nakład 15 750 egz. ISSN 1897-7782

Galicyjska Gazeta Lekarska

PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

2023
3/193
maj – czerwiec

Zapraszamy na Krupniczą

Przypominamy, że od 1.01.2023 składka członkowska wynosi 120 zł

W numerze m.in.:

O tragicznej śmierci Doroty oraz małego Kamilka w felietonie dr. Jerzego Friedigera (2)

Jak Izba pomaga w dopełnieniu obowiązku kształcenia ustawicznego – mówi Lech Kucharski w rozmowie z S. Ciepłym (6)

Problemy ze stażami – K. Domin (9)

Medycyna a zbrodnie wojenne – inauguracja Klubu Dyskusyjnego OIL – K. Domin (12)

Profesor Skalski opowiada o początkach szpitalnictwa – S. Ciepły (19)

Szpital im. Ludwika Rydygiera obchodzi 30-lecie (23)

Uwaga na powszechnie stosowane fluorochinolony! – przestrzegają prof. R. Korbut i dr hab. J. Woroń (27)

Czy fundacja rodzinna stanie się sposobem na sukcesję? – D. Dziubina (30)

Fotorelacja z Pikniku Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego (32-33)

Przy Krupniczej kwitnie życie kulturalne – koncerty, spotkania, dyskusje (45)

Pożegnania: dr Józefa Marjańska-Radziszewska, lek. Robert Janik (50-51)

Nasza okładka

Fot. Agnieszka Cynarska-Taran

To nie fotomontaż – tak wygląda dziś ul. Krupnicza

Nowe uczelnie na stare problemy?

Mnożą się protesty samorządu lekarskiego, poczynając od Naczelnej po okręgowe Izby, w kwestii nieuchronnego obniżenia jakości kształcenia medycznego lekarzy w Polsce. Stosowną uchwałę Prezydium ORL w Krakowie znajdą Czytelnicy na stronie Izby i w tej gazecie. Bowiem wyrażenie sprzeciwu jest poniekąd obowiązkiem korporacji lekarskiej. Ani dzisiaj, ani jutro od tego kodeksowego zobowiązania nie odejdziemy.

Oczywiście świadomi jesteśmy deficytu lekarzy, luki pokoleniowej, starzenia się specjalistów wielu dziedzin i odchodzenia lekarzy od zawodu. Świadomi też jesteśmy, że źródło w postaci naboru lekarzy z Ukrainy i Białorusi wyschło. Miało zresztą dwuznaczny obraz w warunkach wojny, której kresu nie widać.

Jednak Ministerstwo Zdrowia było i jest głuche na nasze ostrzeżenia. W nadchodzącym roku akademickim limit naboru na kierunek lekarski został podwyższony o 300 osób. To nie żarty. To 12 nowych uczelni dotąd „niemedycznych", np. Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie, Akademia Medycznych i Społecznych Nauk Stosownych w Elblągu, Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu, Instytut Medyczny Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowej w Nowym Targu, uczelnie w Kaliszu, Płocku, plus bodaj cztery nowe uczelnie z kierunkiem lekarskim na terenie Warszawy i Śląska.

Już w ubiegłym roku doświadczyliśmy jako Izba koszmaru usiłując znaleźć miejsca odbywania stażu dla wszystkich absolwentów chcących pozostać w Krakowie. Bowiem stażystów było więcej – przybyło pierwszych 70 absolwentów Akademii im. Fryca Modrzewskiego. Ten rok ma być jeszcze gorszy. Szpitale nie są z gumy. Szpitale są publiczne. Nie można ich kadry ubezwłasnowolnić, ich pacjentów na czas kilku godzin dydaktyki uśpić, sale chorych nie mieszczą obok łóżka chorego kilkunastu stażystów – to może wymyślić tylko doktor ekonomii sprawujący obowiązki ministra zdrowia.

Szukając rozwiązania problemu, bo jakoś ten deficyt trzeba zmniejszać, doktor Jerzy Friediger na posiedzeniu ORL sugerował rezygnację z naboru na studia medyczne w polskich uczelniach, ale w języku angielskim, bo to znacząca liczba miejsc. Ci studenci to przyszli „ambasadorowie", szkoda ich, lecz sytuacja jest nadzwyczajna.

Można też bez rozdzierania szat zweryfikować myśl o „felczeryzacji" studiów medycznych. Jeśli nie dotknie ona absolwentów studiów lekarskich, a otworzy pomaturalne czy średnie szkoły medyczne dla „pomocników lekarza", to nie ma w tym nic zdrożnego. Aktualny rejestr NRL zawiera nazwiska ponad 200 praktykujących felczerów, a nabór do tego zawodu zlikwidowano zaledwie przed dwoma laty. Nigdzie w Europie nie jest zakazany. Może by kilka nowych uczelni od tego zaczęło? Byłaby znacznie wyższa gwarancja jakości kształcenia medycznego lekarzy, bez tłoku w salach wykładowych i szpitalach prowadzących praktyczne nauczanie.

Dobiega końca rok akademicki. Może, mimo wszystko, uda się nabrać nieco wakacyjnego dystansu do skrzeczącej rzeczywistości.

Robert Stępień
prezes ORL w Krakowie

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Całą Polskę zbulwersowała ostatnio sprawa zgonu pacjentki z Nowego Targu, która zmarła w 5. miesiącu ciąży z powodu wstrząsu septycznego. Coś, co nie miało prawa się zdarzyć, zwłaszcza krótko po bardzo podobnym zdarzeniu w szpitalu w Pszczynie. A jednak się zdarzyło.

Wokół tego nieszczęścia rozpętała się ohydna dla mnie awantura polityczna. Zabiera głos minister zdrowia, który powołuje specjalną komisję do opracowania wytycznych postępowania, tak jakby nie wystarczała tutaj wiedza medyczna i doświadczenie. Konieczna jest specjalna komisja i wytyczne. Bo minister chce być dobry dla pacjentów, powołał więc komisję, po której składzie można przewidzieć, jaki będzie jej werdykt. O sprawie mówi premier, posłowie, szefowie partii politycznych. Tymczasem nie ma woli znowelizowania złego prawa, które po tym, co się zdarzyło, powinno być znowelizowane natychmiast. Do tego dramatu mogło dojść dlatego, że w postępowanie lekarskie wkradają się przepisy prawne i przekonania decydentów, urzędnicy i politycy zarówno z prawa, jak i z lewa, którzy jak zawsze chcą na tej tragedii wygrać „swoje", a dla których tutaj miejsca być nie może.

Nie ulega dla mnie wątpliwości, że mamy złe, okrutne przepisy, które usiłują zastąpić wiedzę. Pisałem o tym już niejednokrotnie. Przykładów mamy wiele i nie będę ich po raz kolejny przytaczał, począwszy od tego, że nauką zwaną recepturą zastępują rozporządzenia ministra, że w każdej gminie mamy mieć karetkę, a w co drugim powiecie będziemy kształcić lekarzy. Ale o naszym postępowaniu musi decydować wiedza. Bo to nie przepisy podejmują decyzję, lecz ludzie działający także w określonych uregulowaniach prawnych.

Nie podejmuję się ferować wyroków o winie, mając wiedzę wyłącznie z tzw. publikatorów, i nie taki jest mój zamiar. Od wyroków jest sąd. Jednak przewiduję, że jak zwykle skończy się kolejną nagonką na lekarzy, która zresztą już się rozpoczęła, wyrokiem sądowym, a przepisy, które po raz drugi sprowokowały śmierć rodzącej, pozostaną niezmienione.

Kradnijcie dalej, złapałem złodzieja.

Ta sprawa jak gdyby „przykryła" inną, o której również huczała cała Polska – śmierci zakatowanego chłopczyka. Tu nikt wprawdzie nie może winić lekarzy, ale lista osób i instytucji, które wiedziały o jego dramacie, jest długa. I wszystkie one miały za zadanie nie dopuścić do tej tragedii. Wszystkie one zawiodły. Dziecko za każdym razem odsyłane było do swoich oprawców. Ciekawe, czy prokuratorzy zdecydują się komukolwiek z ludzi podejmujących te decyzje postawić zarzuty? Jestem przekonany, że nie. Spowodowało to wprawdzie podjęcie przez Sejm ustawy chroniącej dzieci przed przemocą, lecz osoby, które przez swoją bierność, zaniedbanie obowiązków, lekceważenie są współodpowiedzialne za zakatowanie 8-letniego dziecka, pozostaną bezkarne.

Chciałem zwrócić Państwa uwagę, że na blisko 800 zgłoszeń o przemocy domowej od pracowników ochrony zdrowia pochodzi zaledwie 20.

Chciałbym Państwa także uczulić na obowiązek zgłaszania organom ścigania podejrzenia przemocy domowej i występowania po stronie ofiar.

Nowa ustawa, o przemocy domowej, która wchodzi w życie już w tym miesiącu, nakłada na nas taki obowiązek i zwalnia nas w przypadku podejrzenia przemocy w rodzinie z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, bez konieczności orzeczenia sądu o takim zwolnieniu. Korzystajmy szerzej z tego prawa.

Szanowni Państwo, zbliża się okres urlopowy. Życzę Państwu wszystkim udanego wypoczynku, nabrania sił do pracy.

Mam nadzieję, że minister zdrowia nie zaskoczy nas jak zwykle nowymi pomysłami, bo życie uczy, że te pomysły na ogół nie są trafione.

Jerzy Friediger
redaktor naczelny „GGL"

Przybyło 393

■ O tyle zwiększy się w tym roku – w porównaniu z rokiem ubiegłym – limit miejsc na studiach na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym na jednolite, stacjonarne studia magisterskie prowadzone w języku polskim – poinformował resort zdrowia.

Projektowany limit przyjęć ogółem na studia na kierunku lekarskim wynosi w tym roku 9725 miejsc. Dotyczy to jednolitych studiów magisterskich, prowadzonych w formie studiów stacjonarnych w języku polskim (6167 miejsc), jednolitych studiów niestacjonarnych w języku polskim (1729 miejsc) oraz jednolitych studiów magisterskich prowadzonych w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż polski (1829 miejsc).

Generalnie liczba indeksów na kierunku lekarskim wzrośnie o 322, bowiem zmniejszono nabór na studia inne niż stacjonarne w j. polskim.

Na studia na kierunku lekarsko-dentystycznym projektowany limit przyjęć wynosi 1337 miejsc, w tym na jednolitych, stacjonarnych studiach magisterskich w j. polskim wynosi 818, na studiach prowadzonych w formie niestacjonarnej – 221, oraz na jednolitych studiach w języku innym niż język polski – 298 miejsc.

UJ CM na studia stacjonarne na kierunku lekarskim w j. polskim ma przyjąć 240 osób, Krakowska Akademia im. Frycza Modrzewskiego – 150.

NIK potwierdza kryzys systemu

■ „Wszystkie kontrolowane szpitale mają trudności z zapewnieniem właściwej liczby personelu medycznego, w niektórych przypadkach skutkujące czasowym zaprzestaniem udzielania świadczeń przez poszczególne oddziały lub poradnie. Występują liczne przypadki niezapewnienia personelowi medycznemu co najmniej 11 godzin nieprzerwanego wypoczynku w każdej dobie, jak również przekroczenia maksymalnej tygodniowej normy czasu pracy (48 godzin)." To jedne z wielu wniosków po kontroli placówek medycznych, dokonanej przez Najwyższą Izbę Kontroli, opublikowanych w raporcie „Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia". Bardzo często dochodzi też do omijania przepisów dot. czasu pracy i regulacji dot. składek na ubezpieczenie społeczne np. przez zawieranie umów cywilnoprawnych zamiast umów o pracę.

Nie będziemy wyliczać kolejnych naruszeń prawa i wad systemu, raport liczy ponad 120 stron, a nasi Czytelnicy z autopsji wiedzą, jak wygląda sytuacja w polskim systemie ochrony zdrowia. NIK wskazała też niezbędne zmiany, poczynając od realnego zwiększenia naboru na studia lekarskie, ale te hasła także wszyscy znamy.

Jubileusz Instytutu Stomatologii

■ 19 maja 2023 r. odbyła się konferencja jubileuszowa z okazji 120. rocznicy utworzenia Instytutu Stomatologii na Wydziale Lekarskim UJ CM. W święcie – wspólnym dla Instytutu i Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej w Krakowie – udział wzięli związani z nimi goście: profesorowie seniorzy, wieloletni pracownicy, studenci, miłośnicy historii medycyny oraz przedstawiciele zaprzyjaźnionych szpitali i instytucji.

Z okazji rocznicy krakowska rzeźbiarka Małgorzata Kot wykonała medal, na którego awersie znajdują się płaskorzeźby przedstawiające twórców założonego w 1903 r. Instytutu – profesorów Ludwika A. Rydygiera (1850-1920) oraz Wincentego J. Łepkowskiego (1866-1935). Na rewersie widnieje natomiast współczesny budynek Instytutu przy ul. Montelupich 4 oraz łacińska sentencja *„Dolorem sedare opus divinum est"* (Uśmierzać ból jest dziełem boskim).

Kapituła medalu, w skład której wchodzą dyrektorzy obydwu świętujących instytucji: prof. Joanna Zarzecka i dr Marek Szwarczyński, przyznała medal prof. Janowi Zapale, jako dowód uznania za wkład w rozwój polskiej i światowej chirurgii szczękowo--twarzowej i osiągnięcia w kształtowaniu nowych pokoleń lekarzy.

(źródło:
Instytut Stomatologii UJ CM)

Rozbudowa Kampusu Medycznego

■ 18 maja uroczyście wmurowano kamień węgielny pod przyszły kompleks nowych obiektów medycznych w Krakowie Prokocimiu. Modernizacja i rozbudowa Kampusu Medycznego UJ CM ma m.in. podnieść jakość i efektywności kształcenia, zwiększyć potencjał badawczy i ułatwić rozwój polskiej medycyny.

Poprawie ulegną warunki nauki dla studentów oraz pracy nauczycieli akademickich. Wybudowanie nowoczesnego budynku pozwoli również

Przyjmowanie materiałów do numeru zakończono 17 czerwca 2023 r.

na podniesienie poziomu i możliwości badań naukowych. Plan rozbudowy i modernizacji Kampusu Medycznego w pierwszym etapie obejmuje powstanie 8-kondygnacyjnego budynku badawczego oraz budynku dydaktycznego o pow. ponad 23 tys. m kw. W kolejnych latach planowana jest budowa kompleksu dydaktyczno-administracyjnego wraz z zapleczem.

„Uniwersytet Jagielloński jest najlepszą polską uczelnią w rankingu CWUR. Liczę, że za 2 lata, jak ukończymy tę inwestycje, będziemy mogli pochwalić się, że mamy do czynienia z najlepszym Wydziałem Lekarskim i innymi wydziałami Collegium Medicum oraz nadal najlepszym uniwersytetem nie tylko w Polsce, ale także wyżej w rankingach światowych niż do tej pory" – powiedział podczas uroczystości prof. Tomasz Grodzicki, prorektor UJ ds. Collegium Medicum.

(źródło: uj.edu.pl)

A długi rosną...

■ Nieustannie rośnie zadłużenie szpitali. Jak informował m.in. portal rynekzdrowia.pl ogólne zadłużenie szpitali na koniec drugiego kwartału 2022 r. wyniosło 16,9 mld zł. Z długami borykają się zarówno szpitale powiatowe, jak i największe placówki medyczne, choćby Szpital Uniwersytecki w Krakowie. W trzecim kwartale zobowiązania ogółem szpitali wzrosły już do blisko 19 mld zł. Teraz nawet nikt nie chce tego liczyć. Dyrektorzy obawiają się, że lipcowe podwyżki wynagrodzeń, mimo różnych obietnic resortu zdrowia, iż zostaną one zrefundowane, doprowadzą szpitale do kompletnej zapaści. Lada dzień wszystko stanie się jasne, jednak na rządzących podobne obawy żadnego wrażenia nie robią. Od lat sprawdza się bowiem zasada „jakoś to będzie"...

Krakowskie Pogotowie ma 132 lata

Najstarsze w Polsce, drugie w Europie Krakowskie Pogotowie Ratunkowe obchodziło jubileusz 132-lecia.

Krakowskie Pogotowie zaczynało od jednego konnego ambulansu, obecnie ma 48 nowoczesnych ambulansów stacjonujących w 23 miejscach. Rocznie jego karetki, które obsługują Kraków i powiaty krakowski, wielicki oraz olkuski, wyjeżdżają ok. 100 tys. razy. W 2022 r. przejechały 2 mln kilometrów. KPR zajmuje się również specjalistycznym transportem medycznym, a także zabezpieczeniem medycznym imprez, w tym wydarzeń dla ponad miliona osób, takich jak np. pielgrzymki papieskie.

Kongres Polonii Medycznej w Olsztynie

Organizowany co trzy lata, XI już Kongres Polonii Medycznej odbył się w dniach 1-4 czerwca w Olsztynie i tradycyjnie połączony był ze Światowym Zjazdem Lekarzy Polskich. Wybór miejsca i czasu był nieprzypadkowy – pobliże stron rodzinnych Mikołaja Kopernika i 550. rocznica jego urodzin.

Kronika personalna

■ **Prof. Waldemar Hładki**, lekarz ortopeda, z zamiłowania poeta i podróżnik, został wybrany w Warszawie, na Ogólnopolskim Zjeździe Związku Literatów Polskich jego wiceprzewodniczącym.

■ **Agnieszka Pietraszewska-Macheta**, radczyni prawna specjalizująca się w prawie medycznym i ubezpieczeń zdrowotnych, została nową dyrektor Centrum Monitorowania Jakości. Wcześniej była zastępczynią dyrektora ds. służb mundurowych w małopolskim oddziale NFZ. Znana jest dobrze uczestnikom konferencji stomatologicznej w Rytrze, organizowanej przez OIL, na której kilkakrotnie gościła.

■ Prezydium ORL w Krakowie wyraziło rekomendację na stanowiska konsultantów wojewódzkich dla **dr. hab. med. Pawła Basty** w dziedzinie ginekologii onkologicznej oraz dla **dr n. med. Kamili Woźniak** w dziedzinie chorób płuc dzieci.

■ **Prof. Krzysztof Pyrć**, wirusolog, jedyny polski członek Europejskiej Grupy Ekspertów ds. Wariantów SARS-CoV-2, zrezygnował z uczestnictwa w Narodowej Radzie Rozwoju przy prezydencie Dudzie na znak protestu w obliczu podpisania tzw. ustawy lex Tusk, ograniczającej wolność i demokrację w RP.

■ W auli Collegium Novum UJ odbyła się uroczystość odnowienia po 50 latach doktoratu **prof. Stanisława Majewskiego**.

■ Tegorocznym laureatem Nagrody im. prof. Marka Sycha, przyznawanej młodym lekarzom przez Towarzystwo Lekarskie Krakowskie, został **dr Adrian Chrobak**, specjalista psychiatrii i neurobiolog z Katedry Psychiatrii UJ CM.

■ **Prof. Mateusz Hołda** z Wydziału Lekarskiego UJ CM – pierwszy polski naukowiec, któremu przyznano tytuł profesora belwederskiego przed ukończeniem 30. roku życia – został zwycięzcą 10. edycji konkursu Supertalenty w Medycynie 2023, organizowanego przez redakcję „Pulsu Medycyny".

Tadeusz Popiela Profesorem Honorowym UJ

wyd. UJ, fot.

W reprezentacyjnej oprawie, z towarzyszeniem chóru akademickiego, z formułą stosownych zaprzysiężeń odbyła się 2 czerwca w auli Collegium Novum uroczystość nadania przez Senat Uniwersytetu Jagiellońskiego tytułu Profesora Honorowego wybitnemu chirurgowi prof. Tadeuszowi Popieli, który obchodził jednocześnie 90. urodziny.

Charakterystyka dorobku naukowego, dydaktycznego, organizacyjnego byłego rektora AM przez trzy kadencje, autora unikalnych badań nad rakiem żołądka i innymi schorzeniami przewodu pokarmowego, przeszło 1000 doniesień naukowych, ujętych wielokrotnie w indeksie filadelfijskim, prezydenta European Society of Surgery i sekretarza generalnego (przez 12 lat) Europejskiego Towarzystwa Chirurgii Endoskopowej, doktora honoris causa trzech polskich uczelni, wreszcie jednego z inicjatorów wzniesienia kilkunastu nowych obiektów uniwersyteckiej medycyny (farmacji, chirurgii, miasteczka akademickiego, biblioteki i apteki oraz zaplecza i obiektów CM przy ul. Kopernika) oraz lidera pomysłu przyłączenia Akademii Medycznej do Uniwersytetu – jest tu tylko cząstką spisu dorobku Jubilata.

Znacznie obszerniej omówił go w swojej laudacji dedykowanej Profesorowi szef I Katedry Chirurgii Ogólnej CM UJ prof. Piotr Richter, przed laty uczeń prof. Popieli. Stosowne zaprzysiężenie wygłosił dziekan Wydziału Lekarskiego CM UJ prof. Maciej Małecki. W krótkim wystąpieniu krajowy konsultant ds. chirurgii prof. Grzegorz Wallner określił laureata mianem „najwybitniejszego polskiego chirurga po wojnie". Wyliczenie profesorów i docentów, którzy wyszli spod ręki Profesora, zajęłoby zbyt wiele miejsca, nie mówiąc o słynnych pacjentach, którzy zawdzięczają mu życie. Do tych, którzy nigdy nie ukrywali swojej wdzięczności, należał m.in. kard. Franciszek Macharski.

Wśród obecnych na uroczystości było wiele wybitnych postaci świata polskiej nauki, gości z całego kraju, a także członkowie rodziny laureata, w tym prof. Tadeusz Popiela junior.

Dziękując za wyróżnienie, które usytuowało go w gronie zaledwie kilkunastu Profesorów Honorowych UJ (m.in. obok Andrzeja Zolla i Piotra Sztompki, także obecnych na uroczystości) Laureat powiedział słowa, którymi zaskoczył zgromadzonych. Podkreślił to szczególnie rektor UJ prof. Jacek Popiel, organizator uroczystości. Otóż wystąpienie było poświęcone w znacznej części dzisiejszym debatom nad sztuczną inteligencją. Przypominając podpisany przez 1300 uczonych apel o objęcie prac naukowych w tym zakresie pilnym nadzorem, Laureat zwracał uwagę, iż grożą one rezygnacją człowieka z samodzielnego myślenia. Czy nie podpisujemy wyroku na samych siebie? Czy nie zniszczymy cywilizacji? Czy jesteśmy pewni, dokąd zmierzamy? – pytał na zakończenie Profesor Popiela, uczczony brawami.

(cis)

Zacznij wakacje na sportowo!

Członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie mają możliwość zakupu kart **MultiSport** i **MultiLife** lub kart **FitProfit** i **FitSport** umożliwiających korzystanie z obiektów sportowych i rekreacyjnych na atrakcyjnych warunkach.

Szczegóły dotyczące poszczególnych pakietów od obu firm oraz informacje, jak uzyskać kartę, można znaleźć na stronie **oilkrakow.pl**.

Kształcenie ustawiczne – nieuchronna konieczność

Fot. archiwum

Pierwsza między równymi – tak zwykło się określać znaczenie Komisji Kształcenia w samorządzie lekarskim. Z mocy ustawy kształcenie to obowiązek, któremu podlega każdy lekarz do końca życia zawodowego. Stąd m.in. nazwy „kształcenie permanentne" lub „kształcenie ustawiczne".

Samorząd lekarski pomaga sprostać temu obowiązkowi. I o tym właśnie – o ofercie edukacyjnej krakowskiej Izby – rozmowa z wiceprezesem ORL doktorem Lechem Kucharskim, od piętnastu lat stojącym na czele Komisji Kształcenia Medycznego ORL, dodajmy – pasjonatem tej tematyki w życiu lekarzy.

– Jeśli pasjonatem, to zacznę górnolotnie, że postęp, jaki się dokonał w XX i dokonuje w XXI wieku, sprawia, iż nie da się wykonywać zawodu, przechodząc obok. Stąd oferta edukacyjna Izby, bezpłatna bądź obciążona symboliczną opłatą, warta jest uwagi, zważywszy dodatkowo na koszty niektórych konferencji naukowych czy kursów. Rzecz jest złożona. Przed laty samorząd zabiegał o przejęcie całości kształcenia podyplomowego lekarzy, łącznie z zadaniami CMKP, ale pomysł upadł w świetle oporu władzy centralnej, która nie lubi silnego samorządu ani lekarskiego, ani żadnego innego.

W ochronie zdrowia, wbrew idealistom, nie da się odejść od polityki, zacznijmy jednak od przedstawienia oferty edukacyjnej realizowanej przez Ośrodek Kształcenia krakowskiej Izby.

– Po pierwsze prowadzimy **kursy do specjalizacji**, aktualnie z zakresu ratownictwa medycznego, onkologii i radiologii. Są one przeznaczone dla lekarzy i lekarzy dentystów specjalizujących się według modułowych programów wszystkich specjalizacji. Uczestnicy tych kursów oceniają je bardzo wysoko.

Na drugim miejscu są **szkolenia z zakresu doskonalenia zawodowego**, różnorodne tematycznie, bo wynikające z inicjatywy lekarzy. Jest tego cała paleta. Dam przykłady z czerwca br. – „Zarządzanie emocjami jako element wzmacniania swojej odporności psychicznej", „Jak uchronić się przed zarzutem naruszenia tajemnicy zawodowej i uniknąć pułapek RODO", „Polisa ubezpieczeniowa jako tarcza lekarza", „Mediacje w medycynie", „Dokumentacja medyczna jako niemy świadek w sprawach o odszkodowania z tytułu błędów medycznych". Dalej wymienić mogę stałe kursy z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej (ALS, EPALS, ILS, NLS); kursy z kompetencji miękkich (dot. wypalenia zawodowego, walki z depresją, sposobów rozwiązywania konfliktów). Swego rodzaju bestsellerem są ostatnio kursy/warsztaty z zakresu prawa medycznego, dotyczące m.in. warunków zatrudnienia lekarza, konfrontacji lekarza z urzędami, sądami, policją. Ciekawie zapowiada się też cykl warsztatów poświęconych – od strony prawa pracy – zatrudnieniu lekarzy, realizowany w małych grupach. Oryginalnym pomysłem Komisji jest kurs opieki paliatywnej, prowadzony przez prof. Tomasza Grądalskiego z Krakowskiej Akademii im. A. Frycza Modrzewskiego, nt. pracy lekarza w tym bardzo ważnym, a nieco zaniedbanym obszarze opieki zdrowotnej. Planujemy też cykl szkoleń „Lekarz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym", adresowany przede wszystkim do młodych lekarzy, którzy będą podejmować pracę w SOR-ach.

