



ProMedico

PISMO ŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W KATOWICACH

kwiecień 2014 nr 212



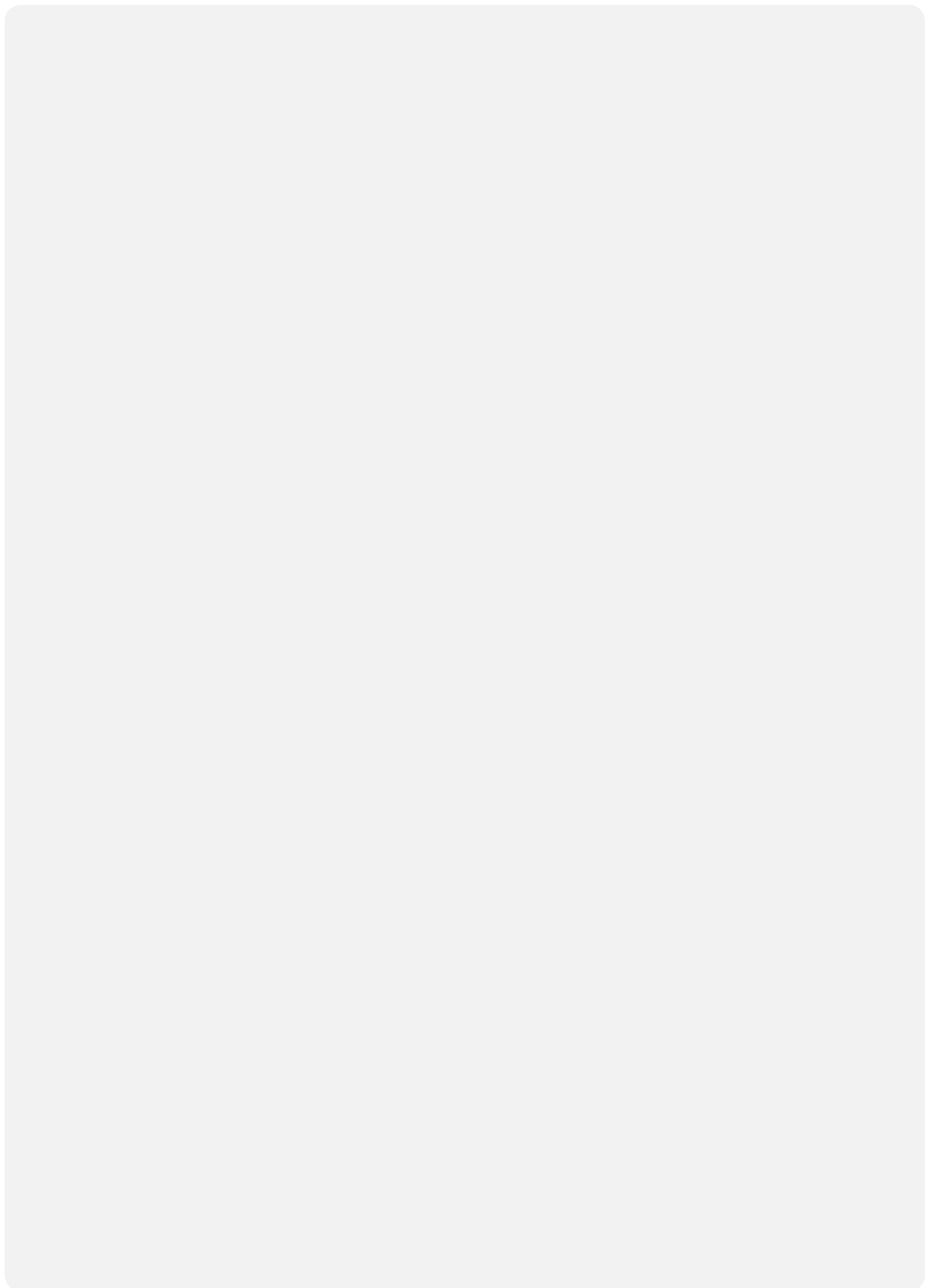
Radosnych Świąt!

► **Czy i kiedy
zabraknie
lekarzy?**
str. 6

► **Czas pracy -
gaszenie
pożaru benzyną**
str. 7-9

► **Rozmowa z prof.
dr. hab. n. med.
Grzegorzem Cieślarem**
str. 12-14

Reklama





Z mojego punktu widzenia

Z ogromną satysfakcją przyjęliśmy ponowny wybór naszego Kolegi Macieja Hamankiewicza na prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej VII kadencji – raz jeszcze serdecznie gratulujemy! Delegaci XII Krajowego Zjazdu Lekarzy, wśród których znalazło się 41 reprezentujących naszą Izbę, dokonali podsumowania i oceny czterech lat pracy organów NIL. To był niełatwy czas, głównie zmagania się z niekorzystnymi dla naszego środowiska zmianami ustawodawczymi. „*Nie godzimy się na prymat ekonomii nad etyką w naszym zawodzie*” – te słowa mogą stanowić motto wielu zjazdowych wystąpień na temat skutków, jakie wynikają z najwyraźniej niereformowalnego „systemu” ochrony zdrowia. Poruszano też temat konieczności unowocześnienia pracy samorządów w naczelnej i okręgowych izbach lekarskich oraz komunikacji lekarzy z lekarzami i lekarzy z opinią publiczną. Dlatego w programie samorządu na lata 2014-2017 znalazły się m.in. punkty: „*bronić dobrego wizerunku środowiska lekarskiego i dobrego imienia lekarza i lekarza dentystry, zwłaszcza tam, gdzie wymaga to interwencji w środkach masowego przekazu oraz wsparcia prawnego w tym zakresie*” oraz „*zabiegać o takie rozwiązania prawne, które, nie naruszając dobrze pojętego interesu publicznego, będą służyły wolnemu od nacisków administracyjnych, godnemu wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentystry*.” W skład Naczelnej Rady Lekarskiej wybrano pięciu naszych Kolegów:

