atopowego zapalenia skóry, łuszczycy, a także chorób neurologicznych (w tym migreny) i cywilizacyjnych. Na terenie placówki znajduje się m.in. szpital jednego dnia z dziennym oddziałem chemioterapii, poradnia MCM Kraków, a także apteka szpitalna pozwalająca m.in. na podawanie cytostatyków, przeciwciał monoklonalnych, stosowanie immunoterapii i leczenia wspomagającego.

– Dajemy pacjentom możliwość dostępu do innowacyjnych terapii w chorobach, w których często standardowe leczenie nie wystarcza – powiedziała podczas uroczystego otwarcia Marta Gołosz, kierownik Pratia MCM Kraków. Natomiast doktor Anna Sawiec, kierownik medyczna tego ośrodka, dodała: – Staramy się kwalifikować pacjentów tak, by korzyści wynikające z ich udziału w badaniu klinicznym przewyższały ewentualne, potencjalne ryzyko. Natomiast w trakcie badania bardzo precyzyjnie monitorujemy bezpieczeństwo pacjentów – ilość wykonywanych badań obrazowych i laboratoryjnych jest ogromna, ale dzięki temu możemy szybko zareagować na wszelkie nieprawidłowości, które w standardowej opiece trudno wychwycić. Doktor Sawiec zwróciła także uwagę na tak ważną kwestię w trakcie przeprowadzania badań klinicznych jak stały kontakt lekarzy specjalistów z ośrodka z lekarzem POZ, dzięki czemu zachowana jest ciągłość leczenia, a pacjent ma poczucie, że jest kompleksowo zaopiekowany.

O szansie dla pacjentów wynikającej z udziału w badaniach klinicznych oraz dynamicznym rozwoju w ostatnich latach

Od lewej dyrektor krajowy Pratia Polska Maciej Jurkun, Małgorzata Gerjatowicz-Osmańska, Anna Sawiec, Marta Gołosz i prof. Wojciech Jurczak

arch. Pratia MCM

w tym zakresie medycyny mówił z kolei prof. Wojciech Jurczak, hematolog, kierownik Pododdziału Leczenia Nowotworów Układu Chłonnego krakowskiego oddziału Narodowego Instytutu Onkologii, od lat związany z Małopolskim Centrum Medycznym. Jak wspominał, w MCM wielu chorym na chłoniaki już 14, 15 lat temu podawano leki ukierunkowane molekularnie, które dopiero od stycznia tego roku są dostępne w ramach NFZ, 11 lat po ich rejestracji europejskiej. – Poprawiamy zdrowie obywateli ze środków pozabudżetowych, NFZ nic się do tego nie dokłada – stwierdził prof. Jurczak dodając: – Na całym świecie trwają badania nad nowymi preparatami, które mogą pomóc pacjentom zmagającym się z ciężkimi chorobami. Duża część tych badań, nawet 37 proc. globalnie, dotyczy onkologii. Znaczny postęp zaobserwowaliśmy w ostatnich latach w hematoonkologii, m.in. w leczeniu chłoniaków, przewlekłej białaczki limfatycznej czy szpiczaka plazmacytowego. Dzięki nowym lekom i terapiom tysiące chorych na całym świecie zyskuje nadzieję.

Profesor zwrócił także uwagę, że liczba ośrodków badań klinicznych jeszcze długo będzie deficytowa: – W latach 60. mieliśmy pięć leków przeciwnowotworowych, potem było rejestrowanych na dekadę około 10 nowych leków, a w ostatnich 10 latach pękła tama i jest ich ponad sto. Jeżeli kiedyś mieliśmy pięć leków, to była skończona liczba badań klinicznych. Ale gdy teraz mamy celowaną chemioterapię, leki ukierunkowane molekularnie, immunoterapię, czyli leki o zupełnie innym mechanizmie działania, to zadania, które stoją przed ośrodkami badań klinicznych, są praktycznie nieskończone.

Katarzyna Domin

Interakcje z lekami stosowanymi w łagodnym przeroście gruczołu krokowego (BPH)

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

Leki skuteczne w usuwaniu objawów BPH (z ang. *Benign Prostatic Hyperplasia*) są stosowane w praktyce lekarskiej coraz częściej. Praktyka kliniczna wskazuje jednak, że leki te mogą indukować wiele powikłań, w szczególności wówczas, gdy jednoczasowo stosowane są z innymi produktami leczniczymi. Niestety w praktyce powikłania będące skutkiem interakcji leków nazbyt często są ignorowane. W konsekwencji nie są podejmowane próby przeciwdziałania interakcjom, na przykład poprzez modyfikację zastosowanej farmakoterapii, a nawet, co gorsza, wprowadzana jest do terapii kaskada kolejnych leków tylko po to, aby usunąć objawy interakcji leków stosowanych dotychczas.

Poniżej podsumowanie stanu wiedzy o najważniejszych interakcjach lekowych mogących wystąpić w trakcie objawowego leczenia BPH.

Interakcje leków hamujących receptory alfa1-adrenergiczne

Doksazosyna. Ten lek podlega metabolizmowi wątrobowemu przy udziale trzech izoenzymów cytochromu P450: 2C19, 2D6, 3A4. Najistotniejsze interakcje o znaczeniu klinicznym mają charakter farmakokinetyczny. W tabeli 1 zebrano najważniejsze leki, które powodują wzrost stężenia doksazosyny we krwi, zwiększając ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych. Najczęściej występujące objawy niepożądane doksazosyny, które są konsekwencją powiązań farmakokinetycznych, zebrano w tabeli 2. W przypadku jednoczasowego stosowania z lekami z grupy antagonistów wapnia, w szczególności z amlodypiną, zwiększa się ryzyko wystąpienia obrzęków obwodowych, głównie w okolicy kostek.

Sylodosyna. Jest to wybiórczy antagonista receptorów α1A-adrenergicznych. Receptory te występują w gruczole krokowym, w podstawie i w szyi pęcherza moczowego, torebce stercza i części sterczowej moczowodu. Lek jest w znacznym stopniu metabolizowany na drodze utleniania, głównie przy udziale CYP3A4 i glukuronidacji. Newralgicznym metabolitem jest glukuronid sylodosyny, mający dłuższy okres półtrwania i osiągający około 4-krotnie większe stężenie w osoczu w porównaniu z sylodosyną. Inhibitory CYP3A4 (tabela 1) poprzez hamowanie metabolizmu leku mogą zwiększać ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych (tabela 2) i niekorzystnie modyfikować jej skuteczność.

Tamsulozyna. Lek metabolizowany w wątrobie głównie przez CYP2D6 i CYP3A4/5. Z tego powodu inhibitory tych izoenzymów, podnosząc poziom tamsulozyny jednocześnie zwiększają ryzyko wystąpienia działań niepożądanych (tabela 1 i tabela 2). Nie zaleca się stosowania tamsulozyny u pacjentów przyjmujących diklofenak i warfarynę, ponieważ obydwa te leki nasilają eliminację tamsulozyny.

Warto w tym miejscu zrobić dygresję i przypomnieć, że podczas operacji usunięcia zaćmy u niektórych pacjentów przyjmujących tamsulozynę, a nawet u tych, którzy leczeni byli tym lekiem lub innymi antagonistami receptorów alfa-1-adrenergicznych w przeszłości, może wystąpić śródoperacyjna komplikacja zwana zespołem wiotkiej tęczówki (ang. *Intraoperative Floppy Iris Syndrom*, IFIS – typ zespołu małej źrenicy). IFIS może zwiększać ryzyko powikłań operacji. Dlatego zaleca się odstawienie α1-blokera na 1-2 tygodnie przed zabiegiem chirurgicznego usunięcia zaćmy. Niestety ani korzyści wynikające z takiego postępowania, ani czas, w którym należy przerwać podawanie leku przed zabiegiem, nie zostały dotąd precyzyjnie ustalone.

Antagoniści receptorów alfa1-adrenergicznych nie powinni być jednoczasowo stosowani z neuroleptykami fenotiazynowymi. Hamują one ponadto działanie leków flebotropowych, w szczególności diosminy oraz wyciągów z ruszczyka kolczastego. W przypadku jednoczasowego stosowania reboksetyny i alfa1-adrenolityków zwiększa się ryzyko wystąpienia bólu jąder oraz bolesnych wzwodów prącia.

Inhibitory 5-alfa reduktazy

Finasteryd i dutasteryd. Oba te leki są metabolizowane głównie przez izoenzym CYP3A4 i dlatego też inhibitory CYP3A4 mogą zwiększać ich poziom w surowicy krwi, zwiększając ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych (tabela 3).

Tabela 1. Wykaz najważniejszych leków, które z powodu hamowania funkcji izoenzymów cytochromu P-450 mogą indukować interakcje farmakokinetyczne z lekami stosowanymi w BPH

CYP3A4	CYP2D6	CYP2C19
Amiodaron	Amiodaron	Flukonazol
Kanabinoidy	Bupropion	Fluoksetyna
Flukonazol	Celekoksyb	Ginkgo biloba
Ginkgo biloba	Klomipramina	Omeprazol
Haloperidol	Dekstrometorfan	Tiklopidyna
Itrakonazol	Duloksetyna	
Klarytromycyna	Fluoksetyna	
Metronidazol	Haloperidol	
Atorwastatyna	Metadon	
	Metoklopramid	
	Paroksetyna	
	Propafenon	
	Kwetiapina	

Tabela 2. Najczęstsze objawy działań niepożądanych występujących w leczeniu BPH lekami, których mechanizm polega na blokowaniu receptorów alfa1-adrenergicznych

Doksazosyna	Tamsulozyna	Sylodosyna
Obrzęki obwodowe	Kserostomia (suchość jamy ustnej)	Wyciek z nosa
Niedociśnienie	Niedociśnienie	Niedociśnienie
Zawroty głowy	Zawroty głowy	Zawroty głowy
Bóle brzucha	Ból w klatce piersiowej	Bóle brzucha
Uczucie zmęczenia	Bezsenność	Bezsenność
	Zaparcie	Zwiększenie uczucia pragnienia
	Biegunka	
	Bóle krzyża	
	Nieżyt nosa	

Tabela 3. Objawy działań niepożądanych dla finasterydu i dutasterydu (inhibitory 5-alfa reduktazy), które mogą wystąpić jako konsekwencja interakcji farmakokinetycznych z innymi jednoczasowo stosowanymi lekami

Finasteryd	Dutasteryd
Bóle głowy	Ginekomastia
Zawroty głowy	
Ginekomastia	
Mastodynia	
Mialgia	

Wyciągi roślinne o działaniu antyandrogennym

Bocznia piłkowana (inna nazwa to palma karłowata). Wyciągi z tych roślin skojarzone z lekami przeciwzakrzepowymi i przeciwpłytkowymi mogą zwiększać ryzyko występowania krwawień. Podobnie nie należy łączyć preparatów z boczni piłkowanej z produktami zawierającymi w swoim składzie wyciągi z miłorzębu japońskiego.

Co oznacza nadzór nad lekarzem z Ukrainy?

Ustawa z 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa daje podmiotowi leczniczemu możliwość zatrudnienia lekarza/lekarza dentysty (w dalszej treści – lekarza) będącego obywatelem Ukrainy, który uzyskał warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza na podstawie art. 61 ust. 1 tej ustawy.

W praktyce oznacza to, że lekarz otrzymuje prawo wykonywania zawodu z zastrzeżeniem, że może pracować albo wyłącznie pod nadzorem, albo pod nadzorem przez okres pierwszych trzech miesięcy, w przypadku lekarza posiadającego specjalizację. Nadzór wykonywany jest odpowiednio przez lekarza lub lekarza dentystę posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty. Oczywiście, podmioty lecznicze są zainteresowane możliwością zatrudnienia dodatkowych lekarzy, ale tu zaczyna się problem. Ani ustawa o pomocy obywatelom Ukrainy, ani ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie definiują, co oznacza nadzór, generując liczne wątpliwości w praktyce. Czy nadzór nad lekarzem z Ukrainy oznacza, że lekarz ten nie może wykonywać czynności samodzielnie, a może pracować tylko w obecności innego lekarza specjalisty? Czy niektóre czynności może wykonywać samodzielnie za zgodą lekarza sprawującego nadzór, czy też oznacza to, że każda czynność lekarza posiadającego warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza jest *ex post* sprawdzana przez lekarza sprawującego nadzór? Istnieje kolejny wariant, w którym lekarz wykonuje świadczenia samodzielnie i w razie wątpliwości konsultuje się z lekarzem sprawującym nad nim nadzór.

Można mnożyć pytania i warianty wykonywania niezdefiniowanego w ustawie nadzoru. Przyjęcie założenia, że bezpośredni nadzór oznacza stałą obecność drugiego lekarza, prowadzi do sytuacji, kiedy świadczenia zdrowotne są wykonywane przez dwóch lekarzy jednocześnie. Takie rozwiązanie nie znajduje logicznego uzasadnienia. Należy przyjąć, że ustawodawca, wprowadzając w sposób uproszczony lekarzy z Ukrainy do zawodu, chciał, żeby ich wiedza i umiejętności były skorygowane w praktyce. Niestety nie przyjęto rozwiązań dotyczących nadzoru stosowanych w stosunku do lekarzy odbywających staż podyplomowy lub specjalizację. W tym pierwszym przypadku ustawa enumeratywnie wymienia czynności, jakie lekarz odbywający staż może wykonywać samodzielnie, natomiast co do lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne – o możliwości samodzielnego wykonywania świadczeń zdrowotnych decyduje kierownik specjalizacji.

W praktyce rozwiązanie problemu spoczywa na kierowniku podmiotu leczniczego, który ma obowiązek zorganizować pracę tak, aby zapewnić nadzór nad lekarzem posiadającym warunkowe prawo wykonywania zawodu w sposób skutecznie weryfikujący jego umiejętności zawodowe i po zleceniu samodzielnych świadczeń weryfikować poprawność ich wykonania.

Problem prawidłowości sprawowania nadzoru jest związany z odpowiedzialnością cywilną (podmiotu leczniczego i lekarza) i karną (lekarza) za błędy medyczne, czyli za powstanie szkody na osobie w wyniku działania lub zaniechania działania przez lekarza posiadającego warunkowe prawo wykonywania zawodu. Co w przypadku, gdy dojdzie do szkody w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza posiadającego warunkowe prawo wykonywania zawodu pracującego pod nadzorem? Czy będzie odpowiadał za to ten lekarz, lekarz sprawujący nadzór czy podmiot leczniczy? Lekarz posiadający warunkowe prawo wykonywania zawodu pracujący pod nadzorem z założenia nie odpowiada za wykonywane świadczenia, nawet jeśli wykonuje je samodzielnie. W tym przypadku odpowiedzialność odszkodowawcza spoczywa na zatrudniającym go podmiocie leczniczym i ewentualnie na lekarzu sprawującym nadzór. Jeżeli lekarz sprawujący nadzór jest zatrudniony na umowę o pracę, przepisy prawa przewidują możliwość regresu w stosunku do niego jako do pracownika – w wysokości trzymiesięcznego wynagrodzenia. W przypadku lekarza zatrudnionego na kontrakcie można się

zastanawiać, czy umowa przewiduje w zakresie jego obowiązków nadzór nad lekarzem z Ukrainy i wynagrodzenie z tego tytułu. Umowa powinna również zawierać zapisy dotyczące zasad odpowiedzialności lekarza w takich przypadkach. Natomiast pełnienie nadzoru musi być poprzedzone świadomą zgodą lekarza sprawującego ten nadzór.

Analizując sytuację prawną dotyczącą zatrudnienia lekarzy z Ukrainy, którzy posiadają warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza i pracują pod nadzorem czy to stałym, czy trzymiesięcznym, należy podkreślić odpowiedzialność pomiotu leczniczego, który ma obowiązek zorganizować pracę lekarza tak, aby zapewnić mu nadzór w sytuacji, gdy przepisy powołanych ustaw nie regulują tej kwestii

mec. Anna Gut

Badania kliniczne – nowe prawo

Trudno nie doceniać znaczenia badań klinicznych dla rozwoju medycyny. Jednak ich powszechność, złożony charakter, często długotrwały proces realizacji oraz wielość zaangażowanych ośrodków badawczych powoduje, że konieczne jest objęcie tego typu działalności szczegółowymi regulacjami prawnymi. Oprócz kształtowania sfery organizacyjnej, regulacje takie muszą gwarantować także właściwy stopień ochrony praw, bezpieczeństwa i godności osób poddanych procedurom badawczym.

Na gruncie prawa Unii Europejskiej zasadniczym aktem prawnym dotyczącym badań klinicznych jest *Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 536/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie badań klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz uchylenia dyrektywy 2001/20/WE*. W dokumencie m.in.: zdefiniowano podstawowe pojęcia, tj. „ badanie biomedyczne", „badanie kliniczne", „uczestnik", „badacz" i „sponsor"; określono tryb i wymogi uzyskania pozwolenia na prowadzenie badania klinicznego; sprecyzowano zasady ochrony uczestników, w tym ich świadomej zgody; wskazano zasady prowadzenia i nadzoru nad przebiegiem badania klinicznego.

Mimo że przepisy rozporządzenia mają charakter wprost obowiązujący we wszystkich Państwach UE, to szereg kwestii (np. określenie krajowego organu odpowiedzialnego za wydanie pozwolenia na prowadzenie badania klinicznego, system oceny etycznej tego typu badań oraz kwestie odpowiedzialności cywilnej i karnej badacza czy sponsora) pozostawiono do rozstrzygnięcia na gruncie prawa krajowego. W związku z tym w Polsce przyjęta została ustawa z 9 marca 2023 r. o *badaniach klinicznych produktów leczniczych stosowanych u ludzi* (Dz.U. 2023, poz. 605). Dodatkowo projektodawcy wskazali, że ustawa ma również na celu „(....) *zwiększenie konkurencyjności Rzeczypospolitej Polskiej jako miejsca prowadzenia badań klinicznych przez wdrożenie przejrzystych regulacji prawnych umożliwiających stosowanie europejskich standardów określonych w rozporządzeniu 536/2014 oraz wprowadzenie dodatkowych ułatwień i mechanizmów zachęcających do prowadzenia badań klinicznych, które pozytywnie wyróżnią nasz kraj na tle państw wdrażających jedynie plan minimum wyłącznie umożliwiający stosowanie rozporządzenia*" (cyt. za uzasadnieniem projektu ustawy)

Ustawa reguluje m.in.:

1) tryb postępowania w przedmiocie wydania pozwolenia na badanie kliniczne produktu leczniczego stosowanego u ludzi;

2) organizację i zadania Naczelnej Komisji Bioetycznej do spraw Badań Klinicznych;

3) zasady i tryb wpisu na listę komisji bioetycznych uprawnionych do sporządzania oceny etycznej badań klinicznych;

4) zasady i tryb przeprowadzania oceny etycznej badania klinicznego;

5) obowiązki sponsorów i badaczy oraz zasady ich odpowiedzialności cywilnej i karnej;

6) organizację i zasady funkcjonowania Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych;

7) wysokość i sposób uiszczania opłat związanych z badaniem klinicznym.

W świetle ustawy, badanie kliniczne będzie można rozpocząć po przeprowadzeniu postępowania i uzyskaniu pozwolenia (decyzji) prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Postępowanie o wydanie pozwolenia, ale także jego cofnięcia czy zmiany prowadzone będzie zgodnie z zasadami określonymi w Rozporządzeniu 536/2014 oraz w omawianej ustawie.

Jednym z elementów postępowania o wydanie pozwolenia na prowadzenie badania będzie dokonanie jego oceny etycznej przez – działającą przy Agencji Badań Medycznych – Naczelną Komisję Bioetyczną samodzielnie lub za pośrednictwem wyznaczonej przez jej przewodniczącego komisji bioetycznej wpisanej na stosowną listę. Wpis na listę komisji bioetycznych będzie miał charakter wnioskowy, podlegając ocenie pod kątem m.in. kwalifikacji osób wchodzących w jej skład oraz przepisów jej regulaminu.

Kolejno, doprecyzowując uprawnienia i obowiązki sponsora, badacza i głównego badacza, określone w cyt. Rozporządzeniu UE, w ustawie wskazano m.in., że głównym badaczem produktu leczniczego w badaniu prowadzonym na terytorium RP mogą być posiadający prawo wykonywania zawodu w Polsce: lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka albo położna, mająca dyplom ukończenia studiów na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo (z zastrzeżeniem, że w tym przypadku jednym z badaczy jest lekarz lub lekarz dentysta).

W ustawie wyraźnie wskazano, że prowadzenie badania klinicznego nie zwalnia badacza i sponsora od odpowiedzialności cywilnej za wyrządzenie uczestnikowi badania szkody. Równolegle, badacz i sponsor podlegać mają obowiązkowemu ubezpieczeniu OC za szkodę polegającą na uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci uczestnika badania klinicznego. W tym zakresie ustawa określa minimalne sumy gwarancyjne ubezpieczenia oraz katalog szkód, które są z niego wyłączone. Dowód ubezpieczenia przedkładany będzie wraz z wnioskiem o pozwolenie na prowadzenie badania. Jednocześnie tworzy się Fundusz Kompensacyjny Badań Klinicznych, w celu wypłaty odszkodowań. Dysponentem Funduszu, którego przychody pochodzić mają m.in. z wpłat sponsorów badań klinicznych, będzie Rzecznik Praw Pacjenta.

Świadczenie kompensacyjne przysługiwać będzie uczestnikowi badania klinicznego – w przypadku gdy rozstrój zdrowia nastąpi w wyniku udziału w badaniu klinicznym lub małżonkowi niepozostającemu w separacji, krewnemu pierwszego stopnia, osobie pozostającej w stosunku przysposobienia oraz osobie pozostającej z uczestnikiem we wspólnym pożyciu – w przypadku śmierci uczestnika badania klinicznego w jego wyniku.

Wniosek o przyznanie świadczenia będzie można złożyć nie później niż w 3 lata od dnia, w którym nastąpiło ww. zdarzenie. W zakresie niezbędnym do rozpatrzenia wniosku RPP będzie przysługiwać dostęp zarówno do dokumentacji medycznej uczestnika badania, jak i dokumentacji samego badania. Od decyzji RPP przysługiwać będzie odwołanie do Komisji Odwoławczej do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych.

Ustawa określa także ramową wysokość świadczenia – np. w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia uczestnika badania klinicznego są to kwoty od 2000 zł do 200 000 zł.

W ustawie zawarto także szereg innych regulacji, m.in. dotyczące:

– niekomercyjnych badań klinicznych (ma to przede wszystkim służyć ułatwieniom w uzyskiwaniu zgody na prowadzenie tego typu badań i zwiększeniu ich liczby);

– finansowania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z badaniem klinicznym;

– inspekcji badań klinicznych;

– kwestii prowadzenia badań klinicznych rozpoczętych przed wejściem ustawy w życie;

– zmian w innych ustawach, tj. np. prawo farmaceutyczne; ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty czy o Rzeczniku Praw Pacjenta.

Dokument reguluje także kwestie odpowiedzialności karnej m.in. za prowadzenie badań klinicznych bez świadomej zgody uczestnika; stosowania niedopuszczalnych prawnie zachęt lub gratyfikacji finansowych; prowadzenia niedopuszczalnych ustawowo badań klinicznych z udziałem żołnierza w czynnej służbie wojskowej lub innej osoby pozostającej w zależności hierarchicznej ograniczającej swobodę dobrowolnego wyrażania zgody.

Przedstawione, skrótowe omówienie dotyczy wyłącznie wybranych kwestii nowych uregulowań badań klinicznych w Polsce. Osobom zainteresowanym tą tematyką w szerszym niż tylko prawny aspekcie polecam raport „Komercyjne badania kliniczne w Polsce. Możliwość zwiększania liczby i zakresu badań klinicznych w Polsce" (luty 2022), zamieszczony na stronie www.infarma.pl w zakładce „Raporty".

mgr Dariusz Dziubina

Krosno

Minęły już cztery lata, odkąd w sanockim Szpitalu zaczęto wykonywać małoinwazyjne zabiegi na kręgosłupie. Było to możliwe dzięki powstaniu nowego bloku operacyjnego oraz rozpoczęciu współpracy z zespołem lekarzy neurochirurgów zainteresowanych wykonywaniem tego typu operacji.

Punktem zwrotnym był 30 lipca 2020 r., kiedy to neurochirurdzy Robert Konior oraz Marcin Czternastek przeprowadzili tu pionierską operację endoskopową kręgosłupa – pierwszą taką w województwie podkarpackim. Plany dotyczące upowszechnienia tej procedury pokrzyżowała pandemia, ale rok 2022 przyniósł potrojenie liczby takich operacji – do dzisiaj wykonano ich już ponad 300.

Zapotrzebowanie na takie zabiegi w regionie jest bardzo duże. Problemy z kręgosłupem są plagą cywilizacyjną, ale można z nią walczyć także w mniejszych ośrodkach, takich jak np. Sanok, przy wykorzystaniu doskonałej kadry specjalistów i posiadanej infrastruktury. SP ZOZ w Sanoku realizuje zabiegi z zakresu endoskopowej chirurgii kręgosłupa oraz procedury przeciwbólowe na kręgosłupie, tj. termolezję czy blokady przeciwbólowe, w oparciu o kontrakt z NFZ, w ramach Oddziału Urazowo-Ortopedycznego.

Kierownik Oddziału Urologii i Urologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego w Krośnie dr Dariusz Sobieraj wziął udział w Kongresie Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (EAU), który odbywał się w Mediolanie w dniach 10-13 marca. Podczas tej konferencji dr Sobieraj m.in. miał okazję przetestować wraz z innymi polskimi specjalistami obecnymi na Kongresie nowoczesne systemy robotyczne, wykorzystywane w urologii coraz powszechniej także w naszym kraju.

(Źródło: krosno112)

Podkarpackie Stowarzyszenie Lekarzy Dentystów Krosno było organizatorem konferencji naukowo-szkoleniowej „Jama ustna – lustro wielu chorób", zorganizowanej 15 kwietnia.

Janusz Kulon
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Krośnie

Nowy Sącz

18 lutego w Delegaturze w Nowym Sączu odbyła się zabawa karnawałowa dla dzieci i wnuków lekarzy. O dobre nastroje zadbali animatorzy, profesjonaliści znani nam już z poprzednich lat. Dużą atrakcją tegorocznego balu była również fotobudka, z której zdjęcia są miłą pamiątką z zabawy. Uczestniczyło w niej około 50 dzieci, które poczęstowano owocami, ciasteczkami i napojami, a oczekujący na swe pociechy rodzice i dziadkowie mogli się w tym czasie napić kawy i herbaty. Każdy mały uczestnik zabawy na pożegnanie otrzymywał też jajko niespodziankę.

Krośnieńska Delegatura OIL w Krakowie organizuje w dniach 16-18 czerwca 2023 r. Turniej Tenisowy o Puchar Prezesa OIL w Krakowie. Prawo udziału w zawodach mają lekarze, członkowie ich rodzin oraz pracownicy ochrony zdrowia. Odbędzie się on na kortach tenisowych MOSiR w Krośnie, przy ul. Bursaki.
Zgłoszenia pod nr. tel. 13 43 218 59 – siedziba Delegatury w Krośnie, do 15 czerwca 2023 r.

Jak zawsze aktywni byli nasi emeryci. W lutym lekarze seniorzy pojechali na kulig do Regietowa, a w marcu do Słowacji, gdzie zwiedzili Tatrzańską Świątynię Lodową, która powstała na Hrebienioku ,oraz gotycką Bazylikę Świętego Jakuba w Lewoczy.

Nowosądecka Delegatura OIL proponuje zainteresowanym lekarzom i lekarzom dentystom uczestnictwo w spektaklach teatralnych w Nowym Sączu i Krakowie w najbliższych miesiącach, ale też udział w Sądeckiej Jesieni Kulturalnej. Bliższe informacje – w siedzibie Delegatury przy ul. Kopernika 18 lub pod nr. tel. 18 442 16 47.

Krzysztof Wróblewski
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Nowym Sączu

Przemyśl

W lutym Szpital Wojewódzki w Przemyślu zakwalifikowany został do finału konkursu Start-Up-Med. Głównym celem konkursu, organizowanego przez Grupę PTWP, wydawcę portalu i magazynu „Rynek Zdrowia", jest nagrodzenie start-upów o istotnym znaczeniu dla pacjentów i systemu opieki zdrowotnej. Szpital zaprezentował biopsję fuzyjną gruczołu krokowego. W głosowaniu internetowym projekt zajął drugie miejsce, zdobywając 3766 głosów.

Wojna w Ukrainie trwa już ponad rok, co przełożyło się na znaczy wzrost pacjentów w Szpitalu Wojewódzkim w Przemyślu. Pomocy udzielono blisko 2000 potrzebujących. Tylko w pierwszym miesiącu wojny szpital zaopatrzył ponad 500 uchodźców. Kilka przypadków dotyczyło skutków bezpośredniego udziału w działaniach wojennych, w większości to trud ciężkiej podróży, stres, wyczerpanie. Z oddziałów stacjonarnych najwięcej uchodźców trafiło na onkologię, pediatrię oraz oddział ginekologiczno-położniczy, gdzie w ciągu roku na świat przyszło ponad 30 ukraińskich dzieci.

(Źródło: Wojewódzki Szpital im. św. Ojca Pio w Przemyślu)

1 kwietnia br. w przemyskiej Delegaturze przekazano darowiznę ufundowaną przez Fundację Lekarze Lekarzom, reprezentowaną przez Mariusza Janikowskiego, prezesa zarządu Fundacji, a także sekretarza Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, dla Miejskiego Przedsiębiorstwa non-profit Lwowskiego Terytorialnego Związku Medycznego – „Wielodyscyplinarnego klinicznego szpitala pogotowia i intensywnej terapii" Zakład Leczniczy – Szpital św. Mikołaja we Lwowie. Przedmiotem darowizny był generator ultradźwiękowy do czyszczenia ran SonicOne i Bone Scalpel. Dar odebrał dyrektor Szpitala we Lwowie Ivan Miskiv.

Marek Zasadny
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Przemyślu

Prawo medyczne bez tajemnic

Za nami kolejne z cyklu szkoleń z zakresu prawa medycznego, poświęcone zagadnieniom związanym z postępowaniem z trudnym pacjentem.

W sobotę 25 marca w siedzibie Izby odbył się kurs pod nazwą „Postępowanie z trudnym pacjentem i jego rodziną (Komunikacja/Stosowanie przymusu bezpośredniego)". Wzięła w nim udział optymalna liczba uczestników, co umożliwiło sprawne przeprowadzenie zajęć warsztatowych w małych grupach ćwiczeniowych.

Pierwsze wystąpienie należało do Gawła Podwysockiego, doświadczonego coacha oraz trenera, i było poświęcone postępowaniu z trudnym pacjentem. Później mieliśmy znakomite wystąpienie profesor UJ Anety Załazińskiej na temat komunikacji z trudnym pacjentem oraz z jego rodziną. Pani Profesor w żywym wystąpieniu wskazała na główne bariery komunikacyjne oraz sposoby ich przekraczania w relacjach z takimi pacjentami. Następnie na sali konferencyjnej zawisła prokuratorska toga, a to w związku z wystąpieniem prokuratora dr. Piotra Kosmatego, poświęconym stosowaniu środków przymusu bezpośredniego w praktyce lekarskiej w odniesieniu do pacjentów stanowiących zagrożenie dla innych osób.

W drugiej części szkolenia odbyły się prowadzone przez Gawła Podwysockiego warsztaty, podczas których zapoznano uczestników z użytecznymi narzędziami ochrony w sytuacjach powstałych w czasie leczenia tzw. trudnych pacjentów.

Szkolenie zakończyło się zwięzłym podsumowaniem przez każdego z jego uczestników. Inicjatywa została bardzo dobrze przyjęta i po raz kolejny uzyskała najwyższe noty w anonimowej ankiecie ewaluacyjnej. Każdy z uczestników szkolenia-warsztatu otrzymał dyplom jego ukończenia oraz 7 punktów edukacyjnych.

Zachęcamy do udziału w kolejnych kursach. Są to, organizowane we współpracy z Medycznym Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ CM, szkolenia o charakterze seminaryjno-warsztatowym z zakresu problematyki prawnej (prawa medycznego i praktycznych aspektów związanych z jego stosowaniem), przeznaczone dla lekarzy członków OIL w Krakowie. Szkolenia są bezpłatne i realizowane w ramach obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów.

Tematyka i terminy oraz relacje z kolejnych wydarzeń z tego cyklu szkoleń dostępne są na stronie **www.oilkrakow.pl**

Tekst i zdjęcia: Piotr Pachel

HARMONOGRAM SZKOLEŃ

TEMAT SZKOLENIA	TERMIN
Jak poprawnie odebrać świadomą zgodę pacjenta? W jaki sposób skutecznie i szybko uzyskać zgodę Sądu? Kiedy trzeba powiadomić Sąd o udzielonym świadczeniu zdrowotnym?	13.05.2023
Jak uchronić się przed zarzutem naruszenia tajemnicy zawodowej i jak uniknąć pułapek RODO	03.06.2023
Dokumentacja medyczna jako niemy świadek w sprawach o odszkodowania z tytułu błędów medycznych.	17.06.2023
Polisa ubezpieczeniowa jako tarcza lekarza	24.06.2023

Okręgowa Izba Lekarska zaprasza na szkolenia

Kurs specjalizacyjny Ratownictwo medyczne

Kurs przeznaczony dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się według modułowych programów specjalizacji (zakwalifikowani do specjalizacji po 1.10.2014 r.) dla wszystkich specjalizacji.

Terminy:

15-19.05.2023 r. Numer kursu: 05-712/3-41-045-2023
9-13.10.2023 r. Numer kursu: 05-712/3-41-046-2023
Organizator: Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
Miejsce kursu: Medycyna Praktyczna, Cholerzyn 445, 32-060 Kraków
Zgłoszenia na kurs: Lekarze posiadający EKS zgłaszają się przez SMK, pozostali przez profil na stronie CMKP; tel.: 22 56 93 811
W przypadku braku kwalifikacji przez CMKP prosimy o kontakt mailowy ksztalcenie57@hipokrates.org (prowadzimy listę rezerwową)

Doskonalenie zawodowe
Kursy bezpłatne, organizowane dla członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie,
w siedzibie Izby przy ul. Krupniczej 11A

Zarządzanie zespołem poprzez delegowanie zadań i odpowiedzialności

Termin: 11.05.2023 r. godz. 16.00-19.00
Prowadząca: prof. dr hab. Alicja Gałązka
Punkty edukacyjne: 3

Elementy opieki hospicyjnej dla lekarzy

Kurs doskonalący dla lekarzy różnych specjalności. Wprowadzenie w praktyczne zagadnienia dotyczące opieki medycznej nad pacjentami z zaawansowanymi schorzeniami ograniczającymi życie: oceny potrzeb i jakości życia, planowania opieki końca życia, zasad leczenia objawowego oraz współpracy z ośrodkami opieki paliatywnej.
Termin: 13.05.2023 r. godz. 9.00-15.30
Punkty edukacyjne: 6

Realizacja opóźnionego programu szczepień

Termin: 23.05.2023 r. godz. 15.00-18.00
Prowadząca: dr hab. n. med. Hanna Czajka, prof. nadzw.
Punkty edukacyjne: 3

Mediacje w medycynie

Termin: 5.06.2023 r. godz. 16.00-19.00
Prowadząca: mgr Ewa Wiśniewska-Sobel
Punkty edukacyjne: 3

Najczęstsze pytania dotyczące realizacji Programu Szczepień Ochronnych

Termin: 7.06.2023 r. godz. 15.00-18.00
Prowadząca: dr hab. n. med. Hanna Czajka, prof. nadzw.
Punkty edukacyjne: 3

Zarządzanie emocjami jako element wzmacniania swojej odporności psychicznej

Termin: 15.06.2023 r. godz. 16.00-19.00
Prowadząca: prof. dr hab. Alicja Gałązka
Punkty edukacyjne: 3

Szkolenia w Delegaturze OIL w Przemyślu:

Kursy płatne, organizowane dla członków OIL w Krakowie, w Medyczno-Społecznym Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego, Przemyśl, ul. Łukasińskiego 20
Zapisy: przemysl@hipokrates.org
tel. 660 295 694, 605 488 244:

Kurs ILS (Immediate Life Support) – Natychmiastowa pomoc w stanach zagrożenia życia

Jednodniowy kurs przeznaczony dla lekarzy i lekarzy dentystów. Zajęcia prowadzą instruktorzy Europejskiej i Polskiej Rady Resuscytacji według najnowszych wytycznych. Program kursu obejmuje wykłady i ćwiczenia sytuacyjne na fantomach.
Jest to kurs certyfikowany przez Europejską Radę Resuscytacji (ERC) i Polską Radę Resuscytacji (PRC).
Termin: 17.06.2023 r. godz. 8.00-17.00
Opłata: 200 zł
Liczba punktów edukacyjnych: 8

Kurs Stany nagłe w gabinecie stomatologicznym

Jednodniowy kurs przeznaczony dla lekarzy dentystów. Zajęcia prowadzą instruktorzy Europejskiej i Polskiej Rady Resuscytacji według najnowszych wytycznych. Program kursu obejmuje wykłady i ćwiczenia sytuacyjne na fantomach.
Tematyka szkolenia: Badanie pacjenta w stanie zagrożenia życia; Zabezpieczenie bezprzyrządowe i przyrządowe dróg oddechowych; BLS, zastosowanie AED; Warsztaty (Uniwersalny algorytm ALS). Scenariusze symulacyjne: NZK – mechanizmy defibrylacyjne i niedefibrylacyjne, reakcja anafilaktyczna, wstrząs anafilaktyczny, ostry zespół wieńcowy, hypowolemia, astma.
Termin: 30.09.2023 r. godz. 8.00-16.00
Opłata: 200 zł
Liczba punktów edukacyjnych: 7

Szkolenia w Delegaturze OIL w Krośnie:

Kursy bezpłatne, organizowane dla Członków OIL w Krakowie, w siedzibie Delegatury OIL w Krośnie, ul. Niepodległości 2
Rejestracja: krosno@hipokrates.org, tel. 13 432 18 59

Zarządzanie emocjami jako element wzmacniania swojej odporności psychicznej

Termin: 2.06.2023 r. godz. 16.00-19.00
Prowadząca: prof. dr hab. Alicja Gałązka
Punkty edukacyjne: 3

Jak sobie radzić z wampirami energetycznymi w pracy lekarza

Termin: 3.06.2023 r. godz. 10.00-13.00
Prowadząca: prof. dr hab. Alicja Gałązka
Punkty edukacyjne: 3

Mediacje w medycynie

Termin: 22.09.2023 r. godz. 8.00-16.00
Prowadząca: mgr Ewa Wiśniewska-Sobel
Punkty edukacyjne: 3

Kurs Stany nagłe w gabinecie stomatologicznym (kurs płatny)

Jednodniowy kurs przeznaczony dla lekarzy dentystów. Zajęcia prowadzą instruktorzy Europejskiej i Polskiej Rady Resuscytacji wg najnowszych wytycznych. Program kursu obejmuje wykłady i ćwiczenia sytuacyjne na fantomach.
Tematyka szkolenia: Badanie pacjenta w stanie zagrożenia życia; Zabezpieczenie bezprzyrządowe i przyrządowe dróg oddechowych; BLS, zastosowanie AED; Warsztaty (Uniwersalny algorytm ALS). Scenariusze symulacyjne: NZK – mechanizmy defibrylacyjne i niedefibrylacyjne, reakcja anafilaktyczna, wstrząs anafilaktyczny, ostry zespół wieńcowy, hypowolemia, astma.
Kurs jest organizowany dla członków OIL w Krakowie.
Termin: 3.09.2023 r. godz. 8.00-16.00
Opłata: 200 zł.
Liczba punktów edukacyjnych: 7

Szkolenie w Delegaturze OIL w Nowym Sączu:

Kurs Stany nagłe w gabinecie stomatologicznym (kurs płatny)

Jednodniowy kurs przeznaczony dla lekarzy dentystów. Zajęcia prowadzą instruktorzy Europejskiej i Polskiej Rady Resuscytacji według najnowszych wytycznych. Program kursu obejmuje wykłady i ćwiczenia sytuacyjne na fantomach.
Tematyka szkolenia: Badanie pacjenta w stanie zagrożenia życia; Zabezpieczenie bezprzyrządowe i przyrządowe dróg oddechowych; BLS, zastosowanie AED; Warsztaty (Uniwersalny algorytm ALS). Scenariusze symulacyjne: NZK – mechanizmy defibrylacyjne i niedefibrylacyjne, reakcja anafilaktyczna, wstrząs anafilaktyczny, ostry zespół wieńcowy, hypowolemia, astma.
Kurs jest organizowany dla członków OIL w Krakowie.
Opłata: 200 zł. Liczba punktów edukacyjnych: 7
Termin: 27.05.2023 r. (godz. 8.00-16.00)
Miejsce: Delegatura OIL w Nowym Sączu, ul. Kopernika 18
Zgłoszenia: nowy.sacz@hipokrates.org , tel. 18 442 16 47

KURSY SPECJALIZACYJNE DLA LEKARZY

organizowane przez Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Collegium Medicum Ośrodek ds. kształcenia podyplomowego na Wydziale Lekarskim w okresie maj – czerwiec 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 i intensywna terapia

Postępy w intensywnej terapii
22-26.05.2023
Kierownik naukowy:
prof. Wojciech Szczeklik

Chirurgia szczękowo-twarzowa

Etiopatogeneza, morfologia, rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie chirurgiczne wrodzonych oraz nabytych wad twarzowo-szczękowo-zgryzowych
10-12.05.2023
Kierownik naukowy:
prof. Jan Zapała

Choroby ślinianek – rozpoznawanie, różnicowanie, leczenie
24-26.05.2023
Kierownik naukowy: prof. Jan Zapała

Epidemiologia, rozpoznawanie oraz chirurgiczne i skojarzone leczenie złośliwych nowotworów części twarzowej czaszki i szyi
14-16.06.2023
Kierownik naukowy: prof. Jan Zapała

Choroby wewnętrzne

Toksykologia
24-25.05.2023
Kierownik naukowy: dr Piotr Hydzik

Choroby zakaźne

Zakażenia HIV i AIDS
12-13.06.2023
Kierownik naukowy:
prof. Aleksander Garlicki

Hepatologia – system modułowy; Hepatologia – postępy – system dotychczasowy
19-20.06.2023
Kierownik naukowy:
prof. Aleksander Garlicki

Hipertensjologia

Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa w hipertensjologii

15-16.05.2023
Kierownik naukowy: prof. Marek Rajzer

Kardiologia

Elektrofizjologia i elektroterapia
12-16.06.2023
Kierownik naukowy:
dr hab. Andrzej Ząbek

Nadciśnienie płucne i niewydolności prawej komory serca
2.06.2023
Kierownik naukowy:
prof. Grzegorz Kopeć

Patofizjologia chorób sercowo-naczyniowych
19-23.06.2023
Kierownik naukowy: dr Bernadeta Chyrchel

Mikrobiologia lekarska

Zakażenia skóry, tkanki podskórnej, tkanek miękkich, kości i stawów – etiologia, epidemiologia, obraz kliniczny, diagnostyka, leczenie, zapobieganie
22-26.05.2023
Kierownik naukowy:
prof. Jadwiga Wójkowska-Mach

Zakażenia w okresie ciąży i okresu noworodkowego – etiologia, epidemiologia, obraz kliniczny, diagnostyka, leczenie, zapobieganie
29-31.05.2023
Kierownik naukowy:
prof. Jadwiga Wójkowska-Mach

Medycyna rodzinna

Wprowadzenie do specjalizacji w medycynie rodzinnej
19-28.06.2023
Kierownik naukowy: prof. Adam Windak

Okulistyka

Neurookulistyka kliniczna
12-13.06.2023
Kierownik naukowy: prof. Bożena Romanowska-Dixon

Zapalenia błony naczyniowej
30.06.2023
Kierownik naukowy:
dr hab. Agnieszka Kubicka-Trząska

Onkologia i hematologia dziecięca

Wprowadzenie do specjalizacji w onkologii hematologii dziecięcej
22-26.05.2023
Kierownik naukowy:
dr hab. Szymon Skoczeń, prof. UJ

Ortopedia i traumatologia narządu ruchu

Wady stóp
15-19.05.2023
Kierownik naukowy: dr Barbara Jasiewicz

Położnictwo i ginekologia

Diagnostyka i leczenie chorób nowotworowych narządów płciowych
8-12.05.2023
Kierownik naukowy:
prof. Kazimierz Pityński

Ultrasonografia – kurs praktyczny indywidualny
8-12.05.2023
Kierownik naukowy: dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Endoskopia – kurs praktyczny indywidualny
8-12.05.2023
Kierownik naukowy:
dr Krzysztof Skotniczny

UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Medyczne Centrum
Kształcenia Podyplomowego

OFERTA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH

Ośrodek ds. kształcenia podyplomowego
na Wydziale Lekarskim

- Antropologia sądowa w praktyce
- Antybiotyki i zarządzanie lekiem przeciwdrobnoustrojowym – antibiotic stewardship
- Badania kliniczne – metodologia, organizacja i zarządzanie
- Biostatystyka – podstawy statystyki w badaniach medycznych
- Epidemiologia i kontrola zakażeń. Dochodzenie epidemiologiczne nowość!
- Koloproktologia praktyczna
- Medycyna bólu
- Medycyna ekstremalna i medycyna podróży
- Medycyna górska
- Neurologopedia z elementami audiofonologii
- Optymalizacja zarządzania aparaturą medyczną w jednostkach ochrony zdrowia nowość!
- Podstawy psychoterapii
- Psychoonkologia w praktyce klinicznej
- Szczegółowe zagadnienia psychoterapii
- Żywienie w zdrowiu i chorobie – dietetyka kliniczna

Ośrodek ds. kształcenia podyplomowego
na Wydziale Farmaceutycznym

- Trychologia w kosmetologii
- Farmacja przemysłowa
- Badania kliniczne produktów leczniczych
- Osoba wykwalifikowana w kontroli jakości produktu leczniczego i wyrobu medycznego
- Skuteczność i bezpieczeństwo składników suplementów diety i żywności wzbogaconej nowość!
- Enologia – rekrutacja: semestr letni 2023/2024

Ośrodek ds. kształcenia podyplomowego
na Wydziale Nauk o Zdrowiu

- MBA w ochronie zdrowia nowość!
- Zarządzanie jednostkami opieki zdrowotnej – rekrutacja: semestr letni 2023/2024

MEDYCZNE CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO UJ CM 2023/2024 podyplomowe.cm-uj.krakow.pl

Ultrasonografia – kurs praktyczny indywidualny
12-16.06.2023
Kierownik naukowy:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz
Endoskopia – kurs praktyczny indywidualny
12-16.06.2023
Kierownik naukowy:
dr Krzysztof Skotniczny

Psychiatria
Psychogeriatria
22-26.05.2023
Kierownik naukowy: dr Wojciech Rachel

Psychiatria dzieci i młodzieży
Wprowadzenie do psychiatrii dzieci i młodzieży
12-16.06.2023
Kierownik naukowy:
dr hab. Renata Modrzejewska

Toksykologia kliniczna
Promocja zdrowia w toksykologii klinicznej
10-11.05.2023
Kierownik naukowy: dr Piotr Hydzik

Urologia
Endourologia i ESWL
15-17.05.2023
Kierownik naukowy: prof. Piotr Chłosta
Warsztaty dydaktyczne – Laparoskopia w urologii
12-13.06.2023
Kierownik naukowy: prof. Piotr Chłosta

KURSY SPECJALIZACYJNE DLA LEKARZY DENTYSTÓW

Chirurgia stomatologiczna
Implantologia stomatologiczna
29.05-02.06.2023
Kierownik naukowy: dr Tomasz Gładysz

Chirurgia szczękowo-twarzowa
Etiopatogeneza, morfologia, rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie chirurgiczne wrodzonych oraz nabytych wad twarzowo-szczękowo-zgryzowych
10-12.05.2023
Kierownik naukowy: prof. Jan Zapała

Choroby ślinianek – rozpoznawanie, różnicowanie, leczenie
24-26.05.2023
Kierownik naukowy: prof. Jan Zapała
Epidemiologia, rozpoznawanie oraz chirurgiczne i skojarzone leczenie złośliwych nowotworów części twarzo-wej czaszki i szyi
14-16.06.2023
Kierownik naukowy: prof. Jan Zapała
Choroby ślinianek – rozpoznawanie, różnicowanie, leczenie
24-26.05.2023
Kierownik naukowy: prof. Jan Zapała

Ortodoncja
Postępowanie ortodontyczne w chorobach nowotworowych w obrębie narządu żucia
19-22.05.2023
Kierownik naukowy:
prof. Bartłomiej W. Loster
Kurs wprowadzający: „Wprowadzenie do współczesnej ortodoncji"
25-26.05.2023
Kierownik naukowy: dr Wojciech Stós
Czynność narządu żucia
23 – 26.06.2023
Kierownik naukowy:
prof. Bartłomiej W. Loster
Analiza zdjęć rentgenowskich i cefalometria
6-7.07.2023
Kierownik naukowy: dr Wojciech Stós

Periodontologia
Podstawy diagnostyki i leczenia niechirurgicznego w periodontologii
12-16.06.2023
Kierownik naukowy:
prof. Marta Cześnikiewicz-Guzik

Protetyka stomatologiczna
Zaburzenia morfologiczno – czynnościowe US – diagnostyka i leczenie (kurs 6-dniowy)
24.07 – 2.08.2023
Kierownik naukowy:
prof. Małgorzata Pihut

Stomatologia zachowawcza z endodoncją
Organizacja i metody pracy indywidualnej specjalistycznej praktyki stomatologicznej
20-21.06.2023
Kierownik naukowy:
prof. Jolanta Pytko-Polończyk

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w ramach projektu pt. **„Podnoszenie Kompetencji Lekarskich (POKOLEnia) – interdyscyplinarna i holistyczna opieka nad pacjentem geriatrycznym z problemami psychicznymi, reumatologicznymi oraz w opiece okołozabiegowej"**, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Europejskiego zaprasza na ostatnie szkolenia dla lekarzy.

W ramach kursów Chirurgia małoinwazyjna u pacjentów w wieku podeszłym będą realizowane warsztaty laparoskopowe lub endoskopowe.

Otwarta została rekrutacja na szkolenie w Warszawie 29.05-02.06.2023 r. (29-30.05 – wykłady online, 31.05-2.06 warsztaty praktyczne z laparoskopii).

Z pomocą Mobilnej Jednostki Szkoleniowej możemy zorganizować szkolenie w Państwa miejscu pracy w całej Polsce. Możliwe terminy: 5-7.05.2023, 8-10.05.2023, 6-8.06.2023, 9-11.06.2023, 12-14.06.2023, 19-21.06. 2023, 25-27.06.2023, 28-30.06. 2023 (minimalna ilość uczestników – 14)

W celu ustalenia szczegółów prosimy o kontakt z Biurem Projektu: Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Collegium Medicum, ul. Medyczna 7, 30-688 Kraków, tel.12 34 76 903 lub 501 843 584 adres e-mail: pokolenia@cm-uj.krakow.pl Strona projektu https://pokolenia.cm-uj.krakow.pl

POSTANOWIENIEM PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ TYTUŁ PROFESORA NAUK MEDYCZNYCH 21 MARCA BR. OTRZYMALI

dr hab. Magdalena Dutsch-Wicherek
dr hab. Jadwiga Handzlik
dr hab. Piotr Major
dr hab. Michał Pędziwiatr
dr hab. Anna Sowa-Staszczak

UCHWAŁĄ RADY DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO Z DNIA 21 LUTEGO 2023 R. ZOSTAŁ NADANY STOPIEŃ DOKTORA HABILITOWANEGO W DZIEDZINIE NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU W DYSCYPLINIE NAUKI MEDYCZNE

dr Justynie Miszczyk

WYKAZ STOPNI NAUKOWYCH DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU NADANYCH PRZEZ RADĘ DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO W DNIU 21 LUTEGO i 14 MARCA 2023 ROKU

1. **lek. Jakub Baran**
„Association between cerebral and supra-aortic arteries flow parameters and cognitive impairment in patients with aortic stenosis" („Analiza związku pomiędzy parametrami przepływu mózgowego oraz tętnic obwodowych a zaburzeniami funkcji poznawczych u pacjentów ze zwężeniem zastawki aortalnej") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Anna Kabłak-Ziembicka
Promotor pomocniczy: dr hab. Jakub Podolec

2. **lek. dent. Katarzyna Dobroś**
„Application of 3D printed teeth models in teaching conservative dentistry and endodontics" („Wykorzystanie modeli 3D w praktycznym nauczaniu studentów stomatologii zachowawczej i endodoncji") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Joanna Zarzecka

3. **mgr inż. Angelika Domagała**
„The role of the CD36 and SR-A / CD204 scavenger receptors in the fight against bacterial infections" („Rola receptorów zmiataczy CD36 i SR-A/CD204 w zwalczaniu infekcji bakteryjnych") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Szczepan Józefowski

4. **lek. Karolina Englert**
„Ocena ekspresji endosomalnych receptorów Toll-like typu 7, 8, 9 (TLR-7, 8, 9) w biopsjach skórnych u pacjentów ze zmianami skórnymi w przebiegu tocznia rumieniowatego (SCLE/DLE) oraz ich znaczenie w przewidywaniu odpowiedzi klinicznej na leczenie hydroksychlorochiną" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Anna Wojas-Pelc

5. **mgr Estera Jachowicz-Matczak**
„Antimicrobial consumption and incidence of Clostridioides difficile infection in selected Polish patients population" („Konsumpcja antybiotyków oraz zachorowalność związana z zakażeniami Clostridioides difficile w wybranych populacjach pacjentów w Polsce") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Jadwiga Wójkowska-Mach

6. **mgr Dagmara Mętel**
„Mental resilience in the general population and in at risk mental states of psychosis" („Odporność psychiczna w populacji ogólnej i w stanach ryzyka zachorowania na psychozę") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Andrzej Cechnicki

7. **lek. Magdalena Okólska**
„The arrhythmias and conduction disorders in adults after Fontan operation" („Zaburzenia rytmu i przewodzenia u dorosłych chorych po operacji Fontana") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Lidia Tomkiewicz-Pająk

Firma OPC poszukuje lekarzy przyjmujących osoby dorosłe i/lub dzieci do pracy w ramach dyżurów w NiŚOZ na terenie Krakowa, Wieliczki, Gdowa, Liszek, Tarnowa, Niepołomic, Kocmyrzowa, Oświęcimia, Kęt, Chrzanowa, Skawiny, Wolbromia, Brzeska, Rytra oraz Nowego Sącza. Stawka uzależniona od lokalizacji ambulatorium i przyjmowanej populacji wynosi od 90 do 160 zł za godzinę.
Osoby zainteresowane proszone są o kontakt: Anna Muszyńska, tel. 506 459 457, e-mail: anna.muszynska@opc.med.pl
Danuta Biegun-Musiał, tel. 519 316 847, danuta.biegun.musial@opc.med.pl
Danuta Wrona, tel. 690 509 817, danuta.wrona@opc.med.pl

Centrum Medyczne Medikama
Sp. z o.o. zatrudni lekarzy specjalistów do wykonywania badań endoskopowych przewodu pokarmowego w ramach kontraktu z NFZ.
Osoby zainteresowane prosimy o kontakt pod nr. tel. 600 062 100.

8. lek. Karolina Pełka
„Modification of selected parameters of the immune response in patients with connective tissue diseases under the influence of treatment with hydroxychloroquine" („Zmiana wybranych parametrów odpowiedzi immunologicznej u pacjentów z chorobami tkanki łącznej pod wpływem leczenia hydroksychlorochiną") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Anna Wojas-Pelc

9. lek. Piotr Piejko
„Wpływ migotania przedsionków na zmiany perfuzji mikrokrążenia w tylnym odcinku oka" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Małgorzata Schlegel-Zawadzka

10. mgr Izabela Siemińska
„Phenotype and functional characteristics of myeloidderived suppressor cells in solid tumors based on the example of colorectal and prostate cancer – implications for cancer immunotherapy" („Charakterystyka fenotypowa i funkcjonalna mieloidalnych komórek supresorowych w chorobie nowotworowej na przykładzie raka jelita grubego i raka prostaty – implikacje dla immunoterapii nowotworów") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Jarosław Baran, prof. UJ

11. lek. Przemysław Smolik
„Otyłość a kontrola czynników ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentów po hospitalizacji w krakowskich szpitalach z powodu choroby niedokrwiennej serca w latach 1997-2013" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Piotr Jankowski

12. lek. dent. Katarzyna Wąsacz
„Oral health impact profile in patients with periodontal diseases, oral mucosal diseases and caries" („Wpływ zdrowia jamy ustnej na jakość życia u pacjentów z chorobami przyzębia, błon śluzowych jamy ustnej oraz chorobą próchnicową") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Maria Chomyszyn-Gajewska

13. lek. Agata Wiktorowicz
„Computed tomography evaluation of the aortic complex in patients with severe aortic stenosis undergoing transcatheter aortic valve implantation" („Ocena kompleksu aortalnego w tomografii komputerowej u pacjentów z ciężką stenozą aortalną poddanych przezskórnej implantacji zastawki aortalnej") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Paweł Kleczyński, prof. UJ
Promotor pomocniczy: dr Łukasz Rzeszutko

14. lek. Barbara Hull
„Assessment of adrenal function and morphology after oncological treatment" („Ocena funkcji i morfologii nadnerczy po leczeniu onkologicznym") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Anna Wędrychowicz, prof. UJ

15. lek. Bartłomiej Łasocha
„Diagnostic and prognostic role of particular imaging parameters in acute ischemic stroke patients" („Rola wybranych parametrów obrazowych w diagnostyce i rokowaniu u chorych z ostrym udarem niedokrwiennym mózgowia") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Tadeusz Popiela

Konferencja „Praktycy-Praktykom"

Problemy diagnostyczne w praktyce pediatrycznej

Jak sobie poradzić z trudnymi przypadkami – nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia chorób wieku dziecięcego

Już po raz 12. Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego w Krakowie organizuje konferencję pediatryczną. Hasłem przewodnim cyklicznego wydarzenia jest „Jak sobie poradzić z trudnymi przypadkami – nowoczesne metody rozpoznawania i leczenia chorób wieku dziecięcego".

Tegoroczny program został tak skonstruowany, aby obejmował różnorodne zagadnienia i zainteresował zarówno lekarzy pediatrów, POZ, specjalistów, personel pielęgniarski, ale też pracowników żłobków, przedszkoli, szkół. Specjaliści z „Żeromskiego" przygotowali wykłady i prezentacje, podczas których podzielą się doświadczeniem z zakresu diagnostyki i leczenia m.in. chorób układu krążenia, otolaryngologii, okulistyki, medycyny podróży. Nowością tej edycji będą warsztaty badania ultrasonograficznego, otoskopii i badania okulistycznego.

Konferencja odbędzie się 12 czerwca w godz. 10-20 w Teatrze Ludowym w Nowej Hucie. Została objęta patronatem honorowym Oddziału Krakowskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Okulistycznego oraz Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie.

Udział w tym wydarzeniu jest bezpłatny, lekarzom przysługiwać będzie 6 punktów edukacyjnych.

Szczegółowe informacje na stronie Szpitala: www.zeromski-szpital.pl lub pod nr. tel. 12 622 92 47.

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

Zapraszamy na spotkania Grupy AA Dr Bob dla lekarzy i lekarzy dentystów, wtorek godz. 17.00, w siedzibie OIL przy ul. Krupniczej 11a.

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

Przypominamy, że od 1.01.2023 składka członkowska wynosi 120 zł

Indywidualizm w podejściu do pacjenta, czyli...

O medycynie personalizowanej i narracyjnej

Prof. UŚ dr hab. Alicja Gałązka

Medycyna spersonalizowana i medycyna narracyjna to pojęcia, które słyszymy coraz częściej. Choć ten pierwszy termin wydaje się już znany i zrozumiały, warto oba określenia zdefiniować bliżej, opisać, co właściwie kryje się pod tymi hasłami.

Standardowe podejście do leczenia oznacza: jeden lek dla wszystkich chorych na daną chorobę. **Medycyna personalizowana** zakłada natomiast odpowiednie leczenie odpowiedniego pacjenta w odpowiednim czasie. Generalnie z założenia medycyna przyszłości ma badać molekularne mechanizmy choroby oraz identyfikować geny odpowiedzialne za jej powstanie, aby możliwe się stało opracowanie leku działającego na ściśle określony cel. Celem medycyny spersonalizowanej jest właśnie zidentyfikowanie choroby na poziomie molekularnym tak, aby leki oraz środki zapobiegawcze można było zastosować u odpowiedniej populacji pacjentów, póki jeszcze ich stan zdrowia na to pozwala. Takie postępowanie niesie ze sobą wiele korzyści – oszczędność czasu, mniejsze koszty oraz przede wszystkim większą skuteczność terapii i minimalizowanie ryzyka działań niepożądanych. Nowe podejście ma łączyć zarówno dane molekularne, farmakologiczne, jak i kliniczne pochodzące od pacjenta w jeden „system zarządzania wiedzą" (*knowledge management system*), który będzie ułatwiał przygotowanie odpowiedniego leku w odniesieniu do określonego molekularnego typu choroby. Z kolei indywidualna odpowiedź na terapię jest kombinacją czynników genetycznych i środowiskowych.

Medycyna personalizowana, nazywana również medycyną precyzyjną, dynamicznie się rozwija, wykorzystując nowe narzędzia diagnostyczne do identyfikacji mechanizmów powstawania chorób. Terapia celowana, nowa koncepcja leczenia indywidualnie dopasowanego do pacjenta dzięki wykorzystaniu badań genetycznych daje nadzieję na poprawę efektywności działań profilaktycznych i leczenia oraz znaczną redukcję kosztów w ochronie zdrowia.

Coraz lepiej wykorzystywane terapie celowane projektują rozwiązania, których skuteczność zależy od kompleksowej diagnostyki, polegającej na określeniu mechanizmu powstawania choroby z wykorzystaniem specyficznych markerów oraz cech fenotypu i genotypu konkretnego chorego. Trzeba jednak pamiętać, że o powodzeniu decyduje niekiedy cierpliwe i umiejętne zbieranie historii choroby. Pogłębiony wywiad lekarski, uwaga i czas poświęcone pacjentowi stają się inwestycją, która przynosi zysk, minimalizuje ryzyko niepożądanych zdarzeń medycznych, zawiązuje relacje między pacjentem a lekarzem, buduje zaufanie do wskazań lekarskich, czyli przyczyniają się do sukcesu terapii.

Obok medycyny spersonalizowanej coraz częściej używamy więc także określenia **medycyna narracyjna**. Można ją zdefiniować jako medycynę stosowaną z wykorzystaniem zdolności narracyjnych, pomocnych w rozpoznawaniu, przyswajaniu, interpretowaniu oraz przeżywaniu historii choroby pacjenta lub jako praktykę medyczną, która wie, w jaki sposób wykorzystać opowieści pacjenta. Medycyna narracyjna, skupiając się na indywidualności pacjenta, stanowi odpowiedź na przedmiotowe traktowanie chorego, sprowadzające go do sumy zjawisk biomedycznych z pominięciem psychospołecznego i kulturowego aspektu jego funkcjonowania. Praktykowanie narracji obejmuje słuchanie opowieści pacjenta opisującej biograficzny, psychologiczny i społeczno-kulturowy kontekst choroby i radzenia sobie z nią, a także narrację prowadzoną przez profesjonalistów w oparciu o ich doświadczenia zawodowe w kontaktach z chorymi.

Medycyna narracyjna nie zastępuje tradycyjnej medycyny opartej na dowodach, lecz stanowi jej uzupełnienie. Bowiem otwartość na humanistyczne aspekty choroby pomaga w uzyskaniu wielu informacji, które są istotne dla procesu terapeutycznego, a mogą zostać pominięte w przypadku postrzegania pacjenta wyłącznie w aspekcie zaburzeń biomedycznych.

Medycyna narracyjna odgrywa coraz istotniejszą rolę we współczesnych relacjach pacjent–profesjonalista. Połączenie jej zasad z powszechnie obowiązującymi zasadami EBM i EBNP stanowi nową jakość w opiece medycznej. Wykorzystanie narracji w praktyce klinicznej, poza aspektem informacyjnym, wpływa także na spojrzenie na pacjenta jako wielowymiarową jedność, pozostającą w interakcji z otoczeniem społecznym i kulturowym. Umożliwia dostrzeżenie

człowieka, a nie tylko sumy jednostek chorobowych. Opowieści pacjenta odnoszą się do jego subiektywnych doświadczeń pozostających w relacji z kontekstem społecznym. Wyrażone przez niego doświadczenia w połączeniu z wiedzą profesjonalistów stanowią podstawę diagnostyki zaburzeń i potrzeb, a łączne analizowanie historii opowiadanych przez pacjenta, jego bliskich i personel służy stworzeniu spójnej koncepcji opieki. Narracja, prócz oczywistej wymiany informacji, pozwala ludziom na uruchomienie indywidualnych procesów adaptacyjnych, będących odpowiedzią na chorobę, umożliwia odszukanie jej sensu, a także ma wpływ na odbudowę (lub przebudowę) relacji społecznych pacjenta. Słuchanie narracji chorego wpływa także korzystnie na wzmocnienie relacji terapeutycznej poprzez budowanie zaufania, co z kolei sprzyja ujawnieniu przez pacjenta wszystkich istotnych informacji. Zachęcanie go do przedstawienia swojej opowieści sprawia, że wzrasta jego poczucie indywidualnego traktowania. Choremu łatwiej potem zrozumieć własne emocje. Opowiadanie o chorobie i towarzyszących jej zjawiskach (w kontekście kulturowo-społecznym) sprzyja uporządkowaniu przebiegu choroby, przejęciu kontroli nad chaosem. Z kolei dla lekarza uważne słuchanie opowieści pacjenta może być pomocne w ukazaniu związków przyczynowo skutkowych, które wcześniej nie zostały ujawnione, a są kluczowe dla postawienia diagnozy. Pozorny nieład w swobodnych wypowiedziach pacjenta pobudza do kreatywnego myślenia – zarówno pacjenta, jak i profesjonalistę.

Jest wiele przeszkód w naszym systemie opieki zdrowotnej, które utrudniają lekarzom włączenie takich reguł do pracy z pacjentem. Jednak medycyna personalizowana i narracyjna pojawiają coraz częściej, zwłaszcza w onkologii, ale także w innych specjalnościach, czego przykładem mogą być chociażby implanty „szyte na miarę" (*custom made*) w ortopedii.

Na pewno do praktykowania nie tylko medycyny narracyjnej, ale też w każdej innej sytuacji zawsze potrzebna jest lekarzowi znajomość odpowiednich technik komunikacyjnych ułatwiających budowanie zaufania. Zapraszamy więc do Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie na szkolenia z zakresu umiejętności miękkich.

Prof. UŚ dr hab. Alicja Gałązka

Referencje:

Charon R., „Narrative medicine honoring the stories of illness", „Oxford University Press", Oxford 2006, 20; Charon R., „Narrative and medicine", New Engl. J. Med. 2004; 350 (9): 862-864.
Skrzypek M., „Medycyna narracyjna jako model zhumanizowanej medycyny", [w:] Skrzypek M. (red.) „Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących biomedycynę", Wyd. KUL, Lublin 2012: 63-83.

Dr hab. Alicja Gałązka, prof. UŚ, psychoterapeutka, licencjonowany coach, międzynarodowa trenerka oraz lingwistka. Absolwentka Uniwersytetu Śląskiego, Exeter University w Wielkiej Brytanii oraz S. Freud University of Vienna. Pracownik naukowy Wydz. Nauk Społecznych UŚ oraz ŚUM. Prezes International Coaching Institute w Polsce. Konsultantka m.in. Trinity College London w Polsce, wykładowczyni w Oxford University Press oraz Macmillan UK. Trenerka z zakresu umiejętności komunikacyjnych, twórczego myślenia i rozwiązywania problemów, rozwoju inteligencji emocjonalnej i społecznej oraz optymalnego wykorzystywania potencjału każdej jednostki. Od kilkunastu lat prowadzi szkolenia dla pracowników ochrony zdrowia.

OGÓLNOPOLSKI KONKURS PULS SŁOWA POETYCKO-PROZATORSKI

Komisja ds. Kultury ORL w Warszawie serdecznie zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów do wzięcia udziału w **XIV Ogólnopolskim Konkursie Poetycko-Prozatorskim „Puls Słowa"**.

Warunkiem uczestnictwa w konkursie jest nadesłanie **do 30 czerwca 2023 r.** pięciu wierszy lub prozy do dziesięciu stron maszynopisu (każdy utwór powinien być opatrzony godłem), w czterech egzemplarzach, na adres: OIL w Warszawie, ul. Puławska 18, 02-520 Warszawa, Komisja ds. Kultury, lub e-mail: majkazywicka@wp.pl z dopiskiem: Konkurs Poetycko-Prozatorski „Puls Słowa"

Informacji udziela: Majka Maria Żywicka-Luckner, tel. 22 619 42 31, 604 286 324, e-mail: majkazywicka@wp.pl

W Starym Teatrze

Nie tylko dla dorastających dziewczynek

„Genialna przyjaciółka" to historia ludzi, którzy mierzą się z życiem i swoimi o nim wyobrażeniami. Polecam.

Najpierw zrobiło się głośno o samej Elenie Ferrante. No bo jak to, cały świat czyta jej „Genialną przyjaciółkę" i pozostałe części z cyklu neapolitańskich powieści, a nikt jej nigdy nie widział ani nie słyszał? Żadna gazeta nie opublikowała z nią wywiadu, nie mówiąc o innych mediach, z których czytelnicy mogliby się dowiedzieć choćby tyle, jak pisarka wygląda. Prowadzone przez dziennikarzy śledztwa raz po raz przynosiły zaskakujące wieści – że Ferrante to mężczyzna, albo grupa autorów, którzy postanowili stworzyć poczytne dzieło. Nikomu nie udało się rozwikłać tajemnicy, co spowodowało, że popularność powieści jeszcze wzrosła, a autorka czy autor znaleźli się na szczytach rankingów nie tylko literackich.

Tak więc cały świat czytał „Genialną przyjaciółkę", oglądał serial na HBO, aż przyszła kolej na jej sceniczną adaptację. Podjął się jej Stary Teatr w Krakowie, zapraszając do współpracy Ewelinę Marciniak, reżyserkę, która obecnie robi europejską karierę, szczególnie na scenach niemieckojęzycznych. Wspólnie z dramaturżką Małgorzatą Czerwień udało się jej wydobyć z książki Ferrante wiele zaskakujących niuansów, które sprawiają, że spektakl staje się nie tylko historią dorastania i przyjaźni dwóch dziewczynek, ale też opowieścią o poszukiwaniu swojego miejsca w świecie, odkrywaniu własnej cielesności i seksualności, i to niezależnie od płci, gdyż mężczyźni w tym przedstawieniu wcale nie odgrywają marginalnej roli.

Ale o tym za chwilę. Na razie opowiem o głównych bohaterkach spektaklu – Elenie i Lili, brawurowo zagranych tu przez Annę Paruszyńską-Czacką i Karolinę Staniec. Obydwie dorastają w biednej dzielnicy Neapolu w latach 50. i obydwie marzą o tym, żeby wyrwać się ze swojego środowiska pełnego niedostatku i przemocy. Elenie przychodzi to nieco łatwiej, gdyż rodzice zgadzają się, żeby poszła do liceum, a potem na studia do Pizy. Lili nie ma tyle szczęścia. Zamiast dalej się uczyć, musi pomagać ojcu w zakładzie szewskim.

fot. Natalia Kabanow, Stary Teatr

Jedynym jej sposobem na wyjście z biedy jest małżeństwo z przemocowym mężczyzną.

To o jego złym dotyku opowiada w pierwszej scenie spektaklu, kiedy przyjaciółki spotykają się w kuchni, w miejscu przypisanym od wieków kobiecie. I nic nie szkodzi, że jest to luksusowa kuchnia – taka, o jakiej dziewczyny marzyły. Wciąż jednak pełni rolę opresyjnego miejsca, niezależnie od statusu społecznego właścicielki. Dziewczyny to wiedzą, tak jak wiedzą to ich matki, porywająco zagrane przez Małgorzatę Zawadzką i Ewę Kaim. Zresztą aktorstwo w tym spektaklu to prawdziwy majstersztyk. Potwierdza to również męska część obsady: Juliusz Chrząstowski, Adam Najwoczyk, Michał Majnicz, Krystian Durman, Łukasz Stawarczyk, a także Wacław Zimpel, który także wykonuje muzykę na żywo. Ci bohaterowie spektaklu są interesujący szczególnie, gdy wychodzą z ról, co w tym przedstawieniu nie jest rzadkością, i improwizują, opowiadając o zmieniającej się roli mężczyzny we współczesnym świecie.

A wszystko to dzieje się w nawiązującej do obrazów Edwarda Hoppera scenografii Natalii Mleczak, której estetyka zachwyca od pierwszych scen. I choć nie wprost, to jednak swoim klimatem przenosi nas do Neapolu, jednego z najbardziej fascynujących miast na świecie, w którym żyje się w blasku słońca, a zarazem w cieniu pomrukującego wulkanu. Ten pulsujący niepokój przeszywa cały spektakl, będący tak naprawdę opowieścią o nas wszystkich, którzy mierzymy się z życiem i swoimi o nim wyobrażeniami.

Magda Huzarska-Szumiec

Wyspiański czeka na nas

To dziwne, że Stanisław Wyspiański do tej pory nie miał pod Wawelem swojej stałej siedziby. Jego dzieła były rozproszone po różnych miejscach i ich obejrzenie wymagało wielu zabiegów. A o tym, że publiczność chce je oglądać, świadczyła wystawa pokazywana przed paru laty w Gmachu Głównym Muzeum Narodowego. Tłumy przyciągnęła kolekcja dzieł artysty, będąca w posiadaniu krakowskiej instytucji, która w końcu postanowiła stworzyć poświęcone twórcy muzeum.

Powstało ono w Starym Spichlerzu przy placu Sikorskiego, gdzie od roku pokazywane są jego dzieła. Jednak nie wszystkie naraz, gdyż jest to kolekcja wrażliwa. Dominuje w niej pastel na papierze, który ze względów konserwatorskich nie może być na stałe prezentowany. Dlatego ekspozycja zmienia się i właśnie teraz możemy oglądać jej drugą odsłonę.

Poświęcone artyście muzeum kusi jego wybitnymi dziełami i filmem, dzięki któremu fruwamy nad Krakowem i oglądamy z bliska witraże twórcy. Zwiedzanie warto zacząć od parteru, czyli sali, w której pokazywane są dzieła nawiązujące do biografii Wyspiańskiego. Możemy oglądnąć tu krakowskie pejzaże, widoki miasta z kopcem Kościuszki w tle, ale też autoportrety artysty i obraz przedstawiający go z żoną Teofilą. Są tu też słynne wizerunki dzieci twórcy – „Śpiący Mietek", „Helenka z wazonem", a także portrety znajomych z kręgu krakowskiej cyganerii, m.in. malarza Józefa Mehoffera, literata i lekarza Kazimierza Lewandowskiego czy poety Antoniego Langego.

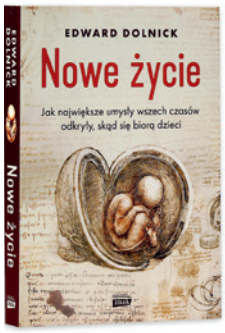
Z kolei na pierwszym piętrze Spichlerza możemy podziwiać projekty witraży „Bóg Ojciec" i „Żywioł ognia", które

znajdują się w oknach kościoła Franciszkanów w Krakowie, oraz pastelowe projekty do dekoracji malarskiej tej świątyni – przepiękne „Nasturcje" i „Róże". Obok znajduje się część zbiorów pt. „Wawel – dramat królów", w której prezentowane są olejne i pastelowe pejzaże, w tym zachwycający widok na zamek z krakowskich Plant. Przechodząc do sali „Apollo-Chrystus" obejrzymy dekoracje, meble i tkaniny wykonane dla Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego.

Po ich zobaczeniu, warto wybrać się do podziemi, gdzie mieści się biblioteka autora „Wesela". W przestrzeni zatytułowanej „Księgi moje" znalazł się jego księgozbiór, dzięki któremu możemy dowiedzieć się, jaka literatura interesowała artystę i jak nad nią pracował. Możemy się tu przekonać, jakie ustępy podkreślał w książkach i co dopisywał na kartach różnych tomów. Stąd już ścieżka zwiedzania prowadzi nas do multimedialnej przestrzeni, gdzie są prezentowane fragmenty czterech spektakli, a także plakaty czy druki ulotne, takie jak wejściówki do teatru na sztuki Wyspiańskiego.

Ale to jeszcze nie koniec atrakcji. Będąc w podziemiach zwróćmy koniecznie uwagę na leżące na stoliku gogle VR. Ubierając te wirtualne okulary, mamy szansę dosłownie fruwać nad Krakowem razem z dziełami Wyspiańskiego. Pierwsza część niesamowitego filmu przenosi nas do miejsc, z których malarz musiał patrzeć na miasto, by namalować jego pejzaż. Z nich przenosimy się do kościoła Franciszkanów. Możemy tu z bliska obserwować detale witraży, których nie dostrzeżemy patrząc na nie z dołu. To niepowtarzalne przeżycie. Zobaczcie koniecznie.

Tekst i zdjęcia: Magda Huzarska-Szumiec



Edward Dolnick

Nowe życie. Jak największe umysły wszech czasów odkryły, skąd się biorą dzieci

Jednym z podstawowych pytań, jakie w dziejach ludzkości stawiał sobie człowiek, dotyczyło źródła i początków życia, w tym przede wszystkim tego, skąd i w jaki sposób on sam przyszedł na świat. Sprawa dziś nader oczywista i szczegółowo wyjaśniona wbrew pozorom przez całe tysiąclecia nie miała jednego rozwiązania, a najtęższe umysły starały się zgłębić tę zagadkę, spekulując zawzięcie wokół istotnej roli aktu płciowego i natury ciąży, funkcji męskiego nasienia i krwi menstruacyjnej kobiety, podobieństwa cech fizycznych potomstwa do jednego lub obojga rodziców, fenomenu ciąży mnogiej czy skutecznej antykoncepcji.

Arystoteles, zafascynowany konstrukcją i funkcją przyrody, twierdził, że ludzki zarodek powstaje w wyniku zmieszania się spermy z krwią miesiączkową, argumentując, że taka najwyraźniej musi być rola elementu kobiecego w formowaniu się nowego życia, skoro cykliczne dla niej krwawienie ustaje wraz z początkiem ciąży i powraca w pewien czas po porodzie. Wielkiemu filozofowi taki schemat wydawał się jak najbardziej logiczny. I nie tylko jemu, skoro z podobnym rozumowaniem można się spotkać w starożytnych Indiach, na kartach Talmudu czy w tradycji ustnej niektórych plemion afrykańskich. Wszystko to prowadziło do ugruntowania przekonania o istnieniu „białego", męskiego nasienia i „czerwonego" nasienia kobiety. Z kolei przedstawiciele jednej z kultur zamieszkujących Wyspy Trobriandzkie na Morzu Salomona w ogóle nie łączyli współżycia kobiety i mężczyzny z poczęciem i ciążą, twierdząc z przekonaniem, że bieg narodzin i śmierci wiąże się ściśle z wędrówką duchów przodków, zaś sfera seksualna służy wyłącznie przyjemności, nie niosąc ze sobą żadnych „prokreacyjnych następstw".

Równie intensywnie roztrząsano problem, która z płci i w jakim stopniu decyduje o powołaniu nowego życia, częściej wskazując na pierwiastek męski jako ze swej natury aktywny i przebojowy, pozostawiając kobiecie najczęściej rolę pasywną, której macica jest niczym żyzna gleba, na której wzrasta przyszły człowiek. A jeśli tak, to czy zarodek rozwija się niejako od nowa, stopniowo nabierając cech i kształtów dojrzałego organizmu, czy też może jest już w chwili poczęcia miniaturową, w pełni ukonstytuowaną kopią dorosłego osobnika?

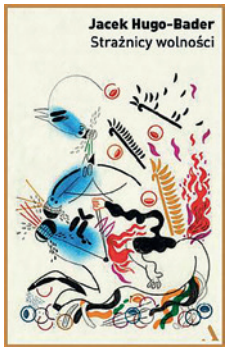
Meandrujący od starożytności spór pomiędzy zwolennikami teorii epigenezy i preformacji znajdzie swoje ostateczne rozstrzygnięcie dopiero w XIX stuleciu.

Dlaczego tak późno? Wszak już w 1672 roku Holender Regnier de Graaf dzięki sprawnie przeprowadzonym eksperymentom dowiódł, że jajniki wytwarzają kulistą formę, którą zresztą błędnie uznał za komórkę jajową, choć słusznie założył, iż musi się ona w jakiś sposób łączyć z nasieniem mężczyzny. W parę lat później jego rodak Antoni van Leeuwenhoek, jeden z pionierów nowożytnych badań mikroskopowych, opisał plemniki i jakkolwiek nie wyciągnął z tego odkrycia właściwych wniosków, to jednak był przekonany, że odgrywają one istotną rolę w poczęciu nowego życia. Co zatem spowodowało, że współczesna embriologia mogła się zacząć nie wcześniej niż w latach 30. XIX wieku wraz z dociekliwymi i przekrojowymi badaniami Karla Ernsta von Baera, a pierwsza potwierdzona obserwacja przenikania plemnika do komórki jajowej została udokumentowana w 1875 roku przez Oskara Hertwiga?

Na te i szereg innych pytań czytelnik znajdzie odpowiedzi w napisanej z werwą i skrzącej się od cytatów oraz barwnych opisów książce autorstwa Edwarda Dolnicka. To opowieść o ludzkim marzeniu wyrwania naturze jej najgłębszych, a zarazem tak fundamentalnych dla człowieka tajemnic. To historia pasji uczonych, ich determinacji i pomysłowości, logicznie konstruowanych hipotez i zaskakujących odkryć, historia nauki z całym jej dobrodziejstwem, blasków i cieni, jakie towarzyszą człowiekowi od chwili jego poczęcia. Praca Dolnicka z pewnością zasługuje na uwagę, a dociekliwy odbiorca znajdzie dla siebie bogatą bibliografię i dokładne zestawienie źródeł przypisów, które zamieszczono na końcu książki. Zapraszam do lektury.

Ryszard W. Gryglewski

Edward Dolnick, „Nowe życie. Jak największe umysły wszech czasów odkryły, skąd się biorą dzieci", przekład Aleksandra Czyżewska-Felczak, Wydawnictwo Znak Horyzont, Kraków 2019, s. 366.



Jacek Hugo-Bader

Strażnicy wolności

Wybitny polski reporter, autor jedynych chyba w świecie tekstów o współczesnym kształcie szóstej części naszego globu, zastygłej w politycznym niebycie, bo trudno inaczej nazwać rosyjską Syberię. Autor słynnych „Dzienników kołymskich" i „Białej gorączki", Jacek Hugo-Bader nieoczekiwanie wszedł na nasz rodzinny grunt i ciężki wstyd ogarnia człowieka, gdy kroczy jego śladem.

„Strażnicy wolności" – taki szyderczy tytuł nosi jego ostatnia książka, powstała w rezultacie ponadrocznego utożsamienia się ze środowiskiem polskich antyszczepionkowców i innych odstępców od wszelkich racji naukowych, dla których WHO to „komunistyczna klika zależna od Chin", a lekarze to „pasożyty społeczne", „najemnicy korporacji farmaceutycznych". Przytaczam określenia najdelikatniejsze – skala głupoty społeczeństwa jest niewyobrażalnie potężna. Samo wyliczenie nazw rozmaitych organizacji, stowarzyszeń, fundacji w rodzaju „Sokoły", „Iskry", „Pancerni", „Watahy", „Winni i niepokonani z Konina", „Rodzice walczący Krotoszyn", „Góralskie veto z Podhala" sięga setki. A bohaterowie wymienieni z nazwiska to nie tylko Grzegorz Braun, Justyna Socha, Dorota Sienkiewicz, Jan Pospieszalski, Edyta Górniak znani z pierwszych stron gazet, ale przede wszystkim członkowie Grupy C-19, gromadzący dane z całego świata o tym, jak to „nasz rząd skazał na śmierć ponad 100 tysięcy Polaków", w „DPS-ach trwa masowa eutanazja", a „politycy organizują zboczone masońskie obrządki". I żeby ktoś nie myślał, że to się pisze za sprawą jakiejś opcji, „Gazeta Wyborcza" jest tu wymieniana w jednym szeregu z „Gazetą Polską".

Przykładów bezbrzeżnych bzdur są tu tysiące. Autor, uprawiający tzw. reportaż uczestniczący, z szeregiem antyszczepionkowców odbywa obszerne wywiady, uważany jest bowiem „za swego". Wizje Orwella czy Huxleya o skutkach szczepień to jeszcze nic. Żyjemy bowiem pod okupacją, a w 2030 roku „zniknie gotówka", zostaną wprowadzone „przepustki obozowe", właśnie się przygotowuje „globalny zamach świata", a każdemu obywatelowi „zostanie wszczepiony do mózgu chip", który zlikwiduje barierę między człowiekiem a komputerem.

Niektóre regiony geograficzne, także naszej Izby, opisane są bardziej szczegółowo, ale nie chcę nic cytować, by nie być posądzonym o tendencyjną wybiórczość. Natomiast podkreślę, że obok incydentalnych przykładów antyszczepionkowców z naszego regionu dużo dobrych słów pada pod adresem korporacji lekarskiej. To ona broni generalnie zdrowego rozsądku. Hugo-Bader przytacza też rzeczowe dokumenty ważnych światowych instytucji, m.in. Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej USA, Europejskiej Agencji Leków, Światowego Forum Ekonomicznego, Uniwersytetu Oksfordzkiego, obrazujące korzyści ze szczepień dla świata, a także cytuje dane porównawcze dotyczące szczepień w Polsce.

Liczbę wyznawców teorii spiskowych Hugo-Bader szacuje w naszym kraju na około 4 mln osób. Sporo. Ale akcentem optymistycznym jest fakt, że lekarzy wśród 36 członków C-19 jest zaledwie kilku (przodują prawnicy) i podobnie niewielu ich jest wśród osób niezaszczepionych. Kilkudziesięciu na 170 tysięcy, czyli poniżej promila.

Książkę Jacka Hugo-Badera, obrazującą skalę ciemnoty w naszym kraju, warto polecić naszym Czytelnikom. Gdzieś w podświadomości sytuuje mi się ona jako tom drugi dzieła Aleksandra Bocheńskiego „Dzieje głupoty w Polsce". Tamta była powojennym pamfletem na zrywy powstańcze, wydanym w 1947 roku po raz pierwszy, natomiast „Strażnicy wolności" Hugo-Badera są z dzisiaj. Warto wiedzieć, kim są owi ludzie, bo przecież legitymizują się rzekomo naszym bezgranicznym poparciem.

Stefan Ciepły

Jacek Hugo-Bader, „Strażnicy wolności", Wydawnictwo Agora, s. 315; Warszawa 2022

Pereat Mundus, Fiat Justitia Nostra! - czyli...

„Niech mu zostanie odcięta ręka!”

Tytuł odnosi się do tego, co dzieje się obecnie na najwyższym politycznym szczeblu, a dotyka nas, lekarzy bezpośrednio. Problem dotyczy zdarzeń niepożądanych, szukania winnych m.in. przez donosy, przykładnego karania „sprawców”. I to wszystko dla uzdrowienia systemu (sic!).

Problem niepowodzeń w działaniach medycznych jest stary jak świat. Borykali się z nim już starożytni. Hammurabi 4000 lat temu, aby lekarzom ułatwić wybór właściwego medycznego działania, informował „lojalnie i uczciwie” w swoim kodeksie o konsekwencjach wyboru błędnej drogi leczenia. Sprawę postawił jasno – za to obcięcie ręki, a za tamto wyłupienie oka: „Jeżeli lekarz przeprowadzi operację nożem z brązu i spowoduje śmierć człowieka wolnego (niewolnika wystarczyło odkupić)... wówczas obetnie mu się ręce” (kodeks Hammurabiego, ok. 2000 r. p.n.e.). Mamy też nasze własne przykłady. Zagłoba do medyka, sprowadzonego do nieprzytomnej Basi, zwrócił się: „Patrz chamie, tu jest czerwony złoty, a tu czeladnik z mieczem!”.

Sięgamy w kosmos. Nasze technologie i systemy organizacyjne, mimo lawinowo narastającego stopnia skomplikowania, potrafią być niezawodne. Nie dotyczy to ochrony zdrowia. Nie oczekujmy postępu w działaniach nawet najbardziej zorientowanych na poprawę zdrowia społeczeństw bez znacznego dofinansowania systemu ochrony zdrowia. Znaczne – to nie znaczy o 6, 20 czy nawet 100 procent.

Wróćmy do winy i kary. Postęp zależy od pomysłu i odwagi. W każdej dziedzinie. Szereg osób zapłaciło za to życiem – w tym mój ukochany bohater Giordano Bruno. Ktoś pierwszy wykonał cesarskie cięcie, trepanację czaszki, narkozę eterową, przeszczep serca. Nie wszystkim się powiodło, a właściwie nielicznym. Oni ryzykowali. Bez prawa do ryzyka nie ma postępu. Czy istnieje jakiś sposób, aby iść do przodu, ryzykować bez lęku? Osiągnięto to np. dzięki wojnom, które niewiarygodnie przyspieszają postęp nauk i technologii. Jedynie śmiertelne zagrożenie potrafi otworzyć decydentom oczy na konieczność wydatkowania finansów na różne cele, przede wszystkim dla pognębienia przeciwników. Przy okazji korzysta lekceważona dotąd medycyna (przypadek penicyliny). Na tej zasadzie osiągnięto niezwykły stopień niezawodności w lotnictwie, które aktualnie jest najbezpieczniejszą formą komunikacji. Zdarzające się tragedie lotnicze budzą grozę jednorazową liczbą ofiar i pobudzają decydentów do wysiłków zmierzających do eliminacji zagrożeń. Wysiłki te mają charakter finansowy, ale polegają też na dążeniu do eliminacji wszelkich możliwych przyczyn zdarzeń niepożądanych. W lotnictwie już w latach wojny wykazano niezbicie, że szukanie sprawców i ich surowe karanie nie prowadzi do poprawy bezpieczeństwa, przynosi nawet efekty przeciwne. Osiągnięto to drogą analiz katastrof i niemal-katastrof (*near misses*), poszukując przyczyn wyjściowych, które bardzo często miały nieoczekiwany, nieprawdopodobny charakter. Ich wykrycie umożliwiło wprowadzenie kultury *no blame, no fault* mającej na celu identyfikację przyczyn dla uniknięcia tragedii w przyszłości. Przykładne ukaranie pilota, kierowcy, lekarza zaspokaja co prawda żądania opinii publicznej, nie prowadzi jednak do poprawy bezpieczeństwa, natomiast bardzo często eliminuje tych najlepszych i najodważniejszych.

Przyczyny – zazwyczaj jest ich kilka – mają zwykle bardzo różnorodny charakter, często niemedyczny. W przypadku źle zaprojektowanych interfejsów informacyjnych

Gdy zdarzy się katastrofa, zdarzenie niepożądane

Lotnictwo

- niezwykle dokładne badania interdyscyplinarne

Cel:

- wykrycie błędu ukrytego w systemie w celu uniknięcia takiej sytuacji w przyszłości

Medycyna

- różnie (wyłącznie aspekty medyczne)

Cel:

- znalezienie SPRAWCY
- przykładne ukaranie „SPRAWCY” (zwykle lekarza lub pielęgniarki)

czy wykonawczych oskarżany „sprawca" często nawet nie wie, że to urządzenie „wymusiło" na nim popełnienie błędu. Przyjmuje karę.

Karać należy wyłącznie w przypadku świadomych działań o charakterze kryminalnym. W innych sytuacjach trzeba skutecznie szukać przyczyn wyjściowych – nawet w razie tzw. zdarzeń niedoszłych. Nawet stwierdzając lekceważenie przepisów, procedur należy znaleźć powód, dla którego tak się dzieje. Nieżyciowe przepisy będą zawsze wymuszać ich lekceważenie, szczególnie przy istnieniu czynników dodatkowych (pora nocna, zmęczenie, presja czasowa itp.).

Bierzmy przykład z lotnictwa i innych dziedzin o wysokiej niezawodności. Lotnictwo już przerobiło gorzką lekcję entuzjastycznego, bezkrytycznego wprowadzania systemów komputerowych. Medycyna jest pod tym względem kilka kroków z tyłu. Obie dziedziny komplikują się w podobnie lawinowy sposób. Lotnictwo po wdrożeniu kultury *no blame* idzie do przodu. W medycynie ciągle tkwimy w epoce Hammurabiego.

Co gorsza, ostatnio obserwowane zainteresowanie polityków medycyną idzie niestety z niezdrowym pośpiechem w kierunku zasady „oko za oko", która nigdzie nie przyniosła dobrych wyników.

Dr Janusz Pokorski,
pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów OIL

W dniach 19-20 maja 2023 roku odbędzie się konferencja Krakowskie Rozmaitości Gastroenterologiczne organizowana przez Katedrę Gastroenterologii i Hepatologii UJ CM

Swoją wiedzą i doświadczeniem podzielą się wybitni specjaliści z zakresu gastroenterologii, chirurgii, nauk podstawowych, żywienia klinicznego, ale także innych niezabiegowych i zabiegowych dziedzin medycyny. Pragniemy poruszyć aktualne zagadnienia z zakresu chorób układu pokarmowego w aspekcie uwarunkowań środowiskowych i w ujęciu interdyscyplinarnym.

Miejsce konferencji: Hotel Holiday INN Kraków City Center (Kraków, ul. Wielopole 4)

Obniżone opłaty konferencyjne: dla lekarzy w trakcie specjalizacji, dietetyków, fizjoterapeutów oraz studentów Wydziału Lekarskiego. Zapraszamy do zapoznania się z programem i udziału w Konferencji:

https://krakowskierozmaitoscigastroenterologiczne.pl/

Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Zwolińska-Wcisło
Przewodnicząca Komitetu Naukowego i Organizacyjnego

Absolwenci Akademii Medycznej w Krakowie – rok 1963

W 60. rocznicę uzyskania dyplomu zapraszamy wszystkie Koleżanki i Kolegów na spotkanie, które odbędzie się w sobotę 27 maja 2023 r.
Najpierw widzimy się o godz. 10 tradycyjnie u „św. Mikołaja", później spotkanie towarzyskie i obiad w Kasynie Oficerskim.

Szczegółowych informacji udzielają:
Teresa, tel. 663 212 241, 12 655 39 09 i Jasia, tel. 781 445 057.

Adama Wodnicka-Dębska

ur. 11 kwietnia 1939 r. w Tarnowie
zm. 17 września 2022 r. w Przemyślu

Adama Wodnicka-Dębska urodziła się w Tarnowie. Po ukończeniu studiów w Śląskiej Akademii Medycznej rozpoczęła swoją drogę jako lekarz w Gliwicach, w Oddziale Chorób Wewnętrznych. Po uzyskaniu specjalizacji I i II stopnia, od 1975 roku związała swoją drogę życia zawodowego z Przemyślem, obejmując stanowisko ordynatora Oddziału Wewnętrznego II w Szpitalu Wojewódzkim. Kierowała tym Oddziałem do roku 1999, kiedy to przeszła na emeryturę.

W czasie kierowania oddziałem swoją determinacją w uzyskaniu potrzebnego sprzętu wydeptała wiele ścieżek, poczynając od dyrektora szpitala, przez prezydenta miasta Przemyśla, jak i wojewodę przemyskiego, uzyskując potrzebne środki na profilowanie oddziału, ukierunkowując go na schorzenia przewodu pokarmowego. Zwieńczeniem jaj zaangażowania było otwarcie pierwszej na terenie dawnego województwa przemyskiego pracowni gastroskopii, następnie rozszerzenie profilu diagnostycznego o kolonoskopię.

Jako ordynator dbała o to i dopingowała do poszerzania wiedzy przez swoich asystentów, którzy uzyskiwali kolejne stopnie specjalizacji. Jednocześnie kierowała ich zainteresowania na węższe dziedziny specjalizacji. Jej podopieczni uzyskiwali nie tylko specjalizacje z zakresu gastroenterologii, ale także nefrologii, diabetologii, alergologii. Efektem tych starań było wzmacnianie kadr lekarskich w oddziałach o wąskich profilach i poradniach wysokospecjalistycznych.

Po zakończeniu aktywnej pracy zawodowej w szpitalu, utrzymywała dobre relacje z personelem, z którym pracowała przez długie lata. Interesowała się dalszymi losami zawodowymi swoich dawnych współpracowników, ale także ich życiem prywatnym, szczególnie sytuacją zdrowotną zarówno ich, jak i ich rodzin, zawsze służąc radą i pomocą. Zmagając się dzielnie z własną chorobą, pozostawała ze swoimi wychowankami w stałym kontakcie.

17 września 2022 roku odeszła na wieczny dyżur, pozostając na zawsze w naszej pamięci.

Zofia Miszczyszyn
Marek Zasadny

Dr .... dnia .....

.....

.....
dokładny adres zamieszkania

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie

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

.....

....
imię i nazwisko, adres zamieszkania osoby wskazanej — podpis i pieczątka

Składki członkowskie

UCHWAŁA Nr 60/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 16 grudnia 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., zmienionej uchwałą Nr 38/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 października 2022 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 1 po ust. 2 dodaje się ust. 3, 4 w brzmieniu:

3. W uzasadnionych przypadkach okręgowa rada lekarska może zwolnić lekarza z obowiązku opłacania składki w wysokości połowy jej podstawowego wymiaru określonego w ust. 1, tj. 60 złotych lub w całości. Zwolnienie następuje na z góry określony czas.

4. W przypadku całkowitego zwolnienia od opłacania składki, odpis finansowy od składek tych lekarzy, nie będzie przekazywany przez okręgowe izby lekarskie na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej. W przypadku zwolnienia z opłacania składki do wysokości połowy jej podstawowego wymiaru odpis finansowy będzie przekazywany przez okręgowe izby lekarskie na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej proporcjonalnie.

§2

Tekst jednolity uchwały stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2023 r.

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 120 zł miesięcznie.

2. Lekarz posiadający ograniczone prawo wykonywania zawodu, zwany dalej „lekarzem stażystą", opłaca składkę w wysokości połowy jej podstawowego wymiaru określonego w ust. 1, tj. 60 złotych miesięcznie.

3. W uzasadnionych przypadkach okręgowa rada lekarska może zwolnić lekarza z obowiąz ku opłacania składki w wysokości połowy jej podstawowego wymiaru określonego w ust. 1 lub w całości. Zwolnienie następuje na z góry określony czas.

4. W przypadku całkowitego zwolnienia od opłacania składki odpis finansowy od składek tych lekarzy nie będzie przekazywany przez okręgowe izby lekarskie na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej. W przypadku zwolnienia z opłacania składki do wysokości połowy jej podstawowego wymiaru odpis finansowy będzie przekazywany przez okręgowe izby lekarskie na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej proporcjonalnie.

§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 70 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.

§4a

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.

§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.

Załączniki do Uchwały znajdują się na stronie www.nil.org.pl

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

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

W wypadku wątpliwości prosimy o kontakt z Izbą Lekarską w Krakowie
tel: 12 619 17 32, e-mail: skladki57@oilkrakow.org.pl

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

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

Numery wewnętrzne:

• Dyrektor Biura (mgr J. Bizoń)	12 619 17 05
• Kancelaria OROZ (kierownik mgr S. Smoleń)	12 619 17 25
e-mail: s.smolen@hipokrates.org	
• Kancelaria OROZ	12 619 17 17, fax 619 17 29
e-mail: kancelariaoroz@gmail.com	
• Kancelaria Sądu Lekarskiego (mgr E. Kowaliczek)	12 619 17 08
e-mail: osl@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	12 619 17 13
• Staże podyplomowe	12 619 17 13
e-mail: a.chuchmacz@hipokrates.org	
• 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
e-mail: d.zdziechowicz@oilkrakow.org.pl	
• Kształcenia Medycznego (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 12
• ds. Młodych Lekarzy	12 619 17 13
e-mail: kml@oilkrakow.org.pl	
• ds. Praktyk (mgr A. Chuchmacz)	12 619 17 13
e-mail: praktyki@oilkrakow.org.pl	
• 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	501 430 918
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
e-mail: krosno@hipokrates.org tel. 13 432 18 59

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

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

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 16 400 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:** Tomasz Żyłko

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

LEXUS
KRAKÓW

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

NOWY **LEXUS** UX

JUŻ OD **159 900 ZŁ**

SUV-y LEXUSA **DOSTĘPNE OD RĘKI**

NOWY **LEXUS** NX

JUŻ OD **211 263 ZŁ**

NOWY **LEXUS** RX

JUŻ OD **327 138 ZŁ**

LEXUS
KRAKÓW-ZAKOPIAŃSKA

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