Trudno mi tu wyliczyć kilkadziesiąt przedsięwzięć rocznie, ale mgr Piotr Pachel, który Ośrodek Kształcenia Medycznego OIL prowadzi perfekcyjnie, na bieżąco informuje o nich na naszej stronie.

A jak wygląda frekwencja na kursach? I może dodajmy jeszcze jakieś przykłady szkoleń czy kursów zaplanowanych na jesień 2023 roku.

– Liczba uczestników kursu zależy od jego programu i wynosi od kilkunastu do kilkudziesięciu osób. W ostatnim kursie EKG uczestniczyło 70 lekarzy. Niestety pomimo wcześniejszych zapisów i wyczerpania puli miejsc później z frekwencją bywa różnie. Zastanawiamy się, co jest tego powodem i jak temu zaradzić. Może pomoże wprowadzenie częściowej, niewielkiej opłaty za udział w zdarzeniach edukacyjnych? Cierpi zresztą na tym duża grupa lekarzy, którzy z powodu ograniczonej liczby miejsc nie mogli uczestniczyć w danym szkoleniu.

Szczegółowy plan kursów i szkoleń z terminarzem do grudnia bieżącego roku jest na stronie internetowej Izby i w aplikacji Moja Izba, w zakładce „Szkolenia". Pragnę tu podkreślić, że szereg zajęć organizowanych jest również w siedzibach Delegatur, co pozwala lekarzom naszej Izby uniknąć kłopotliwych dojazdów. I tak np. planowane są kursy „Stany nagłe w gabinetach stomatologicznych" (Krosno, 3 września; Przemyśl, 30 września), „Mediacje w medycynie" (Krosno, 22 września), „Szczepienia obowiązkowe" (Nowy Sącz, listopad).

Czy prowadzicie Państwo także kursy elektroniczne?

– Nie, bo nie ma to większego sensu. Nic przecież nie zastąpi żywego kontaktu lekarza z wykładowcą. Rozważaliśmy tę ewentualność podczas pandemii COVID-19, ale oferta kursów online Naczelnej Izby Lekarskiej była wtedy tak bogata, iż nie miało ekonomicznego sensu organizowanie ich także przez nas.

Mówił Pan na wstępie o obowiązku ciągłego kształcenia się lekarzy, tymczasem, jak mi wiadomo, zdobywanie punktów edukacyjnych, dokumentujących udział w szkoleniach, idzie słabo...

– To trochę wstydliwy problem. Ministerstwo Zdrowia ostatnio zaktualizowało system pozyskiwania 200 punktów raz na cztery lata, m.in. zmodyfikowano „wyceny" doktoratów, publikacji naukowych itp., ale niestety wciąż całość nie ma wystarczającego znaczenia. Uprzedzę pańskie pytanie o ewentualny system kar. Wiem, że w niektórych krajach przy braku punktów ograniczana bywa licencja na wykonywanie pewnych czynności w ramach zawodu. Jednak uważam, że karanie nie jest właściwą motywacją do samokształcenia, sens ma tylko premiowanie i tego w tym systemie brakuje. Zawód lekarza wymaga ciągłego dokształcania, jest to naturalne ze względu na ciągły postęp medycyny i zgodne z naszą etyką.

Za to bardzo ceniony w środowisku jest system nagród dla lekarzy uzyskujących najlepsze wyniki podczas egzaminów specjalizacyjnych.

– To moje „dziecko", które narodziło się przed laty. Te nagrody to nie tylko czynnik mobilizacyjny, skłaniający lekarzy kończących specjalizację do osiągania jak najlepszych wyników egzaminów, ale przede wszystkim wyraz uznania środowiska lekarskiego wobec ich osiągnięć. Nagrody wypłacane są dwa razy do roku, na zakończenie sesji wiosennej i jesiennej, każdorazowo dla dwudziestu osób i są znacząco wysokie, motywując młodych specjalistów do autentycznej rywalizacji.

Komisja prowadzi też Rejestr Podmiotów Kształcących.

– Byliśmy przeciwni, gdy Ministerstwo narzuciło nam ten obowiązek, lecz z czasem okazało się, że ma to pewien sens gwarantujący jakość kształcenia. Otrzymaliśmy przy okazji ustawowo kompetencje pozwalające na powoływanie zespołów wizytujących, które oceniają poziom i warunki kształcenia. Prowadziliśmy te wizytacje kiedyś, niestety zbyt mało lekarzy było zainteresowanych udziałem w zespołach wizytujących. Cierpimy na permanentny brak czasu, do tego była pandemia. Być może uda się to zmienić, pracujemy nad tym.

Skąd rekrutują się wykładowcy na kursach i szkoleniach prowadzonych przez Izbę?

– Przede wszystkim to pracownicy naukowi i kliniczni Collegium Medicum, Szpitala Uniwersyteckiego, Instytutów, których mamy w Krakowie sporo, także lekarze szpitalni o uznanym dorobku. Nie ma z tym problemu, a kierujemy się opinią środowiskową, która funkcjonuje niezależnie od funkcji i tytułów, wskazując, kogo warto prosić, by podzielił się swoją wiedzą i doświadczeniem.

Panie Redaktorze, organizujemy tych kursów i zajęć czasami nawet kilkanaście miesięcznie, licząc też te odbyte w delegaturach. Konsekwentnie rozwijając naszą działalność, stajemy się powoli poważną instytucją dydaktyczną, a w nowych warunkach lokalowych, po kapitalnym remoncie siedziby przy Krupniczej, z własną, piękną salą wykładową, jesteśmy w śródmieściu Krakowa samorządowym centrum edukacji medycznej.

Kieruje Pan Komisją Kształcenia ORL od paru kadencji, jest Pan ordynatorem interny. Jakie zjawiska nastąpiły w procesie naboru na studia medyczne, jakie są postawy młodzieży w trakcie studiów czy podczas zdobywania specjalizacji?

– Pyta pan o procesy poniekąd socjologiczne, ale też systemowe, zachodzące w procesie kształcenia lekarzy. Nie da się odpowiedzieć jednym zdaniem, chociaż pewne odejście od powołania, od postawy judymowskiej jest bezsporne. Dziś nie ma już miejsca na cierpiętnictwo, moje pokolenie, idąc na studia medyczne, miało jednak bardziej idealistyczne wyobrażenia o funkcji zawodu. Za moich lat królową medycyny była interna, która jest też moją specjalizacją, pozwalającą mi ogarnąć spojrzeniem wiele pozostałych dyscyplin.

Ale przecież nie o to pan pyta. Ostatnio odbyliśmy na posiedzeniu Prezydium ORL gorącą dyskusję na temat staży podyplomowych, jako ogniwa w kształceniu lekarzy, na które mamy wpływ. I starły się dwa stanowiska. Czy pogodzić się z tendencją do ich bagatelizowania tak ze strony absolwentów, jak i kadry nadzorującej te staże? Czy przystać na ucieczkę przed odbywaniem staży w szpitalach powiatowych na rzecz komfortu stażystów w miejscach zamieszkania, w przepełnionych stażystami oddziałach, co ewidentnie utrudnia praktyczną naukę wykonywania zawodu początkującym lekarzom?

Stanowiska były podzielone. W takim Krakowie miejsc stażowych brakuje, bo m.in. przybyło kilkudziesięciu absolwentów medycyny z Krakowskiej Akademii im. A. Frycza Modrzewskiego. Szpitale upoważnione do prowadzenia staży są przepełnione i trudno o właściwą organizację opieki i nadzoru nad młodą kadrą. Z drugiej strony, to Izba jest organizatorem staży, może i powinna zadbać o ich właściwy poziom. Po trzecie wreszcie, ministerialny program staży jest w wielu punktach wymienionych w tzw. książeczce stażowej nierealny. Brak też pieniędzy na organizację pobytu lekarza stażysty poza miejscem zamieszkania. Wszystko to stawia przed nami, przed ogniwami samorządu, pytanie o jakość kształcenia, które możemy egzekwować bądź pogodzić się z patologią systemu i *de facto* uczestniczyć w demoralizacji i krętactwie w finałowej części kształcenia lekarza.

Myślę, że dałem odpowiedź na pytanie o procesy zachodzące w kształceniu. W świetle dramatycznego deficytu lekarzy i niemożliwości ich sprowadzenia z zagranicy postrzegam politykę resortu jako niezborną. Uniwersytet medyczny w każdym powiecie to też nonsens. To nieuchronny proces pogarszania się jakości kształcenia. Ale wiele można poprawić słuchając samorządu. Dlatego w nim trwam z całym przekonaniem.

Rozmawiał: Stefan Ciepły

Lech Kucharski – lekarz internista, wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, przewodniczący Komisji Kształcenia Medycznego ORL, przewodniczący Komisji Zdrowia Rady Miasta Krakowa, ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala im. S. Żeromskiego w Krakowie.

7 czerwca w siedzibie OIL wręczono dyplomy i nagrody za najlepiej zdany egzamin specjalizacyjny, przyznawane przez Komisję Kształcenia Medycznego ORL.

Fot. K. Domin

Wyróżnienia otrzymali:

- Zuzanna Bąba – stomatologia dziecięca
- Michał Błaż – neurologia
- Kinga Czerwiec – neurologia
- Lidia Ciołek – stomatologia dziecięca
- Jacek Drążek – chirurgia szczękowo-twarzowa
- Róża Hajkuś – pediatria
- Magdalena Homa-Gołda – położnictwo i ginekologia
- Joanna Jawor – okulistyka
- Agata Kłosowicz – dermatologia i wenerologia
- Joanna Krok-Ziółkowska – stomatologia zachowawcza z endodoncją
- Anna Kwinta – anestezjologia i intensywna terapia
- Denis Maroz – anestezjologia i intensywna terapia
- Marta Olszewska – pediatria
- Kamil Polok – choroby płuc
- Katarzyna Przytulska-Wais – medycyna rodzinna
- Maria Raczyńska – dermatologia i wenerologia
- Magdalena Solak Da Silva – pediatria
- Magdalena Stec-Polak – dermatologia i wenerologia
- Katarzyna Świderek – anestezjologia i intensywna terapia
- Michał Świtała – medycyna ratunkowa

Gdzie są miejsca dla stażystów?

Liczba lekarzy kierowanych przez Okręgową Radę Lekarską w Krakowie na staże podyplomowe z roku na rok jest coraz większa i coraz trudniej znaleźć dla nich miejsca w tych placówkach, w których chcieliby je odbywać – czyli krakowskich. „Będą odbijać się od ściany, chociaż mogliby zrealizować pełny program szkoleniowy w szpitalach powiatowych, które chętnie by ich przyjęły" – komentują tę sytuację lekarze z większym stażem zawodowym. O tym, jak wybrnąć z tego impasu, dyskutowano 17 maja w auli OIL.

W spotkaniu wzięli udział m.in. Dominika Studnicka, dyrektor Departamentu Zdrowia, Rodziny, Równego Traktowania i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego, Joanna Bogacz, dyrektor Wydziału Zdrowia Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego, Elżbieta Kois-Żurek, dyrektor Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa, prof. Filip Gołkowski, prorektor ds. medycznych Krakowskiej Akademii im. Frycza Modrzewskiego, dyrektorzy i pracownicy małopolskich szpitali oraz przedstawiciele Prezydium ORL – Robert Stępień, Lech Kucharski, Jerzy Friediger i Mariusz Janikowski.

Szpital powiatowy jak zsyłka

Głównym z poruszanych tematów były konsekwencje zmian w programie staży podyplomowych, które na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia obowiązują od 1 stycznia. Jedną z najważniejszych „nowości" jest wprowadzenie 10-tygodniowego stażu personalizowanego, w ramach którego każdy lekarz może odbyć w wybranej przez siebie placówce szkolenie w trzech dziedzinach medycyny. Ponadto zniesiono obligatoryjne staże cząstkowe z położnictwa i ginekologii oraz psychiatrii, wprowadzono natomiast szereg dodatkowych szkoleń, m.in. z komunikacji z pacjentem czy dotyczących przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Na zmiany w programie staży nałożyły się także te w systemie kształcenia lekarzy – obecnie studenci ostatniego roku medycyny będą realizować część ćwiczeń w ramach praktycznego nauczania klinicznego. Oznacza to, że na oddziałach szpitalnych może zrobić się naprawdę tłoczno.

– Sytuacja rysuje się nam niewesoła – stwierdził dr Jerzy Friediger, skarbnik ORL oraz dyrektor Szpitala im. Żeromskiego w Krakowie: – Obawiam się, co będzie, jeśli się okaże, że szkolących się na oddziale jest więcej niż lekarzy i pacjentów. Będziemy realizować fikcję.

W tym roku Izba Lekarska spodziewa się wniosków o skierowanie na staż od ponad 500 absolwentów kierunków lekarskich, podczas gdy w 2022 było to 468, a w roku 2021 ok. 380 osób. Problem ze znalezieniem dla nich miejsc w krakowskich szpitalach może się pojawić także z powodu tego, że niektóre placówki mogą wypaść z listy uprawnionych do prowadzenia pełnego stażu podyplomowego, z braku wymaganego obecnie od szkolących oddziału chirurgii ogólnej.

Co zatem jeśli nie uda się ulokować stażystów w placówkach, które sobie wybrali? Czy Izba powinna za wszelką cenę respektować odwołania, prosząc wzorem lat wcześniejszych dyrektorów szpitali o zwiększenie limitu przyjęć, a tym samym doprowadzając do sytuacji, kiedy to do 5. Szpitala Wojskowego w Krakowie trafia ponad stu stażystów, a do Szpitala w Myślenicach – 11? Czy Komisja Organizacyjna ORL powinna zrobić wszystko, by iść na rękę młodym, czy też restrykcyjnie trzymać się zasady, że prawo

wyboru placówki szkoleniowej mają tylko absolwenci z najlepszymi wynikami ze studiów? To tego typu pytania wywołały najgorętsze dyskusje. Przy czym dyrektorzy szpitali, i to nie tylko tych powiatowych, nie mieli wątpliwości, że obecną sytuację należy zmienić – skończyć z przyjmowaniem stażystów ponad limit i sprawić, że po jego przekroczeniu pozostali stażyści będą kierowani do szpitali poza stolicą Małopolski.

– Chciałem zaznaczyć, że życie medyczne toczy się także poza Krakowem. Tam też są szpitale – powiedział Marian Świerz, dyrektor Szpitala Specjalistycznego im. Klimontowicza w Gorlicach: – Odnoszę wrażenie, że skierowanie studenta czy absolwenta do szpitala powiatowego to jest co najmniej jak zsyłka na Syberię. A przy tych brakach, jakie są w szpitalach powiatowych, to nie wiem, czy powinniśmy mieć pełną dowolność w tym zakresie.

– 70 procent szpitali powiatowych ma wszystkie oddziały, które nie wymagają, by delegować stażystę gdziekolwiek. Więc ten temat jest sztuczny. Jest tylko niechęć, nie wiem kogo, pewnie absolwentów – stwierdził Wojciech Gąsior, dyrektor ds. lecznictwa w Szpitalu Specjalistycznym im. Rydygiera w Krakowie.

Zwracano także uwagę, że to właśnie w szpitalach powiatowych młody lekarz ma łatwiejszy „dostęp do pacjenta". Tymczasem zainteresowanie stażystów realizacją zarówno pełnego szkolenia, jak i staży cząstkowych poza miejscem zamieszkania jest znikome, nawet jeśli wiąże się to z oddelegowaniem do pobliskich szpitali w Myślenicach czy Chrzanowie, z których codziennie do Krakowa dojeżdża do pracy wiele osób. Inna sprawa, że nie są jasno określone zasady, czy stażysta mógłby się starać o dofinasowanie zakwaterowania poza miejscem zamieszkania.

Tłok na pediatrii

Kolejnym z omawianych problemów była niewielka liczba jednostek, w których lekarze rozpoczynający pracę w zawodzie mogą odbyć staż cząstkowy z pediatrii. Do tej pory w Krakowie były tylko trzy takie ośrodki: Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika, Szpital Specjalistyczny im. Żeromskiego i Uniwersytecki Szpital Dziecięcy (w czerwcu dołączył do nich, m.in. staraniem Komisji Organizacyjnej ORL, kolejny oddział pediatryczny – w Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II w Krakowie). – Nie jesteśmy w stanie „na 80 łóżkach" zmieścić 200 stażystów, tym bardziej że według nowego przepisu na jednego lekarza nie może przypadać więcej niż dwóch podopiecznych. A przecież liczba lekarzy też jest ograniczona – stwierdziła

dr Katarzyna Przybyszewska ze Szpitala św. Ludwika w Krakowie: – Jeżeli przepis jest zły, to może ministerstwo powinno go zmienić. Ktoś, kto go wymyślił, powinien wziąć za to odpowiedzialność.

Kredytowanie staży

Jeszcze większym problemem może okazać się znalezienie miejsc stażowych dla lekarzy dentystów. Od 1 października będą one wygaszane w Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Krakowie, która do tej pory przyjmowała największą liczbę stażystów. Wynika to m.in. z opóźnień w przekazywaniu środków za prowadzenie staży i na wynagrodzenia dla stażystów. Ze względu na sytuację finansową, WPS nie może sobie pozwolić na ich kredytowanie.

W tym roku opóźnienia „wypłat" były wyjątkowo długie, co wynikało ze zmian w sposobie przekazywania środków – obecnie Ministerstwo Zdrowia przekazuje pieniądze wojewodom, a ci marszałkom, którzy kierują je z kolei do konkretnych placówek. Dominika Studnicka wyjaśniała, że Urząd Marszałkowski nie był w stanie uregulować świadczeń na początku stycznia, ponieważ zbyt późno otrzymał z MZ stosowne dokumenty. Zaznaczyła jednak, że Małopolska była pierwszym województwem w Polsce, które podpisało umowę z wojewodą i przekazało pieniądze do placówek.

Czy problem może się powtórzyć w przyszłym roku, w którym to Małopolski Urząd Wojewódzki planuje przekazać na staże ok. 75 mln zł? – W tym roku podpisywaliśmy umowę w marcu w związku z tym, że była zmiana płatnika. Natomiast w przyszłym roku będziemy już mieli ścieżkę przeprocedowaną. Umowy są zatwierdzone po jednej i po drugiej stronie. Nadal jednak będziemy się zastanawiać, co zrobić, żeby było jeszcze szybciej – powiedziała Dominika Studnicka. – Chcemy, aby ta płatność była przekazywana z góry, a nie w formie zwrotu środków – dodała Joanna Bogacz: – Wojewoda podpisał aneks, który może niewiele, bo tylko o 5 dni, ale jednak przyspieszy tę procedurę.

Postscriptum

5 czerwca w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Małopolskiego doszło do spotkania przedstawicieli Prezydium ORL, Departamentu Zdrowia UMWM oraz Wydziału Zdrowia MUW. Zadeklarowano chęć współpracy i podejmowania konkretnych działań w kwestii organizacji staży podyplomowych na terenie województwa małopolskiego. Uzgodniono także, że do koordynatorów staży podyplomowych wysłane zostanie pismo, aby kierowali na staże personalizowane stażystów do wszystkich podmiotów, które mają wskazanie do ich prowadzenia, oraz by planowanie i odbywanie tego stażu realizowane było w sposób cykliczny, w celu uniknięcia kumulacji dużej liczby stażystów w jednym miejscu.

Urząd Marszałkowski przedstawił także listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu dla lekarzy i lekarzy dentystów wraz z liczbą udostępnionych przez nie od 1 października miejsc. Łącznie w całym województwie małopolskim (także poza granicami działania krakowskiej Izby) dla przewidywanej liczby 520 absolwentów kierunku lekarskiego zagwarantowane są 623 miejsca, w tym około 200 w szpitalach poza granicami Krakowa. Natomiast dla absolwentów stomatologii (przewiduje się, że będzie ich 91) zabezpieczonych jest obecnie 87 miejsc stażowych, ale tylko niewiele ponad 40 na terenie działania naszej Izby.

Tekst i zdjęcia: Katarzyna Domin

Stanowisko Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie z dnia 24 maja 2023 roku

W związku z przedłożonym do konsultacji, projektem *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym na rok akademicki 2023/2024* Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie zwraca uwagę, że:

- przez szereg lat alarmowało, iż brak przemyślanej polityki edukacyjnej doprowadzi do sytuacji braku wystarczającej liczby lekarzy w polskim systemie ochrony zdrowia;
- w pełni odpowiedzialnym za powstałą sytuację jest Ministerstwo Zdrowia, jako organizator sytemu;
- przyjęta przez Ministerstwo strategia „mechanicznego" zwiększania limitów przyjęć na wydziały medyczne, wbrew „huraoptymistycznym" zapewnieniom, nie tylko nie rozwiąże istniejących problemów, a „z powodzeniem" wygeneruje nowe;
- już w chwili obecnej kumulacja zwiększonej liczby studentów i lekarzy stażystów, wobec ograniczonych możliwości organizacyjnych i finansowych podmiotów leczniczych prowadzących kształcenie zawodowe lekarzy, powoduje ich niewydolność dydaktyczną;
- powyższe problemy obserwują zarówno lekarze, jak i przedstawiciele placówek oraz regionalnych władz publicznych odpowiedzialnych za realizację zadań w omawianym zakresie, co potwierdzono m.in. na spotkaniu, jakie odbyło się 17 maja br. w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie;
- zwiększanie limitów przyjęć na wydziałach lekarskich, przy jednoczesnym braku zapewnienia wystarczającej bazy organizacyjno-dydaktycznej w podmiotach leczniczych, uniemożliwi studentom i absolwentom medycyny odbycie efektywnych merytorycznie: praktyk zawodowych, stażu podyplomowego i szkolenia do specjalizacji;
- należy również podkreślić, że umożliwienie kształcenia lekarzy w szkołach zawodowych zwiększy ich liczbę, jednakże bezrefleksyjne (wyłącznie ilościowe) zwiększanie limitów przyjęć oraz mnożenie kolejnych jednostek kształcenia wyższego w medycynie przyczyni się do obniżenia jakości edukacji, co w efekcie będzie rzutowało na poziom świadczeń medycznych, stanowiąc w przyszłości niewątpliwie zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów;
- zamiast tworzenia nowych wydziałów lekarskich, bez wystarczającego zabezpieczenia kadrowego i bazy, proponujemy zwiększenie liczby miejsc na istniejących wydziałach lekarskich kosztem rezygnacji z kształcenia w językach obcych lekarzy, którzy z założenia nie podejmą pracy w polskiej ochronie zdrowia;
- postulujemy także rezygnację z pomysłu obniżania wymogów kadrowych dla uczelni, które chcą kształcić lekarzy, dobrze przygotowana kadra dydaktyczna ma bezpośredni wpływ na poziom kształcenia, a w efekcie końcowym na jakość świadczeń medycznych.

W ocenie Prezydium dla odwrócenia niekorzystnych trendów w omawianym zakresie konieczna jest przemyślana, rozpisana na lata strategia oparta o kompleksową analizę problemu oraz szerokie konsultacje z partnerami społecznymi.

Sekretarz
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Krakowie
Lek. Mariusz Janikowski

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

Mocna inauguracja Klubu Dyskusyjnego w OIL

Medycyna a zbrodnie wojenne

Mało jest tematów tak inspirujących jak szeroko pojęta medycyna. W zestawieniu z historią sztuki, literaturą, prawem, etyką i wieloma innymi zagadnieniami otwiera pole do niekończących się dyskusji. Od maja odbywają się one regularnie przy ul. Krupniczej, w ramach Klubu Dyskusyjnego powołanego w OIL w Krakowie. Patronem Klubu i moderatorem rozmów jest prof. Janusz Skalski, krakowski kardiochirurg oraz – z zamiłowania – historyk medycyny, stały współpracownik naszej gazety.

Na pierwsze z cyklu comiesięcznych spotkań, poświęcone tematowi „Zbrodnie wojenne a medycyna", prof. Skalski zaprosił prof. Włodzimierza Wróbla, kierownika Katedry Prawa Karnego oraz Zakładu Bioetyki i Prawa Medycznego Wydz. Prawa i Administracji UJ, sędziego Izby Karnej Sądu Najwyższego. Debatę, przy licznym udziale publiczności, prowadziła redaktor Urszula Drukała, była dziennikarka TVP Kraków, m.in. współtwórczyni pierwszego magazynu medycznego w krakowskiej telewizji.

Prof. Wróbel skoncentrował się na prawnym aspekcie zbrodni wojennych i ich rozliczaniu przez międzynarodowe trybunały. Swoją wypowiedź rozpoczął od stwierdzenia, że obecnie niemal wszyscy – pośrednio lub bezpośrednio – jesteśmy świadkami wojny w Ukrainie i to my staniemy się nośnikami pamięci historycznej. A ta pamięć może się przełożyć w przyszłości – tak jak miało to miejsce po II wojnie światowej – w szereg norm prawa karnego, na mocy którego będą ścigani i osądzani zbrodniarze wojenni. Zbrodnie przeciwko ludzkości, ludobójstwo, zbrodnie wojenne podlegają najsurowszym karom w większości cywilizowanych państw. Bez względu na miejsce, w którym ich dokonano, przez prawników są traktowane jako zbrodnie przeciwko wspólnocie całego świata. Dlatego też ich rozliczanie nie może być sprawą jednego pokrzywdzonego państwa, lecz efektem współpracy organów wielu narodów.

Prof. Wróbel z optymizmem mówił o zmianach, jakie nastąpiły w ostatnich dziesięcioleciach w mentalności ludzi oraz międzynarodowym prawodawstwie. Dawniej wojna opisywana była w kategoriach cnoty i chwały, dziś potępia ją większość cywilizowanego świata. – Prawo jest elementem kultury – dowodził prof. Wróbel: – Jeszcze nigdy w historii tak wielu ludzi nie pomagało tak wielu. Jeszcze nigdy paradygmat miłości, miłosierdzia nie był tak zakorzeniony w systemie prawnym. Przez ten system prawny rozumiem także to, w jaki sposób działają instytucje, orzekają sądy, a parlamenty ogłaszają swoje decyzje. System praw człowieka nigdy nie był tak bardzo rozwinięty.