Jana Cieślckiego, Mieczysława Dziedzica, Adama Jurczaka, Wojciecha Marquardtta, Tomasza Romańczyka, którzy wraz z prezesami Okręgowych Izb Lekarskich, będą starali się zrealizować te właśnie i pozostałe założenia programowe NRL (więcej szczegółów w majowym wydaniu „Pro Medico”). Nie brakło też innego ściśle „śląskiego” akcentu: tytuł „Najlepszy Sportowiec Roku 2013” otrzymał Kol. Zbigniew Stefański, wielokrotny złoty medalista w lekkiej atletyce i tenisie stołowym na Ogólnopolskich i Światowych Mistrzostwach Lekarzy, potwierdzając silną pozycję sportu w naszej Izbie. Wysoka frekwencja Zjazdu (91,63%) świadczyła moim zdaniem o tym, że delegaci uznają nadchodzący czas za bardzo istotny dla tworzenia nowej rzeczywistości, w jakiej przyjdzie nam pracować i wspólnego działania na rzecz każdego lekarza i lekarza dentystry.

Ważnym problemem jest czas pracy lekarzy. Niektóre opinie, jakie się pojawiły przy publicznych dysputach na ten temat, mocno nas dotknęły, bo dodatkowa praca nie jest przywilejem, ale często uciążliwą koniecznością, wynikającą z niedostatków finansowych czy kadrowych szpitali i poradni. Stajemy „pod ścianą” przy naciskach, iż bez naszej dodatkowej pracy pacjenci zostaną bez pomocy, a szpitale nie będą mogły prawidłowo funkcjonować. Zmusza się nas też do dodatkowej pracy za pomocą „bata finansowego”, bo podstawowe pensje lekarzy za normalny

czas pracy są nadal w wielu przypadkach niskie. Każdy z nas chciałby godziwie zarabiać, a nie ciągle dorabiać, kosztem zdrowia, rodziny i wolnego czasu! Tymczasem nie ma zastępowalności pokoleń, o czym jakby zapomniano w swoich krótkowzrocznych planach! Badania demograficzne przeprowadzone w naszej Izbie mówią o tym wyraźnie, ale sytuacja dotyczy całego kraju.

Kiedy czytam relacje medialne z góry stawione na dyskredytowanie lekarzy, przypomina mi się stary dowcip o tym, jak były przywódca Związku Radzieckiego Leonid Breżniew i były prezydent USA Ronald Reagan wzięli udział w biegu na 100 m. Po biegu gazeta „Prawda” napisała: „*Towarzysz Breżniew zajął zaszczytne drugie miejsce, a imperialista Reagan był przedostatni*”. Możliwości manipulacji wielu współczesnych mediów są i dziś niemal niczym nieograniczone, choć zmienił się cel „propagandy”. Będziemy się jednak temu, w miarę dostępnych prawem możliwości, nadal z uporem przeciwstawiać. O szczegółach redakcja będzie informować na naszej stronie internetowej i w „Pro Medico”.

Ponawiam jeszcze raz swoją serdeczną prośbę o przekazywanie 1% podatku na rzecz naszej Fundacji „Lekarzom Seniorom”, numer KRS 0000316367.

Stefan M

W numerze:

Z mojego punktu widzenia	1	XXII Światowy Dzień Chorego	18
Od redakcji	2	Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich	20
Z działań samorządu	3	Kursy i konferencje	22-23
Z teki rzecznika	5	Rozmowa z Aleksandrą Plutą, lekarzem stażystą	24
Czy i kiedy zabraknie lekarzy?	6	Kwestionariusz „Pro Medico”	25
Czas pracy lekarzy	7-9	Podejrzane na blogach	25-26
Wypalenie zawodowe w pracy lekarza	10-11	20 lat temu	26
Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Grzegorzem Cieślarem	12-14	Notatki z podróży	27-28
Nasi Seniorzy	14-17	Wspomnienia i nekrologi	29-30
		Ogłoszenia i reklamy	31-32

Śląska Izba Lekarska

**Biuro czynne jest
w poniedziałki i środy
od 8.15 do 17.00,
a we wtorki,
czwartki i piątki
od 8.15 do 16.15.**

- ▶ **32 60 44 200** – główny numer, informacja o numerach wewnętrznych ŚIL
- ▶ **32 60 44 257** – FAX
- ▶ **32 60 44 210** – Dział Rejestru Lekarzy
- ▶ **32 60 44 220** – Dział Prywatnych Praktyk
- ▶ **32 60 44 225** – Ośrodek Kształcenia Lekarzy
- ▶ **32 60 44 230** – Składki
- ▶ **32 60 44 235** – Dział Księgowy
- ▶ **32 60 44 237** – Główna Księgowa
- ▶ **32 60 44 240** – Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Katowicach
- ▶ **32 60 44 251** – Dyrektor Biura ŚIL
- ▶ **32 60 44 253** – Sekretariat ŚIL
- ▶ **32 60 44 254** – rezerwacja miejsc w Hotelu „Pro Medico” w Warszawie
- ▶ **32 60 44 260** – Redakcja pisma „Pro Medico”
biuletyn@izba-lekarska.org.pl
- ▶ **32 60 44 265** – Zespół Radców Prawnych
- ▶ **32 60 44 270** – Sekretariat Komisji: Bioetycznej, Konkursowej i Etycznej
- ▶ **32 60 44 280** – Sekretariat Okręgowego Sądu Lekarskiego w Katowicach

Od redakcji

Lekarze mają dość medialnych przekazów w sensacyjnym tonie, szukania przez wydawców „oglądalności, klikalności i czytelności” przez rewelacje niepoparte faktami za każdym razem, gdy wydarzy się tragedia, jaką jest śmierć pacjenta. Ta tragedia jest nagłaśniana najbardziej, gdy „medialna” i dotyczy dziecka, albo staruszki, interwencji rodziny, zarzutów prokuratora lub innego „ciekawego przypadku”, który zainteresuje tysiące odbiorców. To wszystko oczywiście w interesie społecznym, opinia publiczna powinna dowiedzieć się... itd., ale też wiele w tym wydawniczej polityki.

Piszę tekst tuż przed rozpoczęciem XII Krajowego Zjazdu Lekarzy w Warszawie, jestem przekonana, że relacja środowiska medycznego – media, znajdzie odzwierciedlenie w wielu zjazdowych wystąpieniach i dyskusjach. Tymczasem badania demograficzne są alarmujące, pokazują, dlaczego lekarzy może zabraknąć. Lekarz pracujący ponad miarę i siły jest narażony także na psychiczne zmęczenie, syndrom wypalenia zawodowego. Coraz mniej specjalistów, coraz większe obowiązki tych, którzy niejednokrotnie dlatego też pracują w wielu miejscach, coraz większe ataki na lekarzy za to, że tyle pracują, w efekcie coraz mniejsze zaufanie pacjenta do lekarza... Nie jest trudno zobaczyć, jak te problemy łączą się ze sobą. O tym m.in. w tym numerze „Pro Medico”, w artykułach o czasie pracy, wypaleniu zawodowym, badaniach demograficznych, trudnej sztuce komunikacji z chorym. Wiele miejsca poświęcamy też lekarzom Seniorom, polecamy reportaż z Domu Lekarza Seniora „Jesienna Róża” i oczywiście lekturę całego numeru.

Grażyna Ogrodowska
zastępca redaktora naczelnego
g.ogrodowska@izba-lekarska.org.pl



Szymon Czechowicz „Zmartwychwstanie” 1758 r.

**Czytelnikom „Pro Medico”,
wszystkim lekarzom,
życzymy obiektywnych, rzetelnych i uczciwych
relacji medialnych na temat ich pracy.
Oby dotyczyły wyłącznie Państwa sukcesów
w walce o życie i zdrowie chorych,
osiągnięć związanych z pasją i talentami,
także poza zawodem.
Oby nadchodzące Wielkanocne Święta były
czasem pełnym radości i optymizmu**

Redakcja

► 12 marca, posiedzenie ORL

Marcowe posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej było ostatnim przed wyznaczonym na 5 kwietnia br. XXXIV Okręgowym Zjazdem Lekarzy. W związku z tym członkowie Rady wiele miejsca poświęcili na wysłuchanie sprawozdań z działalności w roku 2013: Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Lekarskiego oraz skarbnika ORL z wykonania budżetu za rok miniony i projektu budżetu na 2014 rok. Ponadto Rada zatwierdziła swoje sprawozdanie z działalności, które, podobnie jak pozostałe odczytane tego dnia dokumenty, zostanie przedłożone do przegłosowania Zjazdowi.

Członkowie Rady wysłuchali także dr. **Piotra Grzesika**, przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Katowicach, który przedstawił sprawozdanie przygotowane dla XXXIV OZL, a dotyczące działalności finansowej Izby w 2013 r. Dr Grzesik zapoznał zgromadzonych z następującej treści uchwałą Komisji:

„Okręgowa Komisja Rewizyjna:

- pozytywnie ocenia wykonanie budżetu w 2013 roku podkreślając osiągnięcie dodatniego wyniku finansowego w wysokości 676.594,81 złotych;
- akceptuje działania zmierzające do pełnej refundacji kosztów

poniesionych w związku z realizacją zadań przejętych od organów administracji państwowej;

- pozytywnie oceniając już uzyskane efekty, zachęca do dalszych działań mających na celu ściągnięcie zaległych składek;
- z wielkim zadowoleniem odnotowuje nagradzanie lekarzy specjalistów oraz lekarzy zdających z najlepszymi wynikami LEK i LDEK, a także wprowadzenie gratyfikacji jubileuszowych dla lekarzy seniorów;
- z wielkim uznaniem ocenia organizowanie kursów, szkoleń dla lekarzy i lekarzy dentystów oraz pozyskiwanie środków z funduszy unijnych na te cele;
- zaleca kontynuowanie działań prowadzących do uaktywnienia delegatur;
- pozytywnie ocenia politykę Izby w zakresie udostępniania lekarzom miejsc noclegowych w bazie noclegowej „Pro Medico” w Warszawie;
- docenia dbałość i starania o dalszą poprawę standardu Domu Lekarza;
- pozytywnie ocenia preliminarz budżetowy na rok 2014; – wnioskuję do XXXIV OZL o udzielenie ORL absolutorium za 2013 rok.” ●

► Stanowisko w sprawie rezydentur

Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia ustosunkował się do treści stanowiska XXXIII Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy z 7 grudnia 2013 r. W Stanowisku nr 1 delegaci wyrazili sprzeciw wobec niewystarczającej liczby miejsc specjalizacyjnych, zwłaszcza przyznawanych w trybie rezydenckim, co – poza utrudnieniami w zdobywaniu kwalifikacji przez młodych lekarzy – stwarza również zagrożenie powiększenia się luki pokoleniowej wśród lekarzy specjalistów. W piśmie z ministerstwa podpisanym przez **Edytę Kramkę**, zastępcę dyrektora Departamentu, a datowanym na 28 lu-

tego br., czytamy m.in.: „(...) problem zapewnienia odpowiedniej liczby miejsc szkoleniowych dla lekarzy ubiegających się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego jest przedmiotem stałej troski i działań podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia. (...) Należy wyraźnie podkreślić, że liczba etatów rezydenckich przyznawanych przez ministra zdrowia jest ściśle uzależniona od sytuacji finansowej budżetu Państwa”. Jednocześnie z nadesłanych w piśmie statystyk wynika, że w skali kraju w latach 2009-2013 liczba etatów rezydenckich wahała się od 2500 do 3500 rocznie. ●

► Honorowy patronat nad Sympozjum w Ustroniu

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach dr **Jacek Kozakiewicz** objął patronatem honorowym XVI Międzynarodowe Sympozjum Studentów i Młodych Lekarzy z Zakresu Chirurgii i Innych Specjalności Zabiegowych, które odbędzie się w dniach 11-13 kwietnia br. w Ustroniu. Prezydium zdecydowało w imieniu Śląskiej Izby Lekarskiej, o ufundowaniu nagród książkowych dla autorów trzech pierwszych (polskich) wyróżnionych na tym Sympozjum prac naukowych. ●

► Prezydium ORL VII Kadencji



fot.: Anna Zadara-Swiderek

Od lewej: dr Jan Cieśllicki, Wanda Galwas-Prasałek (dyrektor Biura ŚIL), dr Maciej Hamankiewicz (wiceprezes), dr Krystian Frey (sekretarz), dr Danuta Korniak (zastępca sekretarza), dr Janusz Milejski, dr Jacek Kozakiewicz (prezes), dr Jerzy Rdes (skarbnik), prof. Krystyn Sosada, dr Halina Borgiel-Marek, dr Janusz Heyda, dr Rafał Kielkowski (wiceprezes), dr Grzegorz Góral, dr Wojciech Marquardt, dr Andrzej Postek.

*Chcesz się udać na sąd Boski – pracuj tak
jak górnik Pstrowski!*

Pracując na kilku etatach zapominamy,
że należy się nam chwila na regenerację sił

CZAS ODPOCZAĆ i pogromić adipocyty!

Komisja ds. Młodych Lekarzy rozpoczyna swoją kadencję od lżejszej nieco tematyki – zapraszamy członków ŚIL do korzystania z możliwości wykupienia kartonów OK System, dzięki którym mamy do dyspozycji:

basen, fitness, aqua areobic, jogę, saunę, squash, ściankę wspinaczkową, kurs tańca, tenis, siłownię i inne zajęcia sportowe.

Cena kartonu zależy jest od liczby osób przystępujących do programu, czyli – im nas więcej – tym kartony będą tańsze. Karton upoważnia do wstępu

na ww. zajęcia (na razie zdecydowaliśmy o wyborze kartonu: 8 wejść na miesiąc w cenie ok. 100 zł). Zaletą jest fakt, że mając taki karton możemy dowolnie wybierać miejsce, jak i zajęcia, a do tego zmniejszyć koszty.

Szczegóły i zapisy na stronie internetowej

ŚIL oraz Facebooku:

Śląska Izba Lekarska – Młodzi Lekarze

Tel. do odpowiedzialnej za kontakt z nami osoby z OK System 48 883 340 659
Zapraszamy!

**8 godzin w miesiącu warto poświęcić
dla własnego zdrowia.**

Rafał Sołtysek

Przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy

► Dyskusja na temat etyki lekarskiej

W trakcie lutowego posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej zorganizowano panel dyskusyjny poświęcony zagadnieniom etycznym, w którym udział wzięli m.in. dr **Stefan Bednarz** – przewodniczący Komisji ds. Etyki Lekarskiej NRL, dr **Tadeusz Urban** – Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Katowicach, doc. **Jarosław Markowski** – przewodniczący Komisji ds. Etyki Lekarskiej ORL w Katowicach oraz członkowie tej Komisji: dr **Jan S. Kłopotowski**, dr **Gabriela Muś** i dr **Stanisław Wencelis**. Rozmawiano na temat stanowisk podejmowanych przez Komisję, a także o roli zasad etycznych i deontologicznych w działalności samorządu zawodowego oraz o ich wpływie na orzecznictwo sądów lekarskich i pracę rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Poruszono także problem wzajemnych zależności norm etycznych i prawa stanowionego. ●

► MultiKarnet dla członków ŚIL

Prezydium ORL poparło inicjatywę Komisji ds. Młodych Lekarzy, która zaproponowała udostępnienie członkom ŚIL karty rabatowej upoważniającej do korzystania z obiektów sportowych po obniżonych cenach. Karty tego typu nie są dostępne na wolnym rynku i można je nabyć tylko za pośrednictwem zakładów pracy lub instytucji, w tym wypadku Śląskiej Izby Lekarskiej. Inicjatywa Komisji jest efektem ankiety opublikowanej na Facebooku, w której wzięło udział ponad 230 osób wyrażających chęć skorzystania z takiej możliwości. Analizując różne oferty, członkowie Prezydium ORL zdecydowali o wyborze karty MultiKarnet (OK System). Stroną organizacyjną przedsięwzięcia zajmuje się Komisja ds. Młodych Lekarzy: zbieranie zamówień, przysyłanie listy uczestników, udostępnianie kart (do wyboru w wariantach Silver i Gold). Do systemu będzie można włączyć się i wyjść z niego w dowolnym momencie.

Na stronie Śląskiej Izby Lekarskiej www.izba-lekarska.org.pl można uzyskać szczegółowe informacje na temat oferty oraz zamówić karty. ●

Anna Zadara-Świderek

we współpracy z dr. Krystianem Freyem, sekretarzem ORL

Komunikat



**Uprzejmie informujemy, że projekt Śląskiej Izby Lekarskiej
„Pro Doctore - Projekt Wspierający Rozwój Kadr Medycznych
w Województwie Śląskim”
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
uzyskał pozytywną ocenę Komisji Oceny Projektów
i na mocy uchwały Zarządu Województwa Śląskiego został przyjęty do realizacji.
W ramach projektu w ciągu dwóch lat zorganizowanych zostanie
16 edycji kursów specjalizacyjnych „Zdrowie Publiczne”.
**W kursach mogą uczestniczyć lekarze
i lekarze dentyści zamieszkali,
bądź zatrudnieni na terenie województwa śląskiego.
Kursy są bezpłatne.****

Projekt rozpoczął się 1 kwietnia 2013 r.

**Szczegółowe informacje są dostępne na stronie internetowej
Śląskiej Izby Lekarskiej: www.izba-lekarska.org.pl/prodoctore**



Aby „pacjent pilnował swojego lekarza czy aby na pewno dobrze wypisuje on recepty”

Przypadek:

Do poradni POZ zgłosiła się na wizytę matka z córką, sąsiadka starszych, niedołączonych, schorowanych małżonków, nad którymi opiekę faktyczną sprawuje dorosła córka. Przy okazji wizyty chciała odebrać recepty na leki, które przewlekłe stosowali sąsiedzi. Lekarka odmówiła wypisania przedmiotowych recept, tłumacząc, iż nie zna historii leczenia tych pacjentów, ponieważ inny lekarz sprawuje nad nimi opiekę. W rejestracji uczynna sąsiadka poprosiła obecnego tam lekarza, będącego lekarzem rodzinnym małżeństwa, o wypisanie recept. Poinformował on, że leki może wypisać, ale dopiero o godzinie 14.00. W związku z tym, że oczekiwać należało jeszcze półtorej godziny, pani stwierdziła, że zamówi wizytę domową. Ale tu spotkała się z odmową. W tym dniu opiekująca się rodzicami córka nie mogła zgłosić się osobiście do poradni z powodu własnych kłopotów zdrowotnych. Próbowiła telefonicznie skontaktować się z lekarzem rodzinnym, ale bezskutecznie. Kolejnego dnia rano wysłała do poradni fax z prośbą o przyjęcie wizyty domowej u rodziców (w dostępnej dokumentacji istnieje potwierdzenie nadania tego faxu z adnotacją lekarza „Nigdy nie będzie wizyty domowej do przepisywania leków”), a następnie telefonicznie skonsultowała się z Narodowym Funduszem Zdrowia w Warszawie, uzyskując poradę dotyczącą przepisów rządzących problemami tzw. wizyt recepturowych. Pomimo swoich kłopotów zdrowotnych, jak twierdziła, zgłosiła się osobiście do siedziby NFZ w Katowicach, gdzie uczynna urzędniczka osobiście zadzwoniła do lekarza, uzyskując informację, że recepty będą do osobistego odbioru w przychodni. Córka udała się do gabinetu lekarza rodzinnego, ale doskonale przygotowując się. Siedząc w poczekalni uruchomiła dyktafon (do skargi dołączono cyfrowy zapis z przebiegu nagranej rozmowy) i zarejestrowała cały przebieg zainscenizowanych przez nią zdarzeń. Zapis z tej rozmowy jest niezwykle interesujący, ponieważ swoimi pretensjami

art. 12 pkt 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej:

Relacje między pacjentem, a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu (...).

tak długo prowokowała lekarza, że w końcu nie wytrzymał. Pojawiły się niestety krótkie, lakoniczne odpowiedzi lekarza „proszę się ode mnie odp...ć”, następnie „idź Ty się kobieto leczyć do psychiatry, a psychiatra przyjmie...”, radzę się tam zgłosić”, „jestem lekarzem i to jest postawienie diagnozy”, „kto jest durny, ten będzie durny”. Na dalsze próby sprowokowania doktor pozostał już niemy.

Powyższą sprawę pod względem formalno-prawnym wyjaśnił Narodowy Fundusz Zdrowia, wskazując na liczne uchybienia ze strony skarżącej, w tym przede wszystkim na brak upoważnień do pobierania recept dla rodziców. My pochyliliśmy się nad aspektem etycznym tej sprawy. Od kilku lat obserwujemy coraz większą liczbę skarg, podłożem których są zaburzenia komunikacji pomiędzy pacjentem a lekarzem. Sprzyja temu coraz większe zburokratyzowanie medycyny, robienie z lekarzy urzędników, czy jak ostatnio w modzie – świadczeniodawców. Niebagatelnym przyczynkiem jest również zmasowana akcja medialna deprecjująca nasz zawód. Jak można na przykład nawoływać, aby „pacjent pilnował swojego lekarza czy aby na pewno dobrze wypisuje on recepty”? Gdzie podziało się zaufanie we wzajemnych relacjach między pacjentami a ich lekarzami?

Prócz „pyskówek”, problem nieprawidłowej komunikacji pojawia się również w sprawach o tzw. błąd medyczny. Brak rozmów z pacjentami, źle prowadzone rozmowy z rodzinami czy też niefortunne wypowiedzi lekarzy konsultujących bądź prowadzących dalszą część leczenia, stają się podstawą do zbudowania wizji złego leczenia, a następnie prowadzenia uporczywych działań skargowych.

Nasuwa się najważniejsze pytanie – czy takich sytuacji możemy uniknąć? Wydaje się, że będzie ich coraz więcej, biorąc pod uwagę coraz gorsze nastawienie społeczne do naszego zawodu. Jeżeli nie da się ich uniknąć, to jak najlepiej się do nich przygotować? Nie każdy z nas posiada wrodzone umiejętności prowadzenia rozmów, bardzo niewielu posiada talent prowadzenia rozmów trudnych, czy w sytuacji narastającego konfliktu lub nawet agresji. Myślę, że tych umiejętności należy się po prostu zacząć uczyć. Korzystać z doświadczenia ludzi, dla których sztuka komunikacji jest codziennością i którzy potrafią nas naładować do tych nienowych, ale codziennych wyzwań. ●

dr n. med. Tadeusz Urban
Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności
Zawodowej

Komunikat

Zaproszenie na Zjazd Koleżeńcki

Absolwenci ŚIAM Wydziału Lekarskiego w Zabrze
- grupa 8, rocznik 1996

Kontakt:

ciech@mp.pl Wojtek Bednarski; smella@wp.pl Ela Smętek

Czy i kiedy zabraknie lekarzy?

W Polsce lekarzy jest zbyt mało, na tysiąc mieszkańców wg danych OECD, przypada ich niespełna 2,2 – to jeden z najgorszych wyników w Europie. Konieczna jest zmiana myślenia osób, które w naszym kraju odpowiadają za politykę zdrowotną na szczeblu centralnym. Społeczeństwo się starzeje, przybywa pacjentów ze schorzeniami wielonarządowymi, którym wkrótce może być jeszcze trudniej doczekać się pełnej diagnozy i skutecznego leczenia.

W Śląskiej Izbie Lekarskiej obecnie blisko 14% czynnych zawodowo lekarzy jest w wieku 65 lat i więcej, ale spośród zarejestrowanych 13 181 lekarzy jedynie 5,6% nie wykonuje zawodu; wśród 3201 lekarzy dentystów nie robi tego blisko 10%. Procentowo pod względem liczby praktykujących członków nasza Izba plasuje się na ósmym miejscu wśród dwudziestu czterech OIL. Gdyby wziąć pod uwagę tylko liczbę lekarzy i dentystów czynnych zawodowo, to okaże się, że 61% z nich ma 45 lat i więcej. Prezes **Jacek Kozakiewicz**, prezentując te dane na lutymowym posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach, zwrócił szczególną uwagę na fakt, że na przestrzeni tylko ostatnich dwóch lat zwiększyła się liczba lekarzy w przedziałach wiekowych powyżej 55 lat. Ponieważ w tym samym okresie zmalała liczba lekarzy poniżej tego wieku, trudno mówić tu o zastępowalności pokoleń.

– *Sytuacja demograficzna lekarzy w naszym kraju jest trudna. Lekarze jako grupa zawodowa starzeją się, a politycy, zdając się nie zauważać problemu, nie podejmują działań, które mogłyby odwrócić tę niekorzystną tendencję. Już jedna piąta naszych członków osiągnęła 60 rok życia!* – informował prezes Kozakiewicz.

Kwestia staje się jeszcze bardziej paląca, gdy spojrzeć na przekrój wiekowy specjalistów w wybranych dziedzinach medycyny. Na terenie działania śląskiej Izby w ubiegłym roku aż 72% położników i ginekolo-

gów osiągnęło 50 rok życia, blisko 68% pediatrów, 61% chirurgów dziecięcych, 73% otorynolaryngologów i aż 81% chirurgów klatki piersiowej. Podobnie trudna sytuacja demograficzna panuje w niektórych specjalizacjach szczegółowych, np. alergologów i reumatologów po 50 roku życia jest około 71%. Dziennik Gazeta Prawna pisze, że „w 2013 r. na rynek pracy weszło tylko 3,4 tys. nowych specjalistów (2,7% ogółu lekarzy), a w ciągu trzech lat liczba oferowanych rezydentur spadła o 342 (40,6%).”*

W województwie śląskim w wiosennym postępowaniu kwalifikacyjnym dla młodych lekarzy przygotowano zaledwie 38 miejsc rezydentkich, po jednym w większości specjalności, z pediatrii i neonatologii po dwa, natomiast w dziewięciu dziedzinach nie będzie kształcił się żaden nowy lekarz. **Bez zwiększenia liczby miejsc rezydentkich, o co od lat apeluje śląski samorząd lekarski, ułatwienie pacjentom dostępu do leczenia i zmniejszenie kolejek do specjalistów wydaje się być niemożliwe.**

Zapaść, która grozi placówkom ochrony zdrowia, które nie będą miały wśród personelu lekarzy specjalistów mogących udzielać określonych świadczeń medycznych, jest tym bardziej prawdopodobna, że odejście lekarza na emeryturę nie oznacza powstania tylko jednego wakat. Jeden lekarz to często dwa i więcej miejsca pracy. Jak wynika z danych zawartych w raporcie Polskiej Akademii Nauk i Naczelnej Izby Lekarskiej,

opracowanych na podstawie badania próby blisko tysiąca lekarzy, w 2012 roku 63% medyków wykonywało zawód w więcej niż jednym miejscu pracy.

Eksperti podnoszą również kwestie liczby absolwentów studiów medycznych. Ich zdaniem zbyt małe limity przyjęć nie pozwalają na zlikwidowanie luki pokoleniowej, która stała się jeszcze wyraźniejsza wraz z otwarciem zagranicznych rynków pracy.

W ŚIL od maja 2004 r. do końca stycznia 2014 o zaświadczenia uprawniające do podjęcia pracy w Unii Europejskiej wystąpiło blisko półtora tysiąca lekarzy i lekarzy dentystów. Nie ma danych, ilu z nich faktycznie wyjechało, ale można przypuszczać, że znaczna ich część przynajmniej okresowo pracuje poza Polską. Jeszcze kilka lat temu można było przypuszczać, że wyjeżdżających lekarzy zastąpią ci, którzy przyjadą do nas zza wschodniej granicy, ale oni najczęściej traktują Polskę jedynie jako przystanek w drodze na zachód Europy. W ciągu ostatnich dziesięciu lat zaledwie 21 lekarzy, głównie obywateli Ukrainy i Syrii, z grona tych, którzy wystąpili do ŚIL o prawo wykonywania zawodu, przebywa tu nadal. ●

Anna Zadora-Świderek

*Beata Lisowska „Demograficzna katastrofa w medycynie. Za 10 lat Polska będzie musiała sprowadzać lekarzy z zagranicy”, Dziennik Gazeta Prawna z 3 marca 2014 r.



Prof. dr hab. n. med. Anita Olejek, konsultant wojewódzki w dziedzinie położnictwa i ginekologii:

– *Głównym problemem w szkoleniu nowych specjalistów większości dziedzin medycyny jest brak dostatecznej liczby miejsc rezydentkich. Mało który pracodawca może sobie pozwolić, by zatrudnić lekarza, który następnie będzie przez pięć lat odbywał obowiązkowe staże w innych jednostkach. Jeśli chodzi bezpośrednio o położnictwo i ginekologię, można zauważyć także zmniejszenie atrakcyjności i prestiżu tej dziedziny, co nie pozostaje bez wpływu na liczbę lekarzy, którzy postanawiają się w niej specjalizować. W szpitalach bardzo wiele procedur jest nisko wycenianych, czy wręcz nieopłacalnych, trudno mówić*

tu o większej satysfakcji finansowej. W dodatku praca jest bardzo odpowiedzialna i wiąże się z dużym ryzykiem skarg i roszczeń w związku z powikłaniami położniczymi. Oczekiwania pacjentek, często utwierdzanych w swoich racjach przez tendencyjne doniesienia medialne, są bardzo wysokie, a medycyna nie jest wszechmocna i w konfrontacji z biologią czasami przegrywa. Trudno więc dziwić się kolegom, że szukają dziedzin, w których mogą pracować w większym komfortie, mniej ryzykownie i za lepsze wynagrodzenia.





**Dr hab. n. med. Damian Czyżewski,
konsultant wojewódzki w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej:**

– W Polsce obecnie istnieją 23 oddziały chirurgii klatki piersiowej. W aglomeracji śląskiej mamy dwa: Klinikę Chirurgii Klatki Piersiowej w Zabrze, gdzie obecnie zatrudnionych jest ośmiu specjalistów i czterech lekarzy w trakcie specjalizacji oraz Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej w Bystrej Śląskiej, gdzie zatrudnionych jest sześciu specjalistów i dwoje, którzy się szkolą. Oprócz tego jest jeszcze dwóch specjalistów na emeryturze, którzy nie są zatrudnieni na tych oddziałach. Na naszym terenie spośród szesnastu specjalistów chirurgii klatki piersiowej, dwunastu przekroczyło 50 rok życia. Moim zdaniem taki przekrój wiekowy zapewnia pacjen-

tom wysoce fachową opiekę pełnioną przez osoby, które nie tylko posiadają specjalizację, ale mają również wieloletnie doświadczenie, bezcenne w tej dziedzinie. Cieszy mnie, że nawet lekarze, którzy przekroczyli wiek emerytalny, chętnie nadal służą młodszym specjalizującym się kolegom swoją radą i pomocą w codziennej pracy.

Nie należy podtrzymywać tezy, iż praca chirurgów po 50 roku życia stanowi zagrożenie dla operowanych przez nich pacjentów. Uważam za komfortową sytuację, gdy pacjent może być operowany przez bardzo doświadzonego chirurga albo z jego udziałem. Obecnie liczba specjalistów z zakresu chirurgii klatki piersiowej wydaje się być w pełni wystarczającą na potrzeby naszego regionu. A grupa osób szkolących się po uzyskaniu specjalizacji obniży średnią wieku w grupie torakochirurgów i pozwoli na zlikwidowanie dziesięcioletniej luki pokoleniowej w tej dziedzinie. Pozostaje mieć nadzieję, że kontynuowana będzie polityka specjalizacyjna, która zapewni ciągłość pokoleniową w zakresie tej specjalizacji.

Gaszenie pożaru benzyną

Niektóre tytuły z różnych gazet, znalezione w Internecie na „chybił trafił”:

„Ordynator z Włocławka na trzech etatach. Gdzie był, kiedy umierały bliźniaki?”

„Lekarz przełożył cesarkę ze względu na brak specjalisty...”

„Lekarz po kilku dyżurach z rzędu przyjął samego siebie na kardiologię”

„Lekarz, który omyłkowo uznał staruszkę za zmarłą, był na drugim dyżurze z rzędu”

„Lekarze pogotowia umierają z przepracowania”

„Lekarze łączą kilka etatów i zarabiają najlepiej od lat, ale nie mają już czasu na... pacjentów”

Czas pracy lekarzy to nie jest temat nowy. Problem wypłynął po przemianach ustrojowych w 1989 r., pojawił się znowu z chwilą wejścia Polski do Unii Europejskiej, kiedy zaczęto porównywać dane z różnych krajów, także skandynawskich, niedopuszczających ponadczterdziesto- ośmiogodzinnego czasu pracy lekarzy w tygodniu. W pierwszych miesiącach 2014 r. temat powrócił w nowej odsłonie. Media zaalarmowały, że polscy lekarze są zapracowani ponad miarę, bo głośny stał się przypadek śmierci pacjenta, która mogła być spowodowana przepracowaniem lekarza. Pojawiły się sugestie i wypowiedzi, także samych lekarzy, że jest to wynikiem chciwości (padało nawet słowo „pazerności”) środowiska lekarskiego, a dodatkową pracę przedstawiano jako przywilej, z którego lekarze korzystają w sposób nadmierny (o reakcji Śląskiej Izby Lekarskiej pisaliśmy w marcowym wydaniu PM).

W styczniu br. min. Arłukowicz zapowie-

dział kontrole czasu pracy lekarzy w całej Polsce, a OZZL wezwał ministra do natychmiastowego wprowadzenia administracyjnego ograniczenia czasu pracy dla każdego lekarza w Polsce do 48 godzin tygodniowo (wraz z nadgodzinami – zgodnie z unijną dyrektywą o czasie pracy), bez względu na ilość miejsc pracy i formę zatrudnienia. W lutym br. PIP opublikowała raport, z którego wynika, że jeden z lekarzy w województwie podlaskim przepracował w listopadzie 2013 r. 309 godzin i 30 minut, z czego w ramach dyżuru medycznego – 218 godzin 30 minut.

Pracował ponad 78 godzin w tygodniu, bez zapewnienia ustawowych przerw (wg danych Ministerstwa Zdrowia, średnia pensja lekarza z I stopniem specjalizacji w woj. podlaskim to około 3,2 tys. zł brutto – czego już w raporcie nie znajdziemy).

Co piąty szpital łamie przepisy o czasie pracy. Po 24-godzinnych dyżurach, zamiast 11 godzin przerwy, lekarze biorą bez odpoczynku kolejne dyżury. Problem świadczenia ciągłej pracy w tym samym miejscu na podstawie kilku różnych umów pracownicy PIP wykryli w 250 placówkach w Polsce.

Wg raportu Polskiej Akademii Nauk oraz Ośrodka Studiów, Analiz i Informacji NIL, sporządzonego za 2012 rok na podstawie badania wśród blisko tysiąca lekarzy, dwie trzecie lekarzy pracowało w więcej niż jednej placówce służby zdrowia (63%). Praktykę prywatną jako jedyne miejsce pracy wybrało w 2012 roku 6% lekarzy. Dla większości lekarzy prywatna praktyka jest drugorzędnym miejscem wykonywania zawodu. Jedynie 34% zadeklarowało, że własna praktyka zajmuje im ponad 75% czasu pracy.

Gaszenie pożaru benzyną

ciąg dalszy ze str. 7 ►►►

6 lutego br. Naczelna Izba Lekarska zorganizowała konferencję prasową „Co grozi pacjentom, gdyby w obecnym systemie ochrony zdrowia lekarze pracowali krócej” – szeroko przedstawiając argumenty.

W połowie lutego Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy wystosował list do prezydenta RP, w którym czytamy m.in. „minister zdrowia, krytykując publicznie lekarzy za to, że zbyt dużo pracują, wykazuje się cynizmem i obłudą, bo to rząd jest odpowiedzialny za nadmierne obciążenie pracą lekarzy i rząd czerpie z tego korzyści, tusząc wszelkie wady publicznej służby zdrowia dodatkową pracą lekarzy”.

W marcu temat nieco przycichł (tekst powstał 16 marca) za to pojawiły się przypomnienia, że od 1 lipca 2014 r., zgodnie

z ustawą o działalności leczniczej, będzie obowiązywał wyższy – o 50% – wymiar czasu pracy: nowe przepisy dotyczą pracowników zakładów: radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej (stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania jonizującego) oraz fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostics, medycyny sądowej lub prosektoriów. Pracodawcy muszą zdecydować, czy zredukować liczbę pracowników, czy negocjować nowe warunki zatrudnienia, a lekarze obawiają się, że wraz z wydłużeniem czasu pracy w zakładach będzie za dużo pracowników, a to może doprowadzić do zwolnień wielu specjalistów, np. patomorfologów, których już teraz brakuje.

„Ograniczyć lekarzom czas pracy, zatrudnienie w wielu miejscach” – postulują jedni, „a gdy lekarzy w placówkach zabraknie i pacjenci pozostaną bez opieki?” – odpowiadają drudzy. Ministerstwo Zdrowia, póki co, odpowiedziało na problem kontrolami, media zaatakowały lekarzy, a systemowego, mądrego i dobrego dla wszystkich rozwiązania na razie nie widać. To wszystko przypomina trochę dziurawą szalupę, którą wypuszczono na wzburzone morze, a teraz próbuje się łątać dziury, ale co i rusz powstają nowe. Jeden z menadżerów nazwał to w sondzie (poniżej) jeszcze bardziej obrazowo: „gaszeniem pożaru benzyną”. Tylko kto w tym pożarze ucierpi najbardziej? ●

Grażyna Ogrodowska

Czas pracy lekarzy – zgodnie z przepisami

Zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej, co do zasady czas pracy pracowników podmiotów leczniczych, w tym lekarzy, nie może przekraczać 7 godzin i 35 minut na dobę oraz przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień, w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym (nie dłuższym niż trzy miesiące, a w wyjątkowych przypadkach cztery miesiące).

Wraz z pełnionym dyżurem medycznym, który wlicza się do czasu pracy, lekarz – jak nakazują przepisy dostosowujące polskie prawo do dyrektywy unijnej – nie może pracować więcej niż 48 godzin tygodniowo. Istnieje jednak furtka, umożliwiając znaczne wydłużenie tygodniowego czasu pracy lekarza, nawet do 78 godzin (czyli średnio nieco powyżej 11 godzin w ciągu siedmiu dni). Wystarczy, że wyrazi on pisemną zgodę na pracę w godzinach nadliczbowych poprzez podpisanie tzw. klauzuli opt-out.

Zgodnie z przepisami przywołanej ustawy, lekarzowi przysługuje w każdej dobie co najmniej 11-godzinny, a w każdym tygodniu 35-godzinny nieprzerwany wypoczynek. Lekarz, który pełni dyżur medyczny, od razu po jego zakończeniu powinien mieć wolne. Dyżur może trwać do 24 godzin.

Nasza sonda

► „Dyrektor publicznego szpitala, nawet dużego, ale na prowincji, praktycznie nie ma żadnej władzy nad lekarzem specjalistą, zwłaszcza z pewną renomą, bo w każdej chwili może on odejść do innej placówki. NZOZ-y tylko czekają na takie okazje. I w dobie szybkich samochodów i rozbudowujących się autostrad nie jest przeszkodą, że do pracy trzeba dojeżdżać wiele kilometrów. Są tylko dwa odstępstwa od tej reguły. Gdy mamy do czynienia z kliniką, a więc lekarzowi zależy na pracy naukowej, albo gdy lekarz jest w trakcie robienia specjalizacji.”

Dyrektor dużego szpitala w mieście powiatowym ►►►

DWA TYGODNIE Z ŻYCIA LEKARZA

niedziela	poniedziałek		wtorek			środa	czwartek		piątek	sobota	
8:00–8:00 w poniedziałek 24-godzinny dyżur	8:00–15:35	16:00–18:00	8:00–15:35	17:00–18:00	19:00–20:30	8:00–15:35	dyżur do 8:00 w czwartek	8:00–15:35	dyżur do 8:00 w piątek	8:00–15:35	8:00–8:00 w niedzielę 24-godzinny dyżur
kontrakt	szpital – etat	poradnia – kontrakt	szpital – etat	gabinet	spółka	szpital – etat	kontrakt	szpital – etat	kontrakt	szpital – etat	kontrakt

► „Propozycja ewentualnego zakazywania lekarzowi pracy w innej placówce to