nakład 15 800 egz. ISSN 1897-7782

Galicyjska Gazeta Lekarska

PISMO OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

2023
5/195
październik – grudzień

Do siego roku

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie

zaprasza na

XXV BAL LEKARZA

MUZYKA NA ŻYWO

CENA: 650 zł/os.

sobota

13 Stycznia 2024

godz. 20.30

Hotel Mercure Kraków

ul. Fabryczna 13

Zapisy:

bal@oilkrakow.org.pl

500 378 864

więcej na: https://oilkrakow.pl/xxv-bal-lekarza/

W numerze m.in.:

I Forum lekarzy działających w ramach pomocy humanitarnej (10)

Rytro 2023 w relacji M. Jamki-Kasprzyk (13)

Z Elżbietą Wojnarowicz, laureatką Nagrody im. A.J. Fortuny, rozmawia S. Ciepły (15)

KOS-BAR – co dalej z tym dobrym programem? – J. Sieradzka (19)

Rozmowa z prezesem „Rydygiera" Arturem Asztabskim o jubileuszu i przyszłości tej placówki (21)

Leki a bezpieczeństwo na drodze – prof. R. Korbut, dr hab. J. Woroń (26)

Historia pewnych budynków – po ul. Kopernika oprowadza M. Chlipała (32)

Czy lekarz może wypisać sobie L-4 – mec. A. Gut (37)

Lekarze w czasach baroku – z prof. Skalskim rozmawia S. Ciepły (40)

Czy grozi nam fala gruźlicy? – K. Domin rozmawia z Agnieszką Zygmunt (43)

Uważność – remedium na stres – prof. A. Gałązka (55)

Pożegnania: B. Wiejowska, W. Blecharczyk, D. Chałupnik (60-62)

Nasza okładka

Krakowski Rynek
fot. Jan Zych

Gdzie diabeł nie może...

Nie ma co ukrywać, mimo koniecznego zaciśnięcia pasa w święta Bożego Narodzenia 2023 wchodzimy z pewnego rodzaju głębszym oddechem. Kiedy wysyłamy ten numer naszej gazety do druku, jeszcze nic nie wiadomo, ale na giełdzie nazwisk nowych ministrów w rządzie Donalda Tuska w roli minister zdrowia pojawiło się najpierw nazwisko Izabeli Leszczyny, potem Joanny Muchy. Obie panie mają spore doświadczenie parlamentarne, a są swego rodzaju dopełnieniem stanu bezradności polityków, którzy nie kwapili się do objęcia tej posady. Więc jeśli ktoś sobie poradzi... lub, jeśli ktoś woli: gdzie diabeł nie może, tam... – mówią staropolskie porzekadła. Tylko dla informacji wspomnę, że pani Leszczyna to z wykształcenia nauczycielka, m.in. posłanka na Sejm od VI do obecnej, X kadencji; b. wiceminister finansów; od 2021 wiceprzewodnicząca Platformy Obywatelskiej. A pani Joanna Mucha, ekonomistka, to też posłanka już od VI kadencji, b. minister sportu. W przypadku wyboru jednej z nich, od czasu Franciszki Cegielskiej (1999-2000), byłaby to trzecia postać nie-lekarza na tym stanowisku. Oczywiście nie zazdroszczę, a nawet pójdę dalej – bezprawnie zadeklaruję gotowość współpracy, choć to się jeszcze nikomu w pełni nie udało, a mam na myśli konsensus resortu z samorządem lekarskim.

Dlaczego się nie udało? Przypomnę z własnego tekstu sprzed paru lat pewną cechę autonomii samorządu, z reguły bagatelizowaną na Miodowej. Otóż jest to taki samorząd, który nie wyciąga ręki po prośbie: „*Budżet samorządu lekarskiego powstaje w całości z naszych składek, bez czyjejkolwiek dotacji. Nikomu nie potrzebujemy się kłaniać. Sami wspomagamy naszych seniorów i przyznajemy stypendia dla naszych dzieci z mniej zamożnych domów; sami finansujemy szkolenia lekarzy w wielu dziedzinach, sami udzielamy porad prawnych, wydajemy swoją gazetę i redagujemy stronę internetową. Sami wreszcie – już poza samorządem, ale nadal z własnej kieszeni – pokrywamy ubezpieczenia*". Wystarczy. Mam nadzieję, że nowej Pani Minister (lub jednak Panu Ministrowi) ta argumentacja trafi do przekonania, bo chodzi o tak niewiele. O zwykłe partnerstwo.

Jak naprawić rozchwierutany system zdrowia? Nie wiem. Wzbraniam się przeciw zamysłowi dźwignięcia wszystkiego „naraz". „Naraz" to mamy w Krakowie rozkopane wszystkie ulice. Natomiast dzielenie owego „tortu zdrowia" na cząstki wciąż się dokonuje. Na inkubatorach, na maseczkach, na rękawiczkach wciąż coś można wytargować. W dodatkach i premiach, płacach i dyżurach. A swoją drogą, co to za „tort" z deficytem urodzin, nadumieralnością, przewagą pokolenia emeryckiego, mierną profilaktyką we wszystkich dziedzinach, długami w szpitalach, niedostatkami kadry specjalistycznej i nastrojami społecznymi jak po rosole z muchomorów.

Nie wiem, czy jest kraj, którego obywatele są zadowoleni ze swojego systemu ochrony zdrowia. Nawet ci z najbogatszych państw nadal zapisują się u nas na „operacje planowe". Ja bym przede wszystkim zabrał się za usunięcie oczywistych nonsensów. Jeśli mamy jednoznaczną opinię WHO w sprawie leczenia bezpłodności i Nagrodę Nobla dla twórcy in vitro oraz 10 mln dzieci poczętych tą

metodą – to bez jakichkolwiek polskich „ulepszeń" wcieliłbym stosowną procedurę i jej finansowanie w życie, wbrew wszelkim opcjom czy światopoglądom, czego na szczęście nowy Sejm od razu się podjął. Podobnie jednym cięciem można usunąć wszelkie blokady wobec pediatrów i internistów w kwestii stanowisk w podstawowej opiece zdrowotnej. I podobnie można rozwiązać inne idiotyczne do bólu problemy. Wskaże je każdy lekarz w swojej dyscyplinie. To żadne lekarstwo na całokształt, a jedynie drobna porada na pierwsze półrocze. Nowy przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia doktor Arłukowicz już działa, a my czekamy na jego inicjatywy, oby lepsze, niż kiedy był szefem resortu.

Tymczasem serdecznie, ciepło, po lekarsku holistycznie życzę Państwu niezapomnianej Wigilii w gronie rodzinnym, radosnych świąt Bożego Narodzenia, Nowego 2024 Roku wolnego od napięć, a wciąż dostarczającego miłych niespodzianek.

Na pewno miłych wrażeń nie zabraknie podczas XXV Balu Lekarza, serdecznie więc Państwa na nasz bal zapraszam.

Robert Stępień
prezes ORL w Krakowie

Moje perswazje

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Nikt chyba nie będzie płakał po ministrach zdrowia w ostatnich latach, choć trzeba przyznać, że nie tylko w ostatnich latach w zdrowiu źle się działo. Felietony publikuję tu już dobrych kilkanaście lat i wielokrotnie pisałem, że sprawy zdrowia są na sztandarach w czasie kampanii wyborczych. Po ich zakończeniu zdrowie (choć według wszystkich sondaży stawiane jest przez Polaków na jednym z pierwszych miejsc w hierarchii koniecznych zmian) zostaje zapomniane i znika gdzieś w ogonie potrzeb. Finansowanie opieki zdrowotnej w obietnicach, w których prześcigali się przedstawiciele poszczególnych ugrupowań (dawali różnie – od 6 do nawet 9 proc.), gdzieś znikło. Żadne ugrupowanie nie chce zdrowia, choć do obecnej sytuacji doprowadzały wszystkie po kolei, nikt nie kwapi się, żeby ten bałagan posprzątać.

A jest co sprzątać. Począwszy od dramatycznej sytuacji kadrowej, poprzez bałagan organizacyjny aż po finansowanie.

Brakuje wszystkich grup zawodowych, ale też tak rozrzutnego gospodarowania kadrami nie ma w żadnym innym resorcie. Ministerstwo pozbawiło się jakiegokolwiek wpływu na to, w jakich specjalnościach należy kształcić lekarzy. Brakuje ich niemal w każdej, ale nikt dotąd nie próbował tego policzyć. Liczy się tylko pieniądze. Pacjentom obiecuje się wszystko, zdając sobie doskonale sprawę, że stawiane w wielu dyscyplinach wymagania są po prostu nie do spełnienia. Np. planowany był zapis, że szefem oddziału ratunkowego może być tylko specjalista z medycyny ratunkowej, kiedy na koniec roku 2018 mieliśmy ich w Polsce niecały tysiąc. Nie sądzę, żeby wielu przybyło, zwłaszcza że w ostatnim postępowaniu kwalifikacyjnym chętnych na tę specjalizację było ok. 30.

Liczenie na to, że uruchomienie kierunków pseudo-lekarskich w powiatach rozwiąże problem, jest nierealne, a nawet gdyby, to nie wcześniej niż za 10 lat. To problem tylko jednej specjalności, lecz podobnych jest wiele. Problem wynagrodzeń i ich spłaszczenia jest co najmniej równie pilny. Rezydent nie może zarabiać tyle samo, co szkolący go specjalista. O tym można by było napisać książkę, a tu nie ma czasu. Musi się stworzyć listę najpilniejszych problemów do rozwiązania w najbliższym czasie, a problem kadr jest na pierwszym miejscu.

Równie palącym jest problem roli szpitali i sieci szpitali w systemie opieki zdrowotnej. Trudno się oprzeć wrażeniu, że szereg ustaw pisanych jest wyłącznie dla szpitali publicznych, a zwłaszcza sieciowych, które są w najtrudniejszej sytuacji zarówno finansowej, jak i kadrowej oraz organizacyjnej. Do tych szpitali można „wrzucić" wszystko, włącznie z nocną i świąteczną pomocą lekarską, która dzięki ostatnim decyzjom ministerstwa staje się drugim POZ, bo oddziały ratunkowe już dawno zajmują się stłuczonymi palcami, a nie ratowaniem zdrowia i życia. Problem systemu pomocy lekarskiej jest kolejnym do natychmiastowego rozwiązania.

Osobnym wyzwaniem jest finansowanie pacjentów przyjętych do szpitali w „trybie ostrym", a także gotowości szpitali, na co również wielokrotnie zwracałem uwagę. „Ostry" pacjent zawsze jest droższy od chorego przyjętego w trybie planowym, stąd szpitale prowadzące SOR-y i całodobowe izby przyjęć muszą być inaczej finansowane niż szpitale wykonujące procedury planowe.

Przeprofilowanie łóżek szpitalnych zgodnie z potrzebami regionu jest kolejnym pilnym zadaniem. Jednak nie tylko ze szpitali składa się system ochrony zdrowia. Równie dużym problemem jest AOS, która również boryka się z brakami kadrowymi i sprzętowymi w zakresie diagnostyki, a niektóre specjalizacje, jak np. psychiatria dziecięca, prócz stwierdzenia, że nie ma specjalistów, nie spotykają się z żadnym wsparciem.

Na tym tle podstawowa opieka zdrowotna wydaje się być jasnym punktem, ale i ona nie wytrzyma stałego zwiększania zadań bez wzmocnienia kadrowego. Konieczne jest dopuszczenie na równych prawach do POZ lekarzy specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych i pediatrii.

A co z lecznictwem uzdrowiskowym?

Co z rehabilitacją?

Co ze stomatologią?

Co z opieką nad chorymi w podeszłym wieku?

Co z ZOL-ami i zakładami opiekuńczymi?

Czy należy nadal utrzymywać rozdział zdrowia od opieki społecznej?

Wiem, że były razem za komuny, ale nie wszystko wtedy było złe. Do szeregu rozwiązań z tamtych czasów po cichu wracamy, lecz przyznać się do tego nie można, bo to niepolitycznie. Może przestańmy myśleć politycznie, a zacznijmy logicznie, bo bardzo nam tego w zdrowiu brak. Przede wszystkim brakuje całościowego, a nie wycinkowego spojrzenia na problemy ochrony zdrowia. Wiadomo, że nowy (czy nowa) minister (czy ministra) zdrowia będzie musiała „zadrzeć" ze wszystkimi, począwszy od pielęgniarek, przez opiekunów medycznych, rezydentów, lekarzy rodzinnych, lekarzy specjalistów, kadrą profesorską i wielu innych grup, bo zbyt wielu ludzi i instytucji okopało się na swoich wygodnych pozycjach i będą ich bronić jak niepodległości, posługując się znanymi hasłami o dobru pacjenta, o chorych umierających na ulicach, jeżeli się tylko spróbuje naruszyć ich przywileje.

Jednak myślę, że innej drogi nie ma.

PS. Specjalnie nie piszę o pieniądzach, bo konieczność zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia w Polsce uważam za oczywistą.

Jerzy Friediger
redaktor naczelny „GGL"

W skrócie

Przyjmowanie materiałów do numeru zakończono 27 listopada 2023 r.

Medycy w Sejmie i Senacie

Wybory za nami. W kadencji 2023-2027 w parlamencie pracować będzie w sumie 26 osób reprezentujących zawody medyczne, wśród nich lekarze, pielęgniarki oraz jeden farmaceuta. Teren Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie reprezentują w Sejmie tylko dwaj lekarze: Rafał Komarewicz (Polska 2050) oraz Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL), wybrani z Listy „Trzeciej Drogi". W Senacie po raz kolejny zasiadł Bogdan Klich z Koalicji Obywatelskiej. „Medyczną" przedstawicielką regionu w Sejmie jest także pielęgniarka – menedżer ochrony zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko, wybrana z listy PiS.

Kiedy oddajemy ten numer gazety do druku, nie jest jeszcze znane nazwisko nowego ministra zdrowia. Natomiast przewodniczącym sejmowej Komisji Zdrowia został Bartosz Arłukowicz z KO, kiedyś już pełniący tę funkcję, a w latach 2011-2015 – minister zdrowia.

80 procent wydatków na 20 procent potrzeb

NFZ podsumował koszty leczenia w 2022 r. Na świadczenia medyczne i leki, które można dopasować do konkretnego pacjenta lub świadczenia, NFZ wydał we wspomnianym roku ponad 110 mld zł. To o ponad 27 mld zł więcej niż w 2021 roku.

Na leczenie tylko 100 „najdroższych" pacjentów przeznaczono 218 mln zł. Dla porównania, w 2015 r. było to niecałe 128 mln zł. Co może szokować, aż 31,5 mld zł wydano na świadczenia dla 1 proc. naszej populacji. Najwięcej NFZ wydaje na leczenie pacjentów w grupach: 60-64 lata, 65-69 lat i 70-74 lata. Sprawdza się zasada Pareta, o której w zupełnie innym kontekście pisaliśmy w poprzednim numerze „GGL".

Czy wrócą maseczki?

Choć praktycznie nie wykonuje się już testów, oficjalne dane mówiły w listopadzie o ok. dwóch tysiącach zachorowań na COVID-19 dziennie. Wszyscy jednak wiemy, że testowanie się lekceważy, tylko niektórzy rodacy są na tyle odpowiedzialni, by – zanim z bólem gardła, głowy i stanem podgorączkowym wyjdą z domu – sięgnąć po apteczny test wykrywający koronawirusa (a czasem też inne wirusy). Tymczasem w niektórych regionach pozytywny wynik otrzymywano aż w ok. 75 proc. testów covidowych wykonywanych w placówkach medycznych. Np. w szpitalu w Ostrowie Wielkopolskim na COVID-19 zachorowało aż 17 pacjentów. Dlatego coraz więcej szpitali w Polsce w listopadzie ograniczało wizyty u chorych, przywracało obowiązek noszenia maseczek i wprowadzało inne covidowe ograniczenia.

Jednocześnie niewielkie grono zainteresowanych Polek i Polaków pod koniec listopada czekało na dostawy nowej wersji szczepionki przeciwko COVID-19, obiecane na początek grudnia. A firma Pfizer podtrzymywała swoje żądania wobec Polski – zapłaty 6 mld zł za nieodebranie 60 mln szczepionek z wcześniejszych planów zakupowych.

CAR-T w Szpitalu Uniwersyteckim

Szpital Uniwersytecki w Krakowie poinformował w listopadzie, że chce wprowadzić terapię CAR-T w hematologii i rozpoczął w tym celu proces akredytacyjny. CAR-T wykorzystuje układ odpornościowy pacjenta i inżynierię genetyczną, aby walczyć z nowotworami dzięki zmodyfikowanym genetycznie limfocytom T. Ta nowoczesna terapia jest mniej toksyczna i obciążająca od intensywnej chemioterapii i transplantacji szpiku, ponadto u niektórych pacjentów może być jedyną skuteczną metodą leczenia. Choć koszt terapii dla jednego pacjenta to ponad 1 mln zł, jest ona już refundowana przez NFZ.

Terapia CAR-T zyskuje coraz szersze zastosowanie w leczeniu nowotworów hematologicznych, pokłada się w niej także inne nadzieje. SU planuje wdrożyć ją w ciągu najbliższych miesięcy.

240 lat Ogrodu Botanicznego UJ

Pod koniec września w auli Collegium Novum UJ odbyła się sesja naukowa – z udziałem władz uczelni i miasta, a także przedstawicieli 23 ogrodów botanicznych i arboretów z całego kraju – która zainaugurowała obchody jubileuszu najstarszego ogrodu botanicznego w Polsce. Wśród licznych prezentów, które odebrał dyrektor OB UJ prof. Michał Węgrzyn, znalazły się także rzadkie gatunki roślin, które przysłużą się do odtworzenia kolekcji 10 tysięcy eksponatów.

K. Domin

Założenie Ogrodu w 1783 r. w miejscu dawnej posiadłości Czartoryskich związane było z reformą krakowskiej uczelni dokonanej przez Hugona Kołłątaja na polecenie Komisji Edukacji Narodowej. Jej celem było wprowadzenie do starej uczelni nowoczesnych nauk przyrodniczych oraz nauczania

opartego o metody empiryczne. W rozwój ogrodu swój wkład mieli także medycy – jego pierwszym dyrektorem był chemik i mineralog, ale też lekarz Jan Jaśkiewicz, a na początku XIX wieku funkcję tę pełnił Ignacy Rafał Czerwiakowski, lekarz i botanik, syn słynnego chirurga. Także dzisiaj ogród jest miejsce bliskim studentom medycyny, lekarzom i ich pacjentom. Prowadzone są tam zajęcia i warsztaty wspierające oparte na hortiterapii, korzystają z nich m.in.: Woj. Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie (filia w Radziszowie) oraz Dzienny Oddział Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Szpitala im. dr. J. Babińskiego.

Orkiestra zagra 28 stycznia

„Płuca po pandemii. Gramy dla dzieci i dorosłych" – taki cel najbliższej zbiórki ogłosiła Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy. Motto brzmi „Tu wszystko gra". 32. Finał odbędzie się w ostatnią niedzielę stycznia 2024 r. Fundacja tym razem planuje zakup sprzętu do diagnozowania, monitorowania i rehabilitacji chorób płuc pacjentów na oddziałach pulmonologicznych. Mają to być urządzenia do diagnostyki obrazowej, m.in. rezonanse magnetyczne i aparaty ultrasonograficzne; diagnostyki czynnościowej, m.in. polisomnografy i przenośne spirometry; diagnostyki endoskopowej, m.in. systemy do badań bronchoskopowych w nawigacji

wewnątrzoskrzelowej i bronchoskopy; rehabilitacji – sprzęt do rehabilitacji pulmonologicznej wykorzystywanej w terapii chorych po przeszczepieniu płuc oraz torakochirurgii, m.in. systemy elektrokoagulacji i kriosondy.

W swoich 31 wcześniejszych zbiórkach Fundacja WOŚP zebrała blisko 2 mld zł i kupiła 71,5 tysiąca urządzeń. *(źródło: WOŚP)*

Gloria Medicinae dla prof. Piotra Odrowąż-Pieniążka

Od 35 lat Polskie Towarzystwo Lekarskie wręcza dorocznie na Zamku Królewskim w Warszawie postaciom zasłużonym dla medycyny swoje odznaczenie – Gloria Medicinae. W 2023 r. wśród tradycyjnie dziesięciorga odznaczonych znalazł się prof. Piotr Odrowąż-Pieniążek, kardiolog interwencyjny, związany z krakowskim Szpitalem im. Jana Pawła II.

Liryka, liryka...

Barbara Rysz-Postawa, z krakowskiego Oddziału Instytutu Onkologii, członkini Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, została laureatką XIV Ogólnopolskiego Konkursu Poetycko-Prozatorskiego w kategorii liryki, organizowanego w ramach 51. Warszawskiej Jesieni Poezji.

Portrety Polskiej Medycyny

Prof. Andrzej Matyja z II Katedry Chirurgii Ogólnej CM UJ otrzymał w kategorii Lekarz Rynku Zdrowia I wyróżnienie, a prof. Wojciech Szczeklik, kierownik Ośrodka Intensywnej Terapii i Medycyny Okołozabiegowej CM UJ – II wyróżnienie w plebiscycie Portrety Polskiej Medycyny.

Te prestiżowe wyróżnienia branży medycznej przyznawane są przez magazyn i portal Rynek Zdrowia.

Nagroda im. Profesora Sycha

Dr hab. Mateusz Koziej otrzymał w październiku Nagrodę im. Prof. Marka Sycha, przyznawaną młodym lekarzom przez Towarzystwo Lekarskie Krakowskie. Wyróżniono pracę habilitacyjną laureata pt. „Analiza zmienności przebiegu tętnic twarzy: implikacje dla operacji chirurgii plastycznej oraz bezpieczeństwa małoinwazyjnych zabiegów medycyny estetycznej".

Nagroda im. Aliny Margolis-Edelman

Dr Katarzyna Dyląg odebrała w muzeum POLIN wyróżnienie w kategorii „osoba szczególnie zasłużona na rzecz dzieci", przyznane przez kapitułę Nagrody im. Margolis-Edelman. Dr Dyląg jest związana ze Szpitalem św. Ludwika w Krakowie; od 2013 r. zaangażowana jest w pracę Centrum Diagnostyki i Leczenia FASD.

Personalia

Prof. Anetta Undas została członkinią Academia Europaea, prestiżowej organizacji skupiającej ponad 5 tys. uczonych z różnych dziedzin. Profesor jest piątą przedstawicielką UJ w tym gremium.

Prof. Andrzej Matyja został 22 października, podczas Kongresu Klinicznego 2023 w Bostonie, przyjęty do grona członków prestiżowego American College of Surgeons.

Dr Karolina Piotrowicz z Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie została sekretarzem generalnym European Geriatric Medicine Society (EuGMS).

Do władz Towarzystwa Chirurgów Polskich na kadencję 2023-2025 wybranych zostało pięciu lekarzy Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Są to **profesorowie Marcin Barczyński, Piotr Major, Michał Pędziwiatr, Piotr Richter** oraz **dr Czesław Osuch**.

Jak chcemy kształcić medyków?

Wspominam czasy studiów na Akademii Medycznej w Krakowie. Otóż w latach 70. uczelnia stworzyła swoje filie w Kielcach i Rzeszowie. Miały one za cel zwiększenie dostępu studentów do przedmiotów klinicznych, a tym samym odciążenie klinik macierzystej uczelni krakowskiej. Dotyczyły zatem studentów IV, V i VI roku Wydziału Lekarskiego. Początkowo studentów kierowano do „ośrodków zamiejscowych" na półroczne turnusy, aby później przekształcić tę formę na wyjazd roczny. Do współpracy wykorzystano wojewódzkie szpitale specjalistyczne. Z pewnością ci, którzy doświadczyli tej formy kształcenia, bardzo na tym skorzystali. W filiach studenci spotykali lekarzy specjalistów naprawdę chętnych i gotowych do przekazywania swojej wiedzy medycznej. Później na bazie tych filii powstały obecne uniwersytety medyczne w tych miastach. Ale system wdrażano powoli, pod kontrolą władz AM w Krakowie.

Dzisiaj z niemałym przerażeniem odbieram wiadomości o powstawaniu nowych „uczelni medycznych" na bazie szkół zawodowych. To oczywiście pokłosie „sprawnego" działania poprzednich rządów (głównie p. Czarnka), mającego na celu zwiększenie liczby lekarzy w Polsce. Pomysł bardzo prosty (jak ministerstwo edukacji) – stworzyć szkoły byle gdzie, byle były i rozpocząć rekrutację. Kierunki lekarskie tworzą więc politechniki i uniwersytety techniczne, różne szkoły wyższe, czasem dla niepoznaki zmieniając swoją nazwę. Nieważna jest baza naukowa, zaplecze do kształcenia w tak specyficznej dziedzinie, ważne, żeby byli już studenci. Czytałem przy okazji informacji o kolejnej tego typu szkole medycznej o „modelu kanadyjskim", opartym na tworzeniu nauki od czystej teorii i przechodzeniu do praktyki dopiero w następnym kroku. Taki model dałby czas na organizację zaplecza klinicznego i poszukiwanie klinicystów skłonnych przyjąć rolę nauczycieli akademickich. Chyba jednak to wymysł twórców szkół, bo lekarze kanadyjscy o takim modelu nauczania nie słyszeli. Cóż, fasolka po bretońsku też nie ma nic wspólnego z Francją. Zresztą, skoro w jednej z takich szkół funkcję prorektora powierzono lekarzowi stażyście, nic już nie powinno dziwić. Przypadek innej uczelni, która nie dysponując prosektorium, tak niezbędnym do prowadzenia zajęć z anatomii prawidłowej, będzie wozić swoich studentów do Radomia (ponad 200 km), zna już zapewne cała Polska. Anatomia prawidłowa to wiodący przedmiot pierwszego roku studiów medycznych, więc te podróże to bardzo specyficzne urozmaicenie nauki. W takiej rzeczywistości to nawet zastanawiające, że nikt nie rozważał nauki anatomii z atlasów – przecież są takie ładne i kolorowe. A może rozważał? Ciekawa jest też rekrutacja na ten „rodzaj" studiów – w pewnej uczelni, z braku kandydatów, przy nieodpartej chęci uruchomienia kierunku lekarskiego przeniesiono na niego chętnych na kierunek ratownictwo medyczne i pielęgniarstwo.

To wiadomości sprzed rozpoczęcia roku akademickiego. Obecnie młodzi ludzie, którzy wybrali taką drogę do kariery lekarskiej, są wielce zaniepokojeni o poziom swojego wykształcenia. Widzą, że organizacja ich edukacji jest delikatnie mówiąc ułomna. Nie mają bazy do prawidłowego kształcenia, a wykładowcy, sprowadzani ze „starych" uniwersytetów medycznych, odrabiają swoje pensum w blokach wykładowych i uciekają do swoich macierzystych ośrodków. Podobno część tych studentów już planuje przeniesienie się w przyszłym roku do bardziej wiarygodnych uczelni, ale do tego zapewne będą musieli poprawić swoje wyniki matur, bo w niektórych z „nowych szkół" ponoć wystarczyło, by kandydat na medycynę po prostu zdał maturę na poziomie podstawowym.

Dziwię się lekarzom, którzy biorą na siebie odpowiedzialność za kształcenie przyszłych kadr medycznych w takich warunkach. Czyżby nie słyszeli głosu samorządu lekarskiego, a może to zwykła chęć nobilitacji na stanowisko akademickie i sposób na dodatkowy zarobek?

Naczelna Rada Lekarska w swoich siedmiu filarach palących zmian w ochronie zdrowia zawarła również dążenie do naprawy systemu kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów. To też jedno z haseł ulicznej demonstracji zorganizowanej w Warszawie 30 września. Samorząd lekarski skierował nawet do prokuratury wniosek dotyczący uczelni „medycznych" uruchomionych pomimo negatywnej opinii Państwowej Komisji Akredytacyjnej. Warto wspomnieć, że z powstałych czternastu nowych ośrodków kształcenia przyszłych lekarzy aż osiem nie uzyskało pozytywnej opinii tejże komisji.

Dewastacja polskiego systemu kształcenia lekarzy trwa, bo jeszcze nikt nie powiedział dość. Należy się martwić, czy potrafimy utrzymać unijne standardy i czy nadal nasze dyplomy lekarskie będą uznawane przynajmniej w Europie.

Między innymi z tego powodu z nieukrywaną nadzieją czekamy na nowy rząd, nowy porządek prawny i nowego ministra zdrowia, bo do nich będziemy kierować swoje postulaty. Oby zostały one zrozumiane i system kształcenia lekarzy został przekierowany na właściwe tory.

Mariusz Janikowski

Z obrad ORL

Nowe wyzwania na nowy rok

Kończy się 2023 rok – czas wypełniony pracą i nadzieją, że w końcu doczekamy się efektów naszej samorządowej walki o naprawę systemu ochrony zdrowia. Nadal czekamy, ale z ogłoszeniem wyniku wyborów do Sejmu i Senatu te nasze nadzieje na nowo ożyły. Dlatego Okręgowa Rada Lekarska i jej Prezydium podjęły w ostatnim czasie kolejne apele i uchwały, np. o niepozbawianie internistów i pediatrów prawa do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, zmuszając ich do dodatkowych kursów czy o uporządkowanie sytuacji lekarzy cudzoziemców pragnących pracować w Polsce i wiele innych. Jednocześnie Izba coraz więcej oferuje swoim członkom i to zarówno w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych, jak i relaksu i rozrywki.

W mijającym roku Prezydium ORL spotkało się ponad 20 razy, co kwartał odbywały się posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej. Ostatnie miało miejsce 22 listopada. Obrady rozpoczęto od uczczenia minutą ciszy dwojga wieloletnich działaczy samorządu lekarskiego, członków ORL – Doktor Barbary Wiejowskiej oraz Doktora Wojciecha Blecharczyka, którzy zmarli nagle w październiku.

Potem przystąpiono do pracy. Krakowska Okręgowa Rada Lekarska zaapelowała do Naczelnej Rady o podjęcie działań mających na celu usunięcie dysproporcji między wynagrodzeniem lekarzy/lekarzy dentystów specjalistów, a wynagrodzeniem lekarzy w trakcie specjalizacji. Obowiązujące obecnie przepisy sankcjonują sytuację, w której lekarz rezydent, odbywający specjalizację w priorytetowej dziedzinie medycyny, otrzyma miesięczne wynagrodzenie (w wysokości 9763 zł), które jest wyższe niż miesięczne wynagrodzenie lekarza specjalisty (9201,92 zł), który może być np. jego kierownikiem specjalizacji.

– Chcemy, by lekarze rezydenci zarabiali godziwie, lecz ich nauczyciele i mentorzy nie mogą być gorzej opłacani – podkreślał prezes Robert Stępień.

Jak zauważył Paweł Bujny, przewodniczący Zespołu ds. Szpitalnictwa ORL, cała tabela wynagrodzeń w ochronie zdrowia wymaga uporządkowania, bo takich absurdów jest więcej. Nie może być też tak, że pielęgniarka zarabia znacznie więcej od lekarza.

Kolejny apel dotyczył uchylenia przepisów regulujących przyznawanie warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty dla osób, które uzyskały dyplom poza UE. Chodzi oczywiście głównie o lekarzy z Ukrainy, którzy najpierw z powodu pandemii, a potem w związku z wojną uzyskali przywileje. Podobnej treści apel przyjęła wcześniej Wielkopolska Izba Lekarska, ORL w Krakowie teraz go oficjalnie poparła. Uzasadniając apel prezes Stępień podkreśli, że kilkuletnie doświadczenia pozwalają zauważyć szereg różnego typu naruszeń tych i tak bardzo

liberalnych przepisów. Są to np. przypadki nieuprawnionego posługiwania się tytułem specjalisty, próby zarejestrowania własnej praktyki, do czego oczywiście lekarz ma prawo, ale po nostryfikacji dyplomu w Polsce. Często też próbuje się obejść obowiązek zawarcia umowy o pracę (a nie np. kontraktu w ramach działalności gospodarczej lekarza) oraz obowiązek nadzoru uprawnionego lekarza nad lekarzem zatrudnionym na podstawie tych szczególnych przepisów. Katalog najczęstszych naruszeń został zamieszczony w apelu. O tym, że zwykle lekarze ci mają ponadto problemy z porozumiewaniem się w języku polskim – znajomość języka także nie jest od nich formalnie wymagana – nawet nie warto wspominać. Wprowadzone w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty procedury tzw. warunkowych praw wykonywania zawodu oraz prawa wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych były odpowiedzią na kryzys wywołany ekstremalnymi sytuacjami. Choć wojna w Ukrainie trwa, pora powoli wracać do normalności. Wsparcie dla dotkniętego tragedią narodu nie może oznaczać zmniejszenia bezpieczeństwa polskich pacjentów. Dlatego, zdaniem ORL, konieczne jest usunięcie tych szczególnych regulacji. Lekarze i lekarze dentyści, którzy uzyskali dyplom poza Unią Europejską, chcąc leczyć pacjentów w Polsce, powinni podjąć się nostryfikacji dyplomu lub złożyć egzamin weryfikacyjny.

Apel został przyjęty jednogłośnie, choć z refleksją, że dyrektorom szpitali i przychodni, borykającym się z brakiem kadry lekarskiej, raczej się ta inicjatywa nie spodoba.

Bez żadnych zastrzeżeń przyjęto apel do MZ i NFZ o pilne wdrożenie finansowania leczenia retinopatii wcześniaków (ROP) u niemowląt powyżej 26. tygodnia życia. „W ostatnich latach przebieg ROP zmienił się istotnie, zarówno z uwagi na postęp w dziedzinie neonatologii (mamy do czynienia ze skrajnie niedojrzałymi pacjentami), jak i z powodu zastosowania w leczeniu ROP doszklistkowych iniekcji leków anty-VEGF (substancja czynna: ranibizumab), dzięki którym udaje się opanować najbardziej agresywne postaci tej choroby, co wcześniej nie było możliwe. Wprowadzenie do leczenia ROP iniekcji doszklistkowych leków anty-VEGF zmieniło przebieg i oblicze tej choroby. Ale niejednokrotnie dochodzi do późnych nawrotów choroby, nawet w 51. tygodniu" – czytamy w uzasadnieniu apelu. Tymczasem w katalogu świadczeń objętych finansowaniem ze środków publicznych takich przypadków dotąd nie uwzględniano – refundacja tego leczenia, podobnie jak i laserokoagulacji siatkówki przysługiwała do 26. tygodnia życia dziecka.

– Oczywiście dzieci są leczone, nikt nie odmawia pomocy, ale naraża to szpitale na poważne straty, a tak nie powinno być – zastrzegła Anna Wolnik, członkini ORL, przedstawiając projekt tego apelu.

Katalog spraw, jakimi zajmuje się samorząd lekarski, jest bardzo szeroki. Na łamach tej gazety znajdziecie Państwo informacje o wielu innych działaniach, np. o uruchomieniu w tym roku w Izbie funduszu stypendialnego, który na razie cieszy się dziwnie małym zainteresowaniem.