Profesor stwierdził także, że właśnie dzięki temu, że „mamy tak a nie inaczej funkcjonującą sprawiedliwość międzynarodową, wielu dyktatur udało się uniknąć". Wspomniał również o bezprecedensowym (w pracach Międzynarodowego Trybunału Karnego uczestniczył m.in. prof. Piotr Hofmański z UJ) wydaniu nakazu aresztowania urzędującej głowy supermocarstwa – za jakie przecież wciąż uznaje się Rosję – za zbrodnię przeciwko ludzkości, jaką jest uprowadzanie dzieci z Ukrainy. – To było jeszcze kilka lat temu nie do wyobrażenia – mówił prof. Wróbel. I choć niewielkie jest prawdopodobieństwo aresztowania Putina w najbliższym czasie, to wyrokiem tym przełamano pewną barierę myślenia, że niektórzy ludzie są nietykalni.

Jednak aby uczynić świat jeszcze bardziej sprawiedliwym, potrzebne jest przełamanie kolejnej bariery mentalnej, co również przełoży się na decyzje prawne – nie możemy dzielić świata i wojen na nasze i obce, czyli np. te rozgrywające się w odległej nam geograficznie i kulturowo Afryce. – Dopóki sami nie będziemy mieli takiej wrażliwości, że wojna w Afryce jest naszą wojną – bo nie chodzi tylko o to, czy giną tam Polacy, czy nie – to myślę, że system prawa międzynarodowego nie będzie wystarczająco skuteczny, choć on się rozwija i umacnia – stwierdził Włodzimierz Wróbel.

Zbrodnie wojenne, ludobójstwo – zwracał uwagę prof. Wróbel – to także bezprawne eksperymenty medyczne prowadzone przez lekarzy niemieckich w obozach koncentracyjnych. Przygnębiająca jest zarówno świadomość popełnionych przez nich czynów, jak i ich powojenne losy – wielu z tych lekarzy zrobiło kariery w medycynie, a po dziś dzień niektóre schorzenia nazywane są ich nazwiskami. Dlatego myśląc o wyciąganiu konsekwencji wobec sprawców zbrodni, należy pamiętać, że: „Sama odpowiedzialność karna jednostki, straszenie surowymi karami nie wystarczą. Istota rzeczy polega na tym, żeby zbudować system o charakterze sankcji etycznych, reakcji środowiskowych, w których zarodku byłyby tego typu postawy, czy tego typu działania piętnowane i wypleniane". Nie może być tak, że lekarz, który dopuścił się czynów nieetycznych, zajmuje wysokie stanowisko w organizacjach lekarskich, tak jak to miało miejsce w Niemczech w latach 50.

W nawiązaniu do tematu dyskusji prof. Janusz Skalski stwierdził, że z jednej strony powinna ona dotyczyć zbrodni związanych z lekarzami i całym światem medycznym, ale nie można też zapominać o heroizmie lekarzy i wszystkich służb medycznych w czasie działań wojennych. – To są sprawy stojące na dwóch przeciwległych biegunach – powiedział. Faktem jest, że w czasie II wojny światowej w grupie około 90 tys. lekarzy niemieckich było aż – a może zaledwie – 350 medyków, którzy dokonali zbrodni wojennych. Liczba ofiar w Auschwitz jest przerażająca – to dziesiątki tysięcy ludzi, którzy zginęli bezpośrednio w wyniku eksperymentu medycznego albo byli pośredniczymi uczestnikami. Do podobnych zbrodni dochodziło w czasie II wojny światowej w Mandżurii, gdzie Japończycy w ramach prowadzonych badań nad bronią biologiczną i chemiczną przyczynili się do śmierci kilkudziesięciu tysięcy ludzi.

Profesor podał także kolejny, bardziej odległy czasowo przykład zbrodni lekarskiej. Doszło do niej pod koniec XVIII wieku w Londynie. Jak udowodniono ponad wszelką wątpliwość, jeden z położników zamordował 44 ubogie, ciężarne kobiety z doków londyńskich, chcąc sprawdzić, jak wygląda płód ludzki w ciele kobiety. Mordowano w imię fatalnie pojmowanego rozwoju nauki, a sekcje miały służyć celom poznawczym. Ciała wraz z płodami były szkicowane w różnych pozach i posłużyły jako materiał ilustracyjny w atlasach anatomicznych. Przez niemal cały XIX wiek świat medyczny uczył się ginekologii i położnictwa z atlasów anatomicznych, które były wynikiem tych zbrodni.

– Na drugim biegunie są natomiast – dowodził prof. Skalski – heroiczne przykłady ratowania obywateli przez polskich lekarzy w czasie II wojny światowej. Warto pamiętać, że żaden inny zawód nie poniósł tak wysokiej ceny – w wyniku działań wojennych zginął co drugi lekarz. Z wielkim poświęceniem pomagali oni warszawskim powstańcom, ale też żołnierzom pod Monte Cassino. – Jak ktoś pięknie napisał, gdyby nie działania lekarskie w czasie bitwy pod Monte Cassino, to tamtejsze maki byłyby o wiele czerwieńsze – powiedział prof. Skalski. W ciągu czterech-pięciu dni, w warunkach polowych, zespoły chirurgiczne pracujące dzień i noc w czterech namiotach zoperowały tam ponad tysiąc poszkodowanych i ciężko rannych żołnierzy, często wykonując niezwykle trudne i innowacyjne zabiegi. – Wojna – jak zauważył prof. Skalski – mimo całego jej okrucieństwa, od najdawniejszych czasów sprzyjała rozwojowi medycyny.

Nawiązując do tematu wojny i medycyny prof. Włodzimierz Wróbel zadał prof. Skalskiemu pytanie, czy w warunkach wojennych mamy prawo się zastanawiać, kogo w pierwszej kolejności leczyć – jeńca wrogiej armii czy własnego żołnierza. A także czy lekarz może się kierować naturalnym instynktem chronienia swoich, czy też medycyna w tym aspekcie jest przestrzenią, w której przede wszystkim liczy się człowiek, a nie narodowość.

Prof. Skalski odpowiedział, że zgodnie z przysięgą Hipokratesa lekarz nie ma prawa traktować potrzebujących inaczej.

Prof. Włodzimierz Wróbel, prof. Janusz Skalski, red. Urszula Drukała

Jednak przez analogię do medycyny transplantacyjnej stwierdził: – Proszę sobie wyobrazić, że mamy dwóch pacjentów w stanie zagrożenia życia i tylko jedno serce dawcy. Musimy wybrać biorcę, który zgodnie z naszym sumieniem bardziej skorzysta z tego narządu, który jest bezcenny. Co zrobić w sytuacji, gdy mamy ograniczone możliwości i dwóch pacjentów z identyczną raną? Kogo wybrać? Tego, który jest nam bliski sercu. W tym szczególnym wypadku uważam, że nie popełniamy czegoś nieetycznego. Ale jeśli jest możliwość wyleczenia jednego i drugiego, to nie mamy prawa odmówić pomocy.

Oczywiście dyskusja nie toczyła się jedynie pomiędzy profesorami Skalskim i Wróblem i nie wszyscy uczestnicy debaty zgadzali się z ich opiniami. Pojawiło się wiele głosów na temat natury ludzkiej, źródeł wojen, a także dokumentowania zbrodni wojennych (przy okazji przypomniano postać krakowskiego lekarza Mariana Wodzińskiego, który był jednym z członków komisji badającej w 1943 r. zbrodnię katyńską). Na ciekawy aspekt zwrócił uwagę Krzysztof Grzesik, dyrektor Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji w Jaroszowcu, stwierdzając, że „każda wojna fizyczna niesie ze sobą drugą – mikrobiologiczną". Dodał, że mówienie o skali zachorowalności na gruźlicę wśród uchodźców z Ukrainy przez wiele osób uważane jest za zachowanie dyskryminujące, tymczasem przemilczanie tej kwestii nie rozwiąże problemu. Apelował, aby pamiętać, że w Ukrainie toczy się nie tylko wojna fizyczna, ale i biologiczna – brakuje ftyzjatrów, a pracowniom mikrobiologicznym pieniędzy na działalność – dlatego ważna jest pomoc Zachodu także w tym zakresie. Podobnie jak w wielu innych, niekoniecznie oczywistych, często jeszcze niewyobrażalnych aspektach.

Ponadgodzinne nagranie z tej niezwykle ciekawej, wieloaspektowej i pełnej nieoczywistych konkluzji dyskusji można obejrzeć na profilu OIL na YouTubie.

Tekst i zdjęcie: Katarzyna Domin

Poronin nie zawiódł

W dniach 14-16 kwietnia w Poroninie odbyła się konferencja „Pierwsze kroki w zawodzie lekarza – wybrane aspekty praktyczne". Była to kolejna edycja szkolenia organizowanego od 2015 r. przez Komisję ds. Młodych Lekarzy ORL w Krakowie.

W spotkaniu wzięło udział ponad 50 osób, w większości członkowie Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie. Nie zabrakło również przedstawicieli Komisji ds. Młodych Lekarzy z innych części Polski, chętnych do wymiany doświadczeń i przyszłej współpracy.

Przez cały okres pobytu dopisała pogoda, co jednak nie zmniejszyło frekwencji na wykładach. Już pierwszego dnia, mimo zmęczenia długą jazdą, młodzi lekarze z zaciekawieniem wysłuchali wykładu inauguracyjnego, podczas którego omówiono strukturę i zasady funkcjonowania samorządu lekarskiego. Uczestników konferencji powitali członkowie prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej. Poza przedstawicielami Komisji ds. Młodych Lekarzy obecny był Mariusz Janikowski, sekretarz ORL w Krakowie.

W sobotę przez cały dzień odbywały się wykłady szkoleniowe. Było mnóstwo ciekawych prelekcji, w których młodzi lekarze brali czynny udział. Jacek Czerw z Biura Rachunkowego LEXUS opowiedział o zakładaniu i prowadzeniu działalności gospodarczej oraz wyjaśnił zawiłości prawa podatkowego. Marta Orda z firmy INTER Ubezpieczenia, wspólnie z doradcą finansowym Piotrem Bralewskim omówili problemy związane z odpowiedzialnością cywilną lekarzy.

Nie zabrakło też przedstawicieli Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Przewodniczący Porozumienia

Rezydentów, Sebastian Goncerz, przygotował wykład na temat ustawy o jakości w opiece zdrowotnej, która szczęśliwie została odrzucona w całości przez Senat mniej niż dobę przed prelekcją. O związanym z nią niebezpieczeństwie dla medyków pisaliśmy m.in. w poprzednim numerze „GGL". Z kolei Julia Pankiewicz poruszyła problem mobbingu i dyskryminacji w miejscu pracy, uświadamiając młodym lekarzom, które sytuacje wymagają pilnego zgłoszenia oraz jak z nimi walczyć.

Mimo pięknego słońca na zewnątrz, uczestnicy pozostali obecni na sali wykładowej do samego końca. Skrzętnie notowali informacje i zadawali liczne ciekawe pytania prelegentom, którzy udzielili wyczerpujących odpowiedzi, niejednokrotnie zostając znacznie dłużej niż czas trwania wykładu.

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

Agata Dynkiewicz
wiceprezes ORL w Krakowie

Problemów z ustawą o jakości cd.

14 kwietnia Senat w całości odrzucił proponowaną Ustawę o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Już wtedy minister Adam Niedzielski zapowiedział „Uczynię więc wszystko, żeby ustawa wróciła" (Twitter). I wróciła do Sejmu, w postaci dwóch projektów ustaw, które 16 czerwca zostały przyjęte przez Sejm i trafiły do dalszego procedowania w Senacie.

Przyjęte projekty ustaw dotyczą kompensacji oraz odrębnie – poprawy jakości w opiece zdrowotnej. Pierwszy, mimo wielu pozytywnych aspektów, wciąż ma liczne niedociągnięcia. Zakres zdarzeń uprawniających do uzyskania rekompensaty cały czas jest zbyt wąski. Kompensacja dotyczy jedynie zdarzeń mających miejsce w publicznych placówkach szpitalnych, pomijając opiekę ambulatoryjną i prywatną. Budżet funduszu jest niewystarczający – przykładowo w 2023 r. ma wynosić 837 472 zł. Taka kwota, przy wartościach rekompensat od 2 000 do 200 000 zł, może spowodować, że jedynie kilka osób uzyska świadczenie.

Z kolei drugi projekt nadal nie spełnia postulatów środowiska medycznego. Z treści ustawy usunięto zapisy sprzeczne z założeniami systemu *no fault*. Niestety nie wprowadzono w zamian zapisów, które umożliwiłyby sprawny, obiektywny i bezpieczny rejestr zdarzeń niepożądanych. Wprowadzono za to wskaźniki jakości, które w zaproponowanej postaci nie będą skuteczną formą oceny jednostek. Takie same kryteria obejmą wszystkie placówki, niezależnie od specyfiki oferowanych świadczeń oraz profilu pacjentów. Przykładowo szpitale z jednodniowymi zabiegami będą mieć zupełnie inny efekt leczniczy niż oddziały paliatywne, a ankiety satysfakcji uzyskane od pacjentów z takich oddziałów mogą się znacząco różnić.

Ponadto przy ocenie całkowicie pominięto aspekty dotyczące personelu medycznego, skupiając się jedynie na obszarze „klinicznym, konsumenckim oraz zarządczym". Mimo iż środowiska medyczne podkreślają, że zapewnienie dobrych warunków pracy personelu jest kluczowe dla jakości w opiece zdrowotnej, jest to nadal pomijane. Nadal brakuje norm zatrudnienia. Określone są jedynie normy kontraktowania, zgodnie z którymi każdy oddział, niezależnie od jego specyfiki, musi zatrudniać dwóch specjalistów. Nie sprzyja to poprawie warunków pracy personelu medycznego, a niestety jest to jeden z głównych czynników prowadzących do zdarzeń niepożądanych.

Podsumowując, zaproponowane zmiany mogą wprowadzić tylko częściową poprawę warunków leczenia. Wciąż czekamy na prawdziwy system *no fault*, który zwiększy bezpieczeństwo wszystkich uczestników procesu leczniczego i poprawi relację lekarz–pacjent. *Agata Dynkiewicz*

Szpitale w odcieniach turkusu

Jedni mówią: utopia, inni znów, że to konieczność i nasza przyszłość. „Polski system zdrowotny wymaga nowego spojrzenia na zarządzanie ochroną zdrowia (...). Spojrzenia, w którym potrzeby życiowe i zawodowe pracowników, możliwości ich działania, rozwój zawodowy i społeczny w zrównoważonym wymiarze będą ukierunkowane na zapewnienie holistycznej, skoordynowanej i bezpiecznej opieki medycznej dla pacjentów" – czytamy w „Krakowskiej Deklaracji promocji turkusowej samoorganizacji w ochronie zdrowia", którą ogłoszono pod koniec maja. Na ile warto i na ile jesteśmy gotowi, aby w naszych placówkach medycznych pójść tą turkusową drogą?

Wypalenie zawodowe, stres, brak satysfakcji, poczucie zagubienia i braku wpływu na warunki własnej pracy oraz zwykłe zmęczenie – o tych problemach dotykających lekarzy i całe środowisko medyczne mówi się w ostatnich latach coraz głośniej. Koncepcja turkusowej organizacji oferuje rozwiązania, które mają być lekarstwem na te bolączki i być może sprawią, że na kolejny dyżur nie pójdziemy z niechęcią. – Zarządzanie w turkusowym miejscu pracy polega na samoorganizacji oraz tworzeniu partnerskich zespołów i opiera się na indywidualnym podejściu do pracownika tak, aby miał warunki do wykorzystania wszystkich swoich talentów. Turkusowa organizacja potrafi też być elastyczna, a jej cele dostosowywane są do aktualnej sytuacji i potrzeb – tłumaczy Małgorzata Nitek, prezeska Fundacji Turkusowa Droga, która pod koniec maja zorganizowała w Krakowie konferencję „Turkusowa organizacja w ochronie zdrowia".

Zarządzanie humanistyczne może istotnie wzbogacić zarządzanie w ujęciu ekonomicznym i warto traktować te nurty w sposób komplementarny – twierdzi dr Wioleta Gałat z Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie. – Podejście humanistyczne w organizacji pozwala na dostrzeżenie potencjału każdego pracownika, a także na zrozumienie indywidualnych decyzji podejmowanych przez pracowników oraz motywacji ich postępowania. Przy tak pojmowanym zarządzaniu różnorodność w zespole jest siłą, z której organizacja może czerpać korzyści, a godne traktowanie każdego pracownika zapewni jego lojalność wobec miejsca pracy.

Jak podkreśla dr n. med. Rafał Staszewski, zastępca prezesa Agencji Badań Medycznych, placówka medyczna, poza swoją funkcją diagnostyczną i leczniczą, powinna też być dobrym miejscem do pracy, zwłaszcza w czasach, gdy tak bardzo odczuwalne są braki kadrowe wśród personelu medycznego. – Wiele mówimy o efektywności, a mało uwagi poświęca się optymalizacji zarządzania placówką medyczną – mówi. – Skupiamy się na nowej aparaturze czy

nowych lekach, a szpital i przychodnia to przede wszystkim ludzie. Myśląc o innowacjach, bierzemy najczęściej pod uwagę kwestie produktowe, np. nowoczesną aparaturę, a zapominamy o innowacjach organizacyjnych. Tymczasem często nawet bardzo drobna zmiana w organizacji pracy może przynieść doskonałe efekty, które podczas codziennych dyżurów na oddziale docenią wszyscy.

Jako przykład takiej „drobnej-wielkiej" zmiany podaje... reorganizację umeblowania gabinetu lekarskiego w Mayo Clinic. Placówki te zerwały z tradycyjnym biurkiem oddzielającym pacjenta od lekarza na rzecz wspólnego stolika i ruchomego monitora, na którym można prezentować pacjentowi dokumentację i wyniki badań. Takie rozwiązanie znacząco poprawiło komunikację z pacjentem i wpłynęło na lepsze rozumienie procedur i większe zaangażowanie pacjenta w proces leczenia. Efekt, w postaci poprawy efektywności leczenia w tych klinikach, jest oczywisty i być może takie właśnie podejście do innowacji powoduje, że znajdują się one wśród najlepszych szpitali na świecie.

Żadna zmiana czy innowacja nie będzie jednak ani dobra, ani efektywna, jeśli do jej wprowadzenia nie zaangażujemy tych, których ona dotyczy, czyli personelu i pacjentów. – Zachęcam, aby projektując nowe rozwiązania organizacyjne, brać pod uwagę głos pacjentów. Zasada patient and public involvement w obszarze zarządzania podmiotami leczniczymi, organizacji badań czy eksperymentów medycznych jest standardem w większości krajów. My, niestety, robimy to często tylko dlatego, że „tak trzeba", albo – jak w przypadku akredytacji – ktoś nam kazał zbadać jakość.

Jednym z filarów turkusowej samoorganizacji jest wykorzystanie twórczego potencjału zespołów pracowników. Powinniśmy zapomnieć o klasycznym schemacie, w którym to menedżer ma monopol na wiedzę o zarządzaniu placówką. Turkusowa organizacja opiera się na współpracy i partnerstwie, i sama kreuje swoich liderów. Rolą menedżera jest wyznaczanie kierunku, ale powinien być otwarty na twórcze pomysły zespołu.

Dr Halina Kutaj-Wąsikowska z Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce uważa, że nasz system ochrony zdrowia bardzo potrzebuje turkusowej organizacji pracy, ponieważ przełoży się ona na bezpieczeństwo pacjentów:

– Patient safety culture to punkt wyjścia do wszelkich rozwiązań systemowych. Oznacza stworzenie opartego na współpracy środowiska, w którym poprawa skuteczności leczenia i bezpieczeństwo pacjentów jest wspólną

Fot. Grzegorz Chajdas

wartością i wspólnym celem organizacji – a to jest przecież myślenie turkusowe. Powinniśmy być szczerzy, otwarci i wzajemnie motywować się do zmian. Żeby jednak w jakiejkolwiek organizacji zacząć zmianę, należy wiedzieć, w którym punkcie jesteśmy.

Przeprowadzona w roku 2017 przez Centrum Monitorowania Jakości ankieta wykazała, że jedynie w nieco ponad połowie oddziałów czy działów placówek medycznych jest dokonywana analiza pracy personelu pod kątem ewentualnej poprawy bezpieczeństwa pacjenta. A w wielu placówkach medycznych kierownictwo wykazywało zainteresowanie bezpieczeństwem jedynie wtedy, gdy już doszło do zdarzenia niepożądanego.

Opublikowane w „British Medical Journal" w roku 2020 badania prof. Jeffrey Braithwaite'a z australijskiego Macquaire University wykazały, że jedynie 60 proc. świadczeń medycznych jest udzielanych całkowicie w oparciu o aktualną wiedzę medyczną! Jak wykazał profesor, 30 proc. świadczeń wykonuje się tak naprawdę niepotrzebnie, a aż 10 proc. niesie zagrożenie dla pacjentów.

A zdarzenia niepożądane to cierpienie pacjentów i ich rodzin, frustracja i poczucie porażki zespołu terapeutycznego, ale też ogromne koszty ekonomiczne dla całego systemu. Według danych OECD, w samej Wielkiej Brytanii roczny koszt takich zdarzeń stanowi ekwiwalent zatrudnienia 2,5 tys. lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub takiej samej liczby pielęgniarek w szpitalu.

– U nas o bezpieczeństwie i jakości mówi się ostatnio nieustannie, ale ten przekaz jest pełen skrajności – zaznacza dr Kutaj-Wąsikowska. – Albo mówimy, że jest bardzo dobrze, pokazujemy nowatorskie zabiegi operacyjne, sprzęt, chwalimy się nowymi lekami. Albo mówimy bardzo źle, pokazując brak dostępności do opieki zdrowotnej, długie kolejki, brak leków w aptekach. Brakuje modelu środka, rzetelnej analizy i szczerej rozmowy. Analiza sprowadza się najczęściej do szukania winnego, zamiast uczenia się na błędach i wprowadzenia procedur, które będą im zapobiegały.

– Każdego chciałbym zachęcić do turkusowego myślenia, życia i pracy – przekonuje prof. Andrzej Blikle, matematyk, przedsiębiorca i propagator turkusowego zarządzania w Polsce. – Dobre życie to poczucie, że to, co robimy, jest ważne, komuś potrzebne, pozwala nam się rozwijać oraz wykorzystywać i doskonalić nasze talenty. Dobre życie toczy się wśród ludzi, do których mamy zaufanie, a oni to zaufanie odwzajemniają. Praca w organizacjach zapewniających dobre życie jest radością, a przez to jest wydajniejsza, bardziej innowacyjna i obarczona mniejszą liczbą błędów. I to właśnie daje tym firmom przewagę na rynku. Przekształcenie firmy tradycyjnej w turkusową oznacza przemianę cywilizacyjną, ale wymaga determinacji i czasu.

Joanna Sieradzka

W Krakowie obradowali dentyści

O stomatologii przed wiekami i dziś, o najnowocześniejszych materiałach, technologiach, o postępie w diagnostyce i leczeniu, kierunkach prowadzonych badań i wielu innych problemach dyskutowano podczas XXXVIII Naukowo-Szkoleniowej Konferencji Sekcji Protetyki Stomatologicznej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, jaka odbyła się w Krakowie w dniach 15-17 czerwca.

By dyskutować o nowoczesnej stomatologii, do Krakowa przybyło grono znamienitych gości z kraju i zagranicy, których powitali prof. Małgorzata Pihut, kierownik Katedry Protetyki Stomatologicznej Instytutu Stomatologii UJ CM, przewodnicząca Komitetów Naukowego i Organizacyjnego Konferencji, oraz dr Krzysztof Gronkiewicz, także z IS, członek Komitetu Organizacyjnego. Patronat honorowy nad tym wydarzeniem objęli prorektor UJ ds. CM prof. Tomasz Grodzicki, prezydent PTS prof. Marzena Dominiak, Prezes ORL w Krakowie Robert Stępień, dyrektor Uniwersyteckiej

Fot. K. Domin

Dr Krzysztof Gronkiewicz, prof. Małgorzata Pihut, prof. Stanisław Kwiatkowski

Fot. K. Domin

Kliniki Stomatologicznej Marek Szwarczyński, a także Prezydent Krakowa i Marszałek Małopolski.

Temat przewodni Konferencji brzmiał „Współczesna protetyka stomatologiczna w służbie zdrowia ogólnego". Prof. Pihut zapraszając do Krakowa podkreślała, iż nowoczesna protetyka to nie tylko uzupełnienie braków w uzębieniu, ale holistyczne, wielospecjalistyczne podejście do zdrowia Polaków. Niestety, teoria mija się z praktyką – przypomniał prezes Robert Stępień w swym wystąpieniu podczas inauguracji konferencji. Powszechne ubezpieczenie zdrowotnie nie gwarantuje Polakom nawet najbardziej podstawowych świadczeń stomatologicznych, dostępu do nowoczesnych materiałów i procedur. Stan uzębienia Polaków jest tragiczny i należy zrobić wszystko, by tę sytuację zmienić, by nowoczesna stomatologia nie była luksusem.

Po swoim przemówieniu Robert Stępień wręczył okolicznościowy adres od Okręgowej Rady Lekarskiej prof. Stanisławowi Majewskiemu z okazji odnowienia doktoratu po 50 latach (na zdjęciu powyżej).

Złota rączka

Jest coś wielce niezrozumiałego, że w naszym kraju, który chlubi się jedną z najwyższych w świecie ilością magistrów, którego lekarze i inżynierowie, kierowcy i muzycy, informatycy i hydraulicy są poszukiwani w świecie, trwa jednocześnie prywatne polowanie w wielu gospodarstwach domowych na tzw. złotą rączkę. Na kogoś legitymizującego się nie tyle dyplomem, co pospolitymi w pewnym sensie umiejętnościami, bez których jednak funkcjonowanie gospodarstwa domowego, drobne remonty mieszkań i domków, sprawne działanie wielu elementów cywilizacji jest niemożliwe.

W renomowanym krakowskim szpitalu poddałem się ostatnio rutynowym, odpłatnym i wcale nie najtańszym badaniom. Lekarz przeprowadził je z należną starannością, gdzieś w ciągu 20 minut, a następnie zajął się – przez kolejne 40 minut – spisywaniem ich wyników z ekranu komputera. Wniosek o braku kadr medycznych na tym przykładzie jest nieuprawniony. Brakowało kogoś w rodzaju sekretarki medycznej, a więc tzw. personelu średniego.

Od czasu reform zapomnianego już rektora AGH prof. Mirosława Handke, ministra edukacji w rządzie Jerzego Buzka (1997-2000), którego dziełem było zastąpienie dwustopniowej struktury szkolnictwa (do której nie tak dawno wróciliśmy) wprowadzeniem gimnazjów, miało miejsce przy okazji utrącenie średniego szkolnictwa zawodowego jako zbyt drogiego. Wszystkim miała wystarczyć ogólna matura i pozbierać się po tej reformie nie możemy. Brakuje elektryków i brukarzy, malarzy i szklarzy, ale też mechaników i ślusarzy itd., w ogóle można to wyliczenie ciągnąć w nieskończoność. Oczywiście jakieś szczątki przetrwały, kolejne rządy powstrzymały zapędy likwidacyjne, ale ubytek szkolnictwa zawodowego był znaczący, tym bardziej że przy okazji zreformowano też szkolnictwo podstawowe.

Natomiast w naukach o zdrowiu padły licea medyczne oraz pomaturalne szkoły pielęgniarskie i felczerskie. Wiele ustaleń wynikało z negocjacji akcesyjnych do Unii Europejskiej, w których m.in. zawarto wymóg wyższego wykształcenia dla pielęgniarek. I pięknie. W teorii wszystko było słuszne, zastępowanie lekarza felczerem, co się zdarzało, było godne potępienia. Ale likwidacja w ogóle medycznego szkolnictwa średniego okazała się błędem. W to miejsce nie pojawiło się żadne szkolenie zawodowe niższej rangi niż studia co najmniej licencjackie. W niektórych krajach jest tu nawet kilka szczebli. Niech mi daruje Izba Pielęgniarek i Położnych, lecz panie magister pielęgniarstwa okazały się w wielu specjalizacjach „przerostem kwalifikacji" nad pospolitymi, a potrzebnymi umiejętnościami. Sam po zawale przeżyłem ciężkie chwile, gdy środki farmakologiczne okazały się w pewnej kwestii nieskuteczne i trzeba było wykonać zabieg mało estetyczny. Uratowała mnie pani salowa z wieloletnią praktyką. Stąd deklaruję szacunek dla pań salowych! Co nie oznacza braku szacunku dla pań pielęgniarek (i pielęgniarzy). Jednak przydałyby się jakieś mniejszej rangi kadry pomocnicze. A tak na marginesie, nie rozumiem, komu przeszkadza piękne słowo „Siostro!"? Komu i w czym uchybia? „Magisterka" jest lepsza?

Wracając do tematu deficytu kadr medycznych. Czy naprawdę w każdym dawnym mieście wojewódzkim musimy mieć uniwersytet medyczny, by kształcić lekarzy? Oczywiście aspiracje władz powiatowych, by legitymować się własnym uniwersytetem, są zrozumiałe. Tyle że praktyczny rezultat, przy koniecznym zachowaniu poziomu kształcenia lekarza, będzie opłakany. Taka polityka jest bez sensu. Jak to będzie z dyscyplinami wymagającymi edukacji klinicznej, przy braku kadr dydaktycznych i koniecznej bazy? Jednocześnie prezes Łukasz Jankowski, sądząc po publicznych deklaracjach, w ogóle nie rozumie słów odnoszących się do kandydatów na studia lekarskie w rodzaju „predyspozycje", „powołanie". Krótko. Testy przy takim masowym naborze stają się koniecznością, ale nie medyczną, a polityczną.

Na koniec pozostaje mi zatem jedynie pochwała „złotej rączki". Ratowała nas i ratuje w wielu przykrościach losowych. Niech trwa.

Stefan Ciepły

Na początku były ksenodochia

Z prof. Januszem Skalskim wędrówka po zamierzchłej przeszłości

Nie wiem, czy się Pan zgodzi, ale wygląda na to, że w porównaniu ze swoją rolą w średniowieczu, a nawet wcześniej, szpitale jakby zubożyły swój profil. Teraz przyjmują tylko chorych, a kiedyś były miejscem szeroko pojętego samarytanizmu. Trafiali do nich nie tylko chorzy, ale też biedni, bezdomni, ułomni, wędrowcy i pielgrzymi, wdowy i starcy, osamotnione dzieci...

– Albo biedni żacy. Były to po prostu przytułki, miejsca, gdzie można było uzyskać opiekę. Korzystali z nich umierający z głodu, ślepi i głusi, zarażeni trądem. Jest taka grecka nazwa na te miejsca: *ksenodochium*, która powiadamia, że jest to miejsce przyjazne, opiekuńcze, gdzie można się bezpiecznie zatrzymać. Były ksenodochia przeznaczone na krótki pobyt, na zatrzymanie się na noc, ale były i takie, które zapewniały opiekę przez dłuższy czas. Niezależnie istniały *gerontocomie* albo *gerotrophie* dla starszych ludzi. Były też *nosodochia* wyłącznie dla chorych, najbliższe dzisiejszym funkcjom szpitali. Słowem istniały różne odmiany tych ksenodochiów, a my w Europie zachodniej jako równoległą nazwę przyjęliśmy *hospitium* i *hospitale*, zaczerpniętą z języka łacińskiego.

Rycina przedstawiająca Szpital św. Ducha w Krakowie

Tymczasem cała idea szpitalnictwa wyszła z państw arabskich.

– Dokładnie tak. Gdzie jest jej początek? *Ksenodochium* w dawnym ujęciu to było miejsce dla człowieka pokrzywdzonego przez los, doświadczonego przykrymi zdarzeniami. Mogło to dotyczyć zarówno chorego, jak uszkodzonego w wyniku jakichś działań, znużonego podróżą wędrowca, mogło dotyczyć człowieka starego, ale też niemowlęcia. Wszyscy potrzebowali pomocy. Początek *ksenodochium* wiążemy z postacią Bazylego Wielkiego, świętego, który działał w Azji Mniejszej, na terenie Cezarei Kapadockiej. Otóż tam, w Sebaście, powstał prawdopodobnie pierwszy szpital na świecie. To był IV w., o ile pamiętam, 369 rok naszej ery. I to św. Bazyli Wielki zaproponował, żeby tam stworzyć *ksenodochium*, a współuczestniczyli w tym jego dwaj bracia, też święci, Piotr z Sebasty i Grzegorz z Nyssy. Kontynuatorem ich myśli o tego rodzaju placówce najprawdopodobniej był jeszcze św. Grzegorz z Nazjanzu. Czyli mamy czterech świętych, którzy zaczęli wcielać w życie tę ideę.

A rzecz upowszechniła się wtedy w kilku miastach na Bliskim Wschodzie, m.in. w Bizancjum, Damaszku, Bagdadzie...

– Rzeczywiście, pierwowzory światowego szpitalnictwa powstały wedle wzorów arabskich m.in. w Bagdadzie, Damaszku, Kairze i później w Kordobie. Dopiero po nich powstały najstarsze szpitale europejskie. Pierwszym był szpital w Paryżu, już w VII w., pod nazwą Hôtel Dieu, chociaż formalnie był uznany dopiero w XII w. Muszę tu jeszcze dodać, że o wiele wcześniej coś na kształt szpitala funkcjonowało w czasach rzymskich, starożytnych, przy legionach. W wyniku działań wojennych legioniści ulegali rozmaitym urazom, dlatego przy każdym legionie rzymskim był mini szpitalik, dostępny wyłącznie dla nich. Żaden inny poszkodowany nie mógł tam trafić. Czy był to wzór dla szpitalnictwa? Nie. Wzorem dla szpitalnictwa były szpitale arabskie, te, o których mówiliśmy wcześniej. Do wymienionych miast należałoby jeszcze doliczyć Konstantynopol, gdzie znajdował się szpital Chrystusa Pantokratora. Cieszył się on wielką sławą w całym ówczesnym świecie.

Czy tacy zwyczajni cyrulicy mieli jakiś kontakt ze szpitalnictwem?

– Mieli, przy czym zastrzegam, że mówimy o czasach wczesnego średniowiecza, gdy nie było jeszcze szkół medycznych, z którymi wiązani byli wykształceni lekarze. To była wtedy warstwa przyuczonych do zawodu para-medyków.

Kiedy pojawiły się zakony w roli organizatorów takich ośrodków?
– Tu dochodzimy do wojen krzyżowych, z którymi wielu historyków medycyny wiąże rozwój szpitalnictwa w Europie. Wojny krzyżowe to były największe operacje wojskowe średniowiecza. Było też w nich najwięcej poszkodowanych, wywodzących się spośród rycerzy, którzy trafiali na pola bitewne z całej nawiedzonej duchem mesjanizmu Europy. Urazowość w ówczesnych bitwach była ogromna, podobnie jak zapadalność na rozmaite choroby i epidemie. Niedola i okrutne męki rannych krzyżowców zmuszały dowódców do poszukiwania rozwiązań takich, aby ulżyć ich cierpieniom. Wzdłuż traktów przemarszu rycerzy krzyżowych zaczęły powstawać szpitale, prowadzone przez służby przysposobione do udzielania pomocy, jak na owe czasy wykształconych „medyków". Kto był wówczas wykształcony? Oczywiście zakonnicy, którzy zaczęli się specjalizować w leczeniu i odczuwali głęboką potrzebę niesienia pomocy samarytańskiej. Czyli wszystko się łączyło w bardzo logiczną całość. Tu wojna krzyżowa o wiarę katolicką, a tu staje przed nami wyzwanie, by pomagać tym, którzy pełnią swoją misję. I tak na drodze wypraw tych rycerzy do Ziemi Świętej tworzyły się pierwowzory szpitali.

A te główne zakony to?
– Joannici, zwani też szpitalnikami, z Rycerskiego Zakonu św. Jana; dalej duchacy z zakonu Ducha Świętego (*Spiritus Sancti de Saxia*), czy inaczej duchakowie; kolejni to bożogrobcy, czyli zakonnicy Grobu Bożego; następni to antonianie, czyli zakonnicy od św. Antoniego; wreszcie Krzyżacy, którzy się u nas tak źle zasłużyli, a którzy mieli w swych szeregach najliczniejszą grupę najbardziej wyspecjalizowanych lekarzy w Europie.

Pisze Pan w swoich „Dziejach medycyny w Polsce", że Krzyżacy założyli pierwsze szpitale na naszych ziemiach w Gdańsku.
– Rzeczywiście to prawda. Był to szpital duchaków, a fundował go dla Gdańska zakon Najświętszej Maryi Panny Domu Niemieckiego. To są ci sami Krzyżacy, którzy palili wsie i mordowali ludzi na północnym Mazowszu, na Kujawach i Pomorzu Gdańskim. Ale to byli równocześnie zakonnicy, którzy pełnili w swoim mniemaniu Bożą posługę, fatalnie zresztą pojmowaną. Takie zakłamanie było i, jak pan wie, we współczesnym świecie też się zdarza. Ale nie skończyliśmy tej listy zakonów szpitalnych, bo jeszcze zostali benedyktyni oraz założeni według ich reguły cystersi. Benedyktyni słynęli ze swej pracowitości zgodnie z zasadą *Ora et labora*, kierowali się też

Szpital św. Rocha w Krakowie

obowiązkiem pomocy dla ludzi poszkodowanych. Poza swą benedyktyńską pracą nad księgami, ręcznym przepisywaniem tekstów uczonych ksiąg; nad uprawą roli dla własnych potrzeb, mieli też podstawowe zadanie, nakreślone przez św. Benedykta, by przy każdym klasztorze, przy każdym zakonie istniało *ksenodochium*, służące doświadczonym przez los.

Jeśli pamiętam, ich rodowód sięga słynnego wzgórza klasztornego niedaleko Neapolu, pod nazwą Monte Cassino.
– O ile dobrze kojarzę, klasztor na Monte Cassino powstał w VII w., założony przez św. Benedykta (*w roku 651 – dop. red.*). To najstarszy klasztor benedyktynów w Europie. Musiał też mieć *ksenodochium*, ale pierwszeństwo, gdy chodzi o szpitale w Europie, przypisuje się wspomnianemu szpitalowi Hôtel Dieu, powstałemu w połowie VII w. w Paryżu. W okresie późnego średniowiecza posiadał 1200 łóżek, przyjmował do 3500 chorych, a na jednego lekarza przypadało ponad 400 pacjentów, wizytowanych dwa razy w tygodniu. W Europie jest więcej takich ciekawych miejsc, np. we Francji jednym z najstarszych jest też szpital w Angers, powstały w X w., równie stary jest szpital w Canterbury w Anglii czy św. Bartłomieja w Londynie. To wszystko się dzieje mniej więcej w tym samym czasie – między X a XII w. powstają najstarsze europejskie szpitale, wkrótce później Santa Maria Nuova we Florencji i szpital św. Ducha w Wiedniu. My też nie byliśmy od tego daleko.

No właśnie, jak wyglądały początki szpitalnictwa w Polsce? Czy pierwsi byli cystersi?
– Trzeba wymienić równolegle kilka zakonów. Pierwsi byli rzeczywiście cystersi na Dolnym Śląsku, we Wrocławiu.

Początki szpitala Najświętszej Maryi Panny sytuuje się na 1108 r. Duchacy, sprowadzeni z Vienne, pojawiają się dopiero w 1203 r., przy czym nie wiadomo dokładnie, czy chodzi o Wiedeń, czy o miejscowość we Francji.

Wrocław to Breslau?
– Nie powinniśmy mieć wątpliwości, jak ten nasz Wrocław nazywać. Ale żeby nie pomieszać polskich początków szpitalnictwa, trzeba wspomnieć, że na Górze Ślęży w Sobótce już w 1108 r. był założony przez Piotra Własta klasztor, a przy nim hospicjum. Natomiast szpital Najświętszej Maryi Panny we Wrocławiu też powstał z początkiem XII w. Z kolei szpital augustianów odnotujmy w 1217 r., a św. Michała w Poznaniu to...

Przepraszam Panie Profesorze, może już przejdźmy na rodzimy grunt, do Krakowa czy Małopolski...
– Pan się zdziwi, bo ja sobie tych pierwszych średniowiecznych szpitali krakowskich wypisałem 12, a z początkiem renesansu wiążę dwa następne. Zacząć musimy od sprowadzenia duchaków do Sławkowa koło Olkusza. To jest ciekawa historia, mamy w Krakowie ulicę Sławkowską, a krakowianie nie wiedzą, skąd się wzięła ta nazwa. Sławków to było bardzo ważne miejsce na trasie między Krakowem a Wrocławiem. Wiodła tędy tak zwana droga królewska *Via Regia*. To tam najczęściej zatrzymywali się podróżni, bo było to miejsce szczególnie bogate dzięki znajdującym się tam kopalniom ołowiu, srebra i cyny. Nadszedł XIII w. i okres największego rozkwitu Sławkowa. Wcale nie Olkusz był tu najważniejszy. Podróżni zostawiali tu mnóstwo pieniędzy w karczmach, nocowali w zajazdach i gościńcach, których było sporo.

I tu właśnie biskup krakowski Pełka (źródła nie podają imienia) sprowadził duchaków, jako do miejsca, w którym będą się mogli utrzymać. Nadał im także stosowne dobra dla rozbudowy, ale przydarzyła się nieoczekiwanie przykra historia. Oto w XIII w. zaczęły gwałtownie kurczyć się złoża srebra, a do złóż cyny wrócono dopiero sześć stuleci później. Biskupstwo, widząc kłopoty duchaków, przeniosło ich pod Kraków, a konkretnie na Prądnik. I tam powstał ich pierwszy szpital.

Brakuje nam jeszcze jedenastu...
– Zaraz. Duchaków sprowadził do Polski biskup Pełka, natomiast do podkrakowskiej wsi Prądnik przeprowadził ich biskup Iwo Odrowąż, kanclerz Leszka Białego. To był 1220 r. Biskup był niezwykle zamożnym człowiekiem, sprowadził

Szpital w Kazimierzu Dolnym

ich w rejon swoich dóbr, wywołując ducha rywalizacji u spokrewnionego z nim biskupa Jana Prandoty.

Tego, którego ulicę mamy wzdłuż cmentarza Rakowickiego?
– Tak, to o niego chodzi, biskupa związanego m.in. z podkrakowską wsią Prandocin, która wśród innych włości należała od XI w. do rodu Prandotów. Prandota wielce się zasłużył dla szpitalnictwa krakowskiego.

W 1244 r. Odrowąż sprowadził duchaków do Krakowa, rozpoczynając budowę szpitala i kościoła pod wezwaniem św. Ducha. Niektórzy uważają tę datę za początek szpitalnictwa krakowskiego. Inni, jak np. prof. Leon Wachholz, uważali, że było to wcześniej, w 1220 r., uznając Prądnik za właściwy początek. Warto tu wspomnieć niezrównane dzieło profesora Wachholza, przygotowane na 700 lat szpitalnictwa krakowskiego (*„Szpitale krakowskie 1220-1920"*), wydane

po raz pierwszy w 1924 roku. Natomiast szpital duchaków, z czasem bardzo rozbudowany i piękny, został niestety zburzony w 1886 r., przy ogromnym proteście Jana Matejki. Miał on wtedy w sprzeciwie rezygnować z tytułu honorowego obywatela miasta i zapowiedział, że odtąd nie wystawi w Krakowie żadnych swoich dzieł.

Czy to się nie wiązało z budową nowego teatru miejskiego?

– Z tego właśnie wynikło. Matejko uważał, że szpital duchaków to zabytek, którego nie należy ruszać, skoro przetrwał tyle stuleci. Bezskutecznie podsuwał nawet rajcom miasta taki pomysł, aby w starych zabudowaniach szpitalnych zorganizować szkołę sztuk pięknych.

Ja o każdym kolejnym szpitalu mogę coś powiedzieć, ale najpierw muszę je wymienić. I tak Szpital św. Leonarda dla trędowatych był założony w 1327 r. W podobnym czasie powstało leprozorium św. Walentego na Kleparzu. Dalej istniał szpital dla wysłużonych i chorych kapłanów, św. Marcina przy ul. Grodzkiej, założony w 1440 r. Więcej możemy powiedzieć o Szpitalu św. Rocha, bo on przetrwał do dzisiejszego dnia, to piękny budynek na rogu ul. Szpitalnej i św. Marka, tzw. Dom pod Krzyżem. Początkowo był drewniany, później w 1474 r. w tym miejscu powstał szpital z cegły. Na jego frontonie znajduje się kapliczka św. Rocha. To był szpital dla biednych żaków, biednych scholarów Akademii Krakowskiej i uczniów różnych innych szkół.

Dalej istniał Szpital św. Sebastiana i św. Rocha dla pacjentów syfilitycznych. I tu zbliżamy się do przełomu XV/XVI w., kiedy wymienić trzeba Szpital św. Szczepana dla niezamożnych kupców i mieszczan i Szpital Miłosierdzia Bożego, jednego z najstarszych przytułków, ale którego daty powstania nie udało się sprecyzować. Pominęliśmy Szpital św. Jadwigi za bramą Wiślną z 1358 r. Bywa i tak, że po czterech wiekach na miejscu dawnego szpitala z 1351 r. stanie normalna kamienica czynszowa, tak było na Stradomiu. Pozostały tam jedynie ślady po szpitaliku św. Jadwigi. Wymienić też trzeba Szpital św. Mikołaja przy kościele pod tym wezwaniem, przeznaczony najprawdopodobniej dla potrzeb Akademii Krakowskiej. Podobny ekskluzywny profil miał szpital dla kapituły, zwany Szpitalem Ligęzy na Stradomiu. Nieco młodszy jest szpital dla ubogich wdów i starych panien przy ul. Szpitalnej, ale tu już, podobnie jak ze szpitalem bonifratrów (1610 r.), wykraczamy poza średniowiecze. Doliczyłem się 12 pozycji, które możemy łączyć ze średniowieczem, a pan?

Szpital św. Ducha w Bieczu

Czy nie przemilczeliśmy czegoś ważnego w Małopolsce lub na Podkarpaciu? Przede wszystkim pominął Pan Tyniec...

– W Tyńcu było tylko *ksenodochium* przyklasztorne. Trudno powiedzieć, żeby tam był szpital. Natomiast naszą wielką dumą jest jeden z najpiękniejszych dawnych szpitali polskich z prawdziwego zdarzenia, szpital w Bieczu, ufundowany przez św. Jadwigę. On został współcześnie odrestaurowany i budzi naprawdę zachwyt. Dzięki uprzejmości burmistrza Biecza, pana Mirosława Wędrychowicza uzyskaliśmy aktualne zdjęcie (*patrz fot.*).

Z bardzo starych szpitali w regionie proponowałbym jeszcze dodać szpital w Nowym Wiśniczu z 1641 r., który miał pełnić rolę leprozorium, ale trądu nie było w tym rejonie Europy, pojawiał się rzadko, więc go przekształcono w szpital, a w zasadzie dom dla ubogich, utrzymywany przez władców zamku wiśnickiego. Jego pozostała bryła znajduje się blisko Rynku Wiśnickiego, mieści się tam muzeum.

Natomiast w Polsce uważa się, że najpiękniejszym starym szpitalem, który zachował się do dzisiejszego dnia, jest renesansowy Szpital św. Anny w Kazimierzu Dolnym nad Wisłą. To rzeczywiście jest perełka. W Krakowie ze starych szpitali mamy zachowany Szpital św. Rocha i uważam, że jego obejrzenie powinno być obowiązkiem studentów Collegium Medicum, by wiedzieli, jak to kiedyś wyglądało.

Rozmawiał: Stefan Ciepły
Ilustracje: arch. J. Skalskiego

Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera działa już 30 lat

Po minach do sukcesu

30 lat? Tylko tyle? – można spytać w ponadtysiącletnim Krakowie. Taki właśnie jubileusz obchodzi w tym roku krakowski Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera. Jednak historia tej lecznicy zaczęła się dwadzieścia lat wcześniej i przypominała w tym okresie filmy Hitchcocka – „na początku trzęsienie ziemi a potem napięcie już tylko rośnie". W „Rydygierze" na początku była bomba, potem napięcie sięgało zenitu, ale dziś to jeden z najprężniej działających szpitali w regionie, jedyny będący spółką prawa handlowego, nieprzynoszący strat, za to wiele korzyści pacjentom i systemowi ochrony zdrowia. Są więc powody do świętowania, choć w ramach rocznicy kadra tego szpitala zamiast hucznie się bawić, podjęła się także dodatkowej pracy na rzecz pacjentów.

Na zaminowanym polu

Kraj miał rosnąć w siłę, a ludzie mieli się bogacić, tymczasem leczyć nie było gdzie – być może tak myśleli decydenci, planując na początku lat 70. ubiegłego wieku budowę nowego szpitala dla Nowej Huty, dzielnicy wówczas wciąż jeszcze będącej oczkiem w głowie socjalistycznej władzy. Wskazano teren – tuż za bieńczycką pętlą tramwajową. Dalej nie było już nic, tylko łąki, pola i tory kolejowe do Warszawy. Nic więc dziwnego, że budynek szpitala miał być wielki – wysoki na tyle, by z pociągu do Warszawy było go widać, nawet jeśli przeszkadzało w tym kilka pagórków.

Formalna decyzja o budowie szpitala zapadła 29 czerwca 1974 roku. Jego wizję ma opracować „Miasto Projekt Kraków", generalnym wykonawcą ma być Budopol, a za projekt i założenia techniczne odpowiadał Władysław Wichman. Oczekiwania spełniono – na 16 ha dawnego lotniska zaprojektowano budowlę o 15 kondygnacjach i głębokich podziemiach oraz wiele obiektów uzupełniających.

Trudno powiedzieć, czy ktoś to przeoczył, czy zlekceważono fakt, iż było tu kiedyś lotnisko wojskowe. Koparki, które wjechały na ten teren 5 grudnia 1975 roku, musiały więc prawie natychmiast z niego wyjechać, bo w ziemi odkryto niezliczone ilości bomb, pocisków i innych materiałów wybuchowych. I tak, przez wiele kolejnych lat nad budową Szpitala B – jak roboczo nazwano nowy nowohucki szpital – zaciążyło fatum. Wszystko szło jak po grudzie, przyszły lata 80., brakowało materiałów, nowoczesnych technologii,

Fot. Jan Zych

pieniędzy, a w tamtym czasie nikt już do polskich władz pomocnej ręki nie wyciągał, wręcz przeciwnie. Bez zachodnich technologii w wielkim budynku nie można było np. rozwiązać problemów z wentylacją.

Zarządzanie kryzysem

Planowane na 1985 rok otwarcie szpitala stało się nierealne, jednak zapaleńcy się nie poddawali. Projektowaniem poszczególnych oddziałów i planowaniem zakupów sprzętu medycznego zajęli się konsultanci medyczni różnych specjalności, m.in. wybitni profesorowie Julian Blicharski, Zbigniew Chłap, Marek Sych, Mieczysław Politowski, Janina Markowa, Jan Sznajda, Stanisław Grochala, Jan Madeja.

1 lipca 1987 roku dyrektorem Szpitala B zostaje Andrzej Hydzik, lekarz reumatolog, wcześniej dyrektor krakowskiego Szpitala im. Narutowicza. Już w 1988 roku, kiedy lecznica

Fot. Archiwum Szpitala

nie jest jeszcze nawet w stanie „deweloperskim", powołani zostają ordynatorzy planowanych oddziałów. W pierwszej, historycznej kadrze lekarskiej szpitala znaleźli się: Barbara Hoszowska (rehabilitacja), Elżbieta Budzanowska (dermatologia), Wiesław Piotrowski (kardiologia), Olgierd Smoleński (nefrologia), Andrzej Fałek (otolaryngologia), Ewa Mańko (neurologia), Zbigniew Piasecki (urologia), Tadeusz Niedźwiedzki (ortopedia), Artur Hartwich (chirurgia ogólna) i Tadeusz Żelazny (anestezjologia).

W 1988 roku „Gazeta Krakowska" rozpisuje konkurs na nazwę szpitala. Zwycięża postać jednego z najwybitniejszych polskich lekarzy, Ludwika Rydygiera, chirurga o światowej sławie. Niestety, wybór patrona nie pomógł w przyspieszeniu prac budowlanych. Pojawiły się nawet głosy, by wstrzymać budowę, obiekt przeznaczyć do innych celów, np. uruchomić w nim hotel. Sens dalszego finansowania przedsięwzięcia podważa nawet Najwyższa Izba Kontroli. W październiku 1991 roku w Urzędzie Wojewódzkim zapada więc decyzja o wstrzymaniu budowy, jednocześnie MPEC zakręca kurki i na progu zimy niedokończony szpital zostaje bez ogrzewania. Dyrektor Hydzik i kadra szpitala nie poddali się jednak. Już w maju 1990 roku udało się otworzyć pierwszą „medyczną jednostkę" – Ośrodek Szybkiej Diagnostyki Medycznej. Pojawiają się w nim dobrze wyposażone poradnie kardiologiczna i dermatologiczna, warta miliony dolarów aparatura RTG, USG, tomograf. W gotowości czekają nie tylko ordynatorzy, ale też cały zespół lekarski i pielęgniarski.

W końcu ówczesny wojewoda krakowski Tadeusz Piekarz cofa decyzję o likwidacji. Udaje się uruchomić kolejne jednostki szpitala, w tym Stację Dializ, zakłady diagnostyki laboratoryjnej, RTG, rehabilitacji. „Rydygier" nawiązuje współpracę z zagranicznymi ośrodkami, znajduje partnerów i sponsorów. Na koniec 1992 roku jest gotowy do prowadzenia szpitalnej działalności.

Historia się toczy

20 grudnia 1993 roku Szpital im. Ludwika Rydygiera w Krakowie zostaje uroczyście otwarty. Wstęgę przecinają m.in. wojewoda Tadeusz Piekarz, prezydent Krakowa Józef Lassota i mocno wspierający duchowo to przedsięwzięcie kardynał Franciszek Macharski. Tego dnia przekazano pacjentom pięć oddziałów – rehabilitacji, chorób wewnętrznych, hematologii, nefrologii i dermatologii, działające na trzech górnych piętrach 11-kondygnacyjnego budynku. Pierwszego pacjenta przyjęto tu 3 stycznia 1994 roku.

20 czerwca 1996 roku Szpital zostaje wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej. Stopniowo zaczynają działać kolejne oddziały, w tym przeniesiona ze Szpitala Bonifratrów neuroortopedia (1997) czy dwie uniwersyteckie kliniki – chirurgii szczękowo-twarzowej i toksykologii (1999). Szpital staje się pełnoprofilową placówką medyczną, a prasa już nie apeluje o jego zamknięcie, lecz informuje, iż jest on najnowocześniejszym w kraju. Na czele poszczególnych oddziałów staje grono wybitnych lekarzy, ich nazwiska przyciągają kolejnych. Kiedy więc po 14 latach ciężkiej pracy, w 2001 roku dyrektor Andrzej Hydzik postanowił przejść na emeryturę, mógł to uczynić z ogromną satysfakcją i dumą z przeprowadzenia tego wielokrotnie tonącego okrętu przez tak trudne lata. Żegnali go wszyscy pracownicy – ponad 1000 osób.

Przez kolejne cztery lata szpitalem kierował Krzysztof Kiciński, który zasłynął m.in. tym, że jako pierwszy dyrektor szpitala w Polsce wytoczył i wygrał proces z NFZ o zwrot pieniędzy za ustawowe podwyżki wynagrodzeń dla pielęgniarek. W 2005 roku zastąpił go Krzysztof Kłos. Szpital znów stał na krawędzi – groziło mu bankructwo. I znów „Rydygier" staje się pionierem – 1 kwietnia 2010 roku, bynajmniej nie w primaaprilisowym żarcie, następuje likwidacja SPZOZ Woj. Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera i powołanie jednoosobowej spółki prawa handlowego Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera Sp. z o.o. , należącej do Województwa Małopolskiego, na czele już nie z dyrektorem, a prezesem. Jednocześnie umorzono 80 procent szpitalnych długów, ale komercjalizacja placówki nie wzbudziła zachwytu wśród pracowników. I te problemy w końcu udało się przezwyciężyć, wprowadzając mechanizmy lepiej realizujące zasadę „jaka praca, taka płaca". W 2011 roku w fotelu prezesa szpitalnej spółki zasiada Wojciech Szafrański. Szpital wciąż się rozwija, m.in. inwestując w onkologię, specjalizując się w rzadkich procedurach np. z zakresu mikrochirurgii, chirurgii plastycznej czy leczenia oparzeń.

Fot. Archiwum Szpitala

Na kolejne 30 lat

Dziś „Rydygier" to 668 łóżek na 24 oddziałach, gdzie każdego roku leczonych jest ponad 35 tys. pacjentów. To też 28 specjalistycznych poradni (ok. 150 tys. pacjentów rocznie) i 150 łóżek w Zakładzie Opieki Długoterminowej w Makowie Podhalańskim. W ramach pomocy SOR rocznie konsultowanych jest 24 tys. osób, 11 tys. chorych uzyskuje pomoc w systemie opieki ambulatoryjnej POZ. 6 tys. procedur medycznych rocznie wykonywanych jest w trybie usług komercyjnych.

Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera, którego prezesem od lipca 2019 roku jest Artur Asztabski, zatrudnia obecnie ponad 1700 pracowników. Wszyscy mają powody do satysfakcji. „Rydygier" jest np. w Małopolsce liderem pod względem wartości wykonywanych świadczeń onkologicznych. Już w 2021 roku, według danych małopolskiego oddziału NFZ, wykonał najwięcej procedur onkologicznych z wszystkich 35 placówek, które w regionie opiekują się pacjentami z chorobą nowotworową. Wysoką jakość tych świadczeń potwierdziła Fundacja Alivia, która – na podstawie opinii pacjentów w portalu Onkomapa – przyznała „Rydygierowi" pierwsze miejsce w Małopolsce i trzecie w kraju w rankingu polskich szpitali onkologicznych. Niewątpliwym sukcesem był również udział Szpitala im. Ludwika Rydygiera w prestiżowym rankingu World's Best Hospitals, porównującym 2 tys. placówek medycznych z 25 krajów świata, w którym krakowski szpital w 2021 roku zdobył tytuł trzeciego najlepszego szpitala z Polski.

„Rydygier" był np. pierwszą placówką realizującą w Małopolsce Program KON-JG (program leczenia nowotworu jelita grubego), oferujący w jednym ośrodku radioterapię, chemioterapię oraz chirurgię, czyli pełne, kompleksowe leczenie. Obecnie wykonuje takich procedur ok. 250 rocznie, co kwalifikuje szpital do grupy tzw. *high volume center* (zabiegi przeprowadzane są praktycznie wyłącznie techniką laparoskopową).

W „Rydygierze" aż 8 oddziałów realizuje pakiet onkologiczny, chemioterapię oraz ponad 30 programów lekowych, dedykowanych określonym nowotworom.

– Szpital, ze względu na swoją wieloprofilowość, jest w stanie zabezpieczyć każdy etap ścieżki diagnostycznej zarówno w lecznictwie ambulatoryjnym, jak i lecznictwie szpitalnym. Na Oddziałach Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Radioterapii, Onkologii i Hematologii pracuje doświadczony zespół pielęgniarski oraz łącznie 95 lekarzy, wśród których połowa posiada specjalizację z onkologii. Pozwala to rozwijać również działalność edukacyjną szpitala, który jednocześnie stanowi bazę szkoleniową dla innych placówek w regionie – mówi prezes Artur Asztabski.

Jednocześnie z nagradzaną działalnością medyczną prowadzona jest gruntowna modernizacja placówki. Jej efekty zobaczyć może każdy – począwszy od termomodernizacji wielkiego budynku, całkowicie nowego wejścia do szpitala (nowego hallu głównego), przez poszczególne oddziały, na których nieustannie wymieniana jest nie tylko farba na ścianach i okna, ale także aparatura medyczna.

Pilnym wyzwaniem pozostają jednak nowe budynki dla obleganych poradni specjalistycznych czy kilkupoziomowy parking z lądowiskiem dla helikopterów – jedno z marzeń nie tylko kadry zarządzającej.

Czasem na drodze do spełnienia marzeń stają przeszkody, których nie da się przewidzieć. Wyjątkowym wyzwaniem była pandemia COVID-19. To właśnie „Rydygier" uruchomił w halach EXPO Kraków szpital tymczasowy dla pacjentów z koronawirusem. Wśród 200 osób pracujących w tym wyjątkowym miejscu było aż 70 na co dzień związanych ze Szpitalem im. Rydygiera. Kiedy wygasła pandemia, nadal tam działał, prowadząc największy w regionie punkt szczepień.

Szpital rozwija się dziś kierunkowo. Czy status spółki prawa handlowego pomaga w realizacji planów, czy łatwiej prowadzić szpital w takiej formie? Za „Rydygierem" nie poszli inni, komercjalizacja nie stała się powszechną metodą uzdrawiania systemu.

– Kiedy obejmowałem swoje stanowisko, myślałem, że będzie tu większa swoboda działania. Tymczasem w zarządzaniu obowiązują nas liczne ograniczenia, skomplikowane procedury, których nie ma w szpitalu publicznym. Na przykład często drobna, wydawałoby się oczywista

zmiana w organizacji pracy wymaga także zmiany w statucie spółki, co nie jest ani szybkie, ani proste. Jest nam także trudniej, bo spoczywa na nas bez porównania większa odpowiedzialność. Jako spółka nie możemy się zadłużać i żadnych długów nie mamy. Nie jesteśmy też spółką nastawioną na zysk, a jednak udaje nam się realizować wszystkie plany i – co najważniejsze – mamy uznanie pacjentów. Nie tylko krakowianie, także chorzy z odległych regionów Polski chcą się u nas leczyć. Dlatego ten jubileusz koncentruje się nie na akademiach, ale na jeszcze ciężej pracy – podkreśla doktor Artur Asztabski, prezes „Rydygiera", ale też przede wszystkim lekarz, zachęcając do skorzystania m.in. z jubileuszowej, całorocznej akcji „30 wydarzeń na 30-lecie" (choć w sumie przewidziano ich 50) – bardzo różnorodnej oferty dodatkowych, bezpłatnych badań profilaktycznych i konsultacji.

Myślano o pacjentach, pamiętano też o współtwórcach „Rydygiera". W maju spotkali się najstarsi pracownicy szpitala. W niejednym oku zakręciła się łza wzruszenia, ale o tym poniżej...

Opr. na podstawie materiałów własnych Szpitala (JGH)

Jubileuszowe spotkanie w „Rydygierze"

„Przyszli wszyscy, a może nawet więcej" – tak 23 maja prezes Artur Asztabski u drzwi szpitalnej auli skomentował tłum przybyły na spotkanie byłych pracowników z okazji jubileuszu 30-lecia Szpitala im. L. Rydygiera. Nawet miejsca stojące pod ścianami były zajęte. Serdeczne uściski, radosne pozdrowienia, okrzyki „Marta!", „Maciek!", „Bożena!", „Piotruś!" – osób, które niegdyś codziennie się tutaj widywały, nadały niezwykły klimat wydarzeniu, w którym uczestniczyło bardzo wiele lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów i innych pracowników, którzy kiedyś związani byli z tym szpitalem.

Fot. Archiwum Szpitala

Przybyli też byli dawni szefowie szpitala – Krzysztof Kiciński, Krzysztof Król i Wojciech Szafrański. Szczególnie serdecznie witany był najstarszy bodaj z ordynatorów, prof. Janusz Pach, szef i założyciel uniwersyteckiej wtedy toksykologii. Obecne były także dzieci zmarłego przed laty, pierwszego dyrektora szpitala i jego budowniczego doktora Andrzeja Hydzika, również lekarze Piotr Hydzik i Karolina Sobocińska. Wybitnemu talentowi organizacyjnemu Andrzeja Hydzika, który przetrwał próby porzucenia projektu uruchomienia tej placówki, jak i rozmaite zawirowania na placu budowy (o czym w tekście powyżej), sporo uwagi poświęcił w swoim okazjonalnym wystąpieniu doktor Artur Asztabski, obecny prezes „Rydygiera".

Wspominano wiele postaci związanych niegdyś z tą placówką. Lista jest długa, nie sposób wymienić, ale podkreślimy, iż wśród wyróżnionych imiennie ordynatorów znalazło się dwoje naszych wieloletnich redakcyjnych współpracowników, członków naszego poprzedniego i obecnego kolegium redakcyjnego. Są to doktor Bożena Kozanecka, niegdyś m.in. kierująca SOR w Szpitalu im. Rydygiera, a obecnie przewodnicząca Okręgowego Sądu Lekarskiego, oraz doktor Artur Hartwich, wieloletni ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej. W jego osobie szpital znalazł też inicjatora i organizatora Forum Lekarzy Szpitala im. Rydygiera, cieszącej się dużym zainteresowaniem i uznaniem dorocznej konferencji naukowo-szkoleniowej organizowanej w tej jednostce, o 20-letniej już tradycji.

Podziękowaniom za organizację jubileuszowego spotkania dla byłych pracowników „Rydygiera" nie było końca. 30-lecie to w Krakowie może niezbyt imponująca okoliczność, ale też szpital nie nadał jej w tym przypadku ceremonialnej formy „spotkania z władzami", lecz uczynił z tego wydarzenia pełną wzruszeń i ciepłych uczuć wędrówkę do tego, co warto pamiętać.

(cis)

Fluorochinolony – racjonalizacja zastosowań sposobem na zagrożenia działaniami niepożądanymi

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

Dramatycznie wzrasta liczba zgłaszanych działań niepożądanych u pacjentów leczonych antybiotykami z grupy fluorochinolonów (cyprofloksacyna, moksyfloksacyna, lewofloksacyna, gemifloksacyna). Ze względu na szerokie spektrum działania fluorochinolony są bardzo często stosowane w leczeniu ciężkich i powikłanych infekcji bakteryjnych. Niestety, w większości przypadków, w których występują powikłania terapeutyczne, fluorochinolony bywają zlecane z naruszeniem racjonalnych zasad ich stosowania.

Na początek wykaz najistotniejszych zagrożeń, będących wynikiem niepożądanych działań fluorochinolonów.

DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE	ZAGROŻENIA
Kolagenotoksyczność	Może wywołać artralgię, w tym o charakterze przewlekłym, obrzęk i ból stawów. Opisywano przypadki pęknięcia woreczka żółciowego w przypadku zapalenia ze współwystępującą kamicą
Tendinopatia	Może powodować zapalenie ścięgien i zerwanie ścięgien
Indukowanie neuropatii obwodowej	Fluorochinolony nie są zalecane w przypadku współistniejących objawów bólu neuropatycznego. Nie zaleca się ich stosowania u pacjentów z neuropatią po leczeniu systemowym, w przypadku bolesnej neuropatii cukrzycowej, neuralgii trójdzielnej oraz w przypadku neuralgii popółpaścowej. U pacjentów po amputacji zwiększają ryzyko wystąpienia fantomowego bólu kikuta. W tym miejscu warto przypomnieć, że neuropatię obwodową mogą też indukować inne leki przeciwbakteryjne, jak np.: metronidazol, linezolid lub nitrofurantoina.
Wpływ na ośrodkowy układ nerwowy	W praktyce najczęstsze objawy niepożądane ze strony OUN to: uczucie zmęczenia, problemy z koncentracją, zaburzenia pamięci, uszkodzenie słuchu, smaku i wzroku, zaburzenia snu.
Niedomykalność zastawek	Fluorochinolony mogą 2-krotnie zwiększać ryzyko niedomykalności zastawki mitralnej i aortalnej serca. Ryzyko to dodatkowo potęgują wrodzone wady serca, nadciśnienie tętnicze, reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) czy zespół Turnera.
Pęknięcie tętniaka	Fluorochinolony podawane ogólnoustrojowo i wziewnie mogą zwiększać ryzyko wystąpienia tętniaka i rozwarstwienia aorty, szczególnie u osób starszych i predysponowanych. Czynniki predysponujące do wystąpienia tętniaka i rozwarstwienia aorty obejmują: dodatni wywiad rodzinny w kierunku tętniaka, wcześniejsze występowanie tętniaka lub rozwarstwienia aorty, zespół Marfana, zespół Ehlersa-Danlosa typu naczyniowego, różne postacie zapalenia naczyń, nadciśnienie tętnicze i miażdżyca.

Czynnikami, które zwiększają ryzyko wystąpienia zagrożeń, są: wiek powyżej 60 lat, uszkodzenie nerek, stan po transplantacji narządów oraz jednoczesne stosowanie glikokortykosteroidów.

W przypadku wystąpienia objawów niepożądanych leczenie fluorochinolonami należy niezwłocznie przerwać z uwagi na potencjalnie nieodwracalny charakter powikłań.

Zalecenia praktyczne

W praktyce zaleca się ograniczenie stosowania fluorochinolonów wyłącznie do sytuacji, gdy nie ma możliwości zastosowania leków alternatywnych. W szczególności nie poleca się ich podawania w przypadku nawracających zakażeń układu moczowego, przewlekłego zapalenia prostaty, profilaktyce biegunki podróżnych oraz w leczeniu łagodnych i miernie nasilonych zakażeń bakteryjnych, które mogą być leczone innymi lekami przeciwbakteryjnymi.

Częstym błędem jest stosowanie fluorochinolonów u mężczyzn z przewlekłym zapaleniem gruczołu krokowego. Wówczas najczęściej mamy do czynienia z prostatodynią, czyli z sytuacją, gdy patomechanizm dolegliwości bólowych ma charakter neuropatyczno-nocyplastyczny a fluorochinolony mogą nasilać istniejące już dolegliwości bólowe.

Podobne zjawisko może mieć miejsce w przypadku ordynowania fluorochinolonów w infekcjach dróg rodnych, doprowadzając do vulvodynii.

Poniżej przedstawiono najczęściej obserwowane przejawy bólu, które mogą być indukowane przez fluorochinolony.

Nasilenie objawów bólu neuropatycznego

- Wzrost ryzyka wystąpienia bólu fantomowego, bólu kikuta po amputacji
- Mialgia (najczęściej występuje w wieku 44-65 lat)
- Ból stawów
- Zapalenie ścięgien
- Bóle kończyn
- Ból ścięgna
- Ból mięśniowo-szkieletowy
- Artromialgia
- Sztywność mięśni
- Napięcie mięśni
- Miopatie polekowe

Fluorochinolony bywają także czynnikiem sprawczym wielu niepożądanych objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego. Najczęściej występujące objawy pochodzenia ośrodkowego podczas stosowania fluorochinolonów zebrano w poniższej tabeli.

- Bezsenność
- Halucynacje
- Dezorientacja czasowo-przestrzenna
- Niepokój
- Drażliwość
- Ostra psychoza
- Lęk
- Dyssomnia
- Zaburzenia nastroju
- Halucynacje słuchowe i smakowe
- Jakościowe zaburzenia świadomości
- Bóle głowy
- Parestezje

Mechanizmy indukowania działań niepożądanych przez florochinolony są niejasne. W przypadku działania probólowego jednym z prawdopodobnych powodów jest ich farmakokinetyczna właściwość, polegająca na wyjątkowo dobrej penetracji tkankowej. Postuluje się także bezpośredni wpływ cytotoksyczny, upośledzenie funkcji mitochondriów, a nawet uwikłanie w procesy autoimmunologiczne.

Organizatorzy zapraszają do udziału w **9. Central European Congress on Osteoporosis and Osteoarthritis** wraz z **21. Kongresem PTOA**, który odbędzie się online w dniach **28-30 września 2023 r.**

Udział w kongresie jest bezpłatny. Uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne. Liczba miejsc ograniczona; decyduje kolejność zgłoszeń.

Informacje i rejestracja: www.kongres2023.osteoporoza.pl

Kontakt: kontakt@osteoporoza.pl

Czy ABW może mieć dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta

Kwestię dostępu do dokumentacji medycznej pacjentów regulują przepisy ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2022 poz. 1876 t.j.). Co do zasady, nieograniczony dostęp do dokumentacji medycznej ma pacjent, jego przedstawiciel ustawowy bądź osoba upoważniona przez pacjenta. Prawo wglądu do dokumentacji medycznej osób innych niż pacjent zostało uregulowane w art. 26 ust. 3 tej ustawy, który w sposób enumeratywny wymienia krąg podmiotów do tego uprawnionych. Wśród nich ustawa nie wymienia Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, a często się zdarza, że ABW, gdy prowadzi postępowanie w sprawie dostępu do informacji niejawnych i przyznania uprawnień poszczególnym osobom, zwraca się do lekarzy psychiatrów z wnioskiem o przekazanie dokumentacji ich pacjentów.

Co w takiej sytuacji ma zrobić lekarz psychiatra lub inny podmiot wykonujący działalność leczniczą? Czy przepis art. 50 ust. 2 pkt. 4 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U.2022.2123 t.j.) w związku z art. 24 ust. 2 i 3 ustawy z 5 sierpnia 2010 r. o ochronie informacji niejawnych, na który powołuje się Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego, pozwala mu przekazać kserokopie całości dokumentacji medycznej pacjentów leczonych psychiatrycznie?

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, niezależnie od innych regulacji prawnych, dodatkowo nakłada na osoby wykonujące czynności na podstawie jej przepisów (w tym lekarzy psychiatrów) bezwzględny obowiązek zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności (art. 50 ust.1). Prawo przewiduje jednak także możliwość zwolnienia z tajemnicy. I tak, od obowiązku zachowania tajemnicy lekarz psychiatra jest zwolniony (na podstawie powoływanego we wnioskach art. 50 ust. 2 pkt 4 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) w stosunku do Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Agencji Wywiadu, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Policji, Żandarmerii Wojskowej, Straży Granicznej, Służby Więziennej, Służby Ochrony Państwa i ich upoważnionych pisemnie funkcjonariuszy lub żołnierzy, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych.

Natomiast zgodnie z art. 24 ust. 2 i 3 ustawy o ochronie informacji niejawnych, w toku tego postępowania sprawdzającego ustala się, czy istnieją wątpliwości dotyczące choroby psychicznej lub innych zaburzeń ograniczających sprawność umysłową i mogących negatywnie wpłynąć na zdolność danej osoby do wykonywania prac związanych z dostępem do informacji niejawnych, wątpliwości dotyczących uzależnienia od alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych.

Ponieważ dokumentacja medyczna pacjenta leczonego psychiatrycznie zwykle zawiera bardzo osobiste informacje, także dotyczące osób trzecich, na skutek skarg lekarzy psychiatrów i pacjentów stanowisko w tej sprawie zajął Rzecznik Praw Obywatelskich. Zgodnie z jego opinią, funkcjonariusze ABW mogą w związku z prowadzonym postępowaniem żądać informacji o chorobie psychicznej czy o uzależnieniu od alkoholu lub środków odurzających, ponieważ mieści się to w pojęciu niezbędnego zakresu postępowania sprawdzającego. Jednak, co bardzo ważne, przytoczony powyżej przepis oraz przepis art. 24 ust. 2 i 3 ustawy o ochronie informacji niejawnych nie upoważnia do uzyskiwania całości dokumentacji medycznej pacjenta, wszystkich szczegółowych informacji z przebiegu leczenia, diagnostyki oraz o metodach stosowanych przez lekarza psychiatrę. Również prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych stanął na stanowisku, że udostępnienie całości dokumentacji medycznej pacjenta leczonego psychiatrycznie, np. Żandarmerii Wojskowej, narusza prawo do prywatności.

Przytoczona argumentacja nie wpłynęła na stanowisko ABW, dlatego wątpliwości co do interpretacji przepisów będzie musiał w indywidualnych sprawach rozstrzygnąć sąd administracyjny.

mec. Anna Gut

Fundacja rodzinna sposobem na sukcesję

Niedawno na kanale HBO zakończył się bardzo popularny na całym świecie, wielokrotnie nagradzany, amerykański serial telewizyjny pt. „Sukcesja". Perypetie bohaterów, związane z przejmowaniem przez młodsze pokolenie rodzinnego biznesu, budziły emocje także u polskich widzów. Bowiem problem sukcesji w biznesie i związane z tym napięcia to nie tylko fabularny materiał filmowy, ale przede wszystkim rzeczywiste dylematy, z jakimi borykają się polscy przedsiębiorcy, w tym zapewne także niektórzy lekarze. Warto wiedzieć, że niedawno, niewątpliwie wychodząc naprzeciw oczekiwaniom przedsiębiorców, zostało wprowadzone w naszym kraju nowe rozwiązanie, które w założeniu ma m.in. wspomóc proces efektywnej sukcesji biznesowej w firmach rodzinnych.

Według danych z raportu Instytutu Biznesu Rodzinnego „Firma rodzinna to marka" około 830 tys. firm w Polsce to firmy rodzinne, które generują przychód o łącznej wartości 322 mld zł w skali roku, co stanowi 18 proc. poziomu krajowego PKB (www.ibrpolska.pl). Zgodnie z innym raportem Instytutu „Preferencje sukcesyjne polskich przedsiębiorców" ponad 70 proc. polskich przedsiębiorców zamierzało przekazać następcom zarówno władzę, jak i własność w firmach rodzinnych. Aby jednak przeprowadzić sukcesję efektywnie, konieczne jest nie tylko posiadanie następców zdolnych do sprawowania funkcji właścicielskich, ale również dostarczenie zainteresowanym skutecznych narzędzi prawnych.

Obok już funkcjonujących, choć niedostatecznych mechanizmów sukcesyjnych (wynikających m.in. z regulacji kodeksu cywilnego czy kodeksu spółek), nowym instrumentem prawnym w tym zakresie mają być fundacje rodzinne. Rozwiązanie to, wprowadzone ustawą z 26 stycznia 2023 r. o fundacji rodzinnej (Dz. U. 2023, poz. 326), ma w założeniu służyć przede wszystkim skutecznej ochronie majątku fundatora i zarządzaniu nim zgodnie z jego wolą, umożliwiając jednocześnie firmom rodzinnym kontynuowanie działalności w perspektywie przekraczającej jedno pokolenie. Wzorowano je na podobnych instrumentach prawnych funkcjonujących np. w Niemczech czy Austrii.

Ustawa reguluje m.in. kwestie tworzenia, organizacji, funkcjonowania, rozwiązania i likwidacji fundacji rodzinnej oraz prawa i obowiązki fundatora i beneficjenta, wprowadza zmiany w zakresie prawa do zachowku oraz reguły opodatkowania w związku z utworzeniem i działalnością fundacji rodzinnej. Zgodnie z jej przepisami fundacja rodzinna jest osobą prawną, utworzoną w celu gromadzenia mienia, zarządzania nim w interesie beneficjentów oraz spełniania na ich rzecz określonych świadczeń. Do jej powstania jest wymagane:

1) złożenie oświadczenia o ustanowieniu fundacji rodzinnej w akcie założycielskim albo w testamencie,
2) ustalenie statutu,
3) sporządzenie spisu mienia,
4) ustanowienie organów fundacji rodzinnej wymaganych przez ustawę lub statut,
5) wniesienie funduszu założycielskiego,
6) wpisanie do rejestru fundacji rodzinnych.

Fundusz założycielski fundacji rodzinnej nie może wynosić mniej niż 100 000 zł. Jej fundatorem może być wyłącznie osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która złożyła oświadczenia o ustanowieniu fundacji rodzinnej w akcie założycielskim albo w testamencie (dokumenty sporządzone jako akt notarialny).

Fundacja rodzinna może być ustanowiona przez więcej niż jednego fundatora (chyba że fundację powołuje się testamentem). Jej cel, a także nazwa, siedziba, beneficjent i zakres jego uprawnień muszą zostać określone w statucie fundacji.

Beneficjentem fundacji rodzinnej może być osoba fizyczna lub organizacja pozarządowa (w rozumieniu ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, prowadząca taką działalność). Może nim być także sam fundator. Świadczeniem natomiast, w rozumieniu ustawy, są składniki majątkowe, w tym środki pieniężne, rzeczy lub prawa przeniesione na beneficjenta albo oddane do korzystania przez fundację rodzinną, zgodnie ze statutem i listą beneficjentów.

W przypadku beneficjenta będącego osobą fizyczną, fundacja rodzinna może w szczególności pokrywać koszty jego utrzymania lub kształcenia, a w przypadku beneficjenta będącego organizacją pozarządową – wspierać jej działalność pożytku publicznego.

Nazwa fundacji rodzinnej może być obrana dowolnie i zawierać dodatkowe oznaczenie „Fundacja Rodzinna" lub skrót „F.R.". Zgodnie z art. 3 ust. 3 ustawy ww. oznaczeń mogą używać jedynie fundacje rodzinne. Fundacje zwykłe, które do tej pory używały w nazwie określenia „fundacja rodzinna", muszą w ciągu 2 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy dokonać zmiany swojego statutu, dostosowując jego brzmienie do ww. przepisu.

Co ważne, zgodnie z ustawą FR może wykonywać działalność gospodarczą tylko w określonym zakresie, m.in.:

1) zbywania mienia, o ile mienie to nie zostało nabyte wyłącznie w celu dalszego zbycia,
2) najmu, dzierżawy lub udostępniania mienia do korzystania na innej podstawie,
3) przystępowania do spółek handlowych, funduszy inwestycyjnych, spółdzielni oraz podmiotów o podobnym charakterze,
4) nabywania i zbywania papierów wartościowych, instrumentów pochodnych i praw o podobnym charakterze,
5) udzielania pożyczek spółkom kapitałowym, w których fundacja rodzinna posiada udziały albo akcje, spółkom osobowym, w których fundacja rodzinna uczestniczy jako wspólnik, beneficjentom.

Przepisy regulują też wiele innych szczegółowych kwestii (tj. organizacja i zasady działania organów fundacji, audyt, rozwiązanie i likwidacja fundacji itp.). W ustawie dokonano również zmian w innych ustawach, m.in. kodeksie cywilnym, ustawie o podatku dochodowym od osób prawnych, ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ordynacji podatkowej.

Mimo że większość ekspertów korzystnie ocenia przyjęte rozwiązanie – jako jeden z mechanizmów zapobiegających rozdrobnieniu kapitału rodzinnego czy ułatwiających sukcesję biznesową – to ze względu na nowatorski charakter tej instytucji w krajowym porządku prawnym trudno na chwilę obecną jednoznacznie przesądzać o jej skuteczności. Także ze względu na brak doświadczeń praktycznych w funkcjonowaniu takiej instytucji w polskim porządku prawnym, ewentualna decyzja o utworzeniu fundacji powinna być szczegółowo przeanalizowana zarówno pod względem organizacyjnym, jak i finansowym. Dodatkowo, w odniesieniu do podmiotów z szeroko rozumianego rynku zdrowia warto pamiętać o innych szczegółowych regulacjach dotyczących przedsiębiorców działających w tym obszarze. Dopiero czas pokaże, czy fundacja rodzinna zyska popularność w naszym kraju.

mgr Dariusz Dziubina

Osobom zainteresowanym tym tematem polecam „Zieloną księgę o fundacji rodzinnej" (z września 2019) wraz z raportem konsultacyjnym (12. 2019) – dokumenty dostępne na stronie www.gov.pl (zakładka Ministerstwo Rozwoju i Technologii) oraz raport „Indeks firm rodzinnych 2023", przygotowany przez EY we współpracy z Uniwersytetem St. Gallen, dostępny na stronie www.ey.com

Zapraszamy na szkolenie z zakresu medycyny estetycznej

Kurs obejmuje wiedzę teoretyczną i praktyczną z podawania toksyny botulinowej w górną część twarzy. W trakcie kursu również szkolenie z mezoterapii osoczem bogatopłytkowym.
KURS skierowany jest do lekarzy początkujących.

Szkolenie jest indywidualne.

Miejsce szkolenia:
Centrum Medyczne Lorens&Lorens.
os. Na Lotnisku 1/U12, Kraków
tel. 530 791 791
www.lorensandlorens.com

Termin szkolenia uzgadniany indywidualnie.

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie zaprasza na naukowo-samorządowe wyjazdowe posiedzenie Komisji Stomatologicznej ORL, które odbędzie się w dn. **27-29 października 2023 r. w hotelu Perła Południa w Rytrze k. Nowego Sącza.**

W programie ciekawe wykłady dotyczące zagadnień naukowych i samorządowych oraz bogaty program dodatkowy.

Szczegóły na stronie: **oilkrakstom.pl**

Bawimy się razem

Po kilkuletniej przerwie, u progu wakacji lekarze, ich rodziny, a także członkowie zaprzyjaźnionych izb znów mogli bawić się i odpoczywać w parku Strzeleckim w Krakowie na Integracyjnym Pikniku Rodzinnym Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego, w tym roku organizowanym wspólnie przez okręgowe izby: lekarzy, pielęgniarek i położnych, aptekarzy, doradców podatkowych, radców prawnych, diagnostów laboratoryjnych, lekarzy weterynarii, adwokatów, biegłych rewidentów, inżynierów budownictwa, notariuszy oraz rzeczników patentowych. 17 czerwca, w samo południe ich prezesi uroczyście powitali wszystkich przybyłych, życząc im udanej zabawy. Korzystając z okazji, za dobrą współpracę przedstawicielom samorządów podziękował wiceprezydent Krakowa Andrzej Kulig.

Wspólnymi siłami udało się zapewnić naprawdę dużo, czasami dość oryginalnych atrakcji. Eksperymenty chemiczne, badania diagnostyczne, przejażdżki na koniu – dla bardziej odważnych, lub kucyku czy policyjnym motocyklu, szkolenia z pierwszej pomocy, mycia zębów, ale i „gaszenia pożarów", robienie lizaków i budowli z klocków Lego, prócz tego tradycyjnie już trampoliny, dmuchańce, gigantyczne bańki mydlane i malowanie buziek – to tylko część aktywności, którymi zajęte były dzieci. Dorośli mogli posłuchać w tym czasie występów Krakowskiego Chóru Lekarskiego, Krakowskiej Orkiestry Staromiejskiej czy zespołu Siemachy, ciesząc się również – wzorem dzieci – z niegraniczonego dostępu do darmowych lodów, waty cukrowej i popcornu.

Impreza na pewno nie byłaby tak udana, gdyby nie wsparcie sponsorów i partnerów wydarzenia, wśród których znaleźli się: BMW M-Cars Group, Gmina Miejska Kraków, Miejskie Przedsiębiorstwo Energetyki Cieplnej SA, Miejskie Przedsiębiorstwo Oczyszczania, Lody Koral, Farmina, Inter Ubezpieczenia, Ochotnicza Straż Pożarna Świątniki Górne, Bielenda, Krakowskie Pogotowie Ratunkowe, Wydział Ruchu Drogowego Komendy Miejskiej Policji, Straż Miejska Miasta Krakowa i Wodociągi Miasta Kraków.

Cieszy, że niegdyś dość kameralna lekarska inicjatywa z każdą kolejną edycją staje się coraz większą i bardziej atrakcyjną imprezą, przyciągającą coraz więcej osób.

KD, zdjęcia: Katarzyna Domin, Mariusz Janikowski

● **Więcej zdjęć: oilkrakow.pl**

Krosno

■ 20 kwietnia w Jaśle odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa „Choroby naczyń obwodowych – kiedy skierować pacjenta do chirurga naczyniowego z intencją rewaskularyzacji", dedykowana lekarzom rodzinnym powiatu jasielskiego. Spotkanie było doskonałą okazją do podzielenia się wiedzą i doświadczeniem w zakresie narastającego problemu chorób naczyń obwodowych.

Przypomnijmy, iż 11 stycznia 2023 r. przeprowadzono pierwszą w Jaśle operację udrożnienia tętnicy szyjnej (endarterektomię szyjną, eng. CEA), do której przygotowania trwały kilka miesięcy. Operację wykonał dr Paweł Bernat pod nadzorem eksperta dr. hab. n. med. Andrzeja Wolskiego, który jako lubelski konsultant wojewódzki w dziedzinie angiologii objął patronat nad rozwojem chirurgii naczyniowej w Jaśle. Kwietniowa konferencja dowodzi, iż ten rozwój może szybko nastąpić.

(źródło: Szpital w Jaśle)

■ 20 maja 2023 r. w Delegaturze Krośnieńskiej miało miejsce szkolenie poświęcone dwóm problemom: „Podwyższone wartości enzymów wątrobowych" oraz „Zaburzenia motoryczne górnego odcinka przewodu pokarmowego".

Kurs został przeprowadzony przez dr. hab. Jarosława Drobnika z Wrocławia, wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej. Jego bogate doświadczenie i wiedza zapewniły uczestnikom niezwykłe możliwości poszerzenia kompetencji w tym zakresie.

■ W dn. 2-3 czerwca odbyły się kursy dla lekarzy nt.: „Zarządzanie emocjami jako element wzmacniania swojej odporności psychicznej" oraz „Jak sobie radzić z wampirami energetycznymi w pracy lekarza". Oba szkolenia prowadziła prof. dr hab. Alicja Gałązka i miały one formę wykładu z prezentacjami multimedialnymi, dyskusją, a także symulacją i praktycznymi ćwiczeniami.

Janusz Kulon
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Krośnie

Nowy Sącz

■ Z nastaniem tego roku w Nowym Sączu zlikwidowano izbę wytrzeźwień i, jak podaje prasa lokalna, duża część jej potencjalnych klientów trafia do SOR-u nowosądeckiego szpitala, wydłużając kolejki pacjentów czekających na pomoc i prowokując awantury. Według doniesień prasowych miasto zaoszczędziło w ten sposób 2,5 mln zł, ale bardzo traci szpital. Apele ze strony dyrekcji szpitala o przywrócenie działalności izby wytrzeźwień pozostają bez echa.

■ Nowosądeckie pogotowie wzbogaciło się o trzy nowe karetki marki Mercedes, z napędem na cztery koła, co jest bardzo istotne w trudnym górskim terenie. Zakupu dokonano z budżetu pogotowia. Jak podaje Starostwo Powiatowe, w ciągu ostatnich 4 lat wymieniono w sumie 14 karetek.

■ 27 maja w Nowosądeckiej Delegaturze odbył się kurs „Stany nagłe w gabinecie stomatologicznym" – wyczekiwany przez lekarzy dentystów.

■ Emeryci z naszego Klubu Lekarza Seniora zorganizowali wyjazd do Krakowa na spektakl „Leopold" grany w Teatrze STU. I już planują wycieczkę do Bratysławy we wrześniu. Wcześniej, w sierpniu, będzie jeszcze Festiwal im. J. Kiepury, którego program poznamy w połowie czerwca.

Krzysztof Wróblewski
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Nowym Sączu

Przemyśl

■ W kwietniu z okazji Dnia Pracownika Służby Zdrowia pracownicy Szpitala Wojewódzkiego im. Św. Ojca Pio w Przemyślu, reprezentujący różne stanowiska i grupy zawodowe, zostali odznaczeni Medalami Złotymi za Długoletnią Służbę oraz Złotymi i Srebrnymi Krzyżami Zasługi. Zasłużonych pracowników odznaczyła wicewojewoda podkarpacka Jolanta Sawicka.

Odznaczenia otrzymali:
Złoty Krzyż Zasługi: lek. med. Maria Chodorowska,
Srebrny Krzyż Zasługi: lekarze Piotr Szremski, Paweł Trojnar
Medal Złoty za Długoletnią Służbę: lekarze Janina Chudoment, Halina Czarnacka-Dudzik, Jerzy Kaczmarz, Beata Ner, Grażyna Sapuła, Barbara Szozda-Gross.

(źródło: Woj. Szpital w Przemyślu)

■ 28 kwietnia br. w restauracji Szara Strefa odbyło się spotkanie wielkanocne dla członków Klubu Lekarza Seniora.

■ 27 maja nasi lekarze seniorzy uczestniczyli w wycieczce Bieszczadzkie Klimaty.

W Myczkowcach zwiedzano Park Miniatur prezentujący makiety 140 drewnianych kościołów i cerkwi z pogranicza polsko-słowacko-ukraińskiego, można było poznać różnorodność stylów architektury sakralnej oraz zapoznać się z informacjami o prezentowanych obiektach. Następnie odwiedzono niedaleko położony Ogród Biblijny z roślinnością charakterystyczną dla regionu Bliskiego Wschodu, opisaną w Piśmie Świętym. Kolejną atrakcją było zwiedzanie skansenu Muzeum Kultury Łemkowskiej w Zyndranowej. Ostatnim punktem wycieczki była Solona, spacer po zaporze, przejażdżka koleją gondolową i wyjście na wieżę widokową.

Marek Zasadny
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Przemyślu

Instytut Badań i Ekspertyz Sądowych w Krakowie nawiąże współpracę ze specjalistami ortopedii, medycyny pracy, radiologii i okulistyki w zakresie opiniowania medycznego na potrzeby prawne. Stawki ustalane indywidualnie.

Kontakt: opinie@ibesk.pl, tel. 796 525 515.

Zapraszamy!

Podejmę współpracę z psychiatrą lub lekarzami szkolącymi się w tej specjalizacji, w dowolnym wymiarze czasu pracy.

Zapewniam pracę w przytulnym, kameralnym gabinecie z obsługą rejestracyjną, w centrum Krakowa. Posiadam bazę pacjentów.

W gabinecie pracują koty felinoterapeutyczne.

Kontakt: **Anima-Med, tel.: 502 230 025**

Dental Pasja w Krakowie zatrudni lekarza dentystę

Oferujemy:
● pracę na nowoczesnym sprzęcie (Unity Kavo, mikroskop Leica M320, RVG Gendex, X-smart, Elements Free, skaner Dentsply Sirona Omnicam, Artex Amann Girrbach) oraz z asystą na 4 ręce
● z pacjentem prywatnym
● atrakcyjne wynagrodzenie
Wymagane minimum 2-letnie doświadczenie.
Aplikacje prosimy przesyłać na adres: **kontakt@dentalpasja.pl**

tel. +48 602 266 466
www.dentalpasja.pl

Krakowskie Pogotowie Ratunkowe poszukuje lekarzy do pracy w specjalistycznych zespołach wyjazdowych oraz w zespole transportu sanitarnego typu N.

Aplikacje proszę wysyłać na adres: **kadry@kpr.med.pl**.
Telefon kontaktowy: **12 424 42 12**.

Okręgowa Izba Lekarska zaprasza na szkolenia

Komisja Kształcenia Medycznego ORL zaprasza na kursy organizowane dla członków OIL w Krakowie

Szkolenia w siedzibie Medycyny Praktycznej, Kraków-Balice, Cholerzyn 445:

ALS (Advance Life Support) – Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych
Termin: 16-17.09.2023 r.

EPALS (European Paediatric Advanced Life Support) – Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u dzieci
Termin: 7-8.10.2023 r.

ILS (Immediate Life Support) – Natychmiastowa pomoc w stanach zagrożenia życia
Termin: 14.10.2023 r.

NLS (Newborn Life Support Course) – Resuscytacja noworodka
Termin: 15.10.2023 r. (godz. 8.00-18.00)

Stany nagłe w gabinecie stomatologicznym
Termin: 18-19.11.2023 r.

ALS (Advance Life Support) – Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych
Termin: 18-19.11.2023 r.

ITLS Advanced (Intemational Trauma Life Support Advanced Prowider Course) – Zaawansowane zabiegi ratujące życie w obrażeniach ciała w opiece przedszpitalnej
Termin: 6-8.12.2023 r.

Szkolenia bezpłatne organizowane w siedzibie OIL w Krakowie, ul. Krupnicza 11a (aula, parter)

EKG po zawale serca, bloki serca, EKG u dzieci młodzieży i sportowców
Termin: 4.11.2023 r.

Praktyczny kurs EKG
Termin: 9.12.2023 r.

Szkolenia w Delegaturach

Stany nagłe w gabinecie stomatologicznym
Termin: 3.09.2023 r.

Mediacje w medycynie
Termin: 22.09.2023 r.
Miejsce: Delegatura OIL w Krośnie, ul. Niepodległości 2
Zgłoszenia: krosno@hipokrates.org, tel. 13 432 18 59

Stany nagłe w gabinecie stomatologicznym
Termin: 30.09.2023 r.
Miejsce: Medyczno-Społeczne Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Przemyślu, ul. Łukasińskiego 20
Zapisy: przemysl@hipokrates.org, tel. 660 295 694, 605 488 244

Szczegółowy opis wszystkich kursów na stronie: oilkrakow.pl/kształcenie

KURSY SPECJALIZACYJNE DLA LEKARZY

organizowane przez Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Collegium Medicum Ośrodek ds. kształcenia podyplomowego na Wydziale Lekarskim UJ CM we wrześniu 2023 roku
Rekrutację na kursy specjalizacyjne prowadzi Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, zgodnie z informacją zamieszczoną na stronie internetowej www.cmkp.edu.pl

Alergologia
Diagnostyka chorób alergicznych
21-22.09.2023
Kierownictwo naukowe: dr hab. Ewa Czarnobilska, prof. UJ

Chirurgia klatki piersiowej
Zapobieganie i leczenie zakażeń wewnątrzszpitalnych 21-22.09.2023
Kierownictwo naukowe: prof. Jadwiga Wójkowska-Mach

Chirurgia ogólna
Podstawy opieki geriatrycznej
11.09.2023
Kierownictwo naukowe: dr hab. Barbara Gryglewska, prof. UJ

Choroby wewnętrzne
Geriatria 14-15.09.2023
Kierownictwo naukowe: dr hab. Barbara Gryglewska, prof. UJ

Alergologia
28-29.09.2023
Kierownictwo naukowe: dr hab. Ewa Czarnobilska, prof. UJ

Choroby zakaźne
Hepatologia
28-29.09.2023
Kierownictwo naukowe: prof. Aleksander Garlicki

Geriatria
Wielkie problemy geriatryczne
27-28.09.2023
Kierownictwo naukowe: dr hab. Barbara Gryglewska, prof. UJ

Hipertensjologia
Leczenie nadciśnienia tętniczego
12-15.09.2023
Kierownictwo naukowe: dr hab. Agnieszka Olszanecka, prof. UJ

Mikrobiologia lekarska
Epidemiologia i klinika zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Rola laboratorium w kontroli zakażeń.
18-20.09.2023
Kierownictwo naukowe: prof. Jadwiga Wójkowska-Mach

Onkologia i hematologia dziecięca
Wprowadzenie do specjalizacji w onkologii hematologii dziecięcej
25-29.09.2023
Kierownictwo naukowe: dr hab. Szymon Skoczeń, prof. UJ

Toksykologia kliniczna
Toksykologia szczegółowa. Ostre i przewlekłe zatrucia ksenobiotykami oraz ich następstwa 11-20.09.2023
Kierownictwo naukowe: dr med. Piotr Hydzik

Wszystkie specjalizacje
Zdrowie publiczne 18-27.09.2023
Kierownictwo naukowe: dr hab. Mariusz Duplaga, prof. UJ

KURSY SPECJALIZACYJNE DLA LEKARZY DENTYSTÓW

w okresie lipiec-wrzesień 2023 roku

Chirurgia stomatologiczna
Podstawy diagnostyki i leczenia w chirurgii stomatologicznej
18-22.09.2023
Kierownictwo naukowe: prof. Tomasz Kaczmarzyk

Onkologia jamy ustnej i części twarzowej czaszki 25-29.09.2023
Kierownictwo naukowe: prof. Tomasz Kaczmarzyk

Chirurgia szczękowo-twarzowa
Rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie swoistych oraz nieswoistych zapaleń tkanek miękkich i twardych części twarzowej czaszki i szyi, kierunki szerzenia się oraz zasady leczenia ropni i ropowic części twarzowej czaszki 6-8.09.2023
Kierownictwo naukowe: prof. Jan Zapała

Ortodoncja
Analiza zdjęć rentgenowskich i cefalometria 6-7.07.2023
Kierownictwo naukowe: dr Wojciech Stós

Periodontologia
Choroby błony śluzowej jamy ustnej i profilaktyka onkologiczna
25-29.09.2023
Kierownictwo naukowe: dr Karolina Ścisłowska

Protetyka stomatologiczna
Zaburzenia morfologiczno-czynnościowe US – diagnostyka i leczenie 24.07-2.08.2023
Kierownictwo naukowe: prof. Małgorzata Pihut

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

POSTANOWIENIEM PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ TYTUŁ PROFESORA NAUK MEDYCZNYCH 22 MAJA BR. OTRZYMALI

dr hab. Sławomir Kwiecień
dr hab. Danuta Owczarek
dr hab. Małgorzata Pihut

UCHWAŁĄ RADY DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO Z DNIA 18 KWIETNIA 2023 R. ZOSTAŁ NADANY STOPIEŃ DOKTORA HABILITOWANEGO W DZIEDZINIE NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU W DYSCYPLINIE NAUKI MEDYCZNE

dr Klaudii Skrzypek

UCHWAŁĄ RADY DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO Z DNIA 16 MAJA 2023 R. ZOSTAŁ NADANY STOPIEŃ DOKTORA HABILITOWANEGO W DZIEDZINIE NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU W DYSCYPLINIE NAUKI MEDYCZNE

dr Annie Markiewicz

UCHWAŁĄ RADY DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO Z DNIA 13 CZERWCA 2023 R. ZOSTAŁ NADANY STOPIEŃ DOKTORA HABILITOWANEGO W DZIEDZINIE NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU W DYSCYPLINIE NAUKI MEDYCZNE

dr. Bartoszowi Grabskiemu
dr Halinie Dobrzynski

WYKAZ STOPNI NAUKOWYCH DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU NADANYCH PRZEZ RADĘ DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO W DNIU 18 KWIETNIA, 16 MAJA I 13 CZERWCA 2023 ROKU

1. lek. Krystian Gruszka
„Influence of uric acid concentration on the intensity of subclinical markers of hypertension-mediated organ damage and evaluation of the benefits of asymptomatic hyperuricemia therapy”
(*„Wpływ stężenia kwasu moczowego na nasilenie wskaźników subklinicznych powikłań narządowych nadciśnienia tętniczego oraz ocena korzyści wynikających z leczenia bezobjawowej hiperurykemii”*) – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Marek Rajzer

2. lek. Natalia Podolec-Szczepara
„Ocena znajomości czynników ryzyka oraz skuteczności szkoleń stacjonarnych i zdalnych w zakresie prewencji chorób sercowo-naczyniowych w aktywnej zawodowo populacji województwa małopolskiego” – monografia
Promotor: dr hab. Monika Komar, prof. UJ

3. lek. Konrad Stępień
„Myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries. The selected aspects of pathogenesis, diagnosis, treatment and the impact on long-term prognosis.”
(*„Zawał serca bez istotnych zmian w tętnicach wieńcowych. Wybrane aspekty dotyczące patogenezy, diagnostyki, leczenia oraz wpływu na rokowanie odległe.”*) – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Jarosław Zalewski

4. lek. Paulina Fatyga-Kotula
„Determinants of nutritional status and osteosarcopenia based on comprehensive geriatric assessment in elderly outpatients with multimorbidity, with a particular focus on chronic heart failure”
(*„Determinanty stanu odżywienia i osteosarkopenii u starszych pacjentów ambulatoryjnych z wielochorobowością, ze szczególnym uwzględnieniem niewydolności serca, w oparciu o całościową ocenę geriatryczną”*) – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Anna Skalska

5. lek. Agnieszka Jagiełło-Korzeniowska
„Effectiveness of immunosuppressive treatment of Graves' Orbitopathy against earlier treatment modalities in Graves' disease – determination of unfavorable disease course risk factors. Electrophysiological and OCT tests in Graves' Orbitopathy evaluation.”
(*„Ocena skuteczności leczenia immunosupresyjnego orbitopatii tarczycowej w zależności od wcześniejszego leczenia choroby Gravesa – poszukiwanie czynników ryzyka niekorzystnego przebiegu choroby. Wykorzystanie badań elektrofizjologicznych i OCT do oceny orbitopatii tarczycowej.”*) – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Agata Bałdys-Waligórska

6. lek. Patrycja Mołek-Dziadosz
„Arginine and its metabolites in acute myocardial infarction”
(*„Arginina i jej metabolity w zawale mięśnia sercowego”*) – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Jarosław Zalewski

7. lek. Dominika Drwiła-Stec
„Predictive value of selected lipid parametersamong patientswith acute myocardial infarction”
(*„Wartość predykcyjna wybranych parametrów lipidowychu chorych z zawałem serca”*) – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Ewa Kondurcka

8. lek. Olga Kaczmarczyk
„Association between short-chain fatty acids, selected inflammatory mediators, and intestinal barrier integrity in patients with inflammatory bowel diseases”
(*„Związek pomiędzy krótkołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi, a wybranymi mediatorami stanu zapalnego oraz integralnością nabłonka błony śluzowej jelita u chorych na nieswoiste choroby zapalne jelit”* – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Małgorzata Zwolińska-Wcisło
Promotor: dr hab. Michał Woźniakiewicz, prof. UJ

9. mgr Anna Kierońska-Rudek
„Studies on the mechanisms of vasoprotective activity of vitamin K1”
(*„Badania nad mechanizmami naczynioprotekcyjnego działania witaminy K1”*) – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Stefan Chłopicki
Promotor: prof. dr hab. Szczepan Zapotoczny

10. lek. Paweł Kuczia
„Relation between chronic airway inflammation, systemic activation of coagulation pathway and the cardiovascular risk in asthma”
(*„Związek przewlekłego zapalenia dróg oddechowych w astmie z systemową aktywacją krzepnięcia i ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych”*) – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Stanisława Bazan-Socha, prof. UJ

11. lek. Anna Kurzyńska
„Genetic testing in selected rare endocrine disorders”
(*„Wykorzystanie badań genetycznych w wybranych rzadkich chorobach endokrynologicznych”*) – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Elwira Przybylik-Mazurek

12. lek. Łukasz Pawliński
„Epigenetic mechanisms of gene function control in patients with Gaucher disease”
(*„Epigenetyczne mechanizmy kontroli funkcji genów u pacjentów z chorobą Gauchera”*) – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Beata Kieć-Wilk

13. mgr farm. Krystyna Słowińska-Solnica
„Assessment of the possibility of using measurements of inflammatory mediators in the diagnosis of Leśniowski-Crohn disease”
(*„Ocena możliwości wykorzystania oznaczeń mediatorów stanu zapalnego w diagnostyce choroby Leśniowskiego i Crohna”*) – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Małgorzata Malczewska -Malec, prof. UJ

14. lek. Anna Suska
„Etiopatogeneza szpiczaka plazmocytowego” – monografia
Promotor: prof. dr hab. Artur Jurczyszyn

15. lek. Tomasz Wiatr
„Assessment of effectiveness of endoscopic radical prostatectomy with bladder neck preservation for early and late functional outcomes”
(*„Ocena skuteczności techniki endoskopowego radykalnego wycięcia gruczołu krokowego z oszczędzeniem szyi pęcherza moczowego na wczesne i odległe wyniki czynnościowe”*) – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Piotr Chłosta

Krakowski Ośrodek Rehabilitacji Wieku Rozwojowego,
ul. Prochowa 12, Kraków, zatrudni lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej lub w trakcie specjalizacji z rehabilitacji medycznej, lub specjalistę chirurgii ortopedycznej do pracy w Poradni Rehabilitacji dla Dzieci.

Kontakt: tel. 12 421 68 62,
e-mail sekretariat@korwr.pl

Przypominamy, że od 1.01.2023 składka członkowska wynosi 120 zł

„Nasza wielkość nie polega na tym,
że nigdy nie upadamy, ale na tym,
że potrafimy powstawać po każdym upadku”

Konfucjusz

Prof. UŚ dr hab. Alicja Gałązka

O potrzebie elastyczności psychologicznej i rezyliencji?

Lekarze, narażeni w znaczny sposób na obciążenia związane z pracą zawodową, a co za tym idzie duże ryzyko wypalenia zawodowego, potrzebują umiejętności, które pozwoliłyby im radzić sobie z uczuciem przytłoczenia i frustracji. Coraz częściej widzimy, jak wielkie znaczenie mają nasze umiejętności interpersonalne, czyli związane z zarządzaniem sobą i metapoznaniem. Mówimy o kompetencjach przyszłości, które zostały określone przez Światowe Forum Ekonomiczne oraz Institute for the Future jako umiejętności niezbędne do funkcjonowania w IV erze przemysłowej, zdominowanej przez digitalizację. Jedną z takich umiejętności szeroko opisywanych w ostatnim czasie jest „rezyliencja”, którą możemy tłumaczyć jako odporność, hardość psychiczna.

Czym jest rezyliencja ?

Według definicji Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (2014) rezyliencja to proces umiejętnej adaptacji w obliczu przeciwności losu, traumy, tragedii, różnego rodzaju zagrożeń i stresu wynikającego zarówno z obszaru życia osobistego, jak i zawodowego. Zatem rezyliencja to umiejętność dostosowywania się człowieka do zmieniających się warunków, adaptacja do otoczenia, uodpornianie się, samoświadomość, plastyczność umysłu, zdolność do odbicia się od trudnych sytuacji (*bounce back effect*) oraz umiejętność regeneracji po przeżytych stresach i trudnych sytuacjach. To emocjonalna odporność na nie zawsze zmieniającą się po naszej myśli rzeczywistość.

Rezyliencja to jeden z kluczowych konstruktów rozpatrywanych na gruncie psychologii pozytywnej w kontekście badań dwóch obszarów: umiejętności społecznych oraz wewnętrznych sił ochronnych jednostki i zdolności do podtrzymywania pozytywnych emocji (*Carbonell et al.*, 1998). Jednostki z wysokim poziomem rezyliencji częściej podejmują wyzwania oraz ryzykowne zachowania, bo mają większy wgląd i świadomość swoich kompetencji i zdolności radzenia sobie z porażką. Niektórzy z badaczy podkreślają, że potrzebne są negatywne przeżycia emocjonalne lub przeciwności losu, by jednostka mogła rozwinąć rezyliencję. Inni uważają, że skuteczny proces adaptacji wyzwania lub pojawiającej się trudności rozwija rezyliencję.

Odporność psychologiczna pozwala człowiekowi na realizacje zadań i celów mimo pojawiających się problemów i trudności oraz utrzymywanie stabilnego samopoczucia w sytuacjach stresowych.

Według Southwick et al. (2014) trudno uchwycić złożoność rezyliencji i jej uwarunkowania. Jest to cecha indywidualna, determinowana przez wiele czynników biopsychologicznych oraz kulturowych, które warunkują, jak skutecznie dana osoba radzi sobie ze stresującą sytuacją.

Rezyliencja a indywidualne moderatory stresu w pracy lekarza

Pojęcie rezyliencji/odporności psychicznej jest ściśle związane ze zjawiskiem stresu, ponieważ odporność psychiczna przejawia się zasadniczo w umiejętności radzenia sobie z sytuacjami stresującymi. Stres może być czynnikiem mobilizującym do działania i większej aktywności, ale może też wywołać frustrację, wycofanie, całkowite wyczerpanie, wypalenie zawodowe i depresję. Wypalenie zawodowe odczuwa coraz więcej lekarzy, co przekłada się na funkcjonowanie w życiu zawodowym i prywatnym. Często odczuwane napięcie emocjonalne, niechęć do wszelkich interakcji, nadwrażliwość w reagowaniu na różne bodźce, a nawet niechęć wyjścia do pracy w obawie przed koniecznością realizacji zadań, do których nie ma się siły, to często pojawiające się symptomy wypalenia i nadmiernego stresu.

Liczne badania dowodzą, że najbardziej stresogenne czynniki w pracy to nadmierne obciążenie tą pracą, presja czasu oraz poczucie kontroli. Każdy człowiek styka się ze stresem, który jak wspomniano wyżej, może być postrzegany jako czynnik sprawczy lub hamujący i decydować o osiągnięciach jednostki. To interakcja pomiędzy jednostką a sytuacją określa zindywidualizowany poziom odporności na stres i strefę optymalnego funkcjonowania. Bada się różne czynniki różnicujące, które mogą stanowić indywidualne moderatory stresu, takie jak poziom lęku (Spilberger 1983), poziom samooceny czy też indywidualne metaprogramy jednostki. Lekarz – osoba z pozoru pewna siebie – niejednokrotnie zmaga się (często nieświadomie) z niską samooceną lub wysokim poziomem lęku, który wpływa na postrzeganie sytuacji jako bardziej lub mniej zagrażających. Kolejnym czynnikiem różnicującym mogą być metaprogramy, czyli style sortowania informacji. Rolą metaprogramów jest decydowanie, na które fragmenty informacji uwaga ma być zwrócona (oraz, naturalnie, które fragmenty mają być pominięte). Wyróżniamy wiele metaprogramów, takich jak:

Dążenie – Unikanie
Ja – Inni
Autorytet zewnętrzny – Autorytet wewnętrzny
Podobieństwa – Różnice
Ogólny – Szczegółowy
Opcje – Procedury.

Dla przykładu przeanalizujmy wzorzec **dążenie – unikanie**. Mechanizm ten oparty jest na założeniu wywodzącym się z psychologii behawioralnej zakładającej, iż część osób dąży do realizacji celu, do odczuwania przyjemności, a część raczej do unikania problemów i nieprzyjemnych bodźców. Zgodnie z tym filtrem różnicujemy ludzi na tych, którzy są

– **od problemu**, czyli:

- Unikają, pozbywają się, trzymają się z daleka od tego, czego nie chcą lub czego nie lubią
- Identyfikują problemy i mają tendencję do skupiania się na nich i na tym, co kiedyś nie wyszło, może nie wyjść lub nie wyjdzie
- Koncentrują się na problemach, przeszkodach, słabych punktach
- Eliminują zagrożenia, przeszkody
- Obawiają się tego, co może się nie udać
- Mają trudności z pozytywnym sformułowaniem celu
- Generują negatywne konsekwencje

oraz takich, którzy są

– **do celu**, czyli:

- Dążą, poruszają się w kierunku tego, czego chcą i co lubią
- Mają często trudności w rozpoznaniu, czego należy unikać
- Często minimalizują negatywne konsekwencje, a nawet są obojętni wobec tego, co nie działa lub źle wychodzi
- Reagują na zyski i tzw. marchewkę (w przeciwieństwie do kija!)
- Koncentrują się na celu
- Robią coś dla nagrody, zysku, innych korzyści
- Są motywowani przez bodźce pozytywne (nagroda)
- Mogą mieć trudności w unikaniu problemów
- Minimalizują znaczenie problemów, negatywnych konsekwencji

Przykład:

Dwie osoby wybierają się na wakacje do Włoch. Pierwsza mówi: jadę do Włoch, bo chcę, by przez dwa tygodnie świeciło mi słońce. Druga mówi: jadę do Włoch, bo nie chcę, żeby mi przez dwa tygodnie padał deszcz.

Metaprogramy nie są ani dobre, ani złe. Każdy może być wykorzystany w odpowiedni sposób w konkretnej sytuacji. Przytoczony przykład nasuwa jednak spostrzeżenie, że osoby z metaprogramem „od” to osoby bardziej skoncentrowane na problemach i obawach, a zatem częściej mogą być narażone na wyższy poziom lęku. Stanowią cenne źródło informacji w pracach projektowych przy analizie zagrożeń, ale mogą też zbyt lękowo i pesymistycznie postrzegać rzeczywistość.

Rachel Jackson i Chris Watkin (2004) jako elementy różnicujące w sposobie radzenia sobie z trudnościami wskazują ponadto takie czynniki, jak:

- precyzję w analizowaniu wydarzeń
- liczbę wyobrażonych możliwych scenariuszy
- elastyczność
- wewnętrzną potrzebę stawiania czoła nowym wyzwaniom

Wszystkie wymienione czynniki w znaczny sposób związane są z naszymi schematami myślenia i własnymi przekonaniami, które niejednokrotnie działają na zasadzie automatycznego pilota. Tak więc im większy wgląd w nasze schematy poznawcze i zdolność ich rozpoznawania, tym lepiej możemy kontrolować i regulować swoje reakcje poznawcze oraz emocjonalne.

Elastyczność psychologiczna jako podstawa rezyliencji

Szczególnie istotna dla rozwoju rezyliencji wydaje się być elastyczność myślenia. Elastyczność psychologiczna (*flexibility*) to zdolność jednostki do zachowania zgodnie z własnymi przekonaniami i wartościami, to umiejętność pełnego kontaktu z chwilą obecną oraz myślami i uczuciami, jakie się pojawiają. Brak elastyczności psychologicznej (*inflexibility*) to sztywna dominacja reakcji psychicznych nad wybranymi wartościami i uwarunkowaniami. Istotą elastyczności umysłowej jest umiejętność radzenia sobie z różnymi sytuacjami na różne sposoby, szczególnie w celu skutecznego reagowania na nowe, złożone i problematyczne sytuacje, które w pracy lekarza pojawiają się często. Elastyczność psychologiczna jest również narzędziem,

które pomaga żyć w zgodzie ze swoimi przekonaniami, myślami i emocjami, a z drugiej strony pozwala te emocje skutecznie regulować. Jeśli osoba jest gotowa na radzenie sobie z każdą sytuacją, dostosowuje się do świata, potrafi pokonać przeciwność losu i wyzwanie dzięki własnym zdolnościom adaptacyjnym. Brak elastyczności wobec doświadczanej sytuacji często wyzwala lęk, a ten prowadzi do frustracji i agresji wobec siebie samego oraz innych.

Elastyczność psychologiczna przedstawiana jest przez Hayensa jako model składający się z 6 kluczowych procesów, zapewniających jednostce zdolność elastycznej adaptacji:

- akceptacja
- dyfuzja poznawcza
- kontakt z tu i teraz
- ja jako kontekst
- wartości i zaangażowane działania

Model ten stał się podstawą stworzenia terapii opartej na akceptacji i zaangażowaniu, która może w skuteczny sposób usprawnić rozwój rezyliencji u każdej jednostki borykającej się z dużym obciążeniem emocjonalnym w pracy i w życiu prywatnym.

Jak wzmocnić w sobie poziom rezyliencji?

Rezyliencja to umiejętność, którą możemy rozwijać i pogłębiać. Kilka istotnych zasad:

- uświadomienie sobie, jakie schematy myślowe mnie blokują, ograniczają oraz przejęcie nad nimi kontroli
- rozwój poczucia sprawstwa
- rozwijanie własnych zasobów wewnętrznych, które często sabotujemy lub nie doceniamy
- rozwijanie pozytywnych więzi z innymi osobami (przy równoczesnym eliminowaniu relacji toksycznych, obciążających)
- przyjmowanie pozycji meta szczególnie w sytuacjach trudnych, konfliktowych, czyli obserwowanie siebie z pozycji obserwatora bez emocjonalnego zaangażowania
- rozwój empatii wobec siebie samego, czyli troskliwe opiekowanie się sobą, wyłączenie krytycznego głosu często sabotującego nasze działania
- rozwój wdzięczności wobec siebie i innych
- aktywność fizyczna, odpowiednie odżywianie i sen

Warto podjąć refleksję nad własnym stanem emocjonalnym i zdrowiem psychicznym, by czerpać większą satysfakcje z własnej pracy i życia. Nikt tego za nas nie zrobi, jeśli sami nie podejmiemy działania.

Prof. UŚ dr hab. Alicja Gałązka

Przy pracy nad tym tekstem korzystano z prac m.in. takich autorów jak: D. Barnes-Holmes, S. Hughes, D. Strycharczyk, P. Clough, R. Hanson, R. Jackson, C. Watkin. Pełna bibliografia w tym samym materiale na stronie internetowej www.ggl.com.pl

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.

Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach,
ul. Węgierska 21, zatrudni lekarzy specjalistów w zakresie neonatologii, pediatrii - do pracy w Oddziale Noworodków i Wcześniaków, z możliwością objęcia stanowiska lekarza kierującego oddziałem.

Kontakt: tel. 18 355 35 34
e-mail:szpital@szpital.gorlice.pl

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

Lekarz radzi...

Dr Janusz Pokorski

- Z roku na rok o ok. 100 procent rośnie w Polsce liczba nowo wykrywanych przypadków HIV. Wg oficjalnych danych epidemiologicznych, w 2022 roku, podobnie jak i w 2021, w Małopolsce rejestrowano najwięcej w kraju (więcej niż na Mazowszu czy w innych regionach) pozytywnych wyników testów w kierunku HIV. Jednak wciąż stanowczo zbyt rzadko wykonuje się w Polsce te testy. Szacuje się, że w naszym kraju przynajmniej co druga zakażona osoba nie wie, że jest nosicielem HIV. Pamiętajmy o tym każdego dnia, testujmy siebie i naszych pacjentów.
- Odczyny kiłowe wycofano już dawno temu z profilaktycznych badań medycyny pracy, jednak wszystko wskazuje na celowość poddawania się im przez pracowników służby zdrowia. Jako pełnomocnik staram się o ich przywrócenie do zestawu badań profilaktycznych. Warto jednak wykonywać je nawet we własnym zakresie. Narażony jest szczególnie personel położniczy. W naszym kraju w ostatnich latach notuje się rocznie od 10 do 50 przypadków kiły wrodzonej. Cena badania VDRL to tylko ok. 15 zł.
- Inna powracająca fala to TBC. W ostatnim czasie rośnie liczba przypadków zakażenia prątkami opornymi. W ramach prowadzonych przeze mnie badań profilaktycznych wśród personelu medycznego stwierdzam, że przyjmowane przeze mnie do pracy osoby w wielu przypadkach badania RTG klatki piersiowej nie miały nigdy (sic!). Proponuję wykonywanie badania RTG w odstępach 3-letnich, np. w ramach badań okresowych.
- Przypominam o szczepieniach zalecanych dla osób dorosłych. Koledzy zakaźnicy doradzają szczepić się co 10 lat skojarzoną szczepionką zabezpieczającą przed czterema schorzeniami: tężcem, krztuścem, błonicą i polio. Szczepienia przeciw pneumokokom, półpaścowi, kleszczowemu zapaleniu mózgu są kosztowne, mogą nam jednak zaoszczędzić wielu problemów. Wystąpienie niektórych form półpaśca może się wiązać ze znacznym, długotrwałym cierpieniem, znacznymi kosztami leczenia i niepełnosprawności, szczepienia przeciw półpaścowi są już dostępne na rynku. Celowe jest także szczepienie przeciw pneumokokom oraz przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, szczególnie w grupach ryzyka, ale nie tylko. Moim zdaniem, pracownicy służby zdrowia winni otrzymywać dofinansowanie szczepień zalecanych.
- Koleżanki i Kolegów, którzy mogli z dużym prawdopodobieństwem zarazić się w pracy SARS-CoV-2 i przechorowali COVID-19, informuję, że mogą starać się o uznanie schorzenia za chorobę zawodową. W przypadku wystąpienia udokumentowanego uszczerbku na zdrowiu (trwałego lub długotrwałego) można oczekiwać od ZUS odszkodowania (1 proc. uszczerbku to ok. 1000 zł).
- W miejscach zgromadzeń, środkach komunikacji zbiorowej doradzam noszenie maseczek. Koleżanki i Koledzy z oddziałów okulistycznych i laryngologicznych informowali mnie o zamiarze noszenia maseczek podczas badania pacjentów również po wygaśnięciu pandemii COVID-19.
- W rozmowach z antyszczepionkowcami doradzam wspomnieć o schorzeniu już prawie zapomnianym, a które na pewno o sobie przypomni. To *Polyomielitis*, inaczej choroba Heinego-Medina – postrach XX wieku, przyczyna kalectwa i dożywotniego korzystania z tzw. żelaznych płuc, które ja jeszcze widziałem, a które dzięki szczepionkom nie są znane młodszym lekarzom. UWAGA! Za naszą wschodnią granicą niedawno było kilka przypadków świeżej infekcji polio. Co gorsza, wyszczepienie populacji ukraińskiej przeciw polio wynosi około 50 proc., nieoficjalnie mówi się, że jest jeszcze niższe. Polio jest nadal nieuleczalną chorobą, ale można jej praktycznie całkowicie zapobiec szczepieniami.
- **Zachęcam do udziału w spotkaniach Grupy Balinta, organizowanych w naszej Izbie, by lepiej sobie radzić z problemami emocjonalnymi towarzyszącymi naszym interakcjom z pacjentami. Spotkania odbywają się raz w miesiącu. Ich terminy znaleźć można na naszej stronie internetowej oraz w „izbowych" mediach społecznościowych. Obowiązują wcześniejsze zapisy przez formularz zgłoszeniowy lub telefonicznie pod nr. 12 619 17 16.**

Janusz Pokorski

* Porady konsultowałem ze specjalistami z Klinik: Chorób Zakaźnych, Dermatologii, Pulmonologii i Alergologii Collegium Medicum UJ oraz Poradni Chorób Zakaźnych i Poradni Medycyny Podróży i Szczepień Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

fot. Medycyna Praktyczna

Święto lekarzy literatów

20 kwietnia w Teatrze im. Słowackiego w Krakowie odbyła się uroczysta gala XII Ogólnopolskiego Konkursu Literackiego im. Profesora Andrzeja Szczeklika „Przychodzi wena do lekarza”. Podczas tego wydarzenia można było posłuchać utworów lekarzy, lekarzy dentystów i studentów medycyny, a także koncertów laureatek Festiwalu Zaczarowanej Piosenki, organizowanego przez Fundację „Mimo Wszystko” – Patrycji Błach i Darii Barszczyk, oraz krakowskiej aktorki i piosenkarki Marty Bizoń. Ponieważ OIL w Krakowie była partnerem wydarzenia, miłym akcentem była też projekcja teledysku z udziałem Krakowskiego Chóru Lekarskiego. Jak zawsze podczas wieczoru z „weną” było zarazem podniośle i zabawnie, wzruszająco i refleksyjnie, a w nagrodzonych utworach nie brakowo zarówno euforii, jak i melancholii i rozgoryczenia.

W tym roku jury w składzie Anna Dymna, Ewa Lipska, Maria Szczeklik, Waldemar Hładki, Bronisław Maj i Jarosław Wanecki spośród ponad 150 prac nadesłanych do redakcji Medycyny Praktycznej przyznało nagrody w trzech kategoriach. Za utwór prozatorski pt. „Bardzo krótka historia o synku” I miejsce otrzymała Magdalena Grzesiak; II miejsca przyznano Elżbiecie Lipskiej za „TANB 4233” i Pawłowi Grabowskiemu za „Doświadczenia z czasu pandemii lekarza wiejskiego hospicjum”, natomiast III – Monice Szymczakowskiej za „Witaj, mam na imię depresja” oraz Ewie Gluzie za „Pamiętaj, Teresko”.

W kategorii Poezja nie przyznano I miejsca, natomiast II otrzymały: Monika Szymczakowska i Agnieszka Rautman-Szczepańska, a III – Natalia Szejko. Z kolei utwory studentów nagrodzono tylko pierwszymi miejscami – za prozę otrzymała je Dominika Nowak, a za poezję Hubert Derebas z Collegium Medicum UJ.

Wszystkie wyróżnione utwory zostaną opublikowane w książce, która ukaże się jesienią nakładem Medycyny Praktycznej. *KD*

Polsko-fiński występ chórów

18 maja w auli OIL Krakowski Chór Lekarski wystąpił wspólnie z fińskim chórem męskim Helsingin Suomalaisen Klubin Kuoro, wykonując m.in. dwa utwory w ojczystym języku gości.

Prócz tego podczas koncertu nie zabrakło tradycyjnych pieśni fińskich i polskich, ale też hitów takich jak „Prawy do lewego” z repertuaru Kayah czy „Mamma mia!” Abby.

Krakowskim Chórem dyrygowała maestro Justyna Hanusiak, fińskim – Henrik Lamberg. Gości powitał i przedstawił – po polsku i fińsku – członek krakowskiego chóru, dr Maciej Dendura. Helsingin Suomalaisen Klubin Kuoro

fot. K. Domin

(Helsiński Klub Fiński) to klub o długiej historii i patriotycznych tradycjach, w którym spotykają mężczyźni w różnym wieku. Celem klubowego chóru jest pielęgnowanie fińskiej narodowej tradycji męskiego śpiewu chóralnego. *KD*

Spotkanie z Ałbeną Grabowską

W ramach cyklu „Biblioteka w miejscach nieoczywistych” realizowanego przez Bibliotekę Kraków 13 czerwca w auli OIL w Krakowie odbyło się spotkanie autorskie z Ałbeną Grabowską, autorką ponad 20 książek, w tym bestsellerowej, trzytomowej sagi „Stulecie Winnych”, na kanwie której powstał serial telewizyjny. Jest ona także aktywnym zawodowo lekarzem neurologiem, z tytułem doktora. Mieszka w podwarszawskim Brwinowie.

Rozmowę z Ałbeną Grabowską prowadziła dyrektor Biblioteki Kraków Agnieszka Staniszewska-Mól. Dowcipnie, z lekkością autorka opowiadała o tym, skąd czerpie pomysły na fabułę swoich książek, w jaki sposób kreuje bohaterów – tych fikcyjnych i prawdziwych, jak Jarosław Iwaszkiewcz – oraz o częstych pobytach w Bułgarii, z której pochodzi mama Ałbeny (w bułgarskim imię to oznacza „kwitnącą jabłoń”).

fot. K. Domin

W bogatym dorobku literackim pani doktor jest także libretto do musicalu pt. „Kopernik”, wystawianego w Operze Krakowskiej. *KD*

Cały ten jazz

12 czerwca w Piwnicy u Medyków „Konsylium” przy ul. Krupniczej 11a w ramach cyklu „Cały ten jazz” organizowanego przez Zespół ds. Kultury ORL zagrał amerykański artysta Chuc Frazier (gitara, wokal) wraz z Arturem Malikiem (perkusja) i Jackiem Chruścińskim (bas).

Energetyczna mieszanka funky, soulu, bluesa, rocka i jazzu – tego wszystkiego też można spróbować w krakowskiej Izbie!

Informacje o kolejnych, zbliżających się wydarzeniach kulturalnych można znaleźć na stronie oilkrakow.pl oraz... na drzwiach wejściowych do Izby. Zapraszamy!

fot. Agata Bartoszek

Sceny z życia samotnej kobiety

Choć Danuta Stenka w „Koncercie życzeń” nie mówi ani jednego słowa, to jednak uderza w emocje widza z siłą wodospadu.

Wyobraźcie sobie taką sytuację. Nagle udaje wam się wyjść poza ramy swojego życia i obserwować je z zewnątrz. Wchodzicie do domu i widzicie, jak odkładacie na stół zakupy, myjecie ręce, rzucacie na stół korespondencję, przebieracie się w dres, zaczynacie przygotowywać posiłek... Zwyczajne czynności, na które nie zwracamy uwagi, wykonując je automatycznie, bez głębszej refleksji. Rytuały dnia codziennego. Jak dużo każda z tych czynności potrafi o nas powiedzieć, udowadnia Danuta Stenka w spektaklu „Koncert życzeń”, granym w Teatrze Łaźnia Nowa w Krakowie.

To rodzaj eksperymentu scenicznego, w reżyserii Yany Ross. Publiczność nie siada tu tradycyjnie na widowni. Zresztą nie ma na czym, gdyż nikt nie przygotował dla nas krzeseł. Całe przedstawienie możemy się dowolnie przemieszczać wokół platformy, na której znajduje się mieszkanie bohaterki, podążać za nią, by z bliska przyjrzeć się jej twarzy i malującym się na niej uczuciom. Bo to one są najważniejsze, kiedy aktorka wykonuje banalne, domowe czynności.

To, co najbardziej uderza, to przejmująca cisza, jaka panuje w pustym domu, do którego urzędniczka wraca po całym dniu pracy. Jej zawód sugeruje strój aktorki. O kreowanej przez nią postaci nic więcej się nie dowiemy. Przez cały wieczór nie przejdzie przez jej usta ani jedno słowo. Stenka całą bolesną historię o samotności kobiety, jej tęsknocie za drugim człowiekiem, za mężczyzną, rodziną, zawrze jedynie w nerwowych gestach i mimice, w drgających mięśniach twarzy, drżeniu małego palca i rzucanych w przestrzeń spojrzeniach. Zaczyna być to szczególnie widoczne, kiedy włączy radio, w którym tytułowy „Koncert życzeń” prowadzi Wojciech Mann. Puszcza on właśnie piosenki o miłości, o które proszą w listach słuchacze, opisując w nich swoje historie, na nieszczęście bohaterki przeważnie kończące się happy endem.

Czyjeś szczęśliwe życie doprowadza ją do rozpaczy. Ona może szukać pocieszenia tylko w kanapce z dżemem. To jedyna przyjemność, na jaką sobie tego wieczoru pozwala. No może jeszcze humor miał poprawić jej katalog z Ikei. Tylko że obrazki z meblami mogą pomóc urządzić mieszkanie,

fot. Klaudyna Schubert

ale życia już nie. Podobnie jak gra komputerowa „The Sims”, z którą kobieta spędza wieczór i która daje jej namiastkę życia rodzinnego, choć jedynie w świecie wirtualnym.

Danuta Stenka jest wybitną aktorką. Przez półtorej godziny skupia na sobie uwagę widzów i co ciekawe w miarę upływu czasu robi to z coraz większą intensywnością. Boleśnie odczuwamy jej samotność, co potęguje dodatkowo fakt, iż jest otoczona tłumem gapiów. Ale ona nie potrafi wołać o pomoc, zamknięta w klatce swojego mieszkania, zasklepiona w milczącym nieszczęściu, bo na tym etapie nie chce się już nawet gadać z samym sobą. Można tylko przygotować talerzyk, nóż i widelec na śniadanie, które będzie wyglądało tak samo jak tysiące innych śniadań.

Monodram „Koncert życzeń” nie jest najnowszą produkcją. Danuta Stenka gra go od wielu lat. W Teatrze Łaźnia Nowa będzie można go oglądać także w nadchodzącym sezonie. Upolujcie go koniecznie, bo to niezwykle intensywny wieczór, który warto przeżyć.

Magda Huzarska-Szumiec

Turnie, granie, siklawy

Zanim wyruszycie na letnie, górskie wyprawy, zobaczcie, jak artyści patrzyli na Tatry...

8 lutego 1909 r. Mieczysław Karłowicz wyruszył samotnie w Tatry. Zginął tego samego dnia pod zwałami śniegu, które przyniosła lawina, zsuwająca się ze wschodnich zboczy Małego Kościelca. Dzięki akcji ratowniczej udało się odkopać zwłoki kompozytora. Miał ze sobą aparat fotograficzny, bez którego nie wychodził w góry. Ostatnia odnaleziona w nim klatka przedstawia pokryte śnieżnym puchem drzewa na hali Królowa Wyżnia. Emanuje z nich niosąca ukojenie cisza.

Kiedy 23 marca 1957 r. Andrzej Wróblewski szedł przez lasy szlakiem w stronę Morskiego Oka, śnieg musiał leżeć jeszcze nie tylko w najwyższych partiach gór. Ale to nie on przyczynił się do śmierci malarza. Trudno dziś powiedzieć, czy w drodze dopadł go zawał, czy atak epilepsji. W każdym razie jego ciało znaleziono na poboczu zaśnieżonej drogi, między Toporową Cyrhlą a Zazadnią. Akcja reanimacyjna nie miała już sensu.

Jedynie Leopold Wyczółkowski zmarł we własnym łóżku, w Warszawie 27 grudnia 1936 r., na zapalenie płuc. Przez ostatnie dziesięć lat nie jeździł już w Tatry, choć wcześniej często można było go spotkać w okolicach Morskiego Oka, a nawet przekraczającego Wrota Chałubińskiego w drodze do Doliny Ciemnosmreczyńskiej.

Wszystkich tych artystów połączyła miłość do gór, której dawali wyraz w swoich dziełach. I choć tworzyli w różnych czasach i w zupełnie odmiennych technikach, to jednak ich prace łączy jakaś nieuchwytna nić, sprawiająca, że płynnie przechodzi się od jednego do drugiego obrazu, rysunku, zdjęcia, mając wrażenie przenikania się ich spojrzeń na turnie, granie, siklawy. Można się o tym przekonać wybierając się do Muzeum Sztuki i Techniki Japońskiej „Manggha”, gdzie do 5 listopada będzie pokazywana wystawa „Tatry. Wróblewski, Karłowicz, Wyczółkowski”.

Rozpoczyna ją abstrakcyjna kompozycja Andrzeja Wróblewskiego. Kilka prostych linii niby nic nieznaczących, ale układających się wyraźnie w górską trasę. Podobnie dzieje się w przypadku obrazu „Niebo nad górami”. Tu szczyty Tatr wyrastają z dołu płótna w postaci geometrycznych kształtów przypominających trójkąty. Na wystawie zobaczymy także cykl kilkudziesięciu czarno-białych rysunków tuszem, na których artysta niemal w reporterski sposób ukazuje realistyczne, tatrzańskie pejzaże. – Dominuje tu mocna kreska i doskonałe wyczucie oddania emocji danej chwili, jakże bliskie fotograficznym lub filmowym kadrom. Wydaje się, że w tej szkicowej technice tuszu

fot. Fundacja Andrzeja Wróblewskiego

Wróblewskiemu udało się zatrzymać czas – mówi jedna z kuratorek wystawy Magdalena Ziółkowska.

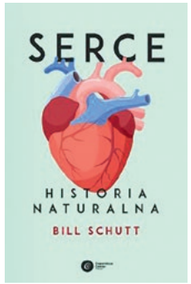
Podobne spojrzenie na góry miał Mieczysław Karłowicz. Ich fotografowanie może nie było dla niego tak ważne, jak twórczość kompozytorska, ale za to sprawiało mu niezwykłą frajdę. Oglądając jego zdjęcia, można szybko zorientować się, że potrafił myśleć formą przynależną sztukom wizualnym. Przypominają one obrazy godne prawdziwych kolorystów, przechodząc od ciepłych bieli i szarości, po głębokie, brązowe cienie i czerń. „Tatrzańskie siklawy stają się kapryśnym rysunkiem białych, pionowych kresek, nieomal zawieszonych w przestrzeni. Czarne głębiny stawów tworzą niepokojącą mapę przepastnych plam, nieregularne zęby grani układają się w dekoracyjne rzędy znaków” – pisała o pracach artysty Justyna Nowicka w książce „Widok piękny bez zastrzeżeń. Fotografia tatrzańska Mieczysława Karłowicza”.

Z kolei skały, stawy, urwiska namalowane przez Leona Wyczółkowskiego przywodzą na myśl marzenia malarza o wolności uśpionej w górach. W trakcie jego pobytów na Podhalu powstało kilkadziesiąt kompozycji, które zamknął w seriach, takich jak „Wrażenia z Zakopanego”, „Wrażenia z Tatr” czy „Legendy Tatrzańskie”. Sięgał również po ołówek, tworząc szkice i studia wybranych motywów tatrzańskich, przypominające drzeworyty Hokusaia. – Wielu polskich malarzy w okresie modernizmu tworzyło syntetyczne, ekspresyjne widoki Tatr. Te najpiękniejsze i najważniejsze wykonał Wyczółkowski, inspirując się japońskimi drzeworytami barwnymi ukiyo-e, będącymi obrazami przemijającego świata – podkreśla współkuratorka ekspozycji Anna Król.

Nie bez powodu więc w tej samej przestrzeni muzeum znalazła się druga wystawa „Z japońskiej kolekcji Feliksa »Mangghi« Jasieńskiego. Fudżi i inne góry”. Dzięki niej spojrzenie polskich artystów na Tatry zaczęło dialogować z wizjami japońskich drzeworytników. Zobaczcie koniecznie, co mają sobie do powiedzenia.

Magda Huzarska-Szumiec

Nowe książki



Bill Schutt
Serce. Historia naturalna

Bill Schutt, z wykształcenia biolog, przez wiele lat związany z amerykańskim, prestiżowym Uniwersytetem Long Island i Muzeum Historii Naturalnej specjalizował się w badaniach z zakresu anatomii porównawczej oraz mechanizmami ewolucji różnych gatunków nietoperzy. Będąc już na emeryturze, sięga chętnie po pióro, by popularyzować wiedzę, którą zdobywał w ciągu lat swojej naukowej działalności, w sposób nierzadko zaskakujący, a nieodmiennie frapujący. Jest autorem głośnej książki „Cannibalism: A Perfectly Natural History", ukazującej ten problem w szerszym, ewolucyjnym kontekście. Teraz do rąk polskiego czytelnika trafia kolejne dzieło Schutta, w angielskim oryginale zatytułowane „Pump: A Natural History of the Heart".

Tytułowe serce staje się pretekstem dla szerszej, wykraczającej poza ściśle biologiczne czy medyczne wymiary opowieści o mięśniu, który pompuje krew, choć niewątpliwie to właśnie perspektywa przyrodnika jest tutaj dominująca. Podzielona na trzy części – *Dzikość serca*, *Co wiedzieliśmy a co nam się zdawało?* oraz *Od złego do lepszego* – książka pozwala zapoznać się czytelnikowi zarówno ze współczesną wiedzą o sercach i układach naczyniowych różnych gatunków zwierząt, podobieństwach i różnicach w ich budowie oraz wzorcach, wedle których działają, a także historią nauki pełnej zaskakujących wyobrażeń, przekonań i spekulacji, przebłysków geniuszu i fatalnych pomyłek. Precyzyjny, w iście akademickim stylu wykład, ilustrowany licznymi schematami, chwilami przypominający podręcznik do biologii, splata się z szeregiem zaskakujących informacji, jak chociażby o właściwościach krwi staroraków, będącej naturalnym źródłem „agregatów immunologicznych" skutecznych w zwalczaniu bakterii gram-ujemnych czy zdolności niektórych gatunków żab do całkowitego zatrzymania akcji serca w niskich temperaturach i jej wznowienia, gdy warunki termiczne ulegną poprawie. Dowiadujemy się również o programie eksperymentalnym, prowadzonym na Uniwersytecie Harvarda, zakładającym możliwość wykorzystania komórek macierzystych celem wyhodowania ludzkiego serca, a także o próbie przeszczepienia serca pawiana noworodkowi z wrodzoną wadą tego narządu.

Nie mniej interesująco prezentuje się historia poszukiwań odpowiedzi na pytania: do czego służy serce i czym jest nasza krew? Schutt, wychodząc od tradycji starożytnego Egiptu, gdzie serce utożsamiano z siedliskiem duszy, poprzez Hipokratesa, Arystotelesa i Galena kreśli uproszczony, lecz sugestywny obraz antycznej wiedzy z zakresu anatomii i fizjologii serca, który zdominował przyrodoznawstwo, w tym medycynę całego średniowiecza i wczesnej nowożytności. Serce było siedzibą wyższych czynności intelektualnych i siedliskiem duszy (Arystoteles) albo miejscem, gdzie krew ulegała swoistemu „uszlachetnieniu" dzięki jej zmieszaniu z pneumą (Galen), na pewno nie mięśniem pompującym krew. Szkoda, że Schutt pominął dorobek tzw. szkoły aleksandryjskiej, na gruncie której po raz pierwszy sformułowano hipotezę, że serce jest właśnie pompą. I chociaż ta koncepcja nie zyskała najwyraźniej odpowiednio licznego grona zwolenników, to jednak była już obecna w starożytności. Ostatecznie dopiero w XVII stuleciu William Harvey tak właśnie zdefiniuje funkcję serca podczas swoich prac nad ruchem krwi i dostarczy licznych dowodów na znane nam dzisiaj dobrze zjawisko krążenia krwi. Schutt przywołuje przy tym postaci uczonego z kręgu cywilizacji islamu Ibn an-Nafisa oraz renesansowego teologa, filozofa i lekarza Miguela Serveta, którzy już wcześniej wskazywali na istnienie krążenia płucnego. Autor odnosi się również do problemów związanych z infuzjami i transfuzjami krwi, które choć znane przynajmniej od XVII wieku, przynosiły zazwyczaj więcej szkód niż pożytku, co udało się radykalnie zmienić dopiero w XX stuleciu, wraz z odkryciem zasady grup krwi oraz czynnika Rh.

Bill Schutt w udany sposób połączył specjalistyczną wiedzę z anegdotą, historię ze współczesnością, biologię świata zwierząt z biologią człowieka, niejednokrotnie wprowadzając do swojej narracji dialog i, o czym już wspomniano, ilustracje. Na czas nadchodzących wakacji i nie tylko „Serce. Historia naturalna" może być przyjemną lekturą.

Ryszard W. Gryglewski

Bill Schutt, „Serce. Historia naturalna", tłum. Dariusz Rossowski, Copernicus Center Press, Kraków 2023, s. 304.

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

Dr n. med. Józefa Marjańska-Radziszewska

ur. 19 marca 1932 r. we Lwowie
zm. 12 kwietnia 2023 r. w Krakowie

12 kwietnia 2023 roku, w wieku 91 lat, zmarła Józefa Janina Marjańska-Radziszewska, doktor nauk medycznych, radiolog z II stopniem specjalizacji, adiunkt w Akademii Medycznej, zastępczyni ordynatora w Klinice Onkologii. Dla samorządu zmarła niezwykłej energii „Ziuta", osoba stanowiąca zaprzeczenie potocznej tezy o słabnącej w miarę wieku aktywności człowieka, niezmiernie zasłużona dla krakowskiej Izby Lekarskiej i jej najstarszych członków.

W aktach księgowych Izby są jeszcze z 2022 roku rozliczenia ostatnich seniorskich wycieczek, była bowiem ich niestrudzoną organizatorką. Lista miejsc odwiedzanych przez krakowski Klub Lekarza Seniora i jego przewodniczącą Doktor Marjańską-Radziszewską jest imponująca, przypomnimy tylko Włochy, Chorwację, Litwę, Łotwę, Estonię, Niemcy, Turcję, Ukrainę, Słowację, Czechy, Węgry itd. A w Polsce – Roztocze, Podlasie, Warmia i Mazury, Dolny Śląsk, Góry Świętokrzyskie, Gdańsk, Toruń. Można tak mnożyć miejsca wycieczek od Przemyśla po Szczecin, wszędzie, gdzie coś warte było uwagi. Nie zapominając oczywiście o dorocznych majówkach statkiem po Wiśle czy o dziesiątkach wyjść do opery, teatrów, filharmonii, na wystawy, a nawet na konferencje naukowe warte uwagi seniorów. Zajęła się Klubem Seniora z całą pasją, zawsze dzieląc się także z naszą gazetą relacjami ze spotkań. A wcześniej była przecież aktywną lekarką, realizującą się także na ścieżce naukowej.

Urodziła się we Lwowie, w rodzinie mieszczańskiej, z którą została repatriowana w 1946 roku na Ziemie Zachodnie – do Stargardu Szczecińskiego. Maturę uzyskała w Lubaniu Śląskim, a ponieważ równolegle ukończyła kurs pedagogiczny, została skierowana do pracy w ośrodku wychowawczym dla dzieci greckich (repatriowanych w tamtych latach ze swojego kraju) opodal Polic. Po dwóch latach, w 1953 roku została przyjęta na studia lekarskie w Akademii Medycznej w Krakowie. Po ich ukończeniu pracowała najpierw jako lekarz szkolny, a w latach 1964-1997 w Katedrze i Klinice Onkologii AM w Krakowie, uzyskując tytuł adiunkta i II stopień specjalizacji jako radioterapeutka. W 1972 roku zdobyła doktorat, broniąc pracę nt. przerzutów kostnych w raku sutka. Karierę zawodową kontynuowała w Klinice Chorób Zakaźnych Szpitala Uniwersyteckiego.

Po wypadku samochodowym, po blisko 40 latach pracy radiologa, wycofała się z aktywności zawodowej, angażując się w życie rodzinne (miała dwóch synów) oraz pracę na rzecz samorządu lekarskiego (była delegatką na okręgowe zjazdy; od 2010 roku – przewodniczącą Klubu Lekarza Seniora w Krakowie).

Olbrzymią wagę przywiązywała zawsze do słów „Przyrzeczenia Lekarza", jakie składała w 1961 roku. Zacytujemy je tutaj we fragmentach: „...Przyrzekam i ślubuję, że w ciągu całego życia (...) według najlepszej wiedzy będę pomagała cierpiącym, zwracającym się do mnie o pomoc, mając na celu wyłącznie ich dobro, że nie nadużyję ich zaufania i że zachowam w tajemnicy to wszystko, czego się dowiem (...) Przyrzekam i ślubuję, że będę się stale doskonaliła w naukach lekarskich i ze wszystkich sił starała przyczynić się do ich rozkwitu...". Sądząc po opiniach rówieśników, lekarzy i pacjentów, rodziny i przyjaciół, Doktor Józefa Marjańska-Radziszewska dotrzymała przyrzeczenia.

Będzie Jej ogromnie brakować. Cześć Jej pamięci.

Korzystając ze wspomnień lekarzy
– Redakcja „GGL"

Lek. Robert Janik

ur. 25 sierpnia 1941 r. w Krakowie
zm. 31 marca 2023 r. w Zakopanem

Lekarz chirurg, ratownik i naczelnik TOPR oraz Członek Honorowy TOPR, Robert Janik urodził się 25 sierpnia 1941 r. w Krakowie. Jego matka miała na imię Gabriela, z d. Scheithauer, zaś ojciec, Adam, był człowiekiem niezwykle zasłużonym, neurochirurgiem, ordynatorem oddziału chirurgii w szpitalu w Rabce, lekarzem GOPR. W czasie wojny walczył w AK, pośmiertnie został odznaczony Medalem Sprawiedliwego wśród Narodów Świata. Syn miał się na kim wzorować. Robert Janik liceum ogólnokształcące ukończył w Będzinie w 1960 r., by następnie studiować medycynę – dyplom lekarza otrzymał na Wydziale Lekarskim AM w Krakowie, w 1966 roku.

Po studiach został zatrudniony w Szpitalu im. T. Chałubińskiego w Zakopanem, na Oddziale Chirurgii Ogólnej, gdzie pracował na etacie asystenta do 30 listopada 1983 r. Posiadając rozległą wiedzę teoretyczną, nie tylko chirurgiczną, i umiejętności praktyczne szybko zdobył I stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej i wysunął się na czoło chirurgicznego zespołu. Stał się jego niekwestionowanym liderem, powoli przejmując obowiązki nadzoru nad kolegami z oddziału. Był autorytetem lekarskim dla pracowników całego szpitala, chirurgiem o nienagannej technice operacyjnej. Niespotykanie troskliwy o chorych, opiekował się nimi bez względu na porę dyżuru – w godzinach wolnych przychodził do pracy, odwiedzał chorych w oddziale, nieraz wyłapując pierwsze objawy chirurgicznych powikłań. Pracował dużo i intensywnie, co doprowadziło do wypalenia zawodowego.

Był także niezwykle życzliwy, gotowy do udzielania pomocy nie tylko lekarskiej, dla kolegów, ich rodzin i wszystkich, którzy z prośbą do niego się zwracali. W latach 1981/82 zatrudnił się w Polskich Liniach Oceanicznych i na stanowisku lekarza okrętowego odbył dwa długie rejsy na Daleki Wschód. Do pracy w szpitalu już nie powrócił. Minęło 40 lat od pożegnania z chirurgią, a do tej pory pracownicy szpitala, starsi chirurdzy, zwłaszcza wyszkoleni przez niego, z pełnym uznaniem wspominają doktora Roberta Janika, chirurga i nauczyciela.

Podobnie jak ojciec, zaczął działać w GOPR, od 1966 r. Przyrzeczenie ratownicze złożył 12 grudnia 1966 r. Początkowo był członkiem Grupy Rabczańskiej GOPR, a od 1970 r. w Grupie Tatrzańskiej, jako ratownik ochotnik. Od 1974 r. pełnił funkcję lekarza Grupy Tatrzańskiej (w której na pełnym etacie został zatrudniony w 1987 r.). Od grudnia 1983 r. pracował w GOPR na stanowisku szefa Służby Medycznej. Od 1989 r. szkolił ratowników jako starszy instruktor ratownictwa wysokogórskiego. Pełnił także funkcje społeczne: był przewodniczącym rady Grupy Tatrzańskiej w latach 1974-78 i członkiem rady naczelnej GOPR.

Od 10 maja 1993 do 1998 r. był naczelnikiem TOPR. Brał udział w 785 wyprawach ratunkowych, z czego większość prowadził jako kierownik. Zwiózł z gór 165 poszkodowanych narciarzy. W działalności ratowniczej w Tatrach także był fachowcem w pełni tego słowa znaczeniu, obdarzony szacunkiem kolegów ratowników, którzy z pełnym zaufaniem oddawali się pod jego wyprawowe przewodnictwo. Jego lekarskie umiejętności uratowały wielu turystów, taterników i grotołazów. W 1999 r. za całokształt działalności ratowniczej otrzymał godność Członka Honorowego TOPR.

Był pożądanym lekarzem na wysokogórskich wyprawach: zimowej, zdobywczej na Mount Everest (8848 m) w 1979/80 r., na zimowej, także zdobywczej, na Kanczendzongę (8586 m) w 1985/86 r. Był też lekarzem zimowej wyprawy na K2 (8611 m) w 2002/2003 r. Wspinał się w Alpach, Kaukazie, Andach i Himalajach, w Hindukuszu zdobył Noszak (7492 m).

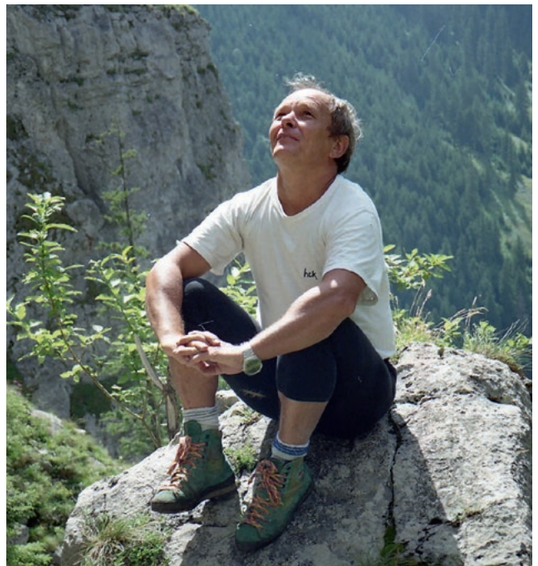
Przewodnikiem tatrzańskim został w 1987 r. Wchodził też w skład komisji egzaminacyjnej na przewodników tatrzańskich. Posiadał uprawnienia międzynarodowego przewodnika wysokogórskiego

Był także opiekunem zwierząt. Zabiegał o wycofanie koni ciągnących ciężkie wozy z turystami drogą do Morskiego Oka. Lubił psy, zwłaszcza jamniki – jeden lub dwa zawsze kręciły się koło niego. Do ostatnich dni pokonywał na rowerze długie trasy Podhala i Spisza. Swoje manualne umiejętności wykorzystywał przy tworzeniu płaskorzeźb.

Za niekwestionowane zasługi został odznaczony: Krzyżami Komandorskim i Kawalerskim OOP, Srebrnym Krzyżem Zasługi, Medalem za Ofiarność i Odwagę, Złotym Medalem za Wybitne Osiągnięcia Sportowe, Złotą Odznaką Zasłużony dla Miasta Zakopane i Gminy Tatrzańskiej, Srebrną i Złotą Odznaką GOPR.

Doktor Robert Janik zmarł 31 marca 2023 r. Został pochowany na cmentarzu przy ul. Nowotarskiej w Zakopanem, w obecności rodziny, przybyłych licznie ratowników górskich, lekarzy, personelu szpitala, przewodników tatrzańskich, turystów i pacjentów, którym ratował życie.

Józef Janczy



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 **139 500 ZŁ**

SUV-y LEXUSA **DOSTĘPNE OD RĘKI**

NOWY **LEXUS** NX

JUŻ OD **211 263 ZŁ**

NOWY **LEXUS** RX

JUŻ OD **298 906 ZŁ**

LEXUS
KRAKÓW-ZAKOPIAŃSKA

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