By sprawnie funkcjonować, konieczne jest dobre planowanie, także budżetu, który zatwierdzany jest przez Okręgowy Zjazd Lekarzy. Decyzją ORL, najbliższy, XLIII Okręgowy Zjazd Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej odbędzie się 23 marca 2024 r. w Krakowie. Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego Zjazdu został Mariusz Janikowski, członkami: Krzysztof Wróblewski, Janusz Kulon, Marek Zasadny, Dariusz Kościelniak oraz – z ramienia biura – Agnieszka Żylińska-Fularz. Będzie to zjazd sprawozdawczo-budżetowy.

(JGH)

Stypendia czekają

Komisja ds. Młodych Lekarzy ORL zaprasza do uczestnictwa w programie stypendialnym Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie!

Celem przyznawania stypendiów jest umożliwienie lekarzom i lekarzom dentystom odbycia stażu w polskim lub zagranicznym ośrodku, lub udział w kursach, warsztatach celem dokształcenia zawodowego.

O stypendium mogą się ubiegać lekarze i lekarze dentyści, którzy w dniu składania wniosku nie ukończyli 35. roku życia. Maksymalna kwota dofinansowania to 8 tysięcy złotych. Stypendia będą przyznawane dwa razy do roku dla pięciu lekarzy, którzy uzyskają największą liczbę punktów w danym postępowaniu.

Wniosek może dotyczyć wyłącznie wydarzenia, które odbędzie się w terminie późniejszym niż data ogłoszenia informacji o przyznaniu stypendium.

Pełny regulamin i niezbędne dokumenty znajdują się na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie.

Najbliższy termin składania wniosków upływa 29 lutego 2024 r.

Komisja Etyki ORL obradowała w Krynicy

O terapii daremnej i nie tylko

O daremnej terapii oraz organizacji opieki paliatywnej z perspektywy codzienności szpitalnej dyskutowali uczestnicy konferencji zorganizowanej przez Komisję Etyki ORL w Krynicy-Zdroju w dniach 20-22 października 2023 r. Spotkanie przygotował i poprowadził lek. Krzysztof Wróblewski, przewodniczący Komisji.

Podczas tego spotkania poruszono kilka tematów. Doktorzy Stefan Bednarz i Wiesław Gucwa zapoznali uczestników z wynikami konferencji zorganizowanej przez Komisję Etyki NRL, która odbyła się w październiku w Gdańsku. Omawiano tam sprawy dotyczące przygotowań do koniecznych zmian w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Decyzje w tej kwestii mają zapaść na Nadzwyczajnym Zjeździe Lekarzy, który odbędzie się w maju 2024 r. Zmiany mają dotyczą m.in. zasad reklamy, udzielania teleporad przez lekarzy, jak również daremnej terapii. Wiele mówi się o potrzebie modyfikacji w zakresie klauzuli sumienia.

W związku z projektami zmian doktor Gucwa omówił wytyczne dotyczące daremnej terapii, nakreślone przez Polskie Towarzystwo Internistów, oraz problemy, przed którymi staje lekarz w obliczu konieczności przedłużania życia pacjenta. Rozmawiano również o roli opieki paliatywnej w ostatniej fazie życia chorego. Moderatorką tej dyskusji była dr Teresa Weber-Lipiec, a uczestniczył w niej także zaproszony specjalnie na to spotkanie anestezjolog, doktor Tadeusz Wójcikiewicz.

Z kolei doktor Cezary Szadek mówił o udziale lekarzy w stosowaniu dopingu przez sportowców. Intersujące konkluzje miał w tej materii gość spotkania prof. Józef Lipiec, etyk z Uniwersytetu Jagiellońskiego, ale też współzałożyciel i koordynator prac Polskiej Akademii Olimpijskiej.

Szersze omówienie problemów poruszanych na konferencji zostanie przedstawione w osobnej publikacji.

(KW)

Czekamy na listy

Komisja Etyki ORL przygotowuje listę problemów, które w ramach planowanej nowelizacji Kodeksu Etyki Lekarskiej powinny zostać poruszone na Krajowym Zjeździe Lekarzy w maju 2014 r. Wyzwaniem szczególnym, który stanie przed Delegatami, będzie tzw. klauzula sumienia. Komisja Etyki oraz „GGL" czekają na opinie Lekarzy i Lekarzy Dentystów.

Fundacja Lekarze Lekarzom

Nadchodzi termin dorocznych rozliczeń, zwracam się z prośbą o przekazanie 1,5% podatku na Fundację Lekarze Lekarzom na numer KRS 0000409693

Dzięki datkom Fundacja może wspierać finansowo inicjatywy samorządu zawodowego lekarzy w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej oraz pomagać lekarzom w potrzebie, także tym mieszkającym poza granicami naszego kraju.

Zapraszamy do odwiedzenia strony Fundacji: www.fll.org.pl

Informuję dodatkowo, że na konto Fundacji można w każdej chwili wpłacić dobrowolny datek.
Darowiznę można odliczyć od podatku. Nasz adres i numer konta:
Fundacja Lekarze Lekarzom ul. Jana Sobieskiego 110; 00-764 Warszawa
Nr konta: PKO SA 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541

Mariusz Janikowski
Prezes Zarządu Fundacji Lekarze Lekarzom

I Forum lekarzy działających w ramach pomocy humanitarnej

Medycy z misją

24 listopada w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie odbyło się „I Forum działalności lekarzy w ramach pomocy humanitarnej i rozwojowej świadczonej za granicą". Grono może nie było bardzo liczne, lecz znakomite, a dyskusja porywająca. Dawno w Izbie lekarze nie mówili o swojej pracy z tak ogromną pasją i z tak widoczną satysfakcją. Opowiadali bowiem o pomocy medycznej i humanitarnej udzielanej w najbiedniejszych lub dotkniętych tragediami zakątkach świata, o niesieniu zdrowia i radości ludziom, którzy wcześniej nie mieli żadnej szansy uzyskania porady lekarskiej czy choćby pielęgniarskiej.

Gości powitał w Izbie prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Robert Stępień, natomiast prowadzili spotkanie wiceprezes ORL Marzena Ksel-Teleśnicka, pomysłodawczyni i organizatorka Forum, ekspert Rady Europy ds. opieki zdrowotnej osób pozbawionych wolności, z doświadczeniem pracy w szpitalu misyjnym w Zimbabwe, oraz Jakub Belina-Brzozowski, przedstawiciel Polskiej Misji Medycznej.

Jako pierwsi wystąpili najmłodsi uczestnicy misji z pomocą medyczną, tegoroczni absolwenci Collegium Medicum UJ, lekarze dentyści Marcin Ciszek, Sara Gawłowska i Monika Szczepanik, którzy jako wolontariusze we współpracy z ADEMA Esculea Universitaria w Palma de Mallorka pomagali pacjentom na małej wysepce u wybrzeży Kenii. W organizacji wyjazdu wsparcia udzieliła im m.in. własna uczelnia, wypożyczając niezbędne instrumentarium stomatologiczne. Pracowali w ambulatorium, które z dnia na dzień zaczynało się coraz bardziej przepełniać, bo informacje o przybyciu lekarzy szybko się rozeszły i pacjenci zaczęli przypływać także z lądu.

Jakub Belina-Brzozowski, Marzena Ksel-Teleśnicka, Robert Stępień

Pacjentów, którzy często nigdy nie mieli kontaktu z dentystą, często nie mieli nawet szczoteczki do zębów, przyjmowały także lekarki dentystki Kinga Haczyk i Aneta Wach z Krakowa, które za własne środki udały się z pomocą medyczną do sierocińca w Tanzanii. Na samodzielnie wykonanym z desek fotelu dentystycznym zaczynały od nauki mycia zębów, ale potem zdarzało się także uczyć dzieci matematyki.

Bogate doświadczenia w udzielaniu pomocy medycznej osobom na co dzień jej całkowcie pozbawionym ma dr Jerzy Friediger, członek Komisji ds. Współpracy Zagranicznej i Obcokrajowców ORL, która także przyczyniła się do organizacji Forum. Doktor Friediger wraz z zespołem lekarzy kilkakrotnie przebywał w Kamerunie. Inicjatywa wyszła od Georges'a Kamtoha, który z Kamerunu przyjechał do Polski na studia medyczne i już u nas został. Jak podkreślał dr Friediger, bardzo cenna była pomoc w realizacji projektu – nawiązaniu kontaktów już w Kamerunie – rodziców doktora Kamtoha oraz polskiej konsul honorowej w tym kraju. Każdy pobyt polskich medyków oznaczał przyjęcie setek pacjentów, wykonanie setek zabiegów.

– W kwietniu znów lecimy do Kamerunu – zapowiedział dr Jerzy Friediger.

Działalność Polskiej Fundacji dla Afryki przedstawił Mateusz Gurbiel. Skoncentrował się jednak nie na relacjonowaniu kolejnych akcji, lecz na tym, jak dobrze planować i organizować takie przedsięwzięcia, jakich błędów unikać. Wszyscy, którzy interesują się taką działalnością, muszą np. wiedzieć, jak ważny jest szacunek do tych, którym się pomaga, szacunek dla ich kultury, obyczajów, uprzedzeń, jak cenne jest zaangażowanie lokalnej społeczności i lokalnych władz oraz świadomość rzeczywistych potrzeb, by nie narzucać własnych wyobrażeń na ten temat.

Jak podkreśliła przedstawicielka kolejnej prezentowanej organizacji Dominika Kondyjowska z Fundacji Centrum Dobroczynności Lekarskiej im. Prof. Teresy Adamek-Guzik i Jana

Guzika, „syndrom białego zbawiciela" jest bardzo szkodliwy, a wciąż spotyka się w Afryce tego typu „darczyńców". Fundacja prowadzi stałe projekty, ale też organizuje specjalne – w odpowiedzi na zgłaszane potrzeby. Zarówno ta, jak i inne organizacje działające na tym polu, wiele uwagi przykłada do szkoleń, by kiedy grupa pomocowa wróci do swojego kraju, nie pozostała po niej całkowita pustka.

Właśnie na te problemy zwracał uwagę także Marcin Kiszka ze Stowarzyszenia Leczymy z Misją, radiolog, członek Okręgowej Rady Lekarskiej w Poznaniu, który szybko zauważył bezsens wysyłania do Afryki i w inne ubogie regiony świata np. nowoczesnego sprzętu medycznego, skoro na miejscu nie ma nikogo do jego obsługi, konserwacji, a w przypadku awarii można to tylko zezłomować. Pomoc musi odpowiadać potrzebom i możliwościom, dlatego do jej przygotowania najlepiej włączyć miejscową organizację pomocową.

Na koniec Ewa Piekarska-Dymus przedstawiła działalność Polskiej Misji Medycznej, w tym przedsięwzięcie, o którym informujemy poniżej, najstarszej tego typu organizacji w Polsce. W przyszłym roku PMM obchodzić będzie 25-lecie. Ilość projektów PMM jest zbyt duża, by przedstawić je w tym artykule. Jeśli chodzi o liczbę osób objętych pomocą, największym był, jak dotąd, trwający wciąż program pomocy Ukrainie. Przedstawicielka PMM nie kryła, że Stowarzyszenie to

Polska Misja Medyczna najbardziej pomaga teraz Ukrainie

Z misją w Iraku

Sara Gawłowska, Marcin Ciszek i Monika Szczepanik

obecnie duża struktura, ze stałymi przedstawicielstwami w kilku miejscach świata, ale nie da się działać na taką skalę w ramach urlopu. Choć często właśnie w ramach urlopu pracują dla PMM lekarze wolontariusze, np. Katarzyna Błądek-Grzelczak z Łodzi, która jako lekarz stomatolog pracowała m.in. w obozie dla uchodźców w Irackim Kurdystanie.

Nie wolno nam jednak zapominać, że niezaspokojone potrzeby zdrowotne mamy też w Polsce. Dr Marian Kopciuch, przewodniczący Stowarzyszenia Lekarze Nadziei, po raz kolejny zwrócił uwagę na fakt, iż Polska objęła ubezpieczeniem zdrowotnym ok. 1,5 mln obywateli Ukrainy, tymczasem nie ma takiego ubezpieczenia ok. 50 tysięcy osób bezdomnych Polek i Polaków. Niestety, organizacje humanitarne, darczyńcy nie są w stanie pokryć kosztów leczenia tych często ciężko chorych ludzi.

W Forum wzięła udział także przedstawicielka Ministerstwa Spraw Zagranicznych Anna Godlewska, naczelnik Wydz. Programowego Departamentu Współpracy Rozwojowej (podkreślając, że jest pracownikiem służby cywilnej, nie ma nic wspólnego z polityką), która przybliżyła programy pomocy realizowane przez resort w ramach międzynarodowej współpracy rozwojowej.

W dyskusji poruszono kolejne kwestie, gdyby nie późna pora, mogłaby ona trwać wiele godzin. Dlatego doktor Ksel-Teleśnicka zapowiedziała na przyszły rok II Forum.

Jeśli ktoś pomyślał: „Czy my nie mamy dość roboty na miejscu? Nie mamy tutaj komu pomagać?", warto, by zastanowił się nad słowami doktora Marcina Kiszki, który stwierdził, że taką działalność można też podjąć z egoistycznych pobudek. Udział w misjach medycznych, działalność charytatywna zastępuje wszystkie szkolenia z kompetencji miękkich, kursy walki ze stresem i rutyną. Jest fantastyczną metodą przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Można i z takich powodów zachęcać lekarzy, by angażowali się w pomoc humanitarną.

Jolanta Grzelak-Hodor
Zdjęcia: J. Hodor, Polska Misja Medyczna

Dołącz do zespołu ratujących życie

Polska Misja Medyczna prowadzi rekrutację do zespołu szybkiego reagowania PMM Vasco Emergency Medical Team. Jego zadaniem jest pomoc w momentach nagłych katastrof naturalnych i konfliktów. Szkolenie zespołu przebiega zgodnie ze standardami WHO, aby w ciągu najbliższych dwóch lat dołączyć do grona 32 akredytowanych jednostek na całym świecie.

Polska Misja Medyczna od 25 lat pomaga ofiarom wojen, katastrof i kataklizmów, angażując się obecnie w pomoc mieszkańcom m.in. Ukrainy, Etiopii czy Strefy Gazy. W swoich działaniach korzysta z wiedzy i doświadczenia lekarzy-wolontariuszy, którzy dzięki odbytym misjom znają skalę zapotrzebowania na zespoły ratunkowe. Stworzony ponad rok temu we współpracy z firmą Vasco Electronics zespół ratownictwa medycznego – PMM Vasco Emergency Medical Team, jest naturalnym uzupełnieniem dotychczasowych działań organizacji. Zespół ma posiadać profesjonalną kadrę medyczną z własnym zapleczem sprzętowym i logistycznym, będzie gotowy do podjęcia działań w ciągu 24-48 godzin od zdarzenia.

– Dla medyków to szansa, by znaleźć się w tych miejscach na świecie, w których potrzeba ich najbardziej – komentuje Ewa Piekarska-Dymus, prezeska Polskiej Misji Medycznej.

Dotychczas odbyły się trzy testy terenowe, na podstawie których zrekrutowani zostali pierwsi członkowie zespołu. Część uczestników miała potem szansę znaleźć się w Jordanii oraz Iraku, gdzie szkolili lokalnych lekarzy oraz obserwowali warunki życia i pomocy medycznej w obozach dla uchodźców, w których PMM od lat prowadzi projekty pomocowe.

– Do skutecznego działania jako zespół emergency potrzebujemy kilkudziesięciu specjalistów, przygotowanych do pracy w skrajnie trudnych i różnych warunkach oraz społecznościach, z pacjentami, którzy doświadczyli traumatycznych przeżyć – mówi Wioletta Węgorowska-Mosz z PMM, koordynatorka projektu.

Najbliższe szkolenie terenowe dla dotychczasowych i nowych członków zespołu odbędzie się wiosną. Aby wziąć w nim udział, trzeba przejść przez dwa etapy rekrutacji. Oceniane są kwalifikacje formalne, a następnie predyspozycje psychofizyczne. Wolontariusze muszą posiadać czynne prawo wykonywania zawodu, co najmniej 2 lata doświadczenia w pracy oraz znajomość języka angielskiego na poziomie komunikatywnym. Medykom, którzy przejdą rekrutację, PMM Vasco Emergency Team oferuje udział w szkoleniach,

okazję do dzielenia się wiedzą o systemach ochrony zdrowia i warunkach udzielania pomocy w różnych częściach świata z międzynarodowymi ekspertami, pracę w oparciu o standardy WHO, a także rozwój zawodowy w obszarze medycyny ekstremalnej i medycyny podróży.

Zgłoszenia ochotników przyjmowane są na stronie:
pmm.org.pl/pmm-vasco-emergency-team

Wesprzyj pomoc Polskiej Misji Medycznej:
· ustaw płatność cykliczną w Twoim banku na działania PMM lub na https://pmm.org.pl/chce-pomoc
· przekaż darowiznę na numer konta Polskiej Misji Medycznej: 62 1240 2294 1111 0000 3718 5444

NASZE SOCIAL MEDIA

FACEBOOK
ZESKANUJ
www.facebook.com/oilkrakowpl

INSTAGRAM
ZESKANUJ
www.instagram.com/oil_krakow

YOUTUBE
SUBSKRYBUJ
www.youtube.com/@OIL_Krakow

Merytorycznie i nostalgicznie o stomatologii

Rytro 2023

W ostatni weekend października odbyło się mające wieloletnią tradycję spotkanie lekarzy dentystów w Rytrze koło Nowego Sącza. Jak zawsze konferencję podzielono na dwie części – naukową, poświęconą zdobywaniu wiedzy na temat najnowszych osiągnięć stomatologii, nowych technologii, metod i zaleceń, oraz część samorządową, podczas której przedstawiciele Izby Lekarskiej omawiali z perspektywy samorządowej problemy, z jakimi mogą się zderzyć lekarze dentyści w swej działalności zawodowej. Tradycyjnie jednym z najważniejszych punktów programu było wręczenie Nagrody im. Andrzeja Janusza Fortuny, którą Kapituła przyznała w tym roku lek. dent. Elżbiecie Wojnarowicz z Przemyśla.

27 października 2023 r. grupa lekarzy dentystów wyruszyła do Rytra na doroczną konferencję – wyjazdowe, naukowo-samorządowe posiedzenie Komisji Stomatologicznej ORL w Krakowie. Pogoda nie rozpieszczała, strugi deszczu nie ułatwiały podróży, ponadto gigantyczne krakowskie korki, dłuższe niż zwykle z powodu remontów głównych dróg, spowodowały, że wyjazd z miasta zajął niektórym krakusom nawet dwie godziny. Kolejne utrudnienia na trasie, np. w postaci przelotnego śniegu, spowodowały, że pokonanie 130 km z Krakowa do Rytra w tym roku zajęło niektórym ok. pięciu godzin. Ale mieszkańcy stolicy Małopolski to tylko część członków krakowskiej Izby, wielu dojechało bez takich problemów, a potem, odwrotnie niż u Hitchcocka, było już tylko lepiej.

W Rytrze, malowniczej miejscowości położonej wśród gór i lasów, przez trzy dni lekarze dentyści mogli wysłuchać ciekawych wykładów, wziąć udział w warsztatach oraz w sesji specjalnej. W przerwach oraz podczas wieczornych spotkań był czas na wymianę doświadczeń i luźne rozmowy.

Najbardziej uroczystym punktem spotkań w Rytrze jest wręczenie Nagrody im. A.J. Fortuny. W tym roku tym szczególnym wyróżnieniem została uhonorowana Elżbieta Wojnarowicz, wieloletnia działaczka samorządu lekarskiego, członkini Okręgowej Rady Lekarskiej kilku ostatnich kadencji, lekarka dentystka odważnie podejmująca wszystkie wyzwania, jakie stawały przed nią na drodze kariery zawodowej. Doktor Wojnarowicz pracuje w Medyce, na trudnym pograniczu polsko-ukraińskim. Jej sylwetkę prezentujemy na sąsiednich stronach „GGL". Nagrodę wręczył prezes ORL w Krakowie Robert Stępień, a wyróżnienia pogratulowali osobiście także synowie doktora Fortuny.

Zanim jednak odbyła się ta uroczystość, można było wysłuchać wykładu inaugurującego naukową część konferencji, który doktor Piotr Marchewka z Ostrowa Wielkopolskiego poświęcił roli fotografii i komunikacji w codziennej pracy oraz temu, „jak ugryźć pacjenta pierwszorazowego".

W sobotni poranek uczestnicy spotkania w Rytrze tłumnie stawili się na kolejnych wykładach. Prof. Jolanta Pytko-Polończyk z Instytutu Stomatologii CM UJ w mistrzowski sposób przekazała najnowsze wytyczne dotyczące ognisk zakażenia, nic więc dziwnego, że po wykładzie rozgorzała gorąca dyskusja. Już sam tytuł: „Ogniska zakażenia – palący problem w sytuacji konieczności wystawienia zaświadczenia lekarskiego przed zabiegiem operacyjnym" świadczy o istocie problemu, a dzięki wiedzy, doświadczeniu i mądrości pani profesor lekarze zyskali konkretne narzędzia do codziennej pracy. Szalenie istotne jest także ciągłe przypominanie o czujności onkologicznej. Wykład na ten temat, pt. „Współczesne spojrzenie na etiopatogenezę, diagnostykę i leczenie raka jamy ustnej" wygłosił znakomity chirurg szczękowo-twarzowy prof. Mariusz Szuta z Instytutu

Stomatologii CM UJ. Po raz pierwszy gościliśmy w Rytrze położną, dr Annę Kotlińską, która zachwyciła prezentacją metod diagnostyki wędzidełek u najmłodszych pacjentów w wykładzie pt. „Wędzidełko okiem położnej laktacyjnej". Z kolei temat abrazji powietrznej i piaskarek przybliżył w swoim wystąpieniu Paweł Andersz. Także nowość na ryterskiej sesji wykładowej stanowił temat prezentowany przez Karolinę Kuśnierz „Jak medycyna estetyczna może zmienić wygląd dolnego piętra twarzy". Tematykę pierwszej pomocy w urazach zębów u dzieci i dorosłych przedstawiła autorka tej relacji Małgorzata Jamka-Kasprzyk z krakowskiego Instytutu Stomatologii.

Wykłady były bardzo ciekawe i cenne dla pragnących podnosić kwalifikacje. Natomiast sobotnie popołudnie przeznaczono na sesję samorządową. Mec. Tomasz Pęcherz z Zespołu Radców Prawnych OIL w Krakowie mówił o problemach z roszczeniowością pacjentów, wiceprzewodnicząca Okręgowego Sądu Lekarskiego Anna Urbańczyk – o relacjach z pacjentami z punktu widzenia tej instytucji. Perspektywy finansowe, na razie bliżej nieznane, w imieniu małopolskiego oddziału NFZ przedstawiła Elżbieta Bukowiec. O nieplanowane wcześniej w programie wystąpienie poproszono też doktora Jerzego Sławińskiego, okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Dodatkowo w przestronnym hallu hotelu Perła Południa w Rytrze przez trzy dni lekarze dentyści mieli okazję zapoznać się z ofertą prezentowaną przez licznych wystawców. Można było np. podziwiać system telewizji gabinetowej Eminto, program elektronicznej dokumentacji medycznej IqDental, przetestować piaskarki firmy Andersz, zakupić produkty firmy Septodont, wiertła z firmy ATZ Farmont. Obecni byli MIP PHARMA, Medicom GmbH-sprzęt stomatologiczny, OPTIDENT, można było kupić drobne narzędzia STOMED, był BTL oferujący lasery, Fyox prezentujący nowy materiał do regeneracji tkanki miękkiej. A jeśli ktoś nie był zainteresowany profesjonalnym sprzętem, mógł zafundować sobie pluszowego przyjaciela z Manufaktury Misia. W codziennej gonitwie brakuje czasu na spokojne doposażenie gabinetu, więc możliwość zapoznania się z ofertą rynku w tak spokojnych okolicznościach na pewno była ważna.

Spotkanie w Rytrze zakończyło się w niedzielne przedpołudnie. Była to konferencja pełna emocji i niespodzianek, która na długo pozostanie w pamięci uczestników.

Zwłaszcza że w przerwach w intensywnym obradowaniu niektórym udało się też pójść na spacer. Szelest liści pod stopami, kiedy akurat nie padał deszcz, koił serca i dusze lekarzy zastanawiających się, co przyniesie powyborcza zima 2023/2024...

Tekst i zdjęcia: Małgorzata Jamka-Kasprzyk

Polsko-słowacka wymiana doświadczeń

W dniach 28-30 września odbyły się w Šamorin Slovenské Dentálne Dni, połączone z Dental EXPO, w których na zaproszenie zaprzyjaźnionych lekarzy dentystów ze Słowacji wzięły udział wiceprzewodniczące Komisji Stomatologicznej ORL lek. dent. Agata Dutka-Szmigiel i lek. dent. Małgorzata Jamka-Kasprzyk. Możliwość wymiany doświadczeń zawodowych, podzielenia się bieżącymi problemami lekarzy dentystów ze Słowacji i Polski, wspólnie spędzony czas w przepięknym miejscu nad rozlewiskiem Dunaju są warte docenienia.

Slovenské Dentálne Dni to trzy dni wykładów i warsztatów w ramach sesji naukowej z zakresu endodoncji, protetyki, stomatologii dziecięcej, chirurgii, a także sesje dotyczące prowadzenia praktyki stomatologicznej, zarządzania placówką medyczną oraz aspektów prawnych stosowania sedacji i znieczulenia ogólnego w praktyce lekarza dentysty.

Nie zabrakło też czasu na odpoczynek. Zwiedzanie zamku i parku, w którym przechadzają się pawie w miejscowości Penzinok, a także degustacja win tamtejszego regionu pozostanie na długo w naszej pamięci. Słoneczna pogoda i piękno pogranicza słowacko-węgierskiego zachęca do powrotu w te piękne strony.

Korzystając z okazji pragnę podziękować tym, którzy nas zaprosili i po przyjacielsku ugościli. Słowa wdzięczności kieruję do prezesa Slovenskiej Komory Zubných Lekárov MUDr. Igora Moravčíka, członków prezydium: MUDr. Matúša Ursíny, MUDr. Jozefa Hudeca, MUDr. Martina Kotulica, oraz rady lekarskiej prof. Nedy Markovská, MUDr. Petera Kukolika i pracowników SKZL ing. Heleny Šulík Šalingová i dr. Petera Kotira.

S priateľským pozdravom – DAKUJEM
Małgorzata Jamka-Kasprzyk

Rozmowa z lek. dent. Elżbietą Wojnarowicz, tegoroczną laureatką Nagrody im. A.J. Fortuny „za zasługi dla polskiej stomatologii”

Z pasji oraz służby pacjentom

Pani Doktor, dołącza Pani dzisiaj do znakomitego grona laureatów Nagrody im. Fortuny, że wspomnę tylko profesor Jolantę Pytko-Polończyk, doktorów Kazimierza Bryndala, Ryszarda Łopucha, Andrzeja Mazarakiego, Zbigniewa Klimka, Antoniego Stopę. Czy znała Pani Andrzeja Fortunę osobiście?

– Gdy rozpoczęłam działalność w Izbie, on akurat odszedł, był 2007 rok, spotkałam go jedynie wcześniej na jakiejś konferencji we Wrocławiu. Ale wiem, że pozostawił za sobą znaczące ślady i stąd nagroda jego imienia.

To zacznijmy naszą rozmowę od tzw. korzeni. Czy Przemyśl to Pani rodzinne miasto?

– Pochodzę z chłopskiej rodziny, urodziłam się w niewielkiej miejscowości Koziegłowy pod Częstochową. Dzieciństwo upłynęło mi na wsi, a pierwsze lata szkolne – pod opieką wujostwa w Łodzi, gdzie skończyłam szkołę podstawową. Maturę uzyskałam w Liceum w Koziegłowach, w 1971 roku. Ale kogo to obchodzi panie redaktorze?

Proszę jednak zarysować swoją ścieżkę do stomatologii. Czy chodziło o medycynę?

– Od początku dążyłam do stomatologii, co okazało się niełatwe, bo dostałam się na studia stomatologiczne w Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrzu dopiero po czterech latach starań. O zainteresowaniu stomatologią przesądziły w młodości przypadkowe, ale działające na wyobraźnię okoliczności. Otóż do domu mojej mamy przyjeżdżało w moich latach licealnych pewne zaprzyjaźnione z rodziną ojca małżeństwo, technik dentystyczny z żoną stomatolożką, które zadomowiało się u nas i uruchamiało leczenie oraz usuwanie zębów. Ja się kręciłam godzinami w improwizowanym gabinecie i bardzo mnie to fascynowało. Pojechałam na egzaminy wstępne do Zabrza, ale się nie dostałam. Przez rok pracowałam w banku i znów wystartowałam po indeks, tym razem we Wrocławiu, też bez powodzenia. W rezultacie w 1975 roku wyjechałam do Szczecina, do rodziny wujka, gdzie ukończyłam dwuletnie Studium Medyczne, uzyskując tytuł dyplomowanej pielęgniarki. Jednak nie zrezygnowałam ze stomatologii i ponownie podeszłam do egzaminu wstępnego w Zabrzu, tym razem nieźle chyba przygotowana po szczecińskim studium. I wreszcie się powiodło.

W 1982 roku, w wieku 29 lat, zostałam absolwentką Akademii Medycznej im. L. Waryńskiego w Katowicach. Tamże, na Uniwersytecie Śląskim poznałam swojego przyszłego męża Pawła Wojnarowicza i jeszcze na studiach urodził nam się syn, Łukasz.

Po studiach przenieśliśmy się do Przemyśla, rodzinnego miasta męża, który później pełnił tam m.in. obowiązki dyrektora Zespołu Szkół Zawodowych, a obecnie jest już na emeryturze. A ja podjęłam pracę w pobliskim Ośrodku Zdrowia w Medyce, z którym jestem związana od 1982 roku do dzisiaj.

Jak się domyślam, rzuciła się Pani w wir pracy zawodowej, wreszcie związanej z ukochaną stomatologią.

– Dokładnie tak, rozpoczynając oczywiście od lecznictwa podstawowego, a potem zafascynowała mnie implantologia, dzięki rewelacyjnym wykładom, na które jeździłam do Rzeszowa. Równolegle podjęłam działalność leczniczą, stomatologiczną, dwa razy w tygodniu, w znajdującym się w Medyce Zakładzie Karnym. Tam są niełatwi pacjenci, ale jednocześnie bardzo wdzięczni za opiekę. A było ciężko, bo w pierwszych latach brakowało specjalistycznego sprzętu. To już 40 lat tej opieki. Udzielałam też pomocy stomatologicznej przez 30 lat w znajdującym się w Przemyślu Seminarium Duchownym i przez rok w Szpitalu im. Św. Ojca Pio, lecząc w znieczuleniu ogólnym osoby niepełnosprawne.

Dodam, że Medyka to jest niewielka miejscowość, ok. 6 tys. mieszkańców, położona 14 km od Przemyśla, z wielkim portem przeładunkowym, więc zdarzają się też pacjenci

„zagraniczni". Przyjmuję zarówno na Fundusz, jak prywatnie, szczególnie dużą grupę stanowią dzieci.

Nagroda, którą Pani otrzymuje w tym roku, wiąże się z pracą społeczną na rzecz środowiska, samorządu lekarskiego i w ogóle dobra publicznego. Jak dotąd przemilczeliśmy ten wątek w naszej rozmowie.

– Bo nagroda jest dla mnie zaskoczeniem, wszystko, co robiłam, wiązało się ze swego rodzaju służbą na rzecz pacjentów. Jestem od 18 lat delegatką z Przemyśla do Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie. Trzykrotnie uczestniczyłam w Krajowym Zjeździe Lekarzy, zostałam nawet członkinią Komisji Rewizyjnej NRL. Pracowałam przede wszystkim na rzecz Komisji Stomatologicznej ORL. Z doktorem Markiem Zasadnym, szefem Delegatury Przemyskiej, prowadziłam liczne szkolenia dla młodych stomatologów z Przemyśla, Przeworska, Jarosławia. To były zajęcia poszerzające wiedzę o nowych materiałach i sposobach ich użycia w stomatologii, organizowane przy współpracy rozmaitych firm. Wie pan, w małych miasteczkach, osiedlach nie tylko dostęp do wiedzy jest utrudniony. Bywają sytuacje, że przyjeżdża człowiek sam, a tu do usunięcia jest 12 zębów u pacjenta. Jak się z tym uporać? Tego na uczelni nie wykładają.

Pracowałam też w Okręgowym Sądzie Lekarskim, kierowanym przez doktora Jana Kowalczyka, u boku doktor Janiny Lankosz-Lauterbach. Pracując przez 40 lat w tym samym, lokalnym środowisku pogranicza, powiem na koniec górnolotnie: „Ufam, że właściwie się wywiązuję ze swojego powołania".

To przesadnie skromna samoocena. A prywatnie, Pani hobby...?

– Mam sporą bibliotekę, dużo czytam, uwielbiam też pracę na działce, pielęgnację kwiatów. Mam bzika na tle przetworów domowej roboty, ciast, nalewek. Oczywiście, podróże zagraniczne to wciąż moja pasja. Wychowałam trójkę dzieci, obok wspomnianego Łukasza mam dwie córki, Kasię, specjalistkę z zakresu kosmetologii, i Małgosię, która poszła moim śladem, właśnie ukończyła stomatologię i pracuje m.in. w Nocnym Pogotowiu Stomatologicznym w Przemyślu.

Dziękuję za rozmowę, a w formie nieformalnego post scriptum dodam parę słów od jednej z Pani córek: „Mama jest najlepszą mamą i babcią na świecie. Nauczyła nas, jak być dobrymi ludźmi i dzielić się dobrocią z innymi. Wszystko zawdzięcza swojej ciężkiej pracy. Jest moim wzorem do naśladownictwa. Dlatego postanowiłam zostać dentystką". Czyż może być lepsza rekomendacja do Nagrody?

Rozmawiał: Stefan Ciepły
fot. Archiwum rodzinne

Miłosierny Samarytanin 2023

Przytłoczeni negatywnymi wiadomościami często zapominamy o tym, jak dużo jest wokół nas ludzi dobrego serca, niosących pomoc drugiemu człowieku. Niektórych z nich przypomina i nagradza Stowarzyszenie Wolontariat św. Eliasza, organizujące plebiscyt Miłosierny Samarytanin. W tym roku współorganizatorem wydarzenia była Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie.

Podczas uroczystej gali 22 września w kinie Kijów wręczono statuetki Miłosiernego Samarytanina Roku 2023 w kategorii pracownik ochrony zdrowia oraz w kategorii osoba bezinteresownie niosąca pomoc. Do ostatecznego finału zgłoszono 31 kandydatów, wśród nich lekarzy, ale też osoby niezwiązane z medycyną.

Gala plebiscytu była okazją do przypomnienia o wojnie w Ukrainie, kryzysie migracyjnym na pograniczu polsko-białoruskim czy rosnącej liczbie samobójstw. Nie zapomniano także o pandemii COVID-19, a dokładnie o medykach, którzy z nią walczyli, i którym kapituła plebiscytu przyznała specjalne wyróżnienie. W imieniu lekarzy odebrała je wiceprezes ORL Marzena Ksel-Teleśnicka. Wręczający je Marek Balawajder, dyrektor informacji radia RMF FM, powiedział: „Chciałbym, żeby miała Pani świadomość, że to, co się działo dwa lata temu, pozostało w naszych sercach. Wszyscy pamiętamy waszą ofiarę...".

Wolontariat św. Eliasza
Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
WYRÓŻNIENIE
Covid-19
„za serce, które widzi"

Statuetki Miłosiernego Samarytanina 2023 roku w kategorii ochrona zdrowia otrzymali:

• Jolanta Stokłosa, wieloletnia prezes zarządu Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Hospicjum św. Łazarza" w Krakowie

• Jonasz Waśko, pielęgniarz i ratownik ze Szpitala im. Żeromskiego Krakowie, który wracając z pracy hulajnogą wzdłuż Wisły, spostrzegł w rzece mężczyznę usiłującego ratować dziecko. Bez wahania wskoczył do wody i pomógł wyciągnąć chłopca, którego też natychmiast reanimował.

• Jakub Sieczko z grupy Medycy na Granicy, która udziela pomocy medycznej na pograniczu polsko-białoruskim. W imieniu doktora statuetkę odebrała Marta Falecka, pielęgniarka, członkini grupy

• doktor Lucyna Marciniak, kierowniczka gminnego ośrodka zdrowia w Białowieży, która również udziela pomocy na pograniczu

Ponadto wyróżnienia otrzymali:

• Urszula Dzidek, pedagog specjalny i terapeutka z Małopolskiego Centrum Rehabilitacji w Radziszowie

• dr Andrzej Grudzień, neonatolog z Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie

• Łukasz Wiśniewski i Grzegorz Zięba, założyciele Polskiej Fundacji Ratownictwa Maszków, którzy m.in. pomagali uchodźcom na granicy polsko-ukraińskiej

• Lucyna Sujka, psychoonkolog, wicedyrektor hospicjum domowego Caritas w Łowiczu

Statuetki Miłosiernego Samarytanina 2023 roku w kategorii „osoba bezinteresownie niosąca pomoc drugiemu człowiekowi" otrzymali:

• Grażyna Sławińska, 33-letnia wolontariuszka z Krakowa, która straciła nogę podczas ostrzału w Bachmucie

• Katarzyna Konewecka-Hołuj, założycielka fundacji „Piękne Anioły"

• Ks. Jarosław Magierski, inicjator i koordynator pierwszego w polskim Kościele duszpasterstwa i strefy wsparcia dla osób w kryzysie samobójczym oraz rodzin w żałobie po samobójczej śmierci bliskiego – Papageno Team.

• Grzegorz Krawczyk, sołtys-społecznik z Lachowic, który pomaga ubogim, chorym, uwikłanym w nałogi, niepełnosprawnym i nieporadnym życiowo.

Tekst i zdjęcia: Katarzyna Domin

Konferencje

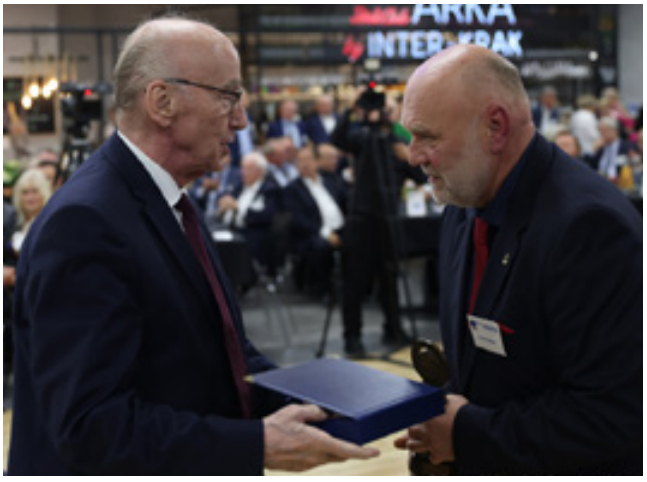
EKONOMED, czyli...

O związkach medycyny i ekonomii

21 października w klubie Arka Uniwersytetu Rolniczego odbyło się VII Krakowskie Spotkanie Ekonomistów i Medyków. Patronat nad wydarzeniem organizowanym przez Krakowskie Stowarzyszenie Edukacji EKONOMED objęli rektor Uniwersytetu Rolniczego prof. Stanisław Tabor oraz prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie Robert Stępień. W spotkaniu prowadzonym przez Piotra Drążkiewicza, prezesa Stowarzyszenia, oraz Janusza Madeja wzięło udział wiele osobistości ze świata medycyny i ekonomii (m.in. prof. Jerzy Hausner oraz dr Stanisław Bisztyga).

Podczas uroczystej gali statuetkami im. Macieja Leona Jakubowskiego przyznawanymi przez Okręgową Izbę Lekarską uhonorowano dwóch wybitnych naukowców – prof. Tadeusza Popielę, chirurga, gastroenterologa i onkologa, rektora Akademii Medycznej w Krakowie w latach 1972-1981, oraz prof. Ryszarda Borowieckiego, ekonomistę specjalizującego się w ekonomice i organizacji przemysłu, rektora Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie w latach 2002-2008.

Ponadto profesorom Tadeuszowi Popieli, Ryszardowi Borowieckiemu, Sylwestrowi Taborowi oraz prezesowi EKONOMED-u Piotrowi Drążkiewiczowi wręczono Odznaki Honorowe Województwa Małopolskiego – Krzyż Małopolski. Natomiast Odznaki Honoris Gratia, wręczane przez zastępcę prezydenta Miasta Krakowa Andrzeja Kuliga, otrzymali lekarze dr Jarosław Królczyk, dr hab. Marcin Krzanowski, dr Czesław Osuch, prof. Tadeusz Jan Popiela, lek. dent. Robert Stępień, dr hab. Jerzy Tomik oraz Krzysztof Olawski ze Stowarzyszenia EKONOMED.



fot. Bogusław Świerzowski

KOS-BAR – spektakularne efekty i co dalej?

Premia za skuteczność terapii

Jeżeli ktoś się zastanawiał, na co przeznaczane są środki z tzw. podatku cukrowego, to odpowiedź na to pytanie można znaleźć w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie i 18 innych polskich ośrodkach, w których z kompleksowej opieki bariatrycznej korzystają pacjenci programu KOS-BAR. Program okazał się nie tylko osiągnięciem medycznym, ale też unikatem pod względem modelu finansowania, właśnie z „podatku cukrowego". Niestety, dalsze losy pilotażu nie są znane, choć wszyscy liczą na kontynuację.

Schudnąć nie jest łatwo, a jeśli nawet się uda, to utrzymać wagę jest jeszcze trudniej. Wiedzą to wszyscy, którzy pokusili się o „zrzucenie paru kilogramów". Jeszcze gorzej, jeśli chodzi nie o „kilka kilogramów", lecz o otyłość, schorzenie bardzo poważne, obarczone śmiertelnymi powikłaniami.

– Naliczono ponad 200 różnych jednostek chorobowych, które bezpośrednio bądź pośrednio wiążą się z otyłością, a które prowadzą w efekcie do skrócenia życia oraz pogorszenia jego jakości – mówi wprost prof. Piotr Major, specjalista chirurgii bariatrycznej i laparoskopowej ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie: – W Polsce bardzo rzadko jako przyczynę zgonu podaje się otyłość, ale przecież to ona często stoi za takimi rozpoznaniami jak np. zawał serca, udar mózgu czy powikłania cukrzycowe. W większości przypadków to otyłość jest przyczyną cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, podwyższonego poziomu cholesterolu ze wszystkimi jego konsekwencjami, stłuszczenia wątroby, obturacyjnego bezdechu sennego, depresji oraz zaburzeń gospodarki hormonalnej i problemów z płodnością.

Światowa Organizacja Zdrowia już w 1998 r. określiła otyłość jako epidemię. Polacy jeszcze co prawda nie są najgrubszą populacją na świecie, ale za to przodują wśród tych, które tyją najszybciej. Już jedna czwarta naszych 3-latków ma nieprawidłową masę ciała. U 15 proc. 15-latków występuje nadwaga lub otyłość, a statystyki wśród osób w wieku 35-39 lat są zatrważające – w tej grupie nadwaga dotyczy połowy Polaków, a aż 70 proc. mężczyzn w tym wieku jest za grubych. Otyłość w stopniu olbrzymim ma aż 700 tys. Polaków, co odpowiada populacji Wrocławia czy Łodzi!

Otyłość jest też chorobą bardzo kosztowną. I nie chodzi o bezpośrednie koszty terapii choroby, lecz o środki, jakie wydawane są zarówno w ramach opieki zdrowotnej, jak i przez samych pacjentów na leczenie tak często przecież stwierdzanych chorób towarzyszących. Otyłość ma też swoje koszty ukryte, ponieważ osoby chore często muszą korzystać ze zwolnień lekarskich lub wręcz nie pracują z powodu otyłości.

Skuteczna terapia może dać nową szansę nawet chorym z otyłością olbrzymią. Evidence Based Medicine jednoznacznie wskazuje, że chirurgia bariatryczna i metaboliczna u wyselekcjonowanej grupy pacjentów, czyli właśnie tych cierpiących na otyłość olbrzymią, stanowi metodę, która w sposób trwały prowadzi do redukcji masy ciała i remisji wielu przewlekłych problemów zdrowotnych. Pacjenci po zabiegach bariatrycznych i właściwym dalszym postępowaniu przestają chorować na wiele wcześniejszych schorzeń, dostają też szansę na dłuższe życie – średnie przewidywane wydłużenie życia szacuje się u nich na ok. 8-15 lat. Odnotowywana jest również znacząca poprawa jakości życia we wszystkich jego sferach: funkcjonowania społecznego, pracy zawodowej czy po prostu zadowolenia z życia. Jak wskazują statystyki, chirurgia bariatryczna jest też metodą, która ma najlepszy stosunek efektów do poniesionych wydatków. I choć wydaje się, że zabieg operacyjny jest bardzo kosztowny, to w rzeczywistości w przypadku otyłości olbrzymiej jest to najbardziej opłacalna metoda leczenia. Nadal jednak niezwykle ważnym elementem leczenia jest kompleksowa i skoordynowana opieka nad pacjentem.

– Leczenie otyłości nie jest jedynie kwestią rozwiązania chirurgicznego – podkreśla prof. Major. – Leczenie musi być wielospecjalistyczne i skoordynowane. W naszej placówce pacjentem zajmują się zespoły bariatryczne, w ramach których chirurdzy współpracują m.in. z dietetykami, psychologami, fizjoterapeutami. Naszego pacjenta możemy

konsultować też np. z kardiologami, ortopedami, pulmonologami, psychiatrami czy diabetologami. Operacja bariatryczna to jedynie fantastyczne narzędzie, które otwiera duże możliwości. Żeby je wykorzystać i wyleczyć pacjenta, musi on być objęty opieką skoordynowaną.

I na tym właśnie polega program KOS-BAR. W Polsce zabiegi chirurgii bariatrycznej u pacjentów, którzy spełniali kryteria kwalifikacyjne, już wcześniej były refundowane przez NFZ. Jednak ci pacjenci byli tylko operowani. Nie było finansowania niezbędnej w ich przypadku kompleksowej opieki wielospecjalistycznej, choćby mającej fundamentalne znaczenie pomocy dietetyka, opieki fizjoterapeuty czy psychologa.

KOS-BAR rodził się długo. Wymiana pierwszych pism w jego sprawie rozpoczęła się w roku 2017, umowy podpisywano pod koniec 2021 r., a od stycznia 2022 r. pilotaż wreszcie ruszył i rozpoczęła się rekrutacja pacjentów. Program składa się z 4 modułów: diagnostyka i opieka przedoperacyjna (na 3-6 miesięcy przed zabiegiem), leczenie zabiegowe, rehabilitacja i na koniec – specjalistyczna opieka bariatryczna przez 24 miesiące po zabiegu.

Do października w całym kraju z KOS-BAR skorzystało lub nadal korzysta 3447 pacjentów, wykonano około 2500 zabiegów. Krakowski Szpital Uniwersytecki pierwszych pacjentów, którzy przeszli całą ścieżkę i zakończyli udział w programie, pożegnał w sierpniu. W Krakowie włączono do programu w sumie 530 chorych i wykonano 371 zabiegów.

Agnieszka Diakow/SU w Krakowie

Centrum Chirurgicznego Leczenia Otyłości w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie. Operację przeprowadza prof. Piotr Major

KOS-BAR, poza oczywistymi korzyściami dla samych pacjentów, pozwolił też na stworzenie w Polsce dobrego systemu leczenia otyłości olbrzymiej. W wielu polskich ośrodkach udało się utworzyć dobrze działające, profesjonalne zespoły bariatryczne, a także przygotować skuteczne procedury i schematy postępowania. – KOS-BAR to potężne narzędzia, które wykorzystane przez kompetentne osoby, przy pacjencie, który jest zmotywowany, dają fantastyczne możliwości i efekty są rzeczywiście spektakularne – uważa prof. Major i dodaje: – To szansa dla ogromnej poprawy jakości leczenia. Wszyscy, którzy do tej pory borykali się z brakiem finansowania tych dodatkowych, a przecież niezbędnych elementów leczenia, podkreślają, że jest to zupełnie inna jakość.

Nietypowy jest sposób finansowania – w tym programie nie płaci się jedynie za procedury, ale również za efekt leczenia, czyli... za zgubione kilogramy. Oczywiście, płatnik pokrywa koszty zabiegów i procedur, ale w wycenie świadczeń premiowane są efekty takie, jak np. procent utraty masy ciała czy efekty metaboliczne, np. ustąpienie cukrzycy. Wyjątkowe jest również źródło finansowania – jest to przypomniany na początku „podatek cukrowy". KOS-BAR wpłynął też na poprawę organizacji leczenia, ponieważ skrócił się czas oczekiwania na zabieg.

Terapia jest refundowana w całości, więc mogą ją podjąć pacjenci niezależnie od stanu zamożności. Do tej pory za porady dietetyka czy fizjoterapeuty pacjent musiał zapłacić z własnej kieszeni, a koszty wizyt są przecież niemałe. Wielu pacjentów po prostu nie było na to stać, więc ryzyko nawrotu choroby było u nich znacząco większe. Bo, niestety, otyłość jest chorobą na całe życie. Pacjent po zabiegu i utracie masy ciała nadal jest pacjentem chorym na otyłość i wymaga leczenia do końca życia – potrzebuje odpowiedniej kontroli i silnego wsparcia.

– Ten program to perełka, której zazdroszczą nam koledzy z całego świata – twierdzi profesor. – Z mojego rozeznania podczas fachowych zjazdów i konferencji wynika, że nigdzie nie funkcjonuje tak dobrze skonstruowany model finansowania, polegający na premiowaniu skuteczności leczenia. Dlatego z niepokojem czekamy na to, co się wydarzy po 1 stycznia 2024 r. Czy będzie kontynuacja, a może te procedury wejdą do koszyka świadczeń gwarantowanych?

Zdaniem lekarzy, jeśli KOS-BAR będzie kontynuowany, warto rozważyć uzupełnienie schematu o farmakoterapię czy np. możliwość plastyki powłok brzusznych.

Joanna Sieradzka

Rozmowa z doktorem Arturem Asztabskim, prezesem Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie

Robot nie zastąpi ludzi

30 lat minęło, w Szpitalu im. Ludwika Rydygiera zakończyliście właśnie obchody jubileuszowego roku. Szpital wchodzi w czwartą dekadę mocnym akcentem – jako pierwsza publiczna placówka w Małopolsce zaczęliście korzystać z robota chirurgicznego. Czy to urodzinowy prezent dla lekarzy i pacjentów?

– Prezentów mieliśmy sporo przez cały rok, bo z okazji jubileuszu dla pacjentów organizowaliśmy w każdym miesiącu badania profilaktyczne i projekty edukacyjne – w sumie ponad 50 wydarzeń prozdrowotnych. Co do robotyki – muszę wyjaśnić, że szpital nie jest właścicielem robota da Vinci, to jest na razie dzierżawa. Zanim wydamy na niego kilkanaście milionów, chcemy zobaczyć, jak się będzie sprawdzał, i upewnić, że ten zakup ma sens. W tym testowym czasie przeprowadzimy około 200 zabiegów, pierwsze już za nami, zdobędziemy doświadczenie i umiejętności, bo w ramach dzierżawy robota mamy także zagwarantowane szkolenia. Ocenimy, na ile ten sprzęt jest przydatny, jakie jest zainteresowanie pacjentów, oszacujemy ewentualne zalety operacji robotycznych, o których w teorii mówi się sporo, ale w „Rydygierze" musimy sprawdzić w praktyce korzyści dla pacjenta. Chcemy wiedzieć, jak duża jest przewaga zabiegów robotycznych nad laparoskopowymi. Na razie najwięcej wiadomo o istotnej przewadze chirurgii robotycznej w operacjach raka stercza, wykonywanych coraz powszechniej, ale przecież tak drogi sprzęt nie może być wykorzystywany tylko w jednej procedurze. Zabiegi robotyczne w chirurgii ogólnej i ginekologicznej dopiero wchodzą do naszego katalogu usług, są kolejne projekty, trzeba to wszystko dokładnie przeanalizować.

Narodowy Fundusz Zdrowia na razie kontraktuje tylko trzy procedury z wykorzystaniem chirurgicznych systemów robotycznych – prostatektomię radykalną, operacje raka jelita grubego oraz raka endometrium. Zdaniem tych, którzy już je wykonują, wycena jest stosunkowo korzystna, znacznie wyższa niż w laparoskopii.

– NFZ uznał, że w tym momencie w tych trzech procedurach jest to najbardziej opłacalne i już zweryfikowane. Ale

lek. med. Artur Asztabski

chirurgia robotyczna może się niebawem pojawić na przykład w laryngologii czy chirurgii szczękowo-twarzowej. Na świecie są kliniki, które wykonują wyłącznie zabiegi robotyczne, lecz w polskich szpitalach wykorzystywanych jest aktualnie ok. 40 robotów, większość w niepublicznych placówkach. W Małopolsce Szpital Rydygiera jest pierwszą publiczną placówką medyczną, która wprowadza zabiegi robotyczne refundowane przez NFZ. Niestety, dopiero w momencie, kiedy te procedury się upowszechnią, ich koszt będzie inaczej kalkulowany. Dlatego warto być na rynku. Może się okazać, że za chwilę, kiedy zabiegi robotyczne będą lepiej finansowane, w grze znajdą się przede wszystkim ci, którzy mogą się pochwalić dużą liczbą wykonanych procedur i doświadczeniem.

Podkreśla Pan Prezes, że wydatki muszą być dobrze przemyślane. Szpital im. Rydygiera jest spółką, mam wrażenie, że w niektórych publicznych szpitalach nadal nie przykłada się należytej wagi do rachunku zysków i strat. Po prostu coś się kupuje, coś przyjmuje, a potem ten sprzęt nie jest w pełni wykorzystywany.

– U nas tak nie ma, musimy ocenić efektywność każdej inwestycji. Dzierżawa pozwala odnaleźć się lekarzom w tym przedsięwzięciu, ocenić efekty lecznicze, ale też cele biznesowe. Ważny jest nie tylko koszt zakupu, lecz np. także koszt obsługi. Każdy element w podejmowaniu decyzji ma znaczenie.

Jakie jeszcze plany ma szpital na najbliższe, pojubileuszowe lata?

– Przede wszystkim chcemy dokończyć modernizację oddziałów, które przez 30 lat nie były remontowane. Są jeszcze trzy takie piętra oraz blok operacyjny, który jest w dobrym stanie, ale mocno wyeksploatowany. Jego remont będzie trudnym zadaniem, bo jak prowadzić takie prace na czynnym bloku, przy tej liczbie wykonywanych zabiegów? Sprzęt sukcesywnie wymieniliśmy, lecz czas płynie. Właśnie ustalamy plan zakupów na przyszły rok i odbywa się to tak: oddziały przedstawiają swoje potrzeby, a ja potem mówię: „tu są trzy pozycje, każda za milion, wybierzcie jedną, bo tylko milion możemy na wasz oddział wydać". I tak to zwykle przebiega – w negocjacjach i wzajemnym zrozumieniu potrzeb. Oczywiście szukamy dofinansowania ze źródeł zewnętrznych – funduszy unijnych, budżetu Województwa czy PFRON-u. Prawdopodobnie, jeśli postanowimy wykupić robota Da Vinci, sięgniemy po środki z KPO, które, mam nadzieję, wreszcie do Polski wpłyną.

Remonty i zakupy sprzętu to typowe wydatki. Czy wszystkie większe projekty już zrealizowaliście?

– Chcemy wybudować nowy, osobny pawilon dla AOS i POZ, poza szpitalem, ale połączony z głównym budynkiem podziemnym przejściem, oraz w pełni zautomatyzowaną aptekę, która będzie dostarczać zapakowaną porcję leków dla każdego, indywidualnego pacjenta. Zautomatyzowana apteka to duże wyzwanie, nie tylko technologiczne, lecz wymagające również zmian w podejściu do gospodarki lekami, bo znikną apteczki oddziałowe. Szacuje się, że automatyzacja dystrybucji leków daje rocznie nawet ok. 20 proc. oszczędności w wydatkach na leki. Poza tym, w sferze marzeń pozostaje piętrowy parking dla pacjentów i pracowników. Mamy już nawet projekt obiektu z lądowiskiem dla helikopterów i połączeniem z SOR. Najpierw jednak musimy znaleźć finansowanie dla tej inwestycji. W tym przypadku być może zdecydujemy się na partnerstwo publiczno-prywatne.

Partnerstwo publiczno-prywatne, podobnie jak forma organizacji Szpitala im. Rydygiera, tak głośno kiedyś zachwalane, nie są zbyt popularne w naszym systemie ochrony zdrowia.

– My ciągle szukamy różnych rozwiązań, a partnerstwo się sprawdza, jeśli jest profesjonalnie przygotowane. Przecież w naszym szpitalu radioterapia czy PET są prowadzone przez podmioty zewnętrzne, co dla pacjenta nie ma znaczenia. Ważne jest to, że chorzy otrzymują kompleksową usługę na wysokim poziomie, my kompleksową ofertę, a nasi partnerzy wiarygodny podmiot, z którym warto współpracować.

W jakim kierunku będzie się rozwijał Szpital im. Rydygiera? Czy przy powszechnie postępującej specjalizacji i jej większej opłacalności w naszym systemie pozostaniecie nadal szpitalem oferującym prawie pełny zakres świadczeń zdrowotnych?

– Chociaż nie jesteśmy centrum onkologicznym, chcemy przede wszystkim rozwijać onkologię. Już dziś niektórzy są zaskoczeni, że mamy tak szeroki pakiet świadczeń onkologicznych. To wynika ze zmieniającego się profilu chorób, z którymi trafiają do nas pacjenci. Ponad 75 proc. diagnozowanych i leczonych u nas osób to pacjenci z chorobami nowotworowymi i to na różnych etapach ich zaawansowania. Nie mamy np. kardiologii inwazyjnej, ponieważ w tym zakresie nasycenie w Krakowie jest chyba wystarczające, ale chcemy zaoferować pacjentom onkokardiologię. W tym miejscu warto przypomnieć, że jesteśmy szpitalem wielospecjalistycznym, z ostrym dyżurem na SOR, choć niewątpliwie jest to ogromne obciążenie dla pracowników. Mamy zabiegi planowe i zabiegi „na ostro", które musimy wykonywać od razu, by na drugi dzień nie zaburzać planu operacji. Dlatego nasi lekarze do nagłych operacji, np. kręgosłupa, przyjeżdżają w środku nocy, jeśli jest to konieczne.

Czy taka gotowość do dyżurów oznacza, że nie macie problemów z kadrą? Że nie brakuje w „Rydygierze" lekarzy i pielęgniarek zgadzających się na tak wyczerpujący tryb pracy?

– Problemy z kadrą mają wszystkie szpitale, nie jesteśmy wyjątkiem. Najważniejsze jest, aby zawsze z otwartością szukać rozwiązań. I oczywiście są oddziały, gdzie te braki mogą być bardziej odczuwalne, np. SOR czy POZ. Kolejne oddziały z niedoborem lekarzy to te, gdzie generalnie kształci się za mało specjalistów, np. toksykologia, hematologia – specjalności deficytowe i mało popularne. Chcę jednak podkreślić, że w naszym szpitalu pracuje wielu lekarzy z pasją, bardzo zaangażowanych w pracę, chcących się rozwijać, szukających nowych kierunków tego rozwoju. Umożliwienie rozwoju daje dodatkową motywację do pracy. Na przykład ostatnio ortopedzi usilnie mnie przekonywali do wprowadzenia elementów chirurgii robotycznej przy alloplastyce stawów kolanowych. I przekonali – będziemy mieć takie specjalne ramię robotyczne, które w przyszłości wykorzystamy również przy operacjach stawów biodrowych.

Być może ktoś teraz zacznie się zastanawiać, czy te nowoczesne technologie będą dostępne w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Warto dodać, że operacje robotem da Vinci wykonujecie u pacjentów nieodpłatnie, w ramach kontraktu na „typowe" proce-

dury, wycenione gorzej niż chirurgia robotyczna. Jaki jest obecnie udział wpływów ze świadczeń komercyjnych w budżecie szpitala?

– Około kilku procent. Komercyjne zabiegi będziemy stale wykonywać, ale w drugiej kolejności, bo pierwszeństwo mają pacjenci ubezpieczeni – podstawą naszej działalności jest kontrakt z NFZ i musimy przestrzegać jego warunków. A dochód z komercji przeznaczamy na inwestycje, więc te środki i tak w ostatecznym rozrachunku wracają do pacjentów ubezpieczonych. Dlatego nie rozumiem, kiedy ktoś krytykuje taki model. Oczywiście, trzeba lekarzowi i pielęgniarce stworzyć takie warunki, by w tym szpitalu chcieli pracować na cały etat, by nie musieli po południu biec do prywatnego gabinetu. Obserwuję jednak, że coraz częściej taka gonitwa męczy lekarzy i chyba wolą wybierać pracę tylko w jednym miejscu.

Podkreśla Pan Prezes, że formuła jednoosobowej, wojewódzkiej spółki sprawdza się w zarządzaniu szpitalem. Dlaczego więc ta forma własności nie jest zbyt popularna?

– To pytanie zdecydowanie nie do mnie. Musi pani zapytać polityków lub strategów biznesowych. Ja zdecydowanie odnajduję plusy takiej formuły i gdyby ktoś kiedyś chciał skorzystać z naszego doświadczenia – jesteśmy otwarci.

Jako Prezes Szpitala-spółki, jakie ma Pan postulaty do nowego rządu? Wiem, że ta lista mogłaby się nie kończyć, ale wymieńmy najistotniejsze Pana zdaniem kwestie.

– Przede wszystkim marzę o tym, by takie instytucje jak Ministerstwo Zdrowia czy NFZ słuchały tego, co mówią dyrektorzy szpitali i przychodni oraz lekarze, czyli ci, którzy najlepiej wiedzą, co przeszkadza w lepszym funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. Najgorsze jest odgórne sterowanie ochroną zdrowia przez osoby, które nie mają żadnego praktycznego doświadczenia i podejmują decyzje, które kompletnie nie przystają do rzeczywistości. Niby w systemie jest sporo środków, ale te pieniądze są mało efektywnie wydatkowane. Najostrzej ujawniło się to w trakcie pandemii. Wystarczy tu wspomnieć o dodatkach covidowych dla pracowników. Naprawdę nie można niczym usprawiedliwić chaosu, jaki panował przy ich kwalifikacji. Podobnie wyglądało finansowanie szpitali tymczasowych. System nie był elastyczny i szczególnie w szczycie pandemii nie odpowiadał na szybko zmieniające się potrzeby. Wspominam o tym, bo czas, kiedy prowadziliśmy szpital tymczasowy, był dla nas wyjątkowo trudny. Do dziś to przeżywamy. Z drugiej strony, mam wrażenie, że właśnie pandemia bardzo nas do siebie w tym szpitalu zbliżyła.

Fot. Szpital Rydygiera

Uroczyste zakończenie roku jubileuszowego Szpitala im. Rydygiera nastąpiło 17 listopada w Kopalni Soli w Wieliczce. Podczas specjalnej gali ponad 100 pracowników Szpitala otrzymało cenne wyróżnienia, m.in.: Medal za długoletnią służbę – odznaczenie przyznawane przez Prezydenta RP, Odznakę Honorową „Za zasługi dla ochrony zdrowia" – nadawaną przez Ministra Zdrowia, Złotą Odznakę Honorową Województwa Małopolskiego – Krzyż Małopolski oraz Medal Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie – okolicznościowe wyróżnienie dla osób wspierających działalność Szpitala.

Chwali Pan dobrą atmosferę w „Rydygierze", zaangażowanie wszystkich pracowników. Pewnie przy okazji obchodów jubileuszu nie brakowało wzruszeń.

– Jednym z takich miłych zaskoczeń było np. pierwsze w historii szpitala spotkanie integracyjne dla wszystkich pracowników. Wzięła w nim udział połowa tu pracujących, około 800 osób. W tej ogromnej grupie stworzył się dobry zespół, który nie tylko musi i chce ze sobą współpracować, ale też zwyczajnie się lubi. To chyba rzadkość, by lekarze, pielęgniarki, pracownicy administracji, kadra zarządzająca chcieli spędzać razem wolny czas. To mnie naprawdę zaskoczyło. Przyszedłem do tego szpitala z zewnątrz, na początku różnie byłem odbierany, ale generalnie spotkałem się z dobrym przyjęciem, ze zrozumieniem. Dobra atmosfera pozwala lepiej pracować. A w „Rydygierze" pracują ludzie z pasją, którzy dla dobra pacjentów chcą się zawodowo rozwijać. Moją rolą jest wsparcie ich zamierzeń i aktywności. Ważne, żeby inspirować, kibicować, ale też nie przeszkadzać w odważnych planach.

Tego więc Panu Prezesowi i Szpitalowi życzę.

Rozmawiała Jolanta Grzelak-Hodor

Da Vinci w „Rydygierze”

Fot. Szpital Rydygiera

16 października w Szpitalu im. Rydygiera w Krakowie wykonano pierwszą operację z wykorzystaniem robota da Vinci. To pierwszy publiczny szpital w Małopolsce dysponujący chirurgicznym systemem robotycznym. Robot jest na razie w dzierżawie, zanim zapadnie decyzja o jego zakupie, sprzęt zostanie sprawdzony w praktyce.

Zabieg prostatektomii radykalnej przeprowadzono u 71-letniego pacjenta z nowotworem gruczołu krokowego.

– Operacja trwała nieco ponad 3 godziny, przeprowadził ją doktor Piotr Kania, urolog z Siedlec, który posiada już certyfikat uprawniający do wykonywania zabiegów robotycznych, we współpracy z dr. hab. Kajetanem Juszczakiem z naszego Oddziału Urologii – poinformował dr Piotr Maciukiewicz, ordynator urologii w „Rydygierze”.

Operacje z wykorzystaniem robota chirurgicznego są wyjątkowo precyzyjne. Cechuje je minimalne ryzyko powikłań, są jeszcze mniej inwazyjne niż laparoskopowe, dlatego pacjent już po dwóch dniach mógł opuścić szpital. Kolejne zabiegi robotyczne odbyły się w listopadzie.

Poza zabiegami urologicznymi, specjaliści z „Rydygiera” zamierzali w najbliższym czasie przetestować nowy sprzęt także w chirurgii onkologicznej i ginekologicznej, następnie w ortopedii. W planach na ten rok było kilkanaście zabiegów, przez cały rok dzierżawy szpital chciałby z robota skorzystać ok. 200 razy.

Jednocześnie lekarze tego szpitala szkolą się w różnych miejscach w Polsce i zagranicą z obsługi robota chirurgicznego. Dwóch pierwszych chirurgów Oddziału Urologii certyfikowało się z końcem października w uprawnionym do tego ośrodku w Barcelonie. W Polsce na razie nie ma ośrodka formalnie potwierdzającego umiejętności w zakresie korzystania z chirurgicznych systemów robotycznych. Natomiast sam szpital otrzymał już swój Certyfikat Bezpieczeństwa Systemu Chirurgii Robotycznej.

NFZ odrębnie finansuje obecnie trzy procedury robotyczne, jednak muszą one zostać wprowadzone na stałe do katalogu świadczeń danego szpitala i mają być wykonywane w liczbie co najmniej 100 rocznie. Szpital im. Rydygiera na razie wykonuje te zabiegi w ramach „zwykłego” kontraktu.

W Polsce chirurgia robotyczna dopiero zaczyna się rozwijać, ale na świecie przez ponad 20 lat istnienia robotów chirurgicznych przeprowadzono już ponad 12 mln operacji w ich asyście. Chirurgia robotyczna obejmuje już ponad 200 typów zabiegów, głównie w zakresie urologii, ginekologii i chirurgii ogólnej.

(jgh)

18 października w Szpitalu im. Rydygiera, po przerwie wymuszonej pandemią, odbyło się **XIII Forum Lekarzy**. W kilkunastu wykładach wygłoszonych przez lekarzy Szpitala oraz zaproszonych gości omawiano wyzwania diagnostyczno-terapeutyczne, zagadnienia interdyscyplinarne i szczegółowe z różnych dziedzin medycyny. Nie mogło też zabraknąć dyskusji o chirurgii robotycznej, która właśnie w tym czasie wkroczyła do „Rydygiera”. Współorganizatorem tegorocznego wydarzenia było Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa, którego prezes dr Artur Hartwich, były ordynator chirurgii w „Rydygierze”, a ponadto członek kolegium redakcyjnego naszej gazety, jest jednocześnie twórcą idei Forum i organizatorem tych wyjątkowych spotkań lekarzy, które odbywają się od 2003 r.

Fot. Jolanta Hodor

Ucieczka od wolności

15 października przełamaliśmy lęk przed wolnością. Taki bowiem nastrój ucieczki przed jakąkolwiek decyzją panował przed wyborami i wcale nie dotyczył wyłącznie polityki, od której niektórzy separowali się wręcz nerwowo. Mogło się wydawać, iż osobliwa apatia to konsekwencja pandemii, wojny w Ukrainie albo inflacji – ale przecież rzecz miała znacznie rozleglejszy wymiar. Oto ludzie zaczęli stronić od spotkań, od czytania gazet i książek, zaczęli zamykać się wobec sąsiadów, wobec panoszącej się nienawiści lub głupoty, zaczęli milczeć wobec chamstwa w tramwaju, w sklepie, na ulicy. Ograniczenie tematów rozmów do pogody i przepisów kulinarnych minionego pokolenia stało się przytłaczające.

Oczywiście, kilka szczegółowych kwestii typu „sukcesy naszej Igi" czy „kolejka do specjalisty" jeszcze przetrwało, ale generalnie zapaść psychiczna, poczucie osamotnienia, utrata bezpieczeństwa zaczęły dominować. Nie tylko jako reakcja na otoczenie. Także jako nasza ucieczka od decyzji. W opiece leczniczej znalazło to swój wyraz w znaczącym wzroście liczby skierowań na badania laboratoryjne, na konsultacje do specjalistów, choć werdykt podstawowy był oczywisty. Ale zawsze przecież człowiek może się mylić, więc lepiej się zabezpieczyć. A że pacjent stawał się ofiarą przewlekłości, to inna sprawa. W dodatku system, terminy badań, czas ich opisu – wszystko to stanowiło i stanowi świetne alibi dla uchylenia się od decyzji. Może się to nie podobać moim Czytelnikom, ale ja tu piszę, za zgodą redakcji, „okiem pacjenta".

Nie tylko lekarzy nakłaniam do zajmowania stanowiska. Wszyscy musimy reagować na chamstwo i kłamstwo, na głupotę i bezmyślność, na chaos w remontach ulic, na nieudolność systemu leczenia, na rozkwit biurokracji internetowej.

Świetnym impulsem do aktywności była reakcja młodego pokolenia na stagnację wyborczą. Jeszcze gdzieś do godziny piętnastej 15 października dominowała apatia. I nagle wszystko pękło. Podmuch pokolenia, zgodny z jego wieczornymi upodobaniami, zdmuchnął kurz, który nie jest cechą wieku, a skutkiem zasiedzenia. Te panujące dwory, skutecznie izolujące wszelkich szefów od rzeczywistości, są w istocie najgorsze, a dotyczą, niestety, każdej struktury. Od prezydenta miasta do dyrektora szpitala. Tylko wino im dłużej leżakuje, tym lepsze.

Będą reformy w ochronie zdrowia, ale to nic nowego. Żadnego cudownego remedium nie ma, zwłaszcza skutecznego z dnia na dzień. Zgodnie z prognozami demograficznymi pacjentów w wieku emerytalnym jeszcze przybędzie. Taka jest perspektywa do połowy lat 30., przy czym zmniejszy się liczebność populacji. Jednak ład jest możliwy, a nawet pozostaje w zasięgu ręki, tyle że wolnej od pomysłów w rodzaju zakazu dyskusji nawet na krajowym zjeździe.

Tytuł zaczerpnąłem z książki Ericha Fromma, przyglądając się zjawisku lęku w pomniejszonej skali. Lęku przed stanowiskiem, przed diagnozą, przed zabraniem głosu, przed wyrażeniem opinii. Wiek, zawód, płeć to zawsze mogła być świetna osłona. I o to szło rządzącym. Nie udało się, zwyciężył polski temperament. Fakt, niekiedy trudny do opanowania. Ale wart też docenienia.

Stefan Ciepły

GRUPA BALINTA

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie zaprasza lekarzy i lekarzy dentystów na spotkania Grupy Balinta do swojej siedziby przy ul. Krupniczej 11a. Grupę prowadzi pani mgr Jolanta Jocz, specjalistka psychologii klinicznej, liderka Grup Balinta z wieloletnim doświadczeniem w pracy z lekarzami. Obowiązują wcześniejsze zapisy. Terminy spotkań Grupy Balinta dostępne są na naszej stronie internetowej oraz w mediach społecznościowych (Facebook i Instagram).

Niepożądane działania leków zagrożeniem bezpieczeństwa w ruchu drogowym

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

Dobrze wiemy, że z naszą kondycją psychiczną najgorzej jest wtedy, gdy wkraczamy w kolejną porę roku, gdy drastycznie zmienia się długość dnia lub gdy jest zmiana czasu. Nasze samopoczucie staje się nieprzewidywalne, sprawność psychofizyczna znacznie się pogarsza, a wyzwania, jakie niesie ze sobą uczestnictwo w ruchu drogowym, stają się niebezpieczne, nawet jeśli jesteśmy w pełni zdrowia. A co z chorymi uczestnikami ruchu drogowego? Co jeśli na dodatek stosują najprzeróżniejsze leki?

W przypadku bezpieczeństwa ruchu drogowego zwraca się uwagę na zagrożenia wynikające z używania alkoholu, narkotyków i dopalaczy. Tymczasem wypadki powodowane przez uczestników ruchu drogowego pod wpływem alkoholu to zaledwie 6 proc. wszystkich wypadków komunikacyjnych. Szacuje się, że ponad trzy razy więcej, bo aż 20 proc. zdarzeń drogowych, spowodowanych jest niepożądanymi działaniami leków zażywanych przez uczestników ruchu. Graniczy z cudem zobaczyć lub usłyszeć w mediach rzeczowe informacje w tej sprawie. Co więcej, także personel ochrony zdrowia, poczynając od lekarzy, stomatologów, farmaceutów, a kończąc na ratownikach medycznych i pielęgniarkach, chociaż potencjalnie do tego przygotowany, w sprawy upowszechniania zagrożeń niepożądanymi działaniami leków angażuje się raczej sporadycznie.

Wpływ możliwych niepożądanych działań leków na niebezpieczne obniżanie sprawności psychofizycznej zebrano w poniższej tabeli.

NIEPOŻĄDANE DZIAŁANIA LEKÓW A ICH WPŁYW NA SPRAWNOŚĆ PSYCHOFIZYCZNĄ UCZESTNIKÓW RUCHU DROGOWEGO

NIEPOŻĄDANE DZIAŁANIA LEKÓW INDUKOWANE FARMAKOTERAPIĄ	SPRAWNOŚĆ PSYCHOFIZYCZNA
Nadmierne uspokojenie, uczucie dezorientacji, zmęczenie, splątanie	Osłabienie refleksu, mniejsza reaktywność w stosunku do zmieniających się warunków
Senność	Wydłużenie czasu reakcji, ryzyko zaśnięcia za kierownicą
Zmniejszenie napięcia mięśniowego	Wydłużenie czasu reakcji
Zaburzenia widzenia	Zaburzenia oceny odległości, pogorszenie ostrości i zawężenie pola widzenia
Indukowane przez leki zawroty głowy	Brak stabilności toru jazdy, nagła zmiana pasa ruchu
Zasłabnięcie, omdlenie	Adynamia, niemoc, utrata świadomości

O niekorzystnym wpływie leków na sprawność psychofizyczną decyduje ich powinowactwo do różnych receptorów. W poniższej tabeli zebrano najistotniejsze informacje dotyczące tego problemu.

ZWIĄZEK POMIĘDZY RECEPTORAMI A UPOŚLEDZENIEM SPRAWNOŚCI PSYCHOFIZYCZNEJ

RECEPTORY	WPŁYW NA SPRAWNOŚĆ PSYCHOFIZYCZNĄ
Noradrenergiczne	Osłabienie uwagi i czujności
Histaminowe (H1)	Spowolnienie psychomotoryczne, zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej, sedacja, zaburzenia uwagi
Muskarynowe	Zaburzenia uwagi, osłabienie mechanizmów wzbudzenia korowego, zaburzenia oceny odległości
Glutaminergiczne	Osłabienie mechanizmów przetwarzania informacji
Dopaminergiczne	Zmiany w czasie reakcji

Oczywiście największy problem w omawianym obszarze stanowią leki psychotropowe. Wynika to stąd, że farmakodynamiczne spektrum tych leków najczęściej obejmuje działanie sedatywne i nasenne. Należy wziąć jednak pod uwagę, że równie często leki psychotropowe wykazują działania przeciwne, czyli pobudzające, a to stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa ruchu równie duże jak przesadny stoicyzm.

W ostatnim zestawieniu zebrano nazwy leków lub grup leków, których profil objawów niepożądanych przyczynia się do wzrostu ryzyka wywołania zdarzeń drogowych wyjątkowo często.

LEKI, KTÓRE NAJCZĘŚCIEJ SĄ POWODEM ZDARZEŃ DROGOWYCH

Benzodiazepiny
Niebenzodiazepinowe leki nasenne – tzw. leki „Z”
Neuroleptyki fenotiazynowe
Inne neuroleptyki: haloperidol, kwetiapina, olanzapina
Leki przeciwdepresyjne o działaniu sedatywnym: mianseryna, trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne
Hydroksyzyna
Doksylamina
Difenhydramina
Leki przeciwhistaminowe penetrujące do OUN: klemastyna, cetyryzyna, loratadyna
Leki indukujące zawroty głowy: winpocetyna, nicergolina, loperamid
Analgetyki opioidowe (w tym przypadku potencjalne upośledzenie sprawności psychofizycznej ma charakter osobniczo zmienny)
Kannabinoidy (marihuana)

MEMENTO:
Każdy pacjent jako potencjalny uczestnik ruchu drogowego musi posiadać wiedzę o tym, które z zażywanych przez niego leków mogą upośledzać psychofizyczną sprawność. Od tego zależy zdrowie i życie nas wszystkich.

„Polka w Europie", czyli edukacja zdrowotna nie tylko dla dziennikarzy

Wyzwania medycyny i systemu

Ponad 20 wykładów poświęconych osiągnięciom i wyzwaniom medycyny oraz problemom ochrony zdrowia w Polsce, specjalna sesja stomatologiczna oraz debata ekspertów pod hasłem: Czy realna jest poprawa organizacji systemu ochrony zdrowia na cito? – program tegorocznej konferencji „Polka w Europie" był jak zwykle bardzo bogaty, a grono wykładowców imponujące.

Celem Ogólnopolskiej Konferencji „Polka w Europie", organizowanej przez Stowarzyszenie Dziennikarze dla Zdrowia od ponad 20 lat, jest edukacja dziennikarzy zajmujących się w polskich mediach problemami związanymi z medycyną i ochroną zdrowia. Spotkanie służy także wymianie informacji między ekspertami różnych dziedzin medycyny i ochrony zdrowia, na co dzień rzadko mających możliwość i czas, by poszerzać wiedzę z obszarów, którymi się nie zajmują. Jednym z patronów „Polki" jest od lat Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie. Konferencja odbyła się pod koniec września w formie stacjonarnej w Warszawie oraz online, więc uczestniczyli w niej dziennikarze z każdego zakątka kraju, z najróżniejszych mediów, zarówno największych stacji telewizyjnych, jak i lokalnych portali informacyjnych, gazet ogólnopolskich i o regionalnym zasięgu.

Temat przewodni konferencji brzmiał „Profilaktyka, diagnostyka i leczenie. Wyzwania dla polskiej ochrony zdrowia". W podtekście pytano, czy istnieją szanse, by nasz kraj w opiece zdrowotnej dogonił Zachód, m.in. stosując w codziennej praktyce nowe, bardziej efektywne niż dotychczas rozwiązania. Uczestniczący w spotkaniu eksperci przede wszystkim podkreślali znaczenie profilaktyki. Niestety, wszystkie badania dowodzą, że w naszym kraju po pandemii wzrosła liczba osób zbyt często sięgających po alkohol i palących papierosy. O dziwo – w większym stopniu dotyczy to kobiet niż mężczyzn. Nasze społeczeństwo coraz częściej ma też problem z nadwagą i otyłością – takie m.in. zmiany ujawnił tegoroczny Narodowy Test Zdrowia Polaków, który omówili prof. Piotr Jankowski, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii CMKP, oraz dr Anna Zimny-Zając, redaktor naczelna portalu Medonet, który przeprowadza test.

– 52 procent Polaków ma przewlekłe, długotrwałe problemy zdrowotne i ten wskaźnik rośnie – alarmował w swoim wystąpieniu poświęconym profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych prof. Piotr Jankowski.

Zagrożenie wieloma schorzeniami często wynika z naszych wyborów. Polacy nie czują się odpowiedzialni za własne zdrowie, lekarze zbyt mało uwagi poświęcają profilaktyce, nie podejmują wysiłku, by namówić pacjenta do zmiany stylu życia. Profilaktyka nadal nie jest popularna, a w budżecie ochrony zdrowia nie przeznacza się na nią odpowiednich środków.

Profilaktyka to m.in. odpowiednia dieta i ewentualna suplementacja, nie tylko witaminą D. Według profesora Jana Lubińskiego z Centrum Nowych Technologii Medycznych PUM w Szczecinie, bardzo istotny na ryzyko zachorowania na niektóre z nowotworów może być wpływ odpowiedniego poziomu w organizmie pierwiastków takich jak selen czy cynk. Warto sięgnąć po wyniki badań zespołu profesora, zbieżne z wynikami publikowanymi także przez inne światowe ośrodki badań nad rakiem, bowiem mogą one dać w przyszłości skuteczną broń w walce z nowotworami.

Dr Anna Filipek-Gliszczyńska z Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA podkreślała, iż właściwą dietą można także powstrzymywać rozwój choroby Alzheimera, oczywiście na jej przedobjawowym etapie, który trwa około 20 lat. Badania dowodzą, że przed destrukcją komórek mózgowych chronić mogą m.in. kwasy omega 3, resweratrol, witaminy z grupy B, D3. Służy zdrowiu także dieta śródziemnomorska, unikanie żywności wysoko przetworzonej i cukrów prostych.

W profilaktyce wielu chorób ważna jest także higiena snu. Tymczasem coraz więcej Polaków nie wysypia się, problem nie zniknął po wygaśnięciu pandemii i powrocie do bardziej regularnego trybu pracy i wypoczynku, o czym po raz kolejny mówił na konferencji „Polka w Europie" prof. Adam Wichniak z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

– Żyjemy w trybie 24 na 7. Bezsenność naszego społeczeństwa stale się pogłębia – alarmował prof. Wichniak.

Zapewne z niedoborami snu boryka się także wielu Czytelników naszej gazety, ale przypominamy, że krakowska Izba organizuje wiele szkoleń i spotkań, podczas których lekarze mogą uzyskać pomoc w walce ze stresem, przemęczeniem, wypaleniem zawodowym i innymi przyczynami bezsenności.

Bezsenność sprzyja nadwadze i otyłości, a to kolejne istotne czynniki ryzyka wielu chorób. Bardzo skuteczną metodą pomocy osobom borykającym się w Polsce z chorobą otyłościową okazał się pilotażowy program KOS-BAR, którego założenia i efekty przedstawił dr hab. Mariusz Wyleżoł z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. O szczegółach tego projektu i jego realizacji w naszym regionie piszemy na stronie 19.

Wśród nowości prezentowanych podczas „Polki w Europie" warto wyróżnić możliwości terapii dziecięcego porażania mózgowego z wykorzystaniem autologicznej krwi pępowinowej dziecka. Terapia ta, stosowana już m.in. w USA, wkrótce będzie dostępna także w Polsce – informowała prof. Magdalena Chrościńska-Krawczyk z USD w Lublinie. Dodajmy, iż zgodnie z tą zapowiedzią 16 listopada własną krew pępowinową podano pierwszemu dziecku z porażeniem mózgowym objętemu tym programem. Realizacja projektu jest rezultatem współpracy trzech instytucji: Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Lublinie, Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii w Zagórzu oraz Polskiego Banku Komórek Macierzystych (PBKM). W badaniach prowadzonych w USA wykazano, że ta całkowicie bezpieczna terapia pozwala na poprawę motoryki u dziecka o ok. 20 procent.

Nową opcję terapeutyczną można także zaoferować kobietom z mięśniakami macicy – o czym podczas konferencji mówił prof. Tomasz Paszkowski z UM w Lublinie. Szacuje się, że w grupie wiekowej powyżej 45 lat mięśniaki macicy ma siedem na dziesięć kobiet, wiele cierpi z powodu ich objawów. Najskuteczniejsze, ale też najmniej akceptowane przez pacjentki są zabiegowe metody leczenia. Najnowszą alternatywą jest nowoczesne leczenie farmakologiczne - kombinacja antagonisty GnRH i dodatkowo dwóch innych leków – małych dawek hormonów. Preparat zmniejsza wydzielanie hormonów łagodząc objawy mięśniaków i jednocześnie, dzięki terapii uzupełniającej, skutecznie zabezpiecza przed efektami niedoboru estrogenów. To pierwszy i na razie jedyny doustny lek zarejestrowany w Europie do leczenia objawów mięśniaków macicy.

Warto przypomnieć także o nowej terapii w HIV, którą przedstawiła dr Joanna Kubicka z Woj. Szpitala Zakaźnego w Warszawie. Leczenie antyretrowirusowe nie wymaga już codziennego przyjmowania leków. Najnowszym osiągnięciem jest pierwszy lek o przedłużonym działaniu. W tej długodziałającej terapii połączono kabotegravir i rylpivirynę, które podaje się w zastrzykach domięśniowych co dwa miesiące. Dziś zakażenie HIV nie oznacza wyroku, nie musi doprowadzić do AIDS i przedwczesnego zgonu. Problem w tym, że aby się leczyć, trzeba wiedzieć o zakażeniu. Niestety, Polki i Polacy nie testują się, polscy lekarze nie kierują swoich pacjentów na testy w kierunku HIV. Tymczasem nawet ta oficjalna, zarejestrowana liczba zakażeń rośnie. W 2021 roku w Polsce zarejestrowano 1173 nowe zakażenia HIV, w 2022 r. – aż 2384. Niemały jest w tym udział osób narodowości innej niż polska, a są to osoby żyjące obok nas. HIV może się zarazić każdy.

Prof. Ryszard Gellert, nefrolog, dyrektor CMKP apelował o zwrócenie większej uwagi na schorzenia nerek, które stają się kolejną plagą w naszym kraju.

– Choroby nerek nadal się lekceważy, tymczasem są one przyczyną wielu przedwczesnych zgonów – mówił prof. Gellert, postulując jak najszybsze wdrożenie opieki koordynowanej dla pacjentów ze schorzeniami nefrologicznymi. Szacuje się, że przewlekła choroba nerek lub powikłania z nią związane mogą odpowiadać w naszym kraju nawet za ok. 80 tys. przedwczesnych zgonów rocznie.

Nie mogło też zabraknąć wykładów o epigenetyce, sztucznej inteligencji, polityce lekowej i wielu innych problemach medycznych i ochrony zdrowia.

Punktem specjalnym programu była wieńcząca pierwszy dzień konferencji debata ekspertów na temat możliwości szybkiej poprawy jakości opieki zdrowotnej w Polsce, w której uczestniczył m.in. dr Jerzy Friediger, przedstawiciel krakowskiej Izby lekarskiej. Specjaliści różnych dziedzin medycyny i różnych obszarów opieki zdrowotnej wskazali wiele przykładów działań, które szybko poprawiłyby sytuację. Te postulaty są jednak powtarzane od lat. Dr Friediger podkreślał, iż ochronie zdrowia nie jest potrzebna rewolucja, ale przemyślany, kompleksowy plan naprawy. Wszyscy paneliści byli zgodni, że najważniejsze jest odcięcie zdrowia od polityki.

Tekst i zdjęcie Jolanta Grzelak-Hodor

XVI Konferencja Naukowa „Kardiologia Prewencyjna”

Kosztowny brak profilaktyki

Organizowana od lat w Krakowie konferencja „Kardiologia Prewencyjna” to największe w Polsce spotkanie ekspertów poświęcone profilaktyce i leczeniu chorób serca i naczyń. Tegoroczna, 16. już, odbyła się w dniach 17-18 listopada. W ponad 130 wykładach przedstawiono najnowsze wytyczne i zalecenia, wyniki najnowszych badań.

Od lat największym problemem uczestników konferencji organizowanej w Krakowie przez Sekcję Prewencji i Epidemiologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz prof. Piotra Jankowskiego, reprezentującego dawniej CM UJ, obecnie CMKP w Warszawie, jest wybór wykładu, którego chcieliby wysłuchać, bowiem jednocześnie odbywają się zwykle co najmniej dwa, a każdy bardzo ciekawy. Tak było i w tym roku. Do wyboru były m.in. sesje poświęcone niewydolności serca, chorobie wieńcowej, leczeniu przeciwpłytkowemu i przeciwzakrzepowemu, geriatrycznym aspektom profilaktyki, problemom kardiologicznym u osób z chorobą nowotworową, mówiono o medycynie stylu życia i wielu innych zagadnieniach. Zawsze intersujące są też sesje pod hasłem „kontrowersje” oraz debaty ekspertów poświęcone różnym wzywzaniom nie tylko medycznym, ale też systemowym.

W jednej z takich debat jednoznacznie wykazano, jak wiele korzyści daje koordynowanie świadczeń w opiece zdrowotnej. Prof. Piotr Jankowski przedstawił wyniki programu KOS-Zawał. To program kompleksowej specjalistycznej opieki w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego i rehabilitacji kardiologicznej przeznaczony dla pacjentów po zawale mięśnia sercowego. Dzięki niemu pacjent szybko otrzymuje niezbędne wsparcie. Bowiem np. z konsultacji kardiologicznej korzysta w ciągu miesiąca po hospitalizacji tylko co ósmy pacjent nieobjęty programem KOS-Zawał, a powinien każdy. Podobnie jest z rehabilitacją kardiologiczną. Z osób nieobjętych programem dostęp do rehabilitacji ma w ciągu roku od zawału jedynie 35 proc. pacjentów, a zgodnie z zaleceniami powinien ją możliwie najszybciej podjąć każdy.

KOS-Zawał to sukces, program wyraźnie zmniejsza ryzyko zgonu w rok czy dwa po zawale. Od października 2017 roku do grudnia 2022 skorzystało z niego 68 tys. osób. Problem w tym, że liczba ta, obejmująca pięć lat, odpowiada liczbie zawałów serca w Polsce w jednym tylko roku 2018.

– Obecnie do programu KOS-Zawał włączony jest co 4 pacjent opuszczający szpital, a powinien być każdy – zaapelował prof. Jankowski.

Na razie jednak opieka koordynowana nie jest obowiązkowym standardem, ponadto nie wszystkie ośrodki chcą i mogą realizować takie programy. Na przykład opiekę koordynowaną dla pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi oferuje na razie tylko ok. 1/3 placówek podstawowej opieki zdrowotnej.

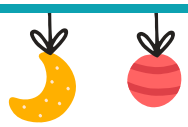
– Więcej istotnych świadczeń zdrowotnych powinno być dostępnych w podstawowej opiece zdrowotnej, następnie w AOS, a szpital powinien być ostatnim ogniwem – podkreślał prof. Robert Gil, prezes PTK, w debacie poświęconej potrzebom w zakresie profilaktyki i leczenia chorób układu krążenia. Obecna sytuacja – m.in. system finansowania świadczeń, skłania do manipulowania potrzebami i nieuzasadnionego przetrzymywania pacjenta lub wręcz przeciwnie – pozbywania się pacjenta z danego poziomu świadczeń.

O profilaktyce, która powinna być najważniejsza, w ogóle się nie pamięta.

Zwolniony niedawno z tego stanowiska, wieloletni prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dr Roman Topór-Mądry przypomniał Franciszkę Cegielską, która obejmując funkcję ministra zdrowia ponad 20 lat temu dziwiła się, że na profilaktykę wydajemy w Polsce tylko ok. 3 proc. środków na zdrowie. Dziś nadal można się temu dziwić.

Eksperci podkreślali jednak, że nie o wszystkim decydują pieniądze. Polacy nie czują się odpowiedzialni za stan swojego zdrowia, nasz styl życia pogarsza się. Nie dość, że nie dbamy o zdrowie, to także nie mamy zwyczaju wykonywania badań profilaktycznych, choć są one dostępne. A, jak podkreślił prof. Mariusz Gąsior ze Śląskiego Centrum Chorób Serca, dwóch trzecich przedwczesnych zgonów w Polsce można uniknąć dzięki działaniom prewencyjnym. Lekarze także powinni o tym pamiętać.

(JGH)



W Krakowie spotkali się specjaliści chirurgii stopy

Krok za krokiem w sprinterskim tempie

Kiedy warto wykonać artroskopię, kiedy przekonywać pacjenta o potrzebie endoprotezoplastyki stawu skokowo-goleniowego i w jaki sposób najlepiej przeprowadzić ten zabieg, jak postępować w przypadku urazów ścięgna Achillesa, na ile sposobów można uwolnić od bólu cierpiących z powodu palucha koślawego – to tylko kilka z bardzo wielu problemów, jakie omawiano podczas Kongresu Polskiego Towarzystwa Stopy i Stawu Skokowo-Goleniowego, zorganizowanego w październiku w Krakowie.

– Jako ortopedzi mamy coraz więcej pacjentów, coraz więcej osób potrzebuje naszej interwencji. Problemy ze stopą czy stawem skokowo-goleniowym to już nie są tylko urazy sportowe, ale też zmiany i urazy wynikające z naszego trybu życia, a także z tego, że nasze społeczeństwo szybko się starzeje – podkreśla prof. dr hab. Artur Gądek, prezydent Polskiego Towarzystwa Stopy i Stawu Skokowo-Goleniowego (Polish Foot and Ankle Society – PFAS), organizator krakowskiego kongresu, a także kierownik Kliniki Ortopedii i Fizjoterapii CM UJ i konsultant woj. w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Pacjenci nierzadko narzekają na coraz węższą specjalizację lekarzy, która wyjątkowo widoczna jest m.in. w ortopedii. Jednak ogromny postęp w tej dziedzinie w ostatnich latach wymusza koncentrowanie się na bardziej szczegółowych zagadnieniach, zwłaszcza w chirurgii stopy i dłoni, strukturach bardzo skomplikowanych. Działalność PFAS, istniejącego od 2008 r., i spotkania takie jak ostatnio w Krakowie, służą właśnie zapoznaniu się z najnowszymi trendami oraz osiągnięciami, głównie technologicznymi, w zakresie chirurgii stopy. Kongres adresowany był do wszystkich specjalistów – wzięło w nim udział około 150 osób, w tym 14 gości z zagranicy, ale warto podkreślić, że lekarzy ortopedów koncentrujących się na leczeniu stopy i stawu skokowo-goleniowego jest w Polsce niewielu.

– Pracami Towarzystwa aktywnie interesuje się około 70 ortopedów. Tymczasem potrzeby w tym zakresie są bardzo duże. Coraz częstsza staje się konieczność wykonania endoprotezoplastyki w obrębie kończyn dolnych, rutynowo wykonuje się zabiegi palucha koślawego, coraz powszechniejsze są urazy ścięgna Achillesa i innych wrażliwych struktur. Liczba procedur wykonywanych w ramach naszej specjalności stale rośnie. Jednym z ważniejszych tematów omawianych podczas naszego kongresu była rola specjalisty chirurga w leczeniu zespołu stopy cukrzycowej, co niewielu kojarzy się z ortopedią. Oczywiście, na większą skuteczność leczenia chirurgicznego oraz większą skłonność pacjentów do podejmowania decyzji o takim postępowaniu wpływ miał ogromny rozwój technik małoinwazyjnych. Dziś tego typu zabiegi są bardzo efektywne i w niewielkim stopniu obciążone ryzykiem powikłań. Dodam jednak, że w porównaniu z Europą Zachodnią czy Ameryką Północną polski pacjent decyduje się na operację o wiele za późno, kiedy zakres naszej interwencji musi być większy, niż gdyby szybciej rezygnowano z nieefektywnego leczenia zachowawczego – podkreśla prof. Artur Gądek.

W kierowanej przez profesora klinice wykonuje się rocznie ok. 4000 zabiegów, z czego 60 procent w trybie planowym. Jednak nawet przy tej liczbie nie da się uniknąć kolejek do operacji i tak jest w każdym cenionym ośrodku ortopedii. Zmniejszenie limitów nie zahamuje wzrostu potrzeb zdrowotnych Polaków, nie zwiększy też liczby lekarzy specjalistów ani przepustowości szpitalnych oddziałów.

– W tej sytuacji dziwić może fakt, iż NFZ podejmował, na szczęście na razie nieskuteczne, próby zmniejszenia wycen procedur w ortopedii. Te wyceny, biorąc pod uwagę wzrost kosztów związany nie tylko z inflacją, ale też kosztami nowoczesnej technologii, są obecnie zbyt niskie – dodaje prof. Gądek.

Tymczasem postępująca w chirurgii robotyzacja będzie generować kolejne koszty. Na razie jednak, zdaniem naszego rozmówcy, wyniki zabiegów robotycznych w ortopedii nie odbiegają od wyników zastosowania innych, nowoczesnych technik. Zapewne to tylko kwestia czasu, kiedy i w tej materii nastąpi nieunikniony postęp.

JGH

Historia medycyny na cegłach zapisana

Spacerkiem przez ulicę Kopernika

Niewiele osób odwiedzających do tej pory historyczną dzielnicę Wesoła w Krakowie podziwiało architekturę położonych tam szpitalnych budynków czy tropiło ich historie. Nic w tym dziwnego, trudno od pacjentów szpitala oczekiwać, by przedkładali refleksję historyczną nad troskę o własne zdrowie. Z kolei osoby uczące się czy pracujące w tych budynkach przytłaczał nawał codziennych obowiązków. Między innymi zwróceniu uwagi na dzieje samych budowli Wesołej służyć ma szlak „Via Medicorum", opisany w poprzednim numerze „GGL".

Nie da się w jednym artykule przypomnieć historii wszystkich budynków w rejonie Wesołej, lecz przynajmniej te z ul. Kopernika możemy bliżej przedstawić.

Co ciekawe, medyczna historia tej ulicy nie zaczyna się wcale na którymś z jej końców, ale pośrodku przebiegu drogi. Z barokowym kościołem Niepokalanego Poczęcia Najświętszej Marii Panny (zwanym przez krakowian także kościołem św. Łazarza) sąsiaduje masywny gmach dawnego karmelitańskiego klasztoru (dziś **ul. Kopernika 19**). W latach 80. XVIII wieku gnieżdżące się przy Małym Rynku kliniki uniwersyteckie poszukiwały nowej siedziby. Traf chciał, że zbiegło się to z reformatorską działalnością Komisji Edukacji Narodowej, którą na Uniwersytecie realizował Hugo Kołłątaj. Dzięki pomocy prymasa Michała Poniatowskiego opuszczony przez karmelitów budynek w 1788 r. zakupiono dla uczelni i osadzono w nim kliniki oraz... siostry szarytki. Nowa siedziba medyków otrzymała nazwę Szpitala Generalnego św. Łazarza.

Pomysł ten, znakomity w teorii, wkrótce przyniósł jednak mnóstwo kłopotów. Niedługo po śmierci Andrzeja Badurskiego, pierwszego naczelnego lekarza nowego szpitala (zm. w 1789 r.) rozgorzały spory kompetencyjne pomiędzy zakonnicami a profesorami. Konflikt podgrzewały także oskarżenia o „nieobyczajne" zachowanie studentów medycyny, w szczególności wobec przebywania przez nich w klinice położniczej.

Nic dziwnego, że kolejni profesorowie próbowali znaleźć nową siedzibę dla swych klinik. Poszukiwaniom nie sprzyjała jednak sytuacja ogólna – zawierucha wojen napoleońskich, krótkotrwały epizod, jakim było istnienie Księstwa Warszawskiego, a wreszcie niepewna sytuacja Krakowa w tworzonym na Kongresie Wiedeńskim nowym europejskim ładzie. Wraz z okrzepnięciem bytu Wolnego Miasta Krakowa pojawiła się jednak okazja. W 1822 r., mocą carskiego ukazu, zlikwidowano w Królestwie Polskim loże masońskie. Krakowscy bracia poszli w ślady swoich towarzyszy z drugiej strony granicy, również rozwiązując lożę „Przesąd Zwyciężony", mającą swoją siedzibę w domu położonym przy dzisiejszej **ul. Kopernika 7**. Zapisali jednak budynek Uniwersytetowi. Po kilku latach niezbędnych adaptacji, w listopadzie 1827 r. wprowadziły się do niego kliniki: chirurgiczna, lekarska (chorób wewnętrznych) oraz położnicza. Olbrzymia w tym zasługa jednego z wybitniejszych lekarzy owych czasów i profesora chorób wewnętrznych – Macieja Józefa Brodowicza, który urządził swoją klinikę zgodnie z najlepszymi wiedeńskimi wzorcami. Trudno się więc dziwić, że profesor spędził na Wesołej większość z reszty swojego długiego życia.

Budynek Białej Chirurgii

Tymczasem klinika położnicza niezbyt dobrze znosiła bliskie sąsiedztwo innych. Dlatego też w 1836 r. wróciła na ponad 30 lat do swojej poprzedniej siedziby w dawnym klasztorze, ale potem znów się przeniosła. Przeznaczono jej dawny, murowany dworek prof. Brodowicza, wybudowany tuż obok jego kliniki (mieścił się pod adresem **ul. Kopernika 5**), który pod koniec lat 60. XIX w. stał się własnością Uniwersytetu. Wkrótce potem na piętro nad położnicami przeniesiono wegetującą w ciasnych pomieszczeniach obok głównego budynku klinicznego (i trupiarni) klinikę okulistyczną, która w 1898 r. trafiła na **ul. Kopernika 38**, gdzie mieściła się do końca działalności Szpitala Uniwersyteckiego w tym miejscu. Z kolei klinika położnicza otrzymała swój ostatni, okazały gmach dużo później, bo dopiero w roku 1936.

Z nieistniejących budynków uzupełniających obraz krakowskich klinik i zakładów medycznych trzeba jeszcze wspomnieć o domu mieszczącym się przy **ul. Kopernika 1**. W wynajętych mieszkaniach, obok krakowskich rodzin m.in. Stankiewiczów, wujostwa Stanisława Wyspiańskiego, u których przez kilka lat artysta mieszkał jako dziecko, znajdowały się pomieszczenia m.in. Zakładu Medycyny Sądowej i Zakładu Patologii Ogólnej i Doświadczalnej – dzisiejszej patofizjologii.

„Matką" krakowskich klinik można natomiast nazwać budynek przy **ul. Kopernika 7**, bowiem mieścił w sobie wiele różnych jednostek. W 1904 r. wprowadził się tam Zakład Chemii Lekarskiej, którego szczytne tradycje kontynuuje istniejąca do dziś w tym miejscu Katedra Biochemii Lekarskiej. Swój przystanek znalazły tam biologia i embriologia, higiena, wreszcie osiadła tam histologia oraz historia medycyny.

Rozwój Wesołej przyspieszył w latach 1869-71, kiedy to budowano okazały gmachu Katedry i Zakładu Anatomii (tzw. *Theatrum Anatomicum*), położony dzisiaj przy **ul. Kopernika 12**. Budynek wzniesiono wg projektu znanego krakowskiego architekta Feliksa Księżarskiego, jednak plan funkcjonalno-użytkowy opracowywał sam kierownik Katedry Anatomii, światowej sławy uczony, prof. Ludwik Teichmann. UJ otrzymał więc budynek dydaktyczny nie odbiegający standardem od najlepszych ówczesnych wzorów.

Kolejnym ciekawym obiektem wzniesionym przy ul. Kopernika był nowy gmach Szpitala św. Łazarza. Opuszczony przez kliniki uniwersyteckie szpital prowadził dalej działalność medyczną, z czasem stając się podstawowym szpitalem miejskim. Ale w drugiej połowie XIX w. wiadomo już było, że jego dotychczasowa siedziba nie odpowiada wymogom medyny. W 1879 r. oddano więc do użytku nowy budynek szpitalny, wzniesiony wg projektu Józefa Kajetana Janowskiego, w nowoczesnym, pawilonowym stylu. Jednocześnie w dawnym klasztorze nadbudowano całe piętro, uzyskując przestrzeń dla powiększającego się oddziału chirurgicznego.

W poprzednim artykule wspomniałem nieco o okolicznościach, w jakich wzniesiono siedzibę I Katedry Chirurgii, popularnie zwanej Białą Chirurgią. Co ciekawe, już w okresie międzywojennym uważano, że budynek ten jest zbyt mały i winien zostać przekazany na potrzeby innych katedr i klinik, m.in. laryngologii. Ciągły brak środków i wybuch II wojny światowej przeszkodziły jednak w poprawie warunków Białej Chirurgii.

Traf chciał, że po drugiej stronie ulicy powstała z inicjatywy prof. Alfreda Obalińskiego siedziba rozrastającego się oddziału chirurgicznego Szpitala św. Łazarza (**ul. Kopernika 21**). Zgodę na budowę szpital otrzymał jeszcze w latach 70. XIX w., ale długo poszukiwano pieniędzy na inwestycję oraz najlepszej lokalizacji, więc budynek powstał dopiero w latach 1892-93. Zaprojektował go znany krakowski architekt, Karol Zaremba, podobnie jak prof. Obaliński – powstaniec styczniowy. Z racji charakterystycznej fasady z nietynkowanych cegieł uzyskał nazwę Czerwonej Chirurgii.

Z budynkiem tym związana jest pewna historia z okresu okupacji – w jednej z jego sal zastrzelono konfidenta, „granatowego" policjanta Józefa Hyłkę. Trafił tam ranny po pierwszej, nieudanej próbie likwidacji. Przeniesiony przez swoich kolegów po fachu (i współpracowników wywiadu AK) pod okno, został w nocy przez to samo okno zastrzelony przez żołnierzy Zgrupowania „Żelbet".

Na pierwszym planie – dachy budynków Czerwonej Chirurgii

Zabytkowy kompleks przy ul. Botanicznej dziś sąsiaduje z dawnym CUMRiK-iem, obecnie siedzibą onkologów.

Symbolicznym zwieńczeniem okresu przyspieszonego rozwoju medycznej Wesołej w czasach austro-węgierskiego imperium jest gmach dawnej kliniki neurologiczno-psychiatrycznej, położony u zbiegu ulic Botanicznej i Kopernika. Nowoczesny (jak na swoje czasy) projekt autorstwa Józefa Sarego wzorowany był na rozwiązaniach niemieckich i szwajcarskich – wszak absolwentem helweckich uniwersytetów był twórca nowej kliniki, prof. Jan Piltz. Sama klinika składa się z trzech gmachów, połączonych długą przewiązką. Pierwszy z nich (od ul. Kopernika) miał być przeznaczony dla przypadków neurologicznych, drugi dla nerwowo-psychiatrycznych, trzeci dla psychiatrycznych. Mieścił się tam szereg udogodnień dla pacjentów. Pomieszczenia zdobiły hodowane w szpitalnej cieplarni kwiaty, w oknach wisiały firanki, stały tam kanapy i fotele, były też miejsca, gdzie można było słuchać radia czy grać w gry towarzyskie. Otaczający kliniki teren zamieniono w ogród kwiatowy i warzywny, w którym oprócz willi prof. Piltza znajdował się również kort tenisowy. Niestety pacjenci niedługo mogli cieszyć się takimi warunkami – kompleks budynków kliniki oddano do użytku tuż przed wybuchem I wojny światowej. Wkrótce potem napłynęli tu w nadmiarze pierwsi ranni, w tym osoby dotknięte nerwicą frontową, których leczeniem zajął się sam kierownik kliniki.

Z kolei wielki kompleks krakowskiej ginekologii (**ul. Kopernika 23**), czyli kliniki położniczej i chorób kobiecych, zaprojektował jeszcze przed wybuchem Wielkiej Wojny Jerzy Struszkiewicz, ale złożone w Wiedniu plany z powodu zawirowań wojennych i upadku naddunajskiej monarchii zaginęły w tamtejszych urzędach. Niezrażony architekt przygotował je jeszcze raz i już w wolnej Polsce, w obecności marsz. Józefa Piłsudskiego, dokonano w 1921 r. wmurowania kamienia węgielnego pod budynek nowej kliniki. Niestety, odrodzone państwo miało wspaniałe plany, ale znacznie mniejsze możliwości finansowe, które jeszcze ograniczył kryzys z 1929 r. Dlatego też budowa tego obiektu była jedną z najdłuższych, udało się ją zakończyć dopiero w 1936 r., czego nie doczekał jej inicjator, prof. Aleksander Rosner, który zmarł w 1930 r. Wyposażanie gmachu trwało do wybuchu II wojny światowej.

We wspomnieniach żołnierzy obu wojen światowych pojawia się często postać pielęgniarki, osoby niosącej odrobinę dobra i piękna w świecie ogarniętym wojną. Tę misję starały się wypełniać także absolwentki założonej w 1911 r. Szkoły Zawodowych Pielęgniarek w Krakowie. To m.in. z ich udziałem udało się zorganizować na samym początku I wojny światowej Dworcową Stację Opatrunkową, w której udzielano pomocy żołnierzom z transportów sanitarnych. Szkoła z początkiem lat 20. XX wieku zakończyła swoją działalność, ale dzięki pomocy profesorów Rutkowskiego, Kostaneckiego, Godlewskiego czy Rosnera oraz środkom z amerykańskiej Fundacji Rockefellera udało się zakupić grunt z tzw. willą Wilkoszewskich dla potrzeb nowego ośrodka kształcenia pielęgniarek. W 1925 r. otwarto tam (przy dzisiejszej **ul. Kopernika 25**) Uniwersytecką Szkołę Pielęgniarek i Opiekunek Zdrowia (Higienistek).

Oczywiście Wesoła to nie tylko wspomniane budynki i ich historie, ale ul. Kopernika wyznacza główną oś szlaku „Via Medicorum", który ma być trwałym śladem w pamięci krakowian oraz odwiedzających miasto turystów. Coraz ważniejsze staje się zachowanie nie tylko materialnej, ale także niematerialnej spuścizny tego miejsca. Być może kiedyś stanie tutaj wielkie muzeum historii krakowskiej – polskiej medycyny. Na razie jednak winniśmy wykorzystać każdą możliwość, by pamięć o ludziach związanych z tą dzielnicą i ich dokonaniach nie uległa zapomnieniu.

Michał Chlipała
Zdjęcia Adam Koprowski

Opisy budynków wymienionych w tekście oraz innych obiektów Wesołej można znaleźć także w folderze wystawy „Wesoła – wczoraj i dziś", dystrybuowanym przez Urząd Miasta Krakowa i Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum.

„Przenosimy ulicę Kopernika”

W połowie listopada w Nowej Siedzibie Szpitala Uniwersyteckiego odbył się uroczysty wernisaż, którym zainicjowano wyjątkową wystawę fotografii przedstawiających – widzianą z lotu ptaka – ulicę Kopernika. Jej celem jest stworzenie symbolicznego połączenia pomiędzy historyczną siedzibą Szpitala, a jej nową odsłoną w obecnej lokalizacji. To próba zachowania cząstki dawnej kolebki krakowskiej medycyny w nowych wnętrzach w Krakowie-Prokocimiu.

„Symboliczne przeniesienie ulicy Kopernika tutaj na Jakubowskiego to bez wątpienia dla wielu osób pewnego rodzaju powrót do historii. Przysłowie mówi, że marny ten naród, który historii swojej nie pielęgnuje, i dokładnie tak samo jest ze szpitalem. Pamiętajmy, że ulica Kopernika to ponad 200 lat tradycji krakowskiej medycyny i szpitala, który na trwałe zapisał się w historii” – mówił podczas wernisażu dyrektor Szpitala Marcin Jędrychowski. I dodał, że „poprzez te zdjęcia chcieliśmy osobom, które spędziły tak wiele lat przy ulicy Kopernika, podarować pewnego rodzaju pamiątkę, wspomnienie tamtych chwil i przypomnienie, skąd wywodzą się korzenie tego, gdzie teraz jesteśmy”.

Projekt tworzy 50 zdjęć ulicy Kopernika oraz istniejących przy niej budynków, w których mieścił się jeszcze nie tak dawno Szpital Uniwersytecki, przedstawionych na przestrzeni czterech pór roku. Ich autorem jest Adam Koprowski. Będą stanowić swoistą galerię wspomnień, a oglądać je można na korytarzach w NSSU. Wystawa jest stała i ogólnodostępna.

Mecenasem Projektu jest PZU.

Maria Włodkowska

Klub dyskusyjny OIL

Od historii medycyny na UJ po medycynę pola walki

Gościem prof. Janusza Skalskiego podczas listopadowego spotkania Klubu Dyskusyjnego, prowadzonego już tradycyjnie przez red. Urszulę Drukałę, był generał Mieczysław Bieniek, były zastępca dowódcy strategicznego NATO ds. transformacji, dowódca polskich jednostek wojskowych m.in. w Syrii, Bośni, Iraku i Afganistanie, instruktor spadochronowy klasy mistrzowskiej (wykonał ponad 3500 skoków). I jak się okazało, także fascynujący, charyzmatyczny rozmówca, który z generalską werwą, ale i dowcipem dzielił się z uczestnikami spotkania swoją wiedzą i doświadczeniem zdobytym w miejscach, w których zapewne nikt z nas nie chciałby się znaleźć.

generał Mieczysław Bieniek

Tematem spotkania były „Współczesne konflikty zbrojne i medycyna. Prawo wojny i prawa humanitarne”, jednak zanim gen. Bieniek przeszedł do jego omawiania, zwrócił się bezpośrednio do lekarzy: „Głęboko szanuję i cenię środowisko medyczne za to, co robią na co dzień, ale za to też, co zrobili na polu walki. Tam są zabici i ranni, tam jest ból, cierpienie i przemoc wobec ludności cywilnej. Tam giną kobiety i dzieci. To jest głęboko w moim sercu i umyśle, mimo

że upłynęło już kilkanaście lat, od kiedy brałem udział w kilku bardzo poważnych operacjach bojowych – w wojnie w Afganistanie, Iraku oraz w Bośni i Hercegowinie. W tym wszystkim byli z nami lekarze, ratownicy medyczni, pielęgniarki operacyjne i zorganizowany system ewakuacji z pola walki".

Generał zwrócił uwagę, jak wielki nastąpił postęp właśnie w kwestii ewakuacji z pola walki. „W czasie I wojny odzyskiwaliśmy według statystyk 20 proc. rannych ludzi, tyle zwykle wracało do zdrowia. Dziś odzyskujemy 60-70 proc., dzięki ewakuacji, postępowi, ale też umiejętnościom lekarzy i ratowników oraz wyposażeniu szpitali polowych". Dodał także, że ratownicy i lekarze nie są nigdy wysyłani na „na pierwszą linię", ponieważ „są zbyt cenni". By rozbroić nieco poważną atmosferę, przytoczył anegdotę, zadając publiczności pytanie: „Wiecie, co jest najlepsze w wojsku? Lekarz wojskowy, grochówka i orkiestra".

Prof. Skalski zadał natomiast retoryczne pytanie, czy możemy sobie wyobrazić jakąkolwiek wojnę bez zabezpieczenia medycznego. Przypomniał, że początki pomocy medycznej na polu bitwy wiążą się z czasami wojen napoleońskich. Natomiast przełomem była bitwa pod Solferino w połowie XIX w., w której zabitych zostało 40 tys. osób. To jej pokłosiem była I Konwencja Genewska z 1864 roku mówiąca o poprawie losu rannych w armiach w polu, a także późniejszy Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża.

Generał Mieczysław Bieniek opowiadał natomiast o funkcjonowaniu szpitali polowych, konkretnych wydarzeniach z misji wojskowych, często dziejących się w centrum działań wojennych, wykorzystywaniu telemedycyny przez lekarzy wojskowych, stresie pola walki, prawie wojennym i wielu innych niezmiernie ciekawych zagadnieniach. Dyskusja zeszła także na aktualną sytuację w Ukrainie i Strefie Gazy, a także dotyczyła bezpieczeństwa Polski, w tym polskiej obrony cywilnej. Podsumowując spotkanie prof. Skalski stwierdził: „Chyba nikt nie ma takiej wiedzy, co dzieje się w formacjach wojskowych jak generał. To były fantastyczne opowieści, uczta wiedzy na temat tego, co związane jest z wojskiem i wojną".

prof. Krzysztof Stopka, prof. Janusz Skalski, red. Urszula Drukała

Natomiast 18 października odbyło się spotkanie poświęcone historii medycyny na Uniwersytecie Jagiellońskim, o której opowiadał prof. Krzysztof Stopka, dyrektor Muzeum Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Maius, kierownik Pracowni Historii Oświaty i Kultury Wydziału Historycznego UJ.

Prof. Stopka na wstępie zwrócił uwagę, że medycyna jest związana z Uniwersytetem Jagiellońskim – choć taką nazwę przyjął on wieki później – od samego początku, czyli od roku 1364, kiedy to król Kazimierz Wielki, zakładając uczelnię, w dokumencie fundacyjnym obok prawa przewidział dwie katedry medycyny. Niewiele jednak wiadomo o tych najdawniejszych czasach. Przypuszcza się jedynie, że wykłady z medycyny mogli prowadzić lekarze królewscy na wzgórzu wawelskim. Dopiero w 1400 roku dzięki testamentowi królowej Jadwigi medycyna przeniosła się na teren zajmowany dziś przez Collegium Maius, w którego murach kształcili się i pracowali najwybitniejsi polscy lekarze i naukowcy – w tym także Mikołaj Kopernik, którego 550. rocznicę urodzin obchodziliśmy w tym roku.

W trakcie spotkania przypomniano sylwetki wielu znanych lekarzy związanych z Krakowem – pierwszego wykładowcy medycyny Jana Kro z Cottbus, Hermana z Przeworska, Macieja z Miechowa, Jana Stanki, Gabriela Ochockiego, Józefa Strusia, Sebastiana Petrycego na Rafale Czerwiakowskim kończąc. Rozmawiano także o zdobywaniu wiedzy i doświadczenia na uniwersytetach włoskich, a także zasadach, jakie obowiązywały średniowiecznych medyków.

Na zakończenie poruszono jednak niewesoły wątek, dokąd zmierza dziś kształcenie na szeroko powoływanych w Polsce wydziałach lekarskich i czy przetrwa na nich choć cząstka tradycji wypracowanej przez sześć wieków na najstarszym polskim uniwersytecie.

Oba spotkania można obejrzeć na kanale YouTube wpisując w wyszukiwarce @OIL_Krakow

Katarzyna Domin
Zdjęcia Agata Bartoszek

Lekarz na „zwolnieniu lekarskim”

Sezon na przeziębienia i grypę w pełni, ale czasem wystarczy kilka spokojnych dni w domu, aby poradzić sobie z niedyspozycją. Dotyczy to także lekarzy, którzy pewnie zastanawiają się niekiedy, czy samym sobie mogą wystawić zwolnienie lekarskie.

Odpowiedź na to pytanie nie jest oczywista. Z jednej strony – dlaczego nie? Czy lekarz nie posiada kompetencji, aby ocenić swój stan zdrowia? Dlaczego miałby zrobić to gorzej w stosunku do siebie niż diagnozując pacjenta? Z drugiej strony, zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby łączy się z uprawnieniem do zasiłku chorobowego, wypłacanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, co może wzbudzić wątpliwość odnośnie uprawnień formalnych osoby wystawiającej zwolnienie. Czy ta sama osoba może występować jako lekarz i jako ubezpieczony?

Aby odpowiedzieć na zadane pytanie, należy sprawdzić zasady orzekania o czasowej niezdolności do pracy wynikające z przepisów prawa. Zgodnie z ustawą z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tj. Dz.U. z 2022 r. poz. 1732 ze zmianami) Zakład Ubezpieczeń Społecznych upoważnia do wystawiania zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, zwanych „zaświadczeniem lekarskim”, w formie specjalnej decyzji. Osobą uprawnioną do wystawienia zaświadczenia jest m.in. lekarz/lekarz dentysta, który złoży oświadczenie, że zobowiązuje się do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy i przepisów o ochronie danych osobowych. Sposób złożenia oświadczenia został szczegółowo określony w art. 54 cytowanej ustawy.

Żaden z jej przepisów nie zakazuje lekarzowi wystawienia zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy samemu sobie. Dokument ten jest konsekwencją oceny stanu zdrowia, a lekarz może być swoim pacjentem, ma też prawo do ordynowania sobie leków (*pro autore*). Zatem warunkiem wystawienia „zwolnienia lekarskiego” samemu sobie jest posiadanie uprawnień zawodowych do zdiagnozowania choroby i posiadanie upoważnienia ZUS.

Takie same zasady dotyczą wystawiania zaświadczenia o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny, czyli tzw. opieki.

Lekarze dentyści powinni jednak pamiętać, że ich uprawnienia do diagnostyki i leczenia, a w konsekwencji do wydania zaświadczeń lekarskich o niezdolności do pracy i „opieki” wynikają z definicji wykonywania zawodu dentysty, który polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych (art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty; j.t. Dz.U. z 2023 r. poz. 1516). Oznacza to, że gdy np. dentysta wystawi sobie zaświadczenie o konieczności sprawowania opieki nad dzieckiem chorym na odrę, może ono zostać zakwestionowane przez ZUS. To do ZUS należy zawsze ostatnie słowo, ponieważ to jemu przysługują uprawnienia kontrolne prawidłowości wystawiania zaświadczeń lekarskich. Ewentualne spory rozstrzygane są na drodze sądowej.

W nowym roku wszystkim Czytelnikom życzę zdrowia tak dobrego, aby nie musieli się w ogóle zastanawiać, czy mają prawo samych siebie wysłać na „chorobowe”.

mec. Anna Gut

Rzecznik Praw Pacjenta – sprawozdanie za 2022 rok

W październiku Rzecznik Praw Pacjenta opublikował sprawozdanie ze swojej działalności za rok 2022. Przypomnijmy, że RPP, będący organem administracji rządowej, m.in. prowadzi postępowania w sprawach o naruszenie praw pacjenta, występuje o podjęcie działań legislacyjnych w zakresie ich ochrony oraz prowadzi działalność popularyzatorską i edukacyjną. Poniżej krótkie omówienie wybranych informacji z tego sprawozdania. Jego pełna treść jest dostępna na stronie internetowej RPP.

W okresie sprawozdawczym do Rzecznika skierowano ponad 124 tys. zgłoszeń dotyczących możliwego naruszenia

praw pacjenta. I choć jest ich mniej niż w okresie pandemii (lata 2020-2021), to jednak o ponad 43 proc. więcej niż w roku 2019. Na stałym poziomie utrzymuje się liczba postępowań wyjaśniających, prowadzonych przez Rzecznika w sprawach indywidualnych (w 2022 r. – 2870 postępowań, a w 2021 r. – 2705). Natomiast zwraca uwagę znaczący wzrost liczby postępowań i decyzji w sprawach o naruszenie zbiorowych praw pacjentów. W 2022 r. Rzecznik wszczął 279 takich postępowań (o 98 więcej niż w 2021 r.) i wydał 281 decyzji (o 82 więcej), uznając w 128 przypadkach, że praktyki stosowane przez podmioty naruszały zbiorowe prawa pacjentów.

Biorąc pod uwagę powyższe dane, warto przypomnieć, że w świetle ustawy „praktyką naruszającą zbiorowe prawa pacjentów" są:

1) bezprawne zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych,

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

W 2022 r. za praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjentów uznano m.in.:

• nieuzasadnione ograniczenia odwiedzin pacjentów w szpitalach w związku z epidemią zakażeń SARS-CoV-2;

• brak zapewnienia odpowiednich warunków przechowywania dokumentacji medycznej;

• przedkładanie pacjentom do zapoznania się i podpisu oświadczeń, w których zrzekają się wszelkich roszczeń związanych z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w podmiocie;

• ograniczenie możliwości przebywania opiekunów przy małoletnich pacjentach w trakcie udzielania im świadczeń zdrowotnych.

W 2022 r. Rzecznik podjął mniej spraw w ramach postępowania cywilnego. W 2021 r. było to 36 spraw, natomiast w 2022 – 21.

Patrząc przez pryzmat poszczególnych praw pacjenta, nadal utrzymuje się wysoka liczba spraw dotyczących naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych – w 2022 r. wpłynęło ich 53 631, co stanowi ponad dwie trzecie wszystkich zgłoszeń. Natomiast w odniesieniu do praktyk naruszających zbiorowe interesy pacjenta ta proporcja jest jeszcze wyższa, bo na ogólną liczbę 279 postępowań prowadzonych przez Rzecznika aż 240 (86 proc.) dotyczyło naruszenia prawa do świadczeń zdrowotnych

W omawianym sprawozdaniu po raz pierwszy opublikowano zbiorcze dane z funkcjonowania Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych, którego dysponentem jest Rzecznik Praw Pacjenta. W świetle obowiązujących przepisów świadczenie kompensacyjne z ww. Funduszu może przysługiwać osobom, u których po przeprowadzeniu szczepień ochronnych wystąpiły (w ciągu 5 lat od dnia podania szczepionki) działania niepożądane wymienione w ChPL, w wyniku których osoba ta wymagała hospitalizacji przez okres nie krótszy niż 14 dni, albo wystąpił wstrząs anafilaktyczny, powodujący konieczność obserwacji w szpitalu lub hospitalizacji. Zależnie od typu zdarzenia niepożądanego pokrzywdzonemu może przysługiwać świadczenie finansowe w przedziale od 3 do 100 tys. zł. Wnioski można było składać od lutego 2022 r. I tak do końca zeszłego roku do RPP wpłynęło 1428 wniosków o przyznanie świadczenia kompensacyjnego, wszczęte zostały 893 postępowania, wydano 758 decyzji, z tego w 187 przypadkach przyznano świadczenie, a 571 wniosków odrzucono. Łączna kwota przyznanych świadczeń wyniosła 3 702 447 zł.

Nowym zagadnieniem omówionym w sprawozdaniu są kwestie przestrzegania praw pacjenta w związku z udzielaniem świadczeń obywatelom Ukrainy. Według dostępnych Rzecznikowi danych, napływ migrantów z objętej wojną Ukrainy raczej nie wpłynął na pogorszenie dostępu do świadczeń zdrowotnych dla obywateli polskich. Natomiast występowały trudności organizacyjne związane np. z brakiem tłumaczy z języka ukraińskiego czy tłumaczeniem dokumentacji medycznej.

W sprawozdaniu omówiono także wyzwania, jakie w ocenie Rzecznika stoją przed systemem ochrony zdrowia w Polsce w kontekście m.in. zapewnienia właściwej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, wdrożenia przepisów regulujących kwestie jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, wdrożenia systemu informowania o zdarzeniach niepożądanych, skutecznego wprowadzenia opieki koordynowanej, wdrożenia i rozwoju programów badań przesiewowych oraz bilansów dla osób dorosłych, zwiększenia dostępności do świadczeń z zakresu psychiatrii, rozwoju i efektywnego wykorzystania rozwiązań takich jak telemedycyna, sztuczna inteligencja, analiza danych medycznych oraz systemy zarządzania informacją zdrowotną.

Na zakończenie kilka słów komentarza do sprawozdania i pozycji instytucji Rzecznika Praw Pacjenta w systemie ochrony zdrowia. Z jednej strony dane wskazują na znaczny napływ spraw do Rzecznika, z drugiej – liczba postępowań w sprawach indywidulanych utrzymuje się na dotychczasowym poziomie albo, jak w przypadku spraw z zakresu prawa cywilnego, ulega zmniejszeniu. Możliwe, że wpływ na to mają ograniczenia kadrowe, o jakich Rzecznik wspomina w swoim sprawozdaniu, wskazując na „(...) *poważne trudności w pozyskaniu i utrzymaniu pracowników. Na koniec grudnia 2022 roku zatrudnionych było 116 pracowników. To o 6 osób mniej niż w roku 2021. Fluktuacja pracowników w Biurze*

znacznie przekracza średnią dla korpusu służby cywilnej, co stanowi realne zagrożenie dla realizacji zadań". Dodatkowo, biorąc pod uwagę aspekt motywacji wynagrodzeniem, Rzecznik wskazuje, że „*Przeciętne wynagrodzenie zasadnicze w grupie członków korpusu służby cywilnej w Biurze wynosiło 5 517 złotych brutto i zajmuje 19 miejsce w zestawieniu przeciętnych wynagrodzeń w urzędach centralnych*".

Jednocześnie na przestrzeni ostatnich lat widać jednak pewne „dowartościowanie" finansowe działalności RPP. Jego budżet wzrósł z ok. 14 mln zł w 2019 r. do niemal 20 mln w 2022 r. Nie wiemy jednak, w jakim stopniu ta kwota pokrywa wydatki potrzebne do realizacji wszystkim zadań powierzonych Rzecznikowi Praw Pacjenta.

Niewątpliwie w ostatnim okresie można też zaobserwować wyraźną tendencję do poszerzania kompetencji Rzecznika. I nie ma to jedynie charakteru prostego „dokładania" zadań, ale rzeczywistego wzmocnienia instytucjonalnego. Pierwszym z obszarów, jaki wydaje się na to wskazywać, jest powierzenie Rzecznikowi zarządzania Funduszem Kompensacyjnym Szczepień Ochronnych. Kolejnymi są rozwiązania w zakresie Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych oraz Funduszu Kompensacyjnego Badań Klinicznych. Dysponentem obu funduszy będzie również Rzecznik Praw Pacjenta. Za realizacją tych nowych zadań pójdzie zapewne wzmocnienia administracyjne i finansowe. Możliwe więc, że Rzecznik zajmie ważną pozycję w kształtującym się systemie jakości i bezpieczeństwa w ochronie zdrowia, jak również na silnym organizacyjnie i ekonomicznie „rynku" badań klinicznych. Możliwe, że rozwiązania te spowodują nie tylko wzmocnienie jego pozycji w tradycyjnie przypisanym mu zadaniowo obszarze praw pacjenta, ale będzie też mieć realny wpływ na rozwiązania przyjmowane w systemie ochrony zdrowia. Już tylko z tych względów warto uważnie obserwować rozwój tej instytucji.

mgr Dariusz Dziubina

Lekarze jak z bajki na kolejny, 2024 rok!

Ukazała się już czwarta edycja kalendarza wydawanego w ramach akcji dobroczynnej „Lekarze jak z bajki" organizowanej przez Fundację Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego we współpracy z Teatrem Groteska oraz placówkami medycznymi miasta Krakowa. W tym roku w postacie z bajek znanych ze sceny Teatru Groteska wcieli się lekarze: prof. Janusz Skalski, Artur Łazorko, Michał Kwaśny, Marek Łabno, Maria Grzegorzewska, Paulina Dębowska, dr Bartosz Godlewski, Agata Mamak, dr Szymon Skoczeń, Paulina Kosiniak-Kamysz, dr Tomasz Wiatr, dr Małgorzata Woś i prof. Piotr Jankowski. Natomiast na okładce zobaczyć można pomysłodawcę akcji, dr. Marcina Mikosa. Autorem zdjęć jest Bartosz Siedlik.

W tym roku celem akcji jest propagowanie zaangażowania lekarzy w pomoc najbardziej potrzebującym. Dlatego dochód z kalendarza zostanie przeznaczony na wsparcie oddziałów opieki paliatywnej, hospicyjnej i onkologii.

Kalendarz można kupić za pośrednictwem strony fzp.com.pl

Ciemne czasy

Z prof. Januszem Skalskim rozmowa o lekarzach epoki baroku

Epoka Wazów i Wettynów (Sasów) uchodzi w Polsce za czasy ciemnoty, zakończone katastrofą ustrojową. W medycynie też trudno uznać je za światłe. Niemniej, byli wówczas wśród lekarzy wybitni intelektualiści. Zacznijmy, Panie Profesorze, ich przypomnienie od nazwisk z czasów dynastii Wazów, wiedząc z zapisów, że cała trójka władców (Zygmunt III, Władysław IV i Jan Kazimierz) była raczej chorowita...

– Tak, mieli mnóstwo dolegliwości, w związku z czym byli otoczeni wianuszkiem lekarzy. Kogo wymienić? Na początek niech to będzie Daniel Becker, zwany pruskim Hipokratesem. Protestant. Był profesorem fizyki i chemii, rektorem w Królewcu w tzw. Collegium Albertinum, założonym przez siostrzeńca Zygmunta Starego, księcia Albrechta (Albertyna). Doradzał też elektorowi brandenburskiemu. Jego pozycja naukowa była niezwykle wysoka, mimo że Collegium nie miało rangi uniwersyteckiej. Ale to niejedyna indywidualność, bo Zygmunt III otaczał się wieloma znakomitościami. Na jego dworze bywał m.in. wybitny gdański lekarz i uczony Joachim Oelhafius, który wykonał w 1613 r. pierwszą nie tylko na ziemiach polskich, ale i w Europie Środkowej publiczną sekcję zwłok. Była to zarazem pierwsza sekcja dziecka, w dodatku z ciężkimi wadami rozwojowymi.

Spotkać tu można też było inne ciekawe postacie z dworu pierwszej żony Zygmunta III, świetnie wykształconej Anny Habsburżanki. Miała słabe zdrowie, pięciokrotnie poroniła. Jej lekarzem był Jan Chrzciciel Gemma z Wenecji, który wykonał u niej pierwsze odnotowane w Polsce cięcie cesarskie. Niestety królowa tego nie przeżyła, zmarła w boleściach 10 lutego 1598 r. Natychmiast po stwierdzeniu zgonu Gemma zachował się niezwykle przytomnie, otwarł jej brzuch i wyciągnął dziecko, jeszcze żyjące. Nadano mu imię Krzysztof, ale niestety pół godziny później dziecko zmarło, prawdopodobnie wskutek niedotlenienia. Dlaczego to było ważne? Proszę sobie wyobrazić, jaką Gemma musiał mieć odwagę, żeby rozciąć ciało królowej natychmiast, poniekąd na oczach dworu. Otóż w myśl prastarego prawa rzymskiego, wprowadzonego przez Numę Pompiljusza (drugiego króla Rzymu; 753-673 r. p.n.e.), cała tradycyjna, a później chrześcijańska Europa stosowała się przez stulecia na dworach królewskich do zasady, że nie można pochować ciężarnej królowej z płodem w środku. Należało pochować dziecko osobno.

Jak wiadomo, Zygmunt III przeprowadził nam stolicę do Warszawy, ale to się nie dokonało w ciągu jednego dnia. Gemma jako lekarz królewski często bywał na Wawelu, dzięki czemu znalazł się we właściwym miejscu we właściwym czasie. Był też pionierem lecznictwa wojskowego, założył pierwszą aptekę polową. W uznaniu zasług doczekał się przepięknego, późnorenesansowego grobowca z marmuru w kościele franciszkanów w Krakowie.

W. Górski, Kujawsko-Pomorska Biblioteka Cyfrowa

Nagrobek Jana Gemmy w kościele franciszkanów w Krakowie

I to prawo dotyczące szczególnego pochówku dotrwało do epoki Wazów.

– Dotrwało, i było nie tyle praktykowane, co honorowane. Dodam, że pierwsze przeżycie kobiety po cesarskim cięciu przypada na 1500 r. i miało miejsce w Szwajcarii, a dokonał go pewien dobrze znający anatomię weterynarz i kastrator świń. Natomiast w Polsce, o ile pamiętam, udało się tego dokonać Franciszkowi Dybkowi dopiero w 1821 r. w Warszawie. W Krakowie pierwsze przeżycie matki i dziecka po cięciu cesarskim nastąpiło w 1870 r., a przeprowadził je Maurycy Madurowicz, późniejszy rektor UJ.

Wracając do Wazów, jak przypomnieliśmy, wszyscy trzej byli chorowici, cierpieli na podagrę, czyli dnę. Mieli niewydolność wieńcową. Ponadto dwóch z nich chorowało na kiłę, tylko Jan Kazimierz się ustrzegł. Lekarzem Władysława IV był

Baltazar Corrade, w służbie Marii Ludwiki Gonzagi. Podczas ataku podagry dorwał się do Władysława IV i tak go skrwawił, że król ledwo przeżył. Mistrzem intelektu na pewno nie był.

Natomiast absolutnie wybitnym lekarzem tych czasów był Georg Seger z Prus Królewskich. Po studiach w Kopenhadze obronił doktorat w Bazylei, podróżował po całej Europie, ale osiedlił się w Toruniu. Był zwolennikiem hipokratejskiej medycyny. Zgromadził ogromną bibliotekę obejmującą szeroki wachlarz dzieł z różnych dziedzin. Seger jako klinicysta i uczony pisał na temat powikłań położniczych, był pierwszym w Polsce i jednym z pierwszych w świecie, który naukowo zajmował się padaczką. Pozostawił po sobie ok. 30 prac naukowych. Trudno też nie wspomnieć, pisząc o jego randze, że był to lekarz trzech królów polskich: Jana II Kazimierza Wazy, Michała Korybuta Wiśniowieckiego i Jana III Sobieskiego.

Czy ze wspomnianych nazwisk wynika, że centrum polskiej medycyny przeniosło się na Pomorze?

– Gdańsk zdecydowanie brylował, jeśli chodzi o chirurgię, był potęgą w tej części Europy, mekką znakomitości lekarskich. Po nim był Wrocław. W Gdańsku wspomnieć trzeba działania medyczne słynnego astronoma i matematyka Jana Heweliusza (Johannesa Heveliusa), w swoim czasie ławnika Starego Miasta, odpowiedzialnego m.in. za opiekę lekarską i szpitalnictwo populacji miejskiej Gdańska. Wraz z nim pojawia się na ziemiach polskich plejada bardzo ciekawych uczonych, sprawujących funkcję lekarzy dworskich. Zaraz po Jerzym Segerze występuje Szwed Wawrzyniec Braun, drugi lekarz Michała Korybuta, a później Jana III i Marysieńki. Dalej są Jakub Barner, autor znanego w Europie podręcznika chemii, „*Chymia Philosophica*". On z kolei był naśladowcą Paracelsusa. Dalej wymienić trzeba Marcello Malpighiego z Bolonii, korespondencyjnego konsultanta Jana III, Szkota Williama Davissona, paryskiego medyka Jeana Baptiste'a Denisa, znanego z kontrowersyjnych doświadczeń transfuzjologicznych, wreszcie kolejnego tytularnego lekarza królewskiego Janusza Abrahama Gehemę.

Georg Seger

Dotarliśmy do czasów Sobieskiego, który też był ponoć słabego zdrowia.

– Był poważnie schorowany. Miał niewydolność krążenia, cierpiał na uremię, na waskulopatię kiłową. Zresztą zmarł z powodu zatrucia rtęcią, w trakcie leczenia kiły. Prawdopodobnie przedawkowanie rtęcią zawdzięczał niejakiemu Jonasowi, lekarzowi żydowskiego pochodzenia, któremu najbardziej zawierzał. Pośmiertne opisy Sobieskiego wskazują na twarz do tego stopnia zdeformowaną, że musiano mu założyć maskę, bo nie dało się na niego patrzeć. Wszystko przez zatrucie rtęcią.

Kiłę miała też Marysieńka, i to poważnie zaawansowaną. Miała zmiany kiłowe dziąseł, wszystkie zęby jej powypadały. Jej legendarna uroda była więc mitem, to znaczy buzię może miała ładną, ale jako bezzębna niewiasta nie mogła być piękna.

A Krakowska Akademia miała jakichś wybitniejszych lekarzy tej epoki? Czy raczej mieliśmy zapaść medycyny krakowskiej?

– Jedyną ciekawą postacią z tych czasów w Krakowie był Stanisław Wosiński, profesor anatomii, którego jestem fanem. Żył w latach 1644-1694 i należał do lekarzy królewskich Jana III. Był w skali światowej niedocenionym pionierem anatomii patologicznej. Wyprzedził, moim zdaniem, o kilkadziesiąt lat Giambattistę Morgagniego, który uważany jest za ojca anatomopatologii. Na podstawie oględzin zwłok spisał cały szereg swoich obserwacji sekcyjnych, łącząc je z objawami chorobowymi występującymi za życia pacjentów. Wśród jego opisów natrafiłem na – prawdopodobnie pierwszy w świecie – stwierdzony przypadek ubytku worka osierdziowego. Serce było całkowicie przemieszczone do lewej jamy opłucnowej i worka nie było. Znalazłem tam też inny szokujący opis. Otóż Wosiński miał pacjenta, który doświadczył zatrzymania moczu, miał bowiem ogromny

kamień w pęcherzu, który mu się zablokował. W rezultacie pacjent zmarł. Natomiast „bezrozumni lekarze", jak napisał Wosiński, podawali przez cały czas choremu leki moczopędne. Bez sensu. Wosiński zirytowany zapisał w swoim raporcie sekcyjnym, cytuję: „Zmarł z kamienia pęcherza, który Hebrus Frankiel jako ostatni leczył, podając [*pacjentowi*] najsilniejsze leki chemiczne na oddawanie moczu, zaprzeczając tym samym, że jest kamień. Podobnie głupio [*stwierdził*] pan Bergamini, Włoch. Znaleziony kamień w pęcherzu był wielkości jaja indyczego, wagi pięciu i pół uncji. Ja bym tym kamieniem przyrżnął ich w głowę".

Panie Profesorze, czy epoka baroku charakteryzuje się nasileniem chorób epidemicznych? Wspomniał Pan kilkukrotnie kiłę...

– Oczywiście, co kilka lat pojawiała się dżuma, ona zresztą praktycznie na ziemiach polskich nie wygasała. Wciąż utrzymywały się lokalne ogniska epidemii. Niemniej nie miała ona szczególnego wymiaru. Natomiast kiła na przestrzeni XIII-XVII wieku rzeczywiście opanowała cały kraj, przechodząc stopniowo od formy zabójczej, zabijającej w bardzo krótkim czasie, do form przewlekłych. Najpierw leczono ją rtęcią, później korą gwajakowca przywiezionego z Nowego Świata. To zaczęło skutkować. W ogóle zabójcza postać kiły uległa samoistnie złagodzeniu, obejmując z czasem nieco mniejszy odsetek społeczeństwa. Nie zabijała zresztą, jak w swoich początkach raptownie, kiedy to ludzie ginęli w ciągu kilkunastu dni czy tygodni. Być może nastąpiło nabycie większej odporności, być może wirulencja tej bakterii, krętka bladego, uległa osłabieniu.

Czy wiemy, jaka była średnia długość życia w dawnych czasach?

– To bardzo ciekawy temat. Począwszy od średniowiecza, poprzez renesans do baroku, proszę sobie wyobrazić, średnie przeżycie populacji polskiej wynosiło dla mężczyzn 35, dla kobiet 25 lat. W renesansie średnia zamiast się poprawić, jeszcze spadła ze względu na dodatkowy rzut epidemii kiły. Średnia przeżycia sięgała wówczas dla mężczyzn 32,5 lat, a dla kobiet jeszcze mniej, bo zaledwie 23,3, gdyż w grę wchodziła dodatkowo wysoka śmiertelność okołoporodowa.

Co przyniosło poprawę?

– Poprawiało się bardzo powoli, dopiero u schyłku XVII wieku. Przyczyniła się do tego m.in. izolacja w trakcie największych rzutów epidemii. Zacznijmy od tego, że długowieczność w średniowieczu i renesansie należała do rzadkości. Na podstawie szczątków kostnych na starych cmentarzyskach oceniono, że przeżycie 56-65 lat dotyczyło zaledwie 10 proc. populacji, a powyżej 70 lat tylko 2-5 proc.

Brzmi to dzisiaj nieprawdopodobnie...

– Powiem jeszcze rzecz, która jest na tym tle ciekawostką. Mówiliśmy, że choroba wieńcowa czy niewydolność krążenia dotyczyły zarówno trzech Wazów, jak i Jana III Sobieskiego. A teraz zadajmy sobie pytanie, czy zawały serca i ciężka niewydolność krążenia były w XVI czy XVII wieku rzadsze niż współcześnie? Otóż odpowiedź jest prosta. Ludzie zwykle nie dożywali wieku, kiedy normalnie rozwija się choroba wieńcowa. Oczywiście, zawał może się zdarzyć u młodego człowieka, ale jest to typowa choroba w piątej i szóstej dekadzie życia. To samo dotyczyło nowotworów, które nie były tak widoczne jak dzisiaj.

Kończąc te refleksje nad epoką Sobieskiego, muszę wspomnieć, że nasz król miał jednego z najwybitniejszych w tym czasie w Europie lekarzy jako konsultanta. Był to profesor Uniwersytetu Bolońskiego Marcello Malpighi, słynny z odkrycia funkcji fizjologicznych płuc. Przeszedł do historii medycyny jako osobowość wszech czasów. Natomiast w ekspedycjach wojennych, m.in. podczas wiktorii wiedeńskiej, królowi towarzyszył Fryderyk Wredt, bardzo sprawny chirurg, praktykujący w kręgach szlacheckich i dworskich, który dysponował świetną techniką. Dodajmy, że równocześnie z pasją zajmował się okulistyką u dzieci.

To czym zamkniemy ten rozdział?

– Przypomnieniem pewnej romantycznej historii związanej z Marysieńką. A było tak, że jeden z lekarzy królewskich, szwedzkiego pochodzenia, Wawrzyniec Braun dostał sekretne polecenie od króla Jana III Sobieskiego, by udowodnił, że polskie wody mineralne są nie gorsze niż francuskie, by powstrzymać stałe wyjazdy Marysieńki do Francji, do wód. W związku z czym przeprowadzono całą intrygę, w porozumieniu z Cannardim (inaczej Charlesem Louisem de Conrad), lekarzem przybocznym Marii Kazimiery. Napisał on raport, który wysłał dla uwiarygodnienia swojego tekstu do Francji, do zaprzyjaźnionego z nim znanego, wspomnianego wcześniej chirurga i eksperymentatora Jeana Denisa. Raport był niezwykły, a dotyczył wód iwonickich. Otóż cała trójka zaangażowana w intrygę stwierdziła, że woda w Iwoniczu pozwala na przeżycie 150 lat. Chodziło o Bełkotkę, źródło w Iwoniczu, którego powierzchnia samoistnie się zapalała – od przygodnej iskry mógł nastąpić zapłon uwalniającego się metanu. Ja tę pracę mam, a ściślej reprint raportu, w którym Denis pisze do królowej: „Oto ciekawy opis źródła odkrytego w Polsce, które oprócz innych właściwości posiada tę, że postępuje z ruchem księżyca, pali się jak spirytus, leczy różne choroby i przedłuża życie do 150 lat". Cytuję za oryginałem francuskim.

Królowa do Iwonicza nigdy nie pojechała, była tylko w Cieplicach. Ale wyjazdów do Francji zaniechała. Czyli intryga się powiodła.

Rozmawiał: Stefan Ciepły

Czy grozi nam fala gruźlicy?

Gruźlica nie jest chorobą, która przeszła do „historii medycyny" i którą można bagatelizować, lecz ciągłym wyzwaniem dla lekarzy. O jej profilaktyce, diagnostyce i leczeniu rozmawiamy z doktor Agnieszką Zygmunt, ordynator Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc Małopolskiego Szpitala Chorób Płuc i Rehabilitacji w Jaroszowcu.

Dlaczego znów musimy nagłaśniać problem gruźlicy? Statystyki są alarmujące?

– Dokładnie tak. Gruźlica jest chorobą wstydliwą i wszystkim wydaje się, że należącą już do historii. Natomiast statystki pokazują, że o ile w 2020 r. przypadków gruźlicy było znacznie mniej, głównie z uwagi na to, że mieliśmy pandemię, więc wykrywalność i diagnostyka były bardzo zaniedbane, to w ostatnich latach te liczby rosną. W 2021 r. odnotowano 3704 przypadki gruźlicy, a w ubiegłym roku już 4314. Dodatkowo mamy ogromny wzrost zachorowań na gruźlicę lekooporną. W 2021 r. były 53 takie przypadki, a w ubiegłym roku aż 98. Szczególnie teraz, w miesiącach jesiennych, widzimy, że pacjentów z gruźlicą i gruźlicą lekooporną jest coraz więcej. W tej chwili na oddziale mamy 72 chorych na gruźlicę, z czego 11 to osoby z gruźlicą wielolekooporną, dodatkowo 4 osoby są objęte leczeniem ambulatoryjnym. Musimy pamiętać, że gruźlica wciąż jest chorobą dość aktywną, i nie zapominać o diagnostyce w jej kierunku.

Wielu lekarzom pracującym w POZ, zwłaszcza tym z młodszego pokolenia, może brakować czujności, którą Państwo mają. Dziś przewlekły kaszel najczęściej od razu kojarzy się z powikłaniami po COVID-19.

– Takie najczęstsze „książkowe" objawy gruźlicy to długotrwały kaszel, stany podgorączkowe, ogólne złe samopoczucie, ale też nocne poty. W przypadkach zaawanasowanych zmian gruźliczych może oprócz nasilonego produktywnego kaszlu być krwioplucie. Dochodzi do spadku masy ciała. Czasem pacjenci tracą apetyt, a niektórzy przy dobrym apetycie jednak chudną. Zdarza się też, i to całkiem nierzadko, że chory nie ma żadnych objawów. Dopiero gdy przypadkowo robione jest prześwietlenie, bo np. chory jest przyjmowany do pracy, mamy niespodziankę w postaci zmian w płucach. Potem po przeprowadzeniu diagnostyki widzimy, że jest to gruźlica.

Chorują wszyscy, nie tylko osoby z marginesu. O nich mówi się najczęściej, ponieważ z uwagi na bezdomność, niedożywienie, na używki ich odporność jest obniżona, więc ten prątek gruźlicy ma świetne warunki do rozwijania się, ale też do rozwijania objawów chorobowych. Pamiętajmy, że każda zmiana na zdjęciu rentgenowskim powinna być podejrzewana również o zmianę gruźliczą. Bardzo ważny jest też wywiad, czy był kontakt z osobą chorą na gruźlicę.

To nie jest temat, który często porusza się w mediach, ale już w rozmowach z lekarzami tak. Wzrost liczby chorych na gruźlicę w Polsce to także jedno z następstw wybuchu wojny w Ukrainie i nagłego pojawienia się dużej grupy uchodźców w naszym kraju.

– Trzeba pamiętać, że znacząca liczba chorych na gruźlicę lekooporną to cudzoziemcy. I nie są to tylko uchodźcy z Ukrainy, gdzie gruźlica jest niestety chorobą bardzo częstą, a jej leczenie wygląda zupełnie inaczej, bo pacjenci często nie są hospitalizowani. W grupie ryzyka są także przyjezdni z wielu innych państw, takich jak Indie czy Filipiny. Oczywiście nikt nie chce stygmatyzować cudzoziemców, ale trzeba pamiętać, że świat jest teraz bardzo mały... Na szczęście leczenie gruźlicy w Polsce jest bezpłatne zarówno dla pacjentów ubezpieczonych, jak i nieubezpieczonych, czyli dla wszystkich osób przebywających w naszym kraju.

Jak zatem prowadzić skuteczną diagnostykę, także wśród cudzoziemców?

– Pomysły są, natomiast trzeba je ostrożnie wcielać w życie, żeby nikogo nie skrzywdzić...

Chodzi o taką poprawność polityczną, żeby nie zrazić społeczeństwa do jednej grupy osób?

– Dokładnie tak. Bardzo też chcielibyśmy, żeby co najmniej raz w roku albo nie mniej niż raz na dwa lata każdy z dorosłych miał prześwietlenie klatki piersiowej. Myślę, że taką dobrą praktyką, ale też wprowadzaną z pewną ostrożnością, byłyby przesiewowe prześwietlenia czy to w noclegowniach, czy miejscach dla uchodźców lub dużych skupiskach, gdzie mogą być osoby prątkujące.

Jeśli już mówimy o diagnostyce, czy coś się w tym zakresie poprawiło? RTG klatki piersiowej wykonuje się coraz rzadziej, a o innego rodzaju badaniach słyszy się niewiele.

– Z jednej strony diagnostyka ruszyła, bo skończyła się pandemia. Takim podstawowym badaniem nadal jest prześwietlenie klatki piersiowej. Kiedyś było ono standardem, jeżeli chodzi o badania okresowe, natomiast już nie jest. Ubolewamy nad tym, bo w ten prosty sposób możemy wykryć nie tylko gruźlicę, ale też nowotwory i szereg innych chorób.

Mamy też bardzo nowoczesne narzędzie, jakim jest sonda genetyczna. Natomiast nie jest to już diagnostyka, którą może zlecić każdy lekarz z POZ. Dysponujemy nią na oddziałach pulmonologicznych czy takich jak nasz – gruźlicy i chorób płuc. Część SOR-ów też ma możliwość wykonania takiej zwykłej sondy genetycznej, przesiewowej, co wiąże się z olbrzymimi korzyściami dla szpitala i pacjentów. Z każdego materiału, nie tylko z plwocin, ale też z płynu wysiękowego z opłucnej, z płynu osierdziowego, z wycinków możemy przeprowadzić to badanie i szybko wykryć materiał genetyczny prątka. Dzięki temu dodatkowo możemy określić, czy mamy podejrzenie gruźlicy lekowrażliwej czy gruźlicy lekoopornej. Chory nie musi czekać 6-8 tygodni na wynik lekooporności, w trakcie których „tracimy czas", bo to leczenie może być niewłaściwe. Jeżeli wynik sondy genetycznej pokaże, że mamy oporność na ryfampicyne, hydrazyd albo fluorochinolon, to od razu wiemy, jaki schemat leczenia możemy pacjentowi włączyć.

A co ze szczepieniami?

– Mimo usilnych starań nie udało się jeszcze znaleźć takiej szczepionki, która by w 100 procentach chroniła przed zachorowaniem. Natomiast uważam, że wciąż należy szczepić noworodki szczepionką BCG, która jest od wielu lat stosowana. Chroni ona przed ciężkimi postaciami gruźlicy, zwłaszcza że u tak małych dzieci może rozwinąć się gruźlica ośrodkowego układu nerwowego. Natomiast stwierdzono, że już w starszym wieku nie ma większych korzyści ze szczepień przeciw gruźlicy. Nie ma też żadnych dodatkowych szczepień dla personelu medycznego.

Proszę na koniec powiedzieć, jakie są postępy w leczeniu gruźlicy lekoopornej.

– Do tej pory stosowano schematy wielomiesięczne, leczenie trwało 18-24 miesiące, natomiast teraz mamy nowe leki, dzięki którym możemy je skrócić do 6-9 miesięcy. Oczywiście nie jest to leczenie dedykowane dla każdego chorego na gruźlicę lekooporną, są konkretne wskazania i przeciwwskazania, natomiast jest to ogromny postęp.

Dodatkowo w listopadzie ubiegłego roku wszedł w życie program pilotażowy leczenia ambulatoryjnego gruźlicy wielolekoopornej. Mimo wielu wątpliwości dyrektor naszego szpitala podpisał umowę z NFZ celem koordynacji programu dla Małopolski. Terapia wygląda tak, że pacjent, któremu wdrożono leczenie w trakcie pobytu w oddziale lub wcześniej był w trakcie realizacji programu związanego z wojną w Ukrainie, jeśli jest nieprątkujący, raz w miesiącu pojawia się w poradni, wykonywane są wtedy wszystkie niezbędne badania, pytamy o różnego rodzaju dolegliwości. Co jednak najistotniejsze, codziennie w trakcie wideorozmowy pokazuje on, że zażywa leki. Leczeniem nadzorowanym są objęci także chorzy w trakcie leczenia szpitalnego, z tą różnicą, że oni przyjmują leki w obecności pielęgniarki.

Czy to oznacza, że chorzy na gruźlicę są mniej zdyscyplinowani niż inni pacjenci?

– Gruźlica wymaga leczenia wielomiesięcznego. Gruźlicę lekowrażliwą leczymy przez 6 miesięcy i często ci pacjenci zostają u nas przez ten czas. Nie w każdym kraju stosowane jest leczenie nadzorowane, ale my uważamy, że dzięki temu unikamy nieprawidłowego leczenia pacjenta i powstania ryzyka lekooporoności. Bo jeżeli pacjent nie łyka leków albo robi to wybiórczo, to istnieje ryzyko, że prątki gruźlicy uodpornią się na część albo na wszystkie leki i będziemy mieć później do czynienia z gruźlicą lekooporną. Chodzi też o koszt powtórnej hospitalizacji, bo leczenia gruźlicy lekoopornej jest znacznie droższe. Musimy mieć pewność, że ta terapia jest właściwa. Jeżeli mamy pewność, że pacjent zażywał leki, ale nadal prątkuje, to szukamy innych przyczyn.

Propagujecie Państwo wiedzę na temat leczenia i profilaktyki gruźlicy także we współpracy z Komisją Kształcenia Medycznego ORL. A co jeśli zainteresowany tym tematem lekarz nie będzie mógł wziąć udziału w organizowanym w Izbie szkoleniu?

– Zawsze można do nas zadzwonić i uzyskać potrzebne informacje dotyczące czy to diagnostyki, czy leczenia gruźlicy. Pan dyrektor Krzysztof Grzesik planuje również dodatkowe szkolenie online dla szpitali. Pierwsze miało miejsce 7 listopada. Planujemy również powtórzyć szkolenie z zakresu gruźlicy we współpracy z ORL w Krakowie – wstępny termin to koniec stycznia 2024.

Rozmawiała: Katarzyna Domin

Lek. Agnieszka Zygmunt w październiku prowadziła w siedzibie Izby bezpłatny kurs pn. „Gruźlica nie tylko dla pulmonologów", w którym można było wziąć udział także online. Szczegóły dotyczące kolejnej edycji kursu można znaleźć na stronie **oilkrakow.pl/ksztalcenie**

Z naszych szpitali

22 września w **Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie** dr hab. Henryk Liszka z Oddziału Ortopedii i Traumatologii wraz z zespołem, przy asyście światowej sławy lekarza prof. Niek Van Dijka przeprowadzili zabieg wszczepienia implantu stawu skokowego, który został specjalnie opracowany dla operowanego pacjenta. Wcześniej na podstawie wykonanych badań obrazowych TK i MR dokładnie odwzorowano kształt prawidłowej budowy anatomicznej tego pacjenta, co pozwoliło na optymalne dopasowanie implantu. Technologia ta, nazwana Patient-Specific Instrumentation, obejmuje nie tylko opracowanie samego implantu, ale również wszystkich narzędzi, które będą używane do jego wszczepienia.

„Zabieg ten był rodzajem artroplastyki, ponieważ wszczepialiśmy coś sztucznego, natomiast był niezmiernie mało inwazyjny, ponieważ nie zastępowaliśmy całego stawu, tylko naprawialiśmy lokalne uszkodzenie" – wyjaśniał dr hab. Liszka.

22 października zespół chirurgów **Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie**: lek. Maria Gruba, lek. Anna Tokarz-Tarsa, lek. Damian Barański, pod nadzorem prof. Wojciecha Góreckiego, przeprowadził operację klatki piersiowej lejkowatej sposobem Nussa z śródoperacyjną krioanalgezją nerwów międzyżebrowych (czasowe zamrożenie nerwów w temp. 8o st. C w celu zniesienia czucia bólu).

Tę metodę uśmierzania bólu okołooperacyjnego – precyzyjne zamrożenie odpowiednich nerwów pod kontrolą torakoskopii – zastosowano w USD po raz pierwszy. Taki rodzaj znieczulenia powoduje większy komfort pacjenta, krótszy pobyt w szpitalu oraz szybszy powrót do pełnej aktywności.

W październiku w **Oddziale Klinicznym Elektrokardiologii w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Jana Pawła II** zostały przeprowadzone pierwsze dwa zabiegi wszczepienia bezelektrodowego rozrusznika serca z funkcją śródzabiegowego mapowania parametrów elektrycznych. Było to pierwsze zastosowanie tej technologii w tym szpitalu i jeden z pierwszych zabiegów tego typu w Polsce i Europie.

Zabiegi zostały wykonane przez elektrokardiologów dr. Krzysztofa Boczara i dr. hab. Andrzeja Ząbka wraz z personelem pielęgniarskim i zespołem techników RTG.

Pierwszy zabieg implantacji bezelektrodowego stymulatora serca został wykonany w szpitalu w 2016 r. przez dr. Jacka Bednarka i od tej pory przeprowadzono ich w Oddziale Elektrokardiologii już 17. Nowy bezelektrodowy stymulator powiększa instrumentarium stymulacji serca w Szpitalu im. Jana Pawła i przyczyni się do szerszej pomocy pacjentom, u których występują trudności z wdrożeniem klasycznej stymulacji.

Źródło: profile FB wymienionych placówek

Nauka w Twoim Zasięgu

Studencka Fundacja „Manuskrypt" realizuje projekt dedykowany promocji badań naukowych wśród młodego pokolenia naukowców. Sercem inicjatywy jest nowa strona internetowa manuskrypt.org, która pełnić będzie funkcję interaktywnego narzędzia statystycznego. Dzięki niej użytkownicy będą mogli w łatwy sposób nawigować przez obliczenia matematyczne, niezbędne do analizy swoich danych naukowych.

Dodatkowo projekt obejmuje katalog podcastów naukowych, w których udział wzięli czołowi badacze z Collegium Medicum UJ i nie tylko. Każdy odcinek to okazja do pogłębienia wiedzy z takiego obszaru badań, jak kardiologia, radiologia, medycyna ratunkowa i wiele innych. Na platformie znajdzie się również kalendarium najważniejszych konferencji naukowych. W ramach projektu są także publikowane „doniesienia naukowe" – atrakcyjnie opracowane badania z takich dziedzin medycyny jak choroby wewnętrzne, chirurgia czy neurologia. Doniesienia naukowe są udostępniane co tydzień na Instagramie fundacji Manuskrypt (instagram.com/fundacja.manuskrypt)

Nie możemy również nie wspomnieć o serii filmów edukacyjnych, które pomogą młodym naukowcom zrozumieć podstawy metodologii badań naukowych. Filmy te także są dostępne z poziomu strony internetowej.

Jesteśmy przekonani, że dzięki tej inicjatywie zarówno młodzi, jak i doświadczeni naukowcy zyskają cenne wsparcie w swoich badaniach i rozwoju naukowym.

MZ

Krosno

23 września 2023 r. odbyły się w naszej Izbie Lekarskiej pierwsze Zawody Wędkarskie Lekarzy i ich Rodzin. Zostały one przeprowadzone na stawach w Bartoszowie należących do Okręgu Polskiego Związku Wędkarskiego w Krośnie, Koło Rymanów. Zawody odbyły się na tzw. żywej rybie. Sędzią był Edward Sołtysik. Zwycięzcy zawodów to:

I miejsce doktor Daniel Czerepaniak – 14 kg 495 dag

II miejsce pani Joanna Adamik – 12 kg 195 dag

III miejsce doktor Romuald Adamik – 9 kg 655 dag

W dniach 20 i 21 października 2023 r. w Delegaturze Krośnieńskiej odbyły się dwudniowe warsztaty z kompetencji miękkich dla lekarzy, prowadzone przez prof. dr hab. Alicję Gałązkę. Tematy zajęć to: „Asertywność w pracy lekarza jako metoda radzenia sobie z agresją" oraz „Komunikacja z dzieckiem i rodzicem w gabinecie lekarskim i stomatologicznym".

20 października odbyły się XII Krośnieńskie Jesienne Warsztaty Kardiologiczne, których organizatorem był Intercard Sp. z o.o. Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Krośnie, a krośnieńska Delegatura była współorganizatorem tego wydarzenia.

Janusz Kulon
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Krośnie

Nowy Sącz

Nadal walczymy z zawilgoceniem ścian w siedzibie Delegatury. Po konsultacjach z budowlańcami, w obecności przedstawiciela OIL pana Dariusza Dziubiny, uzgodniono odkopanie fundamentów i wykonanie profesjonalnego odwodnienia na wiosnę przyszłego roku. Tymczasem stale osuszamy pokoje na parterze specjalistycznym sprzętem.

W Delegaturze przeprowadzono rozmowy z dwojgiem ukraińskich lekarzy, by ocenić, czy ich znajomość języka polskiego umożliwia wydanie warunkowego prawa wykonywania zawodu.

8 listopada odbyło się spotkanie Członków Klubu Lekarza Seniora. Podczas zebrania wystąpiła grupa teatralna Gwiazdeczki, prezentując spektakl pt. „Tych miasteczek nie ma już", który przypomina mieszkańców Nowego Sącza pochodzenia żydowskiego, ukazując ich życie i twórczość. Niezwykłymi aktorami w tym spektaklu byli zaprzyjaźnieni seniorzy, którzy swoją sztukę wystawiają na deskach nowosądeckich scen. Scenografia i tradycyjne stroje, wzruszające wiersze, wesołe kuplety i piosenki zachwyciły publiczność, która nagrodziła aktorów gromkimi brawami.

W ramach Sądeckiej Jesieni Kulturalnej lekarze z naszego terenu obejrzeli interesujące przedstawienia teatralne prezentowane na scenie Miejskiego Ośrodka Kultury w Nowym Sączu. Zorganizowano także wyjazdy do krakowskiej opery na „Cyganerię" oraz do Teatru Stu na „Błękitne krewetki".

W grudniu planujemy coroczne spotkanie z lekarzami stażystami kończącymi lub rozpoczynającymi staż na terenie działania Delegatury w Nowym Sączu oraz tradycyjne spotkanie wigilijne.

Krzysztof Wróblewski
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Nowym Sączu

Przemyśl

,,Cudze chwalicie, swego nie znacie" to myśl przewodnia wrześniowej wycieczki Klubu Lekarza Seniora przy Delegaturze przemyskiej, podczas której uczestnicy zwiedzali z przewodnikiem forty: fort I ,,Salis Soglio" oraz fort XV ,,Borek". Po porcji historii, na świeżym powietrzu odbyła się prezentacja wraz z degustacją win z podprzemyskiej winnicy Festung, podczas której o swojej pracy i pasji opowiadał jej właściciel. Podawano także regionalne potrawy: od serów przez dania główne, na deserach skończywszy.

21 października odbyła się kolejna wycieczka Klubu Lekarza Seniora, tym razem w Bieszczady. W Komańczy zwiedzano klasztor sióstr nazaretanek, gdzie znajduje się izba pamięci kard. Stefana Wyszyńskiego. Następnie seniorzy przejechali Bieszczadzką Kolejką Leśną – „ciuchcią bieszczadzką" na trasie Majdan–Balnica–Majdan. W Nowosiółkach odwiedzili Muzeum Knieja. Na koniec wyprawy zorganizowano ognisko z pieczeniem kiełbasek i kartofli oraz ze wspólnym śpiewaniem z bieszczadzkim bardem.

Marek Zasadny
Pełnomocnik OIL w Krakowie
Delegatura w Przemyślu

W DNIU 8 LISTOPADA 2023 R. PREZYDENT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ UROCZYŚCIE WRĘCZYŁ TYTUŁ PROFESORA NAUK MEDYCZNYCH

dr. hab. Markowi Rajzerowi
dr. hab. Tomaszowi Sacha
dr. hab. Krzysztofowi Tomaszewskiemu

UCHWAŁĄ RADY DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO Z DNIA 14 LISTOPADA 2023 R. ZOSTAŁ NADANY STOPIEŃ DOKTORA HABILITOWANEGO W DZIEDZINIE NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU W DYSCYPLINIE NAUKI MEDYCZNE

dr Karolinie Piotrowicz

UCHWAŁĄ RADY DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO Z DNIA 17 PAŹDZIERNIKA 2023 R. ZOSTAŁ NADANY STOPIEŃ DOKTORA HABILITOWANEGO W DZIEDZINIE NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU W DYSCYPLINIE NAUKI MEDYCZNE

dr. Adrianowi Chrobakowi

UCHWAŁĄ RADY DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO Z DNIA 26 WRZEŚNIA 2023 R. ZOSTAŁ NADANY STOPIEŃ DOKTORA HABILITOWANEGO W DZIEDZINIE NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU W DYSCYPLINIE NAUKI MEDYCZNE

dr Marcie Smęda
dr Annie Jagusiak
dr. Piotrowi K. Mazurowi
dr Annie Wójtowicz

WYKAZ STOPNI NAUKOWYCH DOKTORA NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU NADANYCH PRZEZ RADĘ DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO W DNIU 26 WRZEŚNIA 2023 ROKU

1. **lek. Malwina Birczyńska-Zych**
„Zmiany erytrocytów w obrazie spektroskopii Ramanowskiej w toku zarażenia zarodźcem malarii" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Jacek Czepiel
Promotor: prof. dr hab. Maria Łabanowska

2. **lek. Magdalena Bryndza**
„Analiza kształtu i rozmiarów uszka lewego przedsionka u pacjentów z niezastawkowym migotaniem przedsionków poddawanym zabiegowi przezskórnego, epikardialnego zamknięcia uszka lewego przedsionka" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Krzysztof Bartuś
Promotor pomocniczy: dr hab. Radosław Litwinowicz

3. **lek. Karolina Brzegowy-Solewska**
„Assessment of anatomical variations of cerebral veins based on diagnostic imaging with regard to their clinical aspects" („Analiza zmienności anatomicznych naczyń żylnych mózgu na podstawie badań obrazowych z uwzględnieniem aspektów klinicznych") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Jerzy Walocha

4. **mgr Katarzyna Derszniak**
„Badania płytek krwi z wykorzystaniem aptamerów oraz przepływowego systemu mikrowagi kwarcowej z dyssypacją energii" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Stefan Chłopicki
Promotor: prof. dr hab. Maria Nowakowska

5. lek. Mateusz Fiema
„Oral microbiota in systemic diseases" („Mikrobiota jamy ustnej w wybranych chorobach ogólnoustrojowych") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Iwona Gregorczyk-Maga, prof. UJ

6. mgr Kaja Gąska
„Wieloczynnikowa analiza złożonej interwencji andragogicznej" – monografia
Promotor: dr hab. Magdalena Szopa, prof. UJ
Promotor pomocniczy: dr Grzegorz Cebula, prof. UJ

7. mgr Agnieszka Gibała
„Ocena wpływu nanocząsteczek srebra oraz bakteriofagów na bakterie izolowane od pacjentów z przewlekłym stanem zapalnym zatok przynosowych oraz tworzony przez nie biofilm" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Tomasz Gosiewski
Promotor: prof. dr hab. Maciej Szaleniec

8. lek. Jarosław Królczyk
„Clinical value of the ankle brachial index and cardiovascular biomarkers in the Polish elderly population" („Wartość kliniczna wskaźnika kostka ramię oraz biomarkerów sercowo-naczyniowych w polskiej populacji osób starszych") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Anna Skalska

9. lek. Maciej Lis
„Pulmonary valve morphology in light of modern catheter ablation methodology" („Morfologia zastawki pnia płucnego w świetle nowoczesnych technik ablacji przezcewnikowych") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Mateusz K. Hołda

10. lek. Wojciech Magoń
„Changes in pulmonary artery elastic properties in patients with chronic thromboembolic pulmonary hypertension treated with balloon pulmonary angioplasty" („Zmiany właściwości elastycznych tętnic płucnych u pacjentów z przewlekłym zakrzepowo-zatorowym nadciśnieniem płucnym leczonych metodą balonowej angioplastyki tętnic płucnych") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Grzegorz Kopeć

11. mgr Małgorzata Maraj
„Wpływ podawania rywaroksabanu na rozwój i przebieg eksperymentalnego ostrego zapalenia trzustki" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Piotr Ceranowicz
Promotor: prof. dr hab. Wojciech Macyk

12. mgr Kamila Stachyra
„In vitro and in vivo effects of inorganic air pollutants on the development of atherosclerosis and hepatic steatosis" („Wpływ nieorganicznych zanieczyszczeń powietrza na rozwój miażdżycy i stłuszczenia wątroby – badania in vitro oraz na zwierzęcym modelu miażdżycy") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Rafał Olszanecki

13. lek. dent. Agnieszka Stempniewicz
„Leczniczy wpływ obestatyny na gojenie doświadczalnych uszkodzeń błony śluzowej jamy ustnej" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Piotr Ceranowicz, prof. dr hab. Wojciech Macyk
Promotor pomocniczy: dr Jakub Cieszkowski

14. lek. Łukasz Andrzej Ścibik
„Functionalization of the poly(vinyl chloride) tracheostomy tube surface to prevent the growth of bacterial biofilm for use in patients undergoing tracheostomy procedure" („Funkcjonalizacja powierzchni rurki tracheostomijnej z poli(chlorku winylu) w kierunku zapobiegania wzrostu biofilmu bakteryjnego do zastosowań u pacjentów poddanych zabiegowi tracheotomii") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Monika Brzychczy-Włoch
Promotor: prof. dr hab. Andrzej Kotarba

W DNIU 17 PAŹDZIERNIKA 2023 ROKU

1. mgr Katarzyna Gibek
„Comparison of depressive, anxiety and somatization symptoms in patients with chronic myeloproliferative neoplasms treated with interferon alpha and tyrosine kinase inhibitors" („Porównanie objawów depresyjnych, lękowych i somatyzacyjnych u chorych na przewlekłe nowotwory mieloproliferacyjne leczonych interferonem alfa oraz inhibitorami kinaz tyrozynowych") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Tomasz Sacha
Promotor pomocniczy: dr Katarzyna Cyranka

2. lek. Marta Olszewska
„New methods of pain assessment and monitoring its consequences in newborns" („Nowe metody monitorowania bólu i jego następstw u noworodków") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Przemko Kwinta

3. mgr Dominika Szlęzak
„Study of the effect of hypertension and age on the formation of hydrogen sulfide and nitric oxide in selected rat tissues" („Badanie wpływu nadciśnienia tętniczego i wieku na powstawanie siarkowodoru i tlenku azotu w wybranych tkankach szczura") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Maria Wróbel
Promotor: prof. dr hab. Marcin Ufnal

4. lek. Weronika Zastrzeżyńska
„Effect of biological treatment with omalizumab on airway remodeling and clinical parameters in patients with severe allergic asthma" („Wpływ leczenia biologicznego omalizumabem na remodeling dróg oddechowych oraz na parametry kliniczne u pacjentów z ciężką alergiczną astmą oskrzelową") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Jerzy Soja, prof. UJ

W DNIU 14 LISTOPADA 2023 ROKU

1. lek. Elżbieta Gradek-Kwinta
„Predisposing factors, diagnostic, and predictive markers of stroke-associated pneumonia"(„Czynniki predysponujące, markery diagnostyczne i predykcyjne zapalenia płuc w przebiegu udaru mózgu") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Tomasz Dziedzic

2. lek. Katarzyna Konarska-Bajda
„Wpływ podawania warfaryny na rozwój i przebieg eksperymentalnego ostrego zapalenia trzustki wywołanego ceruleiną" – monografia
Promotor: prof. dr hab. Piotr Ceranowicz
Promotor pomocniczy: dr Jakub Cieszkowski

3. lek. Piotr Obtułowicz
„Abdominal attacks in patients with hereditary angioedema due to deficiency of C1 inhibitor (rare disease). Diagnostic possibilities of imaging tests." („Napady brzuszne u chorych z wrodzonym obrzękiem naczynioruchowym na tle niedoboru inhibitora C1 (choroba rzadka). Możliwości diagnostyczne badań obrazowych.") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Tadeusz Popiela

4. mgr farm. Tasnim Mohaissen
„Novel mechanisms of peripheral vascular endothelial dysfunction in heart failure in Tgαq*44 mice" („Nowe mechanizmy dysfunkcji śródbłonka naczyń obwodowych w niewydolności mięśnia sercowego u myszy Tgαq*44") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Stefan Chłopicki
Promotor pomocniczy: dr Magdalena Sternak

5. lek. Katarzyna Sawczyńska
„Neurological complications of COVID-19 with particular reference to acute ischaemic stroke" („Neurologiczne powikłania COVID-19 ze szczególnym uwzględnieniem ostrego udaru niedokrwiennego mózgu") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Agnieszka Słowik
Promotor pomocniczy: dr hab. Marcin Wnuk

6. lek. Lidia Stopyra
„The course of SARS-CoV-2 infection and its complications in children" („Przebieg zakażenia SARS-CoV-2 i powikłań zakażenia u dzieci") – cykl publikacji
Promotor: prof. dr hab. Przemko Kwinta

7. lek. Agnieszka Wachsmann-Maga
„Evaluation of vascular endothelial function and leukotriene synthesis in patients with atherosclerotic occlusive disease of the lower limb arteries following intravascular treatment" („Ocena funkcji śródbłonka naczyniowego i syntezy leukotrienów u pacjentów z miażdżycą zarostową tętnic kończyn dolnych po leczeniu wewnątrznaczyniowym") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Paweł Maga, prof. UJ

8. lek. Anna Wrona
„Studies on the distribution and role of interstitial cells of the Cajal type (telocytes) in the fallopian tubes as a potential factor of infertility in women" („Badania nad rozmieszczeniem i rolą komórek śródmiąższowych typu Cajala (telocytów) w jajowodach jako potencjalnym czynnikiem niepłodności u kobiet") – cykl publikacji
Promotor: dr hab. Krzysztof Gil, prof. UJ
Promotor pomocniczy: dr Tomasz Bereza

KURSY SPECJALIZACYJNE DLA SPECJALNOŚCI LEKARSKICH ORGANIZOWANE PRZEZ MEDYCZNE CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO COLLEGIUM MEDICUM W OKRESIE GRUDZIEŃ 2023 – LUTY 2024

Anestezjologia i intensywna terapia
Wprowadzenie do specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii
5-9.02.2024
Kierownictwo naukowe: prof. Janusz Andres

Hipertensjologia
Nadciśnienie tętnicze u dzieci, młodzieży i młodych dorosłych
7.02.2024
Kierownictwo naukowe: prof. Dorota Drożdż

Okulistyka
Onkologia okulistyczna
1-2.02.2024, 8-9.02.2024,
15-16.02.2024, 22-23.02.2024
Kierownictwo naukowe:
prof. Bożena Romanowska-Dixon

Onkologia i hematologia dziecięca
Diagnostyka i leczenie nowotworów litych u dzieci
11-15.12.2023, 5-9.02.2024
Kier. naukowe: dr hab. Szymon Skoczeń, prof. UJ

Położnictwo i ginekologia
Choroby przenoszone drogą płciową
4-8.12.2023
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Ultrasonografia – kurs praktyczny indywidualny
4-8.12.2023
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Klaudia Stangel-Wójcikiewicz

Endoskopia – kurs praktyczny indywidualny
4-8.12.2023
Kierownictwo naukowe:
dr Krzysztof Skotniczny

Kursy wspólne
Zdrowie publiczne
29.01-7.02.2024
Kierownictwo naukowe:
dr hab. Mariusz Duplaga, prof. UJ

KURSY SPECJALIZACYJNE DLA SPECJALNOŚCI LEKARSKO-DENTYSTYCZNYCH

Protetyka stomatologiczna
Leczenie zespołowe: periodontologiczno-protetyczne w chorobach przyzębia
17.01.2024
Kierownictwo naukowe:
prof. Małgorzata Pihut

Leczenie protetyczne z zastosowaniem koron i mostów protetycznych
1-2.02.2024
Kierownictwo naukowe:
prof. Małgorzata Pihut

Implantoprotetyka stomatologiczna – podstawy teoretyczne oraz chirurgiczne i protetyczne procedury zabiegowe
5-16.02.2024
Kierownictwo naukowe:
prof. Małgorzata Pihut

Leczenie protetyczne w trudnych przypadkach bezzębia z zastosowaniem biofunkcjonalnego systemu protetycznego BPS
28-29.02.2024
Kierownictwo naukowe:
prof. Małgorzata Pihut

Ortodoncja
Czynność narządu żucia
12-18.12.2023
Kierownictwo naukowe:
prof. Bartłomiej W. Loster

Konkurs nalewek

24 listopada po raz 11. w Muzeum Farmacji UJ odbył się Konkurs Nalewek Własnej Receptury, organizowany przez krakowskie izby – lekarską i aptekarską. Atmosfera była wyjątkowo serdeczna, a przestrzeń muzealna dodała wydarzeniu niepowtarzalnego charakteru. Na konkurs zgłoszono 38 nalewek, tradycyjnie już z różnych stron Polski i oczywiście z przeróżnych aromatycznych owoców, z których część – jak dereń, pigwowiec, wiśnia czy cytryniec – głównie z tymi rozgrzewającymi trunkami się kojarzy. Ciekawym akcentem w ich gronie była nalewka zrobiona z warzyw – „Barszczyk", zgłoszony przez lek. dent. Natalię Kościelniak z Krakowa, który zdobył nagrodę główną Okręgowej Izby Aptekarskiej. Natomiast absolutną rekordzistką jeśli chodzi o przyznane nagrody była Alicja Gaweł, farmaceutka z Podkarpacia, która otrzymała nagrodę główną prezesa OIL za krambambulę (nalewkę ziołową na winie), nagrodę publiczności za nalewkę z jagody kamczackiej (przepis obok) oraz nagrodę za prezentację – każda buteleczka ozdobiona była etykietą ręcznie malowaną przez synową pani Alicji. Jury przyznało także wyróżnienia Prezesa OIL w Krakowie: za nalewkę słodką z pigwy mgr farm. Justynie Cagarze, za wytrawną porzeczkówkę mgr farm. Anicie Molendzie oraz za nalewkę z cytryńca o niepowtarzalnym smaku mgr. farm. Robertowi Birontowi.

Pełna lista nagrodzonych na stronie Izby.

KD

Nalewka z jagody kamczackiej

500 g umytej i osuszonej jagody dajemy do szklanego słoja i zalewamy alkoholem 65-procentowym. Odstawiamy w słoneczne miejsce na koło miesiąc. Dodajemy goździki, cynamon i wanilię, potem nalew odlewamy i na 1 litr nalewu dajemy około 30 dag cukru, którym zasypujemy owoce. Dodajemy też sok z cytryny i dwie łyżki miodu rozpuszczonego w niewielkiej ilości wody. Zostawiamy na około 2 tygodnie, potem oba nalewy łączymy i zostawiamy na około pół roku.

Dariusz Kościelniak, Alicja Gaweł, Elżbieta Rząsa-Duran, Przemysław Szybka

Pięknie upłynęła nam kulturalna jesień w **Piwnicy u Medyków** przy ul. Krupniczej 11a. Za nami fantastyczne koncerty śpiewaczki operowej Edyty Piaseckiej, zespołu Funk de Nite, wieczory z piosenką francuską w wykonaniu Agnieszki Grochowicz i z muzyką fado prezentowaną przez Kingę Rataj, a także bluesowy z Trio Wojciecha Klicha.

W krakowskiej Izbie śpiewają nie tylko wybitni artyści, ale też jej członkowie – w wigilię Święta Niepodległości Zespół ds. Kultury ORL kierowany przez prof. Waldemara Hładkiego zorganizował – wraz z Krakowskim Chórem Lekarskim – wieczór pieśni patriotycznych (na zdjęciu).

A. Bartoszek

Jeśli chcą Państwo aktywniej uczestniczyć w życiu kulturalnym Izby, zachęcamy do śledzenia bieżących informacji na stronie internetowej i w mediach społecznościowych OIL.

Arteterapia dr. Tomasza Wiatra

– Malarstwo abstrakcyjne, surrealistyczne nie do końca jest moim światem. Jestem naturalistyczny – wyznał dr Tomasz Wiatr podczas spotkania towarzyszącego wernisażowi jego wystawy, którą w październiku można było oglądać w krakowskiej Izbie. Jego portrety znanych osób, akty i ryciny anatomiczne rzeczywiście wiernie oddają obserwowany obiekt, ale uwypuklają też piękno ludzkiego ciała – ukryte w pomarszczonej twarzy czy kłębuszkach nerkowych.

Precyzja, dokładność, łagodność, poczucie humoru to coś, co cechuje doktora Tomasza zarówno jako artystę, jak i lekarza. Bo temu, że te dwie dziedziny łączą się w jego życiu, a nawet przenikają, nie zaprzecza. Cała jego przygoda z rysunkiem zaczęła się zresztą na oddziale, kiedy w 2010 roku robił specjalizację z urologii w Szpitalu w Mielcu. Podczas nocnych dyżurów, gdy panował spokój, wyjmował kartkę i zaczynał rysować. Często po to, by odreagować stres związany z pracą. – Nie chodziło o samą urologię, tylko bardziej potrzebę ekspresji uczuć związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, ich uzewnętrznienia. To trochę taka arteterapia. Myślę, że to było głównym zapalnikiem – wyznał Tomasz Wiatr zapytany przez przewodniczącego Zespołu ds. Kultury ORL prof. Waldemara Hładkiego o to, kiedy i dlaczego zaczął rysować.

Obecnie Tomasz Wiatr jest cenionym i wydaje się, że spełnionym specjalistą – posiada tytuł doktora nauk medycznych, jest starszym asystentem Oddziału Klinicznego Kliniki Urologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, wykładowcą Katedry Urologii CM UJ, członkiem m.in. Europejskiego Towarzystwa Urologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Urologicznego sekcji Endourologii i ESWL, jednak swoją pasję pielęgnuje nadal. Jak przyznaje: „Kontakt ze sztuką uczy

go wrażliwości, co przekłada się na pracę zawodową i pomaga we właściwym kontakcie z pacjentem".

Wśród prac artysty są zarówno portrety nestorów krakowskiej medycyny, m.in. Józefa Brodowicza, Ludwika Rydygiera, Józefa Dietla, które powstały na podstawie archiwalnych zdjęć z Katedry Historii Medycyny UJ CM, jak i znanych nam z popkultury aktorów, muzyków i artystów. Zdaniem dr. Wiatra, portretowanie to także „szukanie siebie w innych". Co ciekawe, choć to pierwsza jego wystawa w siedzibie Izby – bo tych krajowych, w tym w krakowskim MOCAK-u, i światowych miał już 35 – to jego portrety byłych prezesów OIL można podziwiać w niej od dawna. Jeden z nich, doktora Jana Ciećkiewicza, wisi we wspomnianej auli jego imienia. Auli, dodajmy, która w dniu wernisażu została wypełniona do ostatniego miejsca, a wśród odwiedzających wystawę osób nie zabrakło wybitnych osobistości, przedstawicieli świata nauki i kultury.

Wieczór uświetnił występ Marka Wiatra, taty Tomasza, śpiewaka operowego, absolwenta Akademii Muzycznej w Krakowie, wieloletniego solisty Opery Krakowskiej. Na fortepianie akompaniowała mu Małgorzata Westrych. Marek Wiatr jest nie tylko muzykiem, ale i malarzem – jego obrazy olejne również można było obejrzeć podczas wernisażu.

Zresztą artystyczno-lekarski gen jest w rodzinie Wiatrów wyjątkowo mocny – dziadkowie Tomasza Wiatra od czterech pokoleń byli lekarzami, absolwentami UJ – o czym nieraz pisaliśmy na łamach „GGL".

Tekst i zdjęcia: Katarzyna Domin

Sztuka na styku dwóch światów

W życiu chirurga stomatologicznego Jacka Jasiniaka malarstwo zajmuje coraz więcej miejsca. Mogliśmy się o tym przekonać 7 listopada podczas wernisażu w siedzibie Izby Lekarskiej.

Przenikanie się materii, technik, tematów. Wzajemne relacje, wpływy, oddziaływania. Intrygujące szczeliny, dziury, nigdy jednak nie pozostawione samym sobie. Pozszywane nicią, która łączy, a nie dzieli. I właśnie o łączeniu, a nie podziałach opowiada wystawa „Infiltracja" Jacka Jasiniaka, specjalisty chirurgii stomatologicznej i implantologii, którą w listopadzie można było obejrzeć w budynku krakowskiej Izby Lekarskiej przy ul. Krupniczej.

Jak sam twierdzi, maluje od zawsze. Najpierw jak każde dziecko w sposób naturalny sięgał po kredki. Gdy podrósł, wziął do ręki farby, które intuicyjnie pozwalały mu wyrażać siebie. Sporo malował w liceum, ale po maturze pod wpływem mamy, która jest stomatologiem, zdecydował się kontynuować tradycję rodzinną. Nigdy jednak nie porzucił swojej twórczości.

– Na studiach wykorzystywałem talent, żeby rysować pomoce naukowe. Robiłem rysunki na zajęcia z anatomii, przedstawiające wszystkie możliwe części ciała. Na histologii obserwowałem pod mikroskopem tkanki i komórki i przenosiłem je na kartkę. Jestem wzrokowcem, więc ułatwiało mi to naukę, a moi koledzy przekazywali sobie mój zeszyt z rąk do rąk. Później, już jako nauczyciel akademicki, asystent i wykładowca w Zakładzie Chirurgii Stomatologicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, uczyłem studentów na przykładzie tych rysunków.

Przez kolejne lata Jacek Jasiniak pracował w swoim zawodzie. Nie miał czasu zajmować się sztuką, choć zdarzały się chwile, gdy wracało do niego pragnienie wyrażenia siebie przez sztukę. Nie pamięta, czy wydarzyło się coś szczególnego, co po 20 latach praktyki stomatologicznej kazało

mu zmniejszyć liczbę godzin w gabinecie i rozpocząć studia podyplomowe na Wydziale Malarstwa Akademii Sztuk Pięknych w Krakowie.

– To było jak cofnięcie się w czasie. Byłem znowu studentem, chodziłem z kolegami na zajęcia, które bardzo dużo mi dały. Na początku myślałem, że poprawię sobie w ten sposób warsztat. Ale tak naprawdę zmieniły one przede wszystkim moje myślenie o sztuce. I nawet nie tyle o jej formie, ale o treści. O tym, że ma ona przedstawiać mój świat wewnętrzny, moje pragnienia, uczucia, a równocześnie dawać odbiorcy szansę na indywidualną interpretację obrazów – mówi malarz.

Dlatego też w swojej twórczości swobodnie operuje formą i kolorem, by wydobyć emocje – radość, napięcie, ekscytację. Stąd tytuły prezentowanych na wystawie obrazów: „Pomieszanie", „Tajemnice", „Trudny czas". Zafascynowany twórczością Jacksona Pollocka sięga po jego technikę i rozlewa lub rozpryskuje farby, każąc im się przenikać na położonym płasko płótnie. Czasami przelewają się one na drugą stronę, dając efekt zaskakujący samego artystę. – Twórczość jest jak taniec. Nie wiadomo, w którą stronę się rozwinie. Czasami błąd, jakaś przypadkowa plama dodaje obrazowi wartość – mówi Jacek Jasiniak, nie ukrywając, że malarstwo zajmuje w jego życiu coraz więcej miejsca.

– Choć przecież medycyna też bywa sztuką, która wymaga wyobraźni. Bez niej często nie da się pacjentowi pomóc, szczególnie, gdy mamy od czynienia z trudniejszym przypadkiem – nie zapomina stomatolog, który funkcjonuje w dwóch równoległych, przenikających się światach.

Magda Huzarska-Szumiec
Zdjęcia Agata Bartoszek

Lindsey Fitzharris

Facemaker. Historia człowieka, który stworzył chirurgię plastyczną

Jedne z najstarszych zachowanych w piśmie wskazań do przeprowadzenia zabiegów rekonstrukcji i plastyki twarzy odnajdujemy w traktacie hinduskiego lekarza Szuszruty, żyjącego najprawdopodobniej w VI wieku przed Chrystusem.

Tradycja wskazuje właśnie na niego jako autora zabiegu rekonstrukcji małżowiny usznej w oparciu o przeszczep skóry pobranej z policzka, a także metody uzupełniania ubytków w obrębie ust. Natomiast przeszczepianie wyodrębnionego i odpowiednio formowanego płata skórnego, który pobierano z czoła lub podbródka pacjenta, stał się podstawą rynoplastyki. Odbudowa tkanek miękkich nosa opierała się o „stelaż" wykonany z dwóch wypolerowanych, drewnianych rurek. Niekiedy w tym samym celu miano stosować pobrane wcześniej fragmenty kości. Ten rodzaj operacji rekonstrukcyjnej bywa niekiedy określany mianem „hinduskiego nosa", co wyraźnie wskazuje na miejsce narodzin takiego postępowania chirurgicznego.

W basenie Morza Śródziemnego po raz pierwszy o zabiegach rekonstrukcji części twarzy czytamy u rzymskiego polihistora Celsusa. Później skąpe informacje odnajdujemy w epoce dojrzałego średniowiecza. Pozbawione szczegółów nie są jednak w stanie stworzyć dla nas scalonego obrazu, pozostawiając sporo miejsca na domysły i spekulacje. Dlatego też, szukając początków nowożytnej chirurgii plastycznej, często wskazuje się na wykładowcę anatomii i chirurgii na uniwersytecie w Bolonii Gaspare Tagliacozziego, który na kartach wydanego w 1597 roku traktatu „De Curtorum Chirurgia per Insitionem Libri Duo" zaprezentował szereg rozwiązań zabiegowych do zastosowania w rekonstrukcji ubytków nosa, ucha oraz ust.

Dorobek Szuszruty i Tagliacozziego stał się w XIX stuleciu punktem wyjścia dla sprawnych operatorów, m.in. Josepha Constantine Carpue i Christiana Heinricha Büngera, którzy mieli otworzyć nowy rozdział w historii rynoplastyki i sami z kolei wpłynąć na jednego z najwybitniejszych chirurgów tamtej doby, Carla Ferdinanda von Graefego. W opublikowanym w 1818 roku tekście „Rhinoplastik, oder die Kunst den Verlust der Nase organisch zu ersetzen" von Graefe po raz pierwszy użył pojęcia „plastyki" jako wyróżniającego ten rodzaj postępowania zabiegowego. Można w tym widzieć symboliczny początek współczesnej chirurgii plastycznej.

Jednak to nie von Graefe jest bohaterem książki autorstwa Lindsey Fitzharris. Jest nim Harold Gillies. Wychowanek uniwersytetu w Cambridge, rodem z Nowej Zelandii, w trakcie pierwszej wojny światowej podjął służbę w Korpusie Medycznym Armii Królewskiej. Przydział do Francji z zadaniem medycznego nadzoru nad poczynaniami ekscentrycznego stomatologa Charlesa Valadiera, obywatela Stanów Zjednoczonych, a z pochodzenia Francuza, który w myśl obowiązujących przepisów nie mógł samodzielnie przeprowadzać operacji, nie był dla Gilliesa czymś, czego by oczekiwał. Valadier opracował i wciąż doskonalił techniki rekonstrukcji żuchwy i kości twarzoczaszki, które choć już wówczas zyskały sobie rozgłos, nie były postrzegane jako priorytetowe wyzwanie, z jakim musi się mierzyć medycyna wojskowa. Poza tym „amerykański Francuz" jawił się jako człowiek o trudnym charakterze, z którym ciężko się współpracuje. Jednak Gillies, który specjalizował się w otolaryngologii, w mig pojął znaczenie rozwiązań zabiegowych proponowanych przez Valadiera, stając się jego nieformalnym asystentem i uczniem. Z pewną przesadą można powiedzieć, że właśnie wtedy narodził się tytułowy „Facemaker".

Harold Gillies jest głównym, jakkolwiek nie jedynym bohaterem książki autorstwa Fitzharris. Nie mniej uwagi poświęcono jego pacjentom oraz współpracownikom, a także opisom warunków, w jakich przyszło żyć i ginąć żołnierzom I wojny światowej, z całą brutalnością pisząc o traumie i depresji tych, których twarze zostały trwale oszpecone. To także dobrze skreślony obraz epoki, gdy tak doświadczeni przez los weterani byli pozostawiani sami sobie, można powiedzieć z góry skazani na społeczną wegetację. To również historia zmagań Gilliesa o stworzenie wyspecjalizowanego ośrodka szpitalnego, dedykowanego ich długotrwałemu leczeniu, tworzeniu się zespołu lekarzy i pielęgniarek, a także artystów i fotografów inspirujących się wzajemnie i w efekcie współpracujących nad różnymi rozwiązaniami zabiegowymi, sukcesami i porażkami, ciągłą walką o to, by uznać chirurgię plastyczną za istotną część medycyny.

Fitzharris ma „lekkie pióro", co jest wielką zaletą jej książki. Natomiast nieco gorzej panuje nad konstrukcją całości narracji, mieszając ze sobą różne wątki, przez co mniej uważny czytelnik łatwo może się w tym gąszczu pogubić. Pomimo tej niedogodności warto po „Facemakera" sięgnąć.

Ryszard W. Gryglewski

Lindsey Fitzharris, „Facemaker. Historia człowieka, który stworzył chirurgię plastyczną", Wydawnictwo Znak, Kraków 2023, s. 349.

Katarzyna Kachel

Wszystkie moje straty. O ciąży, traumie i odzyskanym życiu

Książka Katarzyny Kachel to ważna lektura zarówno dla kobiet z doświadczeniem poronienia i urodzenia martwego dziecka, ale też dla lekarzy i położnych, którzy dzięki niej będą mogli lepiej zrozumieć stan psychiczny swoich pacjentek.

W tym wypadku na wypisie ze szpitala pojawiają się najczęściej kody O020.1, O03.0, O00.9, O05.4 i N97. Pierwszy oznacza poronienie chybione, kolejne: poronienie samoistne niezupełne, ciąża samoistna nieokreślona, inne poronienie niezupełne bez powikłań, niepłodność kobieca. Bohaterki książki Katarzyny Kachel „Wszystkie moje straty" znają te kody na pamięć. Potrafią wyrecytować je w środku nocy, gdyż nie są to dla nich tylko cyfry pochodzące z międzynarodowej klasyfikacji ICD-10. Każda z nich przypomina im ich własne dziecko, którego nie mogą przytulić.

To mądry, ważny i napisany z dużą empatią tom, pozwalający zrozumieć, co odczuwa kobieta, która przeżyła utratę dziecka. Tak jak Marta, której wydawało się, że cały świat otwiera przed nią drzwi na oścież. Tuż przed obroną pracy magisterskiej zakochała się po uszy i wyszła za mąż. Plan był prosty – ślub, wesele i jak najszybciej pierwsze dziecko. Kiedy z Kubą zobaczyli na teście dwie wyraźne kreski, nie wiedzieli, jak mają się cieszyć. Wizyta u lekarza i pierwsze USG nie wniosło do ich życia żadnego niepokoju. Zbliżało się Boże Narodzenie, wyobrażali sobie, że przy choince podzielą się swoim szczęściem z bliskimi.

Tylko że wcześniej była kolejna kontrola, podczas której lekarz długo patrzył w ekran, by w końcu stwierdzić, że serce dziecka nie bije. Właśnie dziecka, a nie obumarłego płodu. Marcie bardzo zależało, żeby tak o nim mówił. Przecież już nadała mu imię. Tak jak kolejnym maluchom, których nie udało się jej donosić. Autorka szczegółowo opisuje, co działo się z Martą po powrocie do domu, przerażające sny, odrętwienie, które nie pozwalały jej normalnie funkcjonować, i terapię u psychiatry. On też musiał zrozumieć, że powinien z nią rozmawiać o stracie dziecka, a nie ciąży. Najgorsze było dla niej to, że mimo szeregu badań, jakie przeszli oboje z mężem, nikt nie był w stanie podać przyczyny ich problemów. Kamień spadł małżonkom z serca, kiedy w końcu udało się im trafić na lekarza, który postawił prawidłową diagnozę i zaproponował leczenie. Niedługo urodziła córkę. Dali jej na imię Nadzieja. Marta wciąż jednak myśli o dzieciach, które odeszły. Cieszy się, że mogła je przynajmniej pochować, choć były tak małe. To pozwoliło jej pogodzić się ze stratą.

I właśnie o pogodzeniu ze stratą, odnalezieniu siebie i nadziei na nowe życie bez traumy opowiada druga część książki Katarzyny Kachel. Składają się na nią wywiady ze specjalistami zajmującymi się kobietami po poronieniach: z psychoterapeutkami, położną, terapeutą oddechu, prawniczką. Opowiadają oni o różnych scenariuszach wychodzenia z traumy, dając też praktyczne rady i uświadamiając, jakie prawa mają matki zmarłych dzieci.

„Książki o śmierci nie rozweselają. Ta jednak budzi wiarę w dobroć i mądrość osób pomagających kobietom przejść przez żałobę po poronieniu, urodzeniu martwego dziecka lub śmierci dziecka ledwie urodzonego. Jedna z trudniejszych lektur, jakie znam, a jednocześnie boleśnie piękna przez humanizm tylu pracownic szpitalnych" – pisze o „Wszystkich moich stratach" psycholożka Ewa Woydyłło. A położna Jeannette Kalyta dodaje: „Ta lektura potrzebna jest nie tylko kobietom i mężczyznom doświadczającym straty. Powinni ją przeczytać przede wszystkim medycy: położne i lekarze".

Magda Huzarska-Szumiec

Katarzyna Kachel „Wszystkie moje straty. O ciąży, traumie i odzyskanym życiu", Wydawnictwo Mando, Kraków 2023, s. 272

Tym, co trwoży ludzi, nie jest to, co im się przydarza, ale znaczenie, jakie temu przypisują

Uważność – remedium na stres w pracy lekarza

Od kilku lat wiele się słyszy o tzw. *mindfulness*. Termin ten jest tłumaczony jako uważność, uważna obecność lub też pełnia obecności. Najczęściej cytowana definicja *mindfulness* określa ją jako szczególny rodzaj uwagi: świadomej, nieosądzającej i skierowanej na bieżącą chwilę (Jon Kabat-Zinn, 1990), odnosi się tym samym do doświadczenia świata, które znajduje się poza naszymi oczekiwaniami i jest rodzajem doświadczania rzeczy „takimi, jakimi są" (Ray, 2002). Uważność nie jest niczym nowym. W tradycji buddyjskiej korzysta się z niej od ponad 2500 lat.

Technika *mindfulness* jest formą umysłowego treningu, który zmniejsza skłonność do reagowania na pojawiające się wewnętrzne i zewnętrzne bodźce, powodujące i nasilające stres, napięcie emocjonalne, a w niektórych przypadkach nawet podtrzymujące stany chorobowe (np. depresję, uogólniony zespół lękowy, zaburzenia odżywiania). Stosowanie tej techniki nie wymaga osiągania określonego stanu, takiego jak relaksacja czy też zmiana własnych odczuć i myśli. Przeciwnie – celem *mindfulness* jest nauczenie się dostrzegania i przyjmowania każdej pojawiającej się emocji, myśli, odczucia, jako obiektów obserwacji, z którymi jednak nie należy się identyfikować. Technika *mindfulness* nie jest ani ucieczką, ani walką z niechcianymi myślami czy odczuciami. Jest raczej wyjściem im naprzeciw. Sam fakt dostrzeżenia niepożądanych aspektów i stanów własnego umysłu prowadzi do (pozytywnej) zmiany. *Mindfulness* odnosi się zarówno do praktyki, jak i podejścia, które polega na byciu całkowicie obecnym wobec doświadczenia płynącego zarówno z zewnątrz (inni ludzie), jak z wewnątrz (własne myśli, uczucia, wrażenia) w każdej chwili. Trening uważności nie jest formą psychoterapii ani treningiem relaksacyjnym – chociaż oczywiście może po części spełniać obie te funkcje. Praktyka uważności sprawia, że inaczej podchodzimy do swojego życia, doświadczenia i emocji.

Uważne życie czy automatyczne? Intencjonalne czy automatyczne? Otwierasz się na nowe doświadczenie czy zagłębiasz w ruminatywnych myślach?

TRENING UWAŻNOŚCI

Tolerancja stresu

Wszyscy odczuwamy emocje, tak zostaliśmy zaprojektowani. Dzięki nim możemy sprawnie działać w otaczającym nas świecie, ponieważ nadają znaczenie – pozytywne lub negatywne – zdarzeniom, przedmiotom, ludziom i zjawiskom. Trzeba dodać, że nie wszystkie są przez nas uświadamiane i wyraźne, dlatego czasami tak trudno jest nam się zorientować w swoich odczuciach. Niektóre emocje są przyjemne, inne nieprzyjemne – nie lubimy, kiedy jest nam gorąco, zimno, kiedy chce nam się jeść albo coś nas boli, fizycznie lub psychicznie. Problem polega na tym, że nieprzyjemne wydarzenia i emocje są częścią życia. Jest ogromna różnica pomiędzy nielubieniem nieprzyjemnych emocji, ale akceptowaniem ich jako nieodłącznej części życia, a odczuwaniem ich jako czegoś absolutnie nie do zniesienia, czegoś, czego trzeba się pozbyć, uniknąć. Kiedy nie potrafimy znieść własnych emocji, możemy wpaść w kolejne problemy, które znacznie pogorszą naszą sytuację.

Nietolerowanie stresu – brak odporności na stres

Lekarze często przemęczeni i przepracowani wykazują coraz mniejszą odporność na stres. Każdy z nas ma inną, indywidualną odporność na stres.

Jest wiele modeli opisujących odporność oraz hardość psychiczną, ale wszystkie podkreślają, że osoba „odporna" jest przekonana o istnieniu sensu w życiu, o tym, że życiem można kierować i mieć nad nim pewną kontrolę. Osoba taka ma też zdolność dostrajania się do innych ludzi.

Nieumiejętność znoszenia nieprzyjemnych, niewygodnych emocji i desperacka potrzeba uciekania przed ich

odczuwaniem zwykle wynika ze strachu przed własnymi emocjami (fobia emocji). Niektóre osoby boją się wszystkich swoich emocji, inne mają jedną emocję, która wydaje im się szczególnie groźna.

Żeby lepiej zrozumieć swoją emocjonalność, warto zastanowić się, jak rodzą się w nas emocje czy uczucia. Warto zaznaczyć, że tylko Ty jesteś odpowiedzialny za ich powstawanie! Już Epiktet, rzymski filozof, zauważył, że „fakty nie powodują naszego zdenerwowania, ale raczej nasza opinia o tych faktach". A trzeba dodać, że nie istnieje rzecz, na którą każdy człowiek zareaguje w ten sam sposób. Odczuwanie emocji to kwestia indywidualna. Są osoby, które lubią energetyzujące działanie złości, inni uwielbiają się bać i pasjami oglądają horrory, u pewnych osób smutek wyzwala kreatywność i również nie jest problemem.

Każda emocja jest potrzebna. Zwykle kiedy czegoś nie chcemy, pozbywamy się tego. Ta strategia świetnie działa w wielu przypadkach (np. głód, pragnienie, ból, zimno), niestety w przypadku emocji jest inaczej. Im bardziej z nimi walczymy, unikamy, tym bardziej rosną w siłę. Mechanizm jest taki sam, jak w każdej fobii czy w atakach paniki. Lęk i unikanie stresu wzmacnia stres.

Uciekanie od stresu – metody

Coraz częściej dominującą strategią radzenia sobie ze stresem jest unikanie, np. sytuacji, miejsc, osób, aktywności. Przykłady: unikasz członka zespołu, który wzbudza złość, unikasz tematu, który wzbudza frustrację, unikasz wspomnień, bo czujesz smutek, unikasz załatwiania spraw z powodu lęku.

Można również unikać poprzez używki, alkohol, narkotyki. Również przez nadmierne spanie, jedzenie, nadmierne zakupy, nadmierny seks, granie w gry komputerowe czy oglądanie telewizji. Sposobów jest wiele. Samouszkodzenia są również metodą radzenia sobie ze stresem, napięciem i silnymi emocjami. Ale wszystkie z wymienionych metod działają tylko krótkoterminowo, w dłuższej perspektywie powodują wiele nowych problemów i znacznie zwiększają stres.

Akceptacja

Akceptacja nie oznacza poddania się, polubienia, lecz zaprzestanie walki z doświadczeniem. Oznacza powiedzenie sobie: ok, mam te emocje, nie będę z nimi walczyć, po prostu pozwolę im być, poznam je, zobaczę, jakie one są. Będę z nimi żyć. Jest to kluczowe, ponieważ zmienia relację z emocjami i zmienia emocje. Nie da się tego opowiedzieć, trzeba tego doświadczyć. Po prostu spróbuj tak postąpić ze średnim nasileniem emocji. Następnym razem zamiast unikać, po prostu obserwuj swoją emocję, przeżyj ją. Zamknij oczy i poczuj jak się zmienia. Można stosować techniki wizualizacji i wyobrazić sobie emocję:

- jako wielką falę na oceanie, która cię unosi (walka z falą prowadzi jedynie do wyczerpania),
- jako chmurę na niebie, która przepływa lub rozpływa się na wietrze,
- jako pędzący pociąg, którego nie da się zatrzymać, można go tylko obserwować,
- jako kamień, który wrzucasz do jeziora.

Usiądź wygodnie i skoncentruj się na tym, jak odczuwasz swój oddech. Spróbuj zauważyć, jakie części ciała poruszają się w rytm twojego oddechu. Być może czujesz oddech w brzuchu, może w klatce piersiowej. Może nie czujesz go wcale. Zauważ, jak jest tak po prostu. Bez oceniania. Zauważ, jakiej długości jest twój wdech, wydech. Poświęć trochę czasu koncentracji na oddechu.

Jeżeli:

- nieustannie się zamartwiasz, nie możesz przestać myśleć o pracy, terminach,
- chwilami odczuwasz tak duży niepokój, że wydaje ci się, że zwariujesz,
- masz problemy z oddychaniem, serce bije ci jak zwariowane,
- unikasz pewnych ludzi, miejsc, sytuacji, bo boisz się konfrontacji lub wydaje ci się, że nie podołasz trudnym sytuacjom,
- masz poczucie winy lub wstydu, nieustannie się martwisz o rezultat, osiągnięcia, nie możesz sprostać swojemu perfekcjonizmowi,
- czujesz znudzenie lub/i niechęć wobec codziennych obowiązków,
- ciągle denerwujesz się na siebie i innych,
- masz poczucie, że nie kontrolujesz swojego życia, że jesteś niczym automat,
- nie możesz się skoncentrować, czujesz się skonfundowany, czujesz, że utknąłeś,
- czujesz się zirytowany, niecierpliwy, szczególnie jeżeli inni działają wolniej od ciebie...

To może warto poćwiczyć uważność, bycie w chwili obecnej z pełną uwagą i bez osądzania, czy ta chwila jest dobra, czy zła – objęcie pełnią świadomości tu i teraz, zauważenie przelotnej myśli, nazwanie pojawiającej się w nas emocji, oglądanie codzienności ciągle świeżym umysłem, zachwyt nad chwilą, dostrzeżenie kropel deszczu na szybie i kształtu chmur na niebie. Proste? Bardzo! Tyle że niełatwe.

Przerwij na chwilę czytanie. Zamknij oczy. Zwróć uwagę na swój oddech. Jaki jest teraz – długi czy krótki? Jak się czujesz, obserwując siebie? Dzięki twojej uwadze ta chwila przestała być zwykłą chwilą, podobną milionowi innych zagubionych w pędzie. Różnica polega na tym, że ten moment przeżywasz świadomie. Warto przeżywać więcej takich chwil w ciągu dnia.

Dla ułatwienia kilka podstawowych zasad uważności:

1. Oddychaj świadomie

Oddech to pomost, który łączy cię z chwilą obecną. Za każdym razem, gdy odczuwasz rozproszenie, po prostu skieruj uwagę na oddech. „Zauważ" wdech, „zauważ" wydech. Wystarczy 10 takich świadomych oddechów, by wrócić do „tu i teraz".

2. Skup uwagę na jednej rzeczy jednocześnie

Jeśli obierasz pomarańczę, to miej pełną świadomość tego, że ją obierasz, i skup na tym swoją całą uwagę. Zauważ fakturę skórki, kształt, to, jak układa się w twojej dłoni, jaki wydaje odgłos. Gdy choć raz obierzesz pomarańczę tak uważnie, stwierdzisz, że twoja uwaga uczyniła z tej banalnej czynności prawdziwe święto. Nieważne, co robisz – idziesz, oddychasz, pijesz kawę – każda z tych czynności może stać się wydarzeniem i treningiem uważności.

3. Wyłącz autopilota

Zrób coś inaczej niż zwykle. Przygotuj sobie wystawne śniadanie w środku tygodnia, pójdź do pracy inną drogą, na lunch wyjdź z biura do knajpki z egzotycznym jedzeniem, popatrz na bliską osobę, jakby to było wasze pierwsze spotkanie. Takie zmiany w codziennej rutynie nadadzą chwilom rangę przeżyć i sprawią, że zerwiesz z rutyną i odzyskasz chwilę obecną.

4. Zauważaj myśli i emocje

Zacznij orientować się, co dzieje się w twoim umyśle. Zadawaj sobie co jakiś czas pytania: Jaka jest dla mnie ta chwila? Co teraz czuję? O czym myślę? Takie pytania są jak znak STOP. Uczą samoświadomości i uważności. Każdorazowe uświadomienie sobie myśli i emocji to krok do pełni szczerej relacji z samym sobą.

5. Po prostu bądź

Przestaw się z trybu działania w tryb bycia. Nie próbuj niczego osiągnąć, nigdzie dojść, niczego wykonać. To, co ma być zrobione, spontanicznie zrodzi się z twojej uważności. Cele zaczną realizować się same, gdy zaczniesz działać z poziomu głębokiego kontaktu z samym sobą i zauważysz, że w gruncie rzeczy nie ma niczego do osiągnięcia, gdyż najważniejsze – twoja obecność w chwili obecnej – zostało osiągnięte.

Praktykując uważność możesz nauczyć się:

- konstruktywnego radzenia sobie z problemami
- procesu aktywnego skupiania uwagi
- aktywnego doświadczania rzeczywistości
- doświadczania poczucia własnej skuteczności, aktywnej postawy
- umiejętności świadomego relaksowania się i obniżania objawów psychosomatycznych spowodowanych stresem
- wzmacniania siły koncentracji

Liczne badania naukowe potwierdzają dobroczynne skutki praktykowania uważności: redukcję stresu, niepokoju, zmęczenia, bezsenności oraz symptomów wielu chorób, odzyskanie równowagi wewnętrznej, rozwój samoświadomości i empatii oraz umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, emocjami i myślami.

Alicja Gałązka

Zapraszam na szkolenia z uważności w krakowskiej Izbie Lekarskiej

Referencje:
J. Teasdale, M. Williams, Z. Segal, „Praktyka uważności. Ośmiotygodniowy program ćwiczeń pozwalający uwolnić się od depresji i napięcia emocjonalnego", Wydawnictwo UJ 2016
B. Stahl, E. Goldstein, „Uważność – trening redukcji stresu metodą mindfulness", GWP, Sopot 2015
L. Hall, „Uważny coaching. Jak uważność może zmienić twoją praktykę coacha", Co&Me publishing, Warszawa 2015
J. Kabat-Zinn, „Praktyka uważności dla początkujących", Wyd. Czarna Owca, 2014

Problem żółtej opaski, czyli...

Uwaga! „Nowy" w zespole!

Tym „Nowym" bywałem wielokrotnie: w szkole, miejscu zamieszkania, w jednostce spadochronowej, w dyżurce lekarskiej itd. Zebrałem więc sporo doświadczeń, na których opieram ten tekst. Niemało ich dostarcza też fachowe piśmiennictwo. Na problem „Nowego" w zespole zwrócono uwagę w fundamentalnym dziele „To Err is Human" (1999). Dostrzegają go też autorzy „checklisty" okołooperacyjnej.

Mówiąc krótko, nowa osoba w zespole zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia niepożądanego, a przynajmniej kłopotliwych sytuacji. Zresztą kłopotliwych dla obu stron. Dlaczego tak się dzieje? Otóż nowa osoba w zespole zwykle **nie zna**:

– miejsca, w którym ma pracować;
– członków zespołu oraz specyfiki zespołu jako całości;
– języka lub „żargonu" specjalistycznego czy lokalnego;
– w wystarczającym stopniu aparatury, którą ma się posługiwać (ogromna różnorodność, ogólny brak normalizacji);
– systemów komunikowania się w zespole, między zespołami i jednostkami;
– kodów: cyfrowych, barwnych, innych;
– wstydzi się (boi się) pytać, szczególnie kogoś stojącego niżej w hierarchii miejscowej, ale również autorytatywnego szefa; itd...

Jeszcze jedno. Osoba nowa w zespole, nie czując się pewnie w nowym środowisku, jest niestety bardziej narażona na przyjęcie miejscowych zwyczajów, np. działania na skróty, co być może przyspiesza i „ułatwia" pracę, ale może prowadzić do katastrofy.

Powyższa lista to tylko część problemów, które wszyscy dobrze znamy z własnego doświadczenia. Co prawda nauka na własnych błędach, szczególnie tych głęboko przeżywanych emocjonalnie, dostarcza nam wiedzy na całe życie, to jednak jako forma edukacji jest niebezpieczna i kosztowna.

Uwagi te dotyczą nas wszystkich. Jeśli jeszcze „Nowymi" nie byliśmy, to pewnie będziemy. Lekarz zastępujący kolegę, wizytujący profesor, krążący po różnych oddziałach „anestezjolog *libero*" – mogą się nagle znaleźć w takiej sytuacji. Mimo wysokich kwalifikacji, potwierdzonych odpowiednimi świadectwami i wieloletnim doświadczeniem, mogą nie znać np. zasad obsługi danego urządzenia, nie zrozumieć używanych w danej jednostce określeń fachowych czy akronimów.

Jako ilustrację problemu proponuję poniższą historię, na którą natrafiłem w medycznej literaturze.

ŻÓŁTA OPASKA

U jednej z pacjentek dużego szpitala dochodzi do zatrzymania akcji serca – alarmuje inna pacjentka leżąca na tej sali. Patrol reanimacyjny zjawia się natychmiast. W pewnym momencie jednak wycofują się z akcji. Dlaczego?! Na nadgarstku pacjentki zauważono ŻÓŁTĄ OPASKĘ – co w tym szpitalu oznacza DNR (do not resuscitate – nie reanimować).

Na wycofujący się zespół wpada pielęgniarka opiekująca się tą pacjentką. Krzyczy: „Dlaczego jej nie ratujecie?" Otrzymuje odpowiedź: „ŻÓŁTA OPASKA TO DNR!" Pielęgniarka na to: „Ona jest ZAGROŻONA UPADKIEM – dlatego założyłam tę żółtą opaskę".

Jak się okazało, zastępowała w tym dniu koleżankę, a w jej szpitalu żółta opaska oznaczała „zagrożenie upadkiem". Reanimację podjęto ze skutkiem.

Jak uniknąć podobnych problemów? Niestety, nie podam uniwersalnego rozwiązania. Co można jednak doradzić:

– życzliwość i cierpliwość wobec „Nowego", choć wiem, że bywa to trudne;
– „Nowy" w zespole winien być kompetentny; do pewnego stopnia zapewniają to różne dyplomy i certyfikaty, ale warto taktownie dowiedzieć się (celowo nie używam słowa „sprawdzić"), czy zna obsługę oddziałowej aparatury, zna lokalne procedury i systemy powiadamiania, z którymi będzie miał do czynienia;
– pamiętać, że nawet wizytujący nas profesor jest „Nowym" w zespole;
– jeżeli ktoś pyta nas o „cokolwiek", nie wolno odpowiadać: „Jak to, to Pan nie wie? To czego Was na studiach uczą?" – prowadzi to do konfliktów, a osoba tak potraktowana zapamięta to na zawsze;
– jeżeli jest istotnie „Nowy" w zespole operacyjnym – dokonajmy wzajemnej prezentacji, najlepiej z życzliwym uśmiechem (to zawsze działa, ci „Nowi" po latach będą nas najlepiej wspominali).

Pamiętajmy, że jeśli nie zadbamy o wyżej wymienione, błahe z pozoru sprawy, możemy sami mieć problemy odbierające nam radość życia, a jakość pracy naszej jednostki może na tym ucierpieć.

Janusz Pokorski

*anestezjolog *libero* w sytuacji wymagającej krytycznej pomocy pomaga na różnych oddziałach – spotyka się na nich zwykle z bardzo różnymi urządzeniami, pochodzącymi od różnych producentów, wyprodukowanych w różnych latach

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

Przychodnia Specjalistyczna Med-Skarpa

w Krakowie, os. Na Skarpie 6,
pilnie zatrudni lekarzy specjalistów do poradni:
Chirurgii Ogólnej oraz Otolaryngologicznej.
Oferujemy satysfakcjonujące stawki.
Warunki pracy do uzgodnienia.
Kontakt tel.: 881 069 941, e-mail: biuro@med-skarpa.pl

Gabinet stomatologiczny Klinika Perła

zatrudni lekarza dentystę zajmującego się protetyką.
Wymagane minimum 5-letnie doświadczenie. Praca z asystą w bardzo dobrze wyposażonym gabinecie, m.in. pantomograf z tomografią 3D, ReciprocVDW Gold, mikroskop itp.
Posiadamy bardzo duży parking.
Zainteresowanych prosimy o przesłanie CV na adres: kontakt@klinikaperla.pl lub kontakt telefoniczny 534 028 028
Klinika Perła, ul. Brzozowa 1, 32-085 Tomaszowice (pod Krakowem), www.klinikaperla.pl

Szpital Powiatowy w Limanowej

im. Miłosierdzia Bożego zatrudni:
- lekarzy do pracy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (specjalista chirurgii ogólnej, specjalista ortopeda traumatolog) oraz Gabinecie Nocnej i Świątecznej Opieki Medycznej
- lekarzy neonatologów do pracy w Oddziale Noworodkowym i Patologii Noworodka
- lekarzy do pracy w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii; Oddziale Chorób Wewnętrznych i Oddziale Geriatrycznym; Oddziale Chirurgii Ogólnej; Oddziale Ginekologii i Położnictwa
- lekarzy specjalistów do pracy w poradniach specjalistycznych Szpitala (dermatologicznej, gastroenterologicznej, ginekologicznej, kardiologicznej, laryngologicznej, neurologicznej, reumatologicznej).

Warunki płacy i formy zatrudnienia do uzgodnienia.
Szczegółowych informacji udziela Dyrekcja Szpitala tel.: 18 33 01 780.

Krakowskie Pogotowie Ratunkowe

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

Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza

SP ZOZ w Tarnowie, ul. Lwowska 178a, 33-100 Tarnów,
Zatrudni Lekarza kierującego Oddziałem Neurologii z Pododdziałem Udarowym
Wymagania: tytuł specjalisty lub specjalisty II stopnia w dziedzinie neurologii, doświadczenie zawodowe – 8 lat.
Warunki zatrudnienia do uzgodnienia.
Osoby zainteresowane prosimy o przesłanie aplikacji (CV, list motywacyjny, kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe) na adres e-mail: sekretariat@lukasz.med.pl
Kontakt: tel. 14 631 52 04

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

Pożegnania

Z ogromnym bólem przyjęliśmy wiadomość o nagłej śmierci naszej Koleżanki Barbary Wiejowskiej oraz Kolegi Wojciecha Blecharczyka. Oboje byli pełnymi poświęcenia lekarzami, ale też od wielu lat bezinteresownie angażowali się w prace samorządu lekarskiego. Byli aktywnymi działaczami Izby Lekarskiej w Krakowie, członkami Okręgowej Rady Lekarskiej. Ich wkład w budowanie naszej lekarskiej samorządności i pozycji naszego zawodu jest nie do przecenienia.

Oboje byli także wielu z nas bardzo bliscy, łączyły nas nie tylko „izbowe" więzy.

Basiu, Wojtku, będzie nam Was brakowało.

W imieniu własnym oraz członków Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie
Robert Stępień

Lek. Barbara Wiejowska
9 lipca 1948 – 1 października 2023

Nigdy nie zdawałam sobie sprawy z tego, że z tak ciężkim sercem będę mówiła o Tobie Basiu – byłaś...

Basię poznałam w trakcie wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy w 1993 roku, gdy jako członkini okręgowej komisji wyborczej nadzorowała wybory w moim rejonie. Kompetentna, spokojna, zrównoważona, z właściwym sobie poczuciem obowiązku, elegancka, a jednocześnie pełna ciepła i delikatności. Wtedy pomyślałam, że praca w naszej Izbie Lekarskiej, z ludźmi takimi jak Basia, będzie wspaniałym przeżyciem i życiowym doświadczeniem.

Barbara Wiejowska urodziła się w Krakowie, zdała maturę w Krakowie, pracowała w Krakowie, została pochowana na Cmentarzu Rakowickim w Krakowie. Jedynie w latach 1971--1977 studiowała w Katowicach. Staż podyplomowy w roku 1978 odbywała w Okręgowym Szpitalu Kolejowym przy ul. Lea (dawniej Dzierżyńskiego) i tam pracowała na oddziale wewnętrznym, pełniąc krótki czas funkcję zastępcy dyrektora. Po likwidacji szpitala, pracę kontynuowała w Przychodni Lekarskiej przy ul. Olszańskiej i w NZOZ GRO-MEDICUS przy ul. Szwedzkiej.

Jej pierwszym nauczycielem praktycznej medycyny, nie tej wykutej do egzaminów, był dr Michał Wiejowski – ojciec Basi, wspaniały lekarz, adiunkt Klinki Chorób Metabolicznych, którego rady stosowała przez całe swoje lekarskie życie, którego zawsze wspominała z niezwykłą czułością i miłością. Basia wielokrotnie mówiła, że pomaganie innym było i jest dla niej najważniejsze. Tak postępowała w życiu zawodowym, lubiana i bardzo ceniona przez pacjentów, którym poświęcała wiele uwagi, którym była bezgranicznie oddana, umiejąc słuchać uważnie każdego człowieka, starając się każdemu pomóc nawet wtedy, gdy tylko pozostaje dobre słowo jako najlepszy i bezcenny lek.

Tak też postępowała w pracy w Izbie Lekarskiej od momentu reaktywacji samorządu w roku 1989. Od III kadencji była przewodniczącą Komisji Socjalno-Bytowej ORL w Krakowie. O swej pracy izbowej mówiła „...nie można zapominać o tej części środowiska lekarskiego, która już nie praktykuje, która jest w trudnej sytuacji życiowej." Wspólnie z członkami Komisji wspomagała tych lekarzy, wielokrotnie sama ich znajdując, gdyż ci najbardziej potrzebujący rzadko sami starali się o pomoc.

Basia była Delegatką na okręgowe i krajowe Zjazdy Lekarzy od II kadencji, w I, II i III kadencji była członkinią Prezydium ORL w Krakowie, a od II do VIII kadencji była członkinią Okręgowej Rady Lekarskiej. Pracowała w samorządzie nie dlatego, że oczekiwała nagród czy zaszczytów, dla Niej największym podziękowaniem było dobre słowo od koleżanek i kolegów lub pacjentów, otrzymywała wiele

listów ze słowami wdzięczności za pomoc. Samorząd lekarski uhonorował naszą Basię Złotą Odznaką OIL w Krakowie oraz najwyższym odznaczeniem – Meritus Pro Medicis.

Była zawsze wierna zasadom Kodeksu Etyki Lekarskiej, nigdy nie złamała żadnego z jego zapisów i tego samego oczekiwała od swoich przyjaciół. Dla mnie zaszczytem było, że przez wiele lat nazywała mnie swoją przyjaciółką. Nigdy nie zawiodłam się na Niej, chociaż były momenty wewnętrznej złości na Jej emocjonalne reakcje. Ta wymagająca przyjaźń stała się dla mnie lekcją życia i dzisiaj dziękuję za to. Basia pozostanie w mojej pamięci jako osoba szlachetna, prostolinijna, pełna empatii, szacunku dla innych, bezkompromisowa, wspaniały lekarz, społecznik, niezawodna Przyjaciółka i kumpel.

Pozostały wspomnienia...

Jolanta Orłowska-Heitzman

Lek. Wojciech Blecharczyk
18 kwietnia 1968 – 31 października 2023

W nocy 31 października 2023 roku dotarła do nas wiadomość, że tragicznie zginął nasz kolega, przyjaciel Wojciech Blecharczyk – lekarz medycyny, członek Okręgowej Rady Lekarskiej. Miał 55 lat.

Urodził się w 1968 roku w Ruszelczycach niedaleko Przemyśla. W latach 1987-1993 odbył studia lekarskie w Akademii Medycznej w Poznaniu. Po ukończeniu studiów rozpoczął pracę w SPZOZ w Przemyślu. W 1998 roku uzyskał specjalizację z pediatrii, a rok później z medycyny rodzinnej.

Doktor Wojciech Blecharczyk pracę zawodową rozpoczął w Zespole Opieki Zdrowotnej w Przemyślu, ale dość szybko osiadł na stałe w Gminnym Ośrodku Zdrowia w Żurawicy, który w ramach reorganizacji w 2001 roku, wspólnie z żoną Agnieszką – lekarzem medycyny rodzinnej, przekształcił w NZOZ „MEDYK". Nie tylko opiekował się tam pacjentami, pod jego okiem także kształcili się młodzi lekarze w dziedzinie medycyny rodzinnej.

Po wielu latach pracy w zespołach wyjazdowych Pogotowia Ratunkowego, przy restrukturyzacji pogotowia był także założycielem spółki, która zabezpieczała obsady lekarskie zespołów „S" w ZRM oraz dyżury lekarskie w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Dowodem jego skuteczności był fakt, iż dyrekcje zarówno Pogotowia Ratunkowego, jak i Wojewódzkiego Szpitala nigdy nie miały problemu braków w obsadach dyżurów lekarskich.

Jako prezes spółki wykazywał się profesjonalizmem, wiedzą, a doświadczenie pozwalało mu na gaszenie wielu sytuacji konfliktowych, szczególnie w ramach prowadzenia negocjacji przy konkursach przetargowych. Był ceniony przez współpracowników. Wszelkie Jego działania były pełne humanitaryzmu i ukierunkowane na dobro potrzebującego pomocy medycznej.

W świecie biurokracji, paragrafów, ograniczeń zawsze potrafił znaleźć kompromis między oczekiwaniami i możliwościami. W 2014 roku zajął trzecie miejsce w rankingu najlepszych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w powiecie przemyskim.

Chętnie pomagał chorym i nie umiał nikomu odmówić, był człowiekiem pełnym empatii. Tę pasję i doświadczenie przekazał swoim dzieciom – syn jest lekarzem, a córka studiuje medycynę.

Poza pracą zawodowa, w 2013 roku zaangażował się w działalność Samorządu Lekarskiego, początkowo jako delegat na Okręgowy Zjazd Lekarski, a w 2018 roku został członkiem Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie. W ramach jej działalności zajmował się problemami podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w powołanym przez Radę zespole problemowym.

Za szybko odszedł od nas mądry i niezwykły człowiek, nauczyciel młodych kadr medycznych, którym wpajał zamiłowanie do tego zawodu. Zawsze nienaganny w swoim postępowaniu, lekarz wrażliwy na cierpienie i potrzeby pacjenta. Chorzy stracili oddanego doktora, pracownicy dobrego menedżera i organizatora. Samorząd stracił aktywnego działacza, pracującego bezinteresownie na rzecz poprawy statusu i pozycji lekarza.

Na długo pozostanie w naszej pamięci.

Marek Zasadny

Lek.
Danuta Chałupnik
ur. 25 stycznia 1940 r. w Warszawie
zm. 24 sierpnia 2023 r. w Oświęcimiu

Danuta, z domu Cześnicka, przyszła na świat w okupowanej Warszawie w 1940 roku. W 1944 roku rodzina uciekła na południe Polski, do Krakowa, ale tu również nie była w pełni bezpieczna. Matka Danuty cudem uniknęła śmierci podczas dwukrotnego pobytu na gestapo w Krakowie. Była stomatologiem, co w dużej mierze pozwalało rodzinie przetrwać wojenną tułaczkę.

Po wojnie, w 1948 roku, rodzina przeniosła się do Oświęcimia, gdzie Danuta uczęszczała do szkoły podstawowej i liceum ogólnokształcącego. Była dobrą uczennicą, a ponadto – bardzo uzdolnioną artystycznie. Pobierała lekcje rysunku u samego Adama Giebułtowskiego. Pięknie malowała, lecz pod lekką presją matki zdecydowała się na studia medyczne. Rozpoczęła je jako 17-latka, w1957 roku, w Akademii Medycznej w Krakowie.

Po ukończeniu studiów, w 1963 roku, staż podyplomowy odbyła w Szpitalu Powiatowym w Oświęcimiu. Po jego ukończeniu rozpoczęła pracę w przychodni przyzakładowej kopalni Brzeszcze, jednocześnie przez kilka lat była też nauczycielką w szkole pielęgniarskiej.

Jako specjalizację wybrała medycynę pracy. Cały czas poszerzała swą wiedzę, m.in. uczestnicząc w szkoleniach w Małopolskim Ośrodku Medycyny Pracy.

Po przejściu na emeryturę górniczą przeniosła się do pracy w szpitalu w Oświęcimiu, gdzie była zatrudniona jako lekarz zakładowy, a następnie jako lekarz medycyny pracy. W zawodzie pracowała ok. 50 lat, utrzymując jednak czynny kontakt ze środowiskiem medycznym do końca swoich dni.

Szeroka wiedza, oczytanie, liczne zainteresowania – historią i problemami współczesnego świata, sztuką czy biografiami znanych ludzi, czyniły z niej osobę atrakcyjną w różnych kręgach. Przez wiele lat podróżowała po całym świecie, a by pogłębić swoją wiedzę, do każdej podróży była merytorycznie gruntownie przygotowana.

Była estetką. Na przykład perfekcyjnie przeprowadziła modernizację swojego zabytkowego domu, w którym jest też wiele obrazów jej autorstwa. Nawet w chorobie przywiązywała wagę do własnego wylądu.

Danuta całe swoje dorosłe życie sama zmagała się z licznymi, poważnymi chorobami, z których wychodziła obronną ręką. Służyła więc radą i pomocą nie tylko jako lekarz, ale również jako człowiek. Utrzymywała serdeczne kontakty z kolegami ze szkoły średniej i ze studiów. Jeździła na wszystkie jubileuszowe zjazdy absolwentów, poza ostatnim, na który choć się przygotowywała, z powodu ciężkiej choroby nie była już w stanie pojechać. W szpitalu oglądała tylko zdjęcia przysłane przez kolegę.

Siłą napędową całego życia Danuty był mocny charakter i żelazna konsekwencja. Dlatego też wszyscy mieli nadzieję, że i tym razem uda Jej się pokonać chorobę.

Odeszła, pozostawiając w smutku męża, córki, brata, wnuki, bliższą i dalszą rodzinę oraz przyjaciół i znajomych. Pamiętajmy o Niej – była naprawdę DOBRYM CZŁOWIEKIEM.

Mąż Józef, koleżanki i koledzy ze studiów

Dr .... dnia .....

.....

.....
dokładny adres zamieszkania

Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie

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

.....

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

Składki członkowskie

UCHWAŁA Nr 60/22/IX NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ z dnia 16 grudnia 2022 r.

zmieniająca uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342) uchwala się, co następuje:

§1

W uchwale Nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2014 r., zmienionej uchwałą Nr 38/22/IX Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 21 października 2022 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej wprowadza się następujące zmiany:

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

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

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

§2

Tekst jednolity uchwały stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§3

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2023 r.

UCHWAŁA NR 27/14/VII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ Z DNIA 5 WRZEŚNIA 2014 R.

w sprawie wysokości składki członkowskiej

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708, z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657 oraz z 2013 r. poz. 779) uchwala się, co następuje:

§1

1. Ustala się wysokość składki obowiązującej lekarza i lekarza dentystę, członka okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej, zwanego dalej „lekarzem", w wysokości 120 zł miesięcznie.

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

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

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

§2

1. Obowiązek opłacania składki powstaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz, lekarz stażysta:

1) został wpisany do rejestru członków okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej;

2) utracił prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki.

2. Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca lub z dowolnym wyprzedzeniem, osobiście lub za pośrednictwem pracodawcy:

1) na konto bankowe okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej lub

2) na indywidualny numer subkonta bankowego nadany i przekazany przez okręgową lub wojskową izbę lekarską lub

3) w kasie okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej.

3. Od zaległych składek nalicza się odsetki ustawowe od dnia wymagalności.

§3

1. Zwolnienie z obowiązku opłacania składki powstaje na podstawie niniejszej uchwały w pierwszym dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz:

1) ukończył 70 lat;

2) został skreślony z rejestru członków okręgowej lub wojskowej izby lekarskiej;

3) złożył oświadczenie, że nie osiąga przychodów z tytułu wykonywania zawodu oraz ze źródeł przychodów wymienionych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, z wyłączeniem renty lub emerytury, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych. (...)

5. Lekarz korzystający ze zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie ust. 1 pkt 3 ma obowiązek niezwłocznie powiadomić okręgową lub wojskową radę lekarską o osiągnięciu przychodów, o których mowa w ust. 1 pkt 3.

6. Lekarz traci prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie ust. 1 pkt 3 z pierwszym dniem miesiąca, następującego po miesiącu, w którym osiągnie przychód, o którym mowa w ust. 1 pkt. 3.

7. Wzór oświadczenia o nieosiąganiu przychodów, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, stanowi załącznik nr 1 do uchwały.

8. Wzór oświadczenia o osiągnięciu przychodów, o którym mowa w ust. 5, stanowi załącznik nr 2 do uchwały

§4

1. Lekarz, który przed wejściem w życie uchwały, miał ustaloną miesięczną wysokość składki na kwotę 10 złotych, opłaca składkę w tej kwocie do czasu nabycia prawa do zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie § 3 uchwały.

2. Lekarz, który przed wejściem w życie uchwały, uzyskał prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki zachowuje prawo do zwolnienia do czasu zaistnienia zdarzenia skutkującego powstaniem obowiązku opłacania składki zgodnie z § 3 ust. 6.

§4a

Komisja Finansowo Budżetowa Naczelnej Rady Lekarskiej co najmniej raz na dwa lata dokonuje analizy wysokości składki członkowskiej, uwzględniając w szczególności poziom inflacji, stan wynagrodzeń lekarzy oraz możliwości realizacji zadań ustawowych i przedstawia wnioski co do utrzymania lub zmiany wysokości składki członkowskiej.

§5

Traci moc uchwała Nr 8/08/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 kwietnia 2004 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej, zmieniona uchwałą Nr 9/12/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 kwietnia 2012 r. zmieniającą uchwałę w sprawie wysokości składki członkowskiej.

§6

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

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

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

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

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

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

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

Biuro OIL w Krakowie oraz Delegatury – przyjmowanie stron:

poniedziałek-piątek godz. 9.00 do 15.00

• Dyrektor Biura (mgr J. Bizoń)	12 619 17 05 *j.bizon@oilkrakow.org.pl*
• Kancelaria OROZ (kierownik mgr S. Smoleń)	12 619 17 25 *s.smolen@oilkrakow.org.pl*
• Kancelaria OROZ	12 619 17 17, fax 619 17 29 *kancelariaoroz@oilkrakow.org.pl*
• Kancelaria Sądu Lekarskiego (mgr E. Kowaliczek)	12 619 17 08 *osl@oilkrakow.org.pl*
• Biuro Radców Prawnych (mgr D. Dziubina)	12 619 17 26 *d.dziubina@oilkrakow.org.pl*
• Rejestr Lekarzy	12 619 17 16 *rejestr@oilkrakow.org.pl*
• Rejestracja Indyw. Praktyk	12 619 17 13 *praktyki@oilkrakow.org.pl*
• Staże podyplomowe	12 619 17 13 *staze@oilkrakow.org.pl*
• Księgowość (mgr M. Chodór)	12 619 17 15 *ksiegowosc@oilkrakow.org.pl*
• Kasa	12 619 17 14
• Składki	12 619 17 32 *skladki57@oilkrakow.org.pl*
• Redakcja „Galicyjskiej Gazety Lekarskiej”	12 619 17 27 *redakcja@oilkrakow.org.pl*
• Informatycy; strony internetowe	12 619 17 01

Komisje:

• Bioetyczna (A. Krawczyk)	12 619 17 12 *bioetyka@oilkrakow.org.pl*
• Etyki	12 619 17 13 *d.zdziechowicz@oilkrakow.org.pl*
• Kształcenia Medycznego (mgr P. Pachel)	12 619 17 22 *ksztalcenie@oilkrakow.org.pl*
• Sportu, Turystyki i Rekreacji	12 619 17 01
• Socjalno-Bytowa	12 619 17 18
• Stomatologiczna (mgr K. Trela)	12 619 17 18 *k.trela@oilkrakow.org.pl*
• Współpracy Zagranicznej i Obcokrajowców	12 619 17 05
• ds. Lek. Seniorów	12 619 17 12
• ds. Młodych Lekarzy	12 619 17 13 *kml@oilkrakow.org.pl*
• ds. Praktyk (mgr A. Chuchmacz)	12 619 17 13 *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 *rzecznik@oilkrakow.org.pl*
poniedziałki, środy i czwartki	godz. 10.00 do 14.00

Delegatury OIL:

w Krośnie
ul. Niepodległości 2, 38-400 Krosno
krosno@oilkrakow.org.pl tel. 13 432 18 59

w Nowym Sączu
ul. Kopernika 18, 33-300 Nowy Sącz
nowy.sacz@oilkrakow.org.pl tel. 18 442 16 47

w Przemyślu
Rynek 5, 37-700 Przemyśl
przemysl@oilkrakow.org.pl tel. 16 678 26 70

Dyżury Radców Prawnych:

Aby otrzymać pomoc prawną, należy podać nr PWZ.
radcowie@oilkrakow.org.pl **tel. 12 619 17 24**

mec. Anna Gut **tel. 601 615 606**
koordynator Zespołu Radców Prawnych
wtorek godz. 13.00 do 15.00
środa godz. 13.00 do 15.00

mec. Tomasz Pęcherz **tel. 602 227 627**
wtorek godz. 13.00 do 15.00
czwartek godz. 13.00 do 15.00

mec. Tomasz Huber **tel. 733 222 867**
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 15 800 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, Małgorzata Popławska, Andrzej Urbanik, red. Stefan Ciepły i Katarzyna Domin. **Grafika i skład:** Małgorzata Śmigla

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

Od października przy OIL w Krakowie działa Klub Matki Lekarki, stworzony przez grupę kobiet łączących pracę zawodową z pięknym doświadczeniem macierzyństwa. Ich misją jest wspieranie innych kobiet w medycynie, promowanie zdrowego stylu życia oraz propagowanie wiedzy na temat zdrowia kobiet i dzieci. Szczegóły dotyczące kolejnych spotkań, aktualności z życia klubu, artykuły edukacyjne można znaleźć na profilu facebookowym Klubu skanując podany kod QR.

LEXUS **UX 200**

Business + Techno

OD **990** NETTO ZŁ/MC

LEXUS

KRAKÓW

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

LEXUS

KRAKÓW-ZAKOPIAŃSKA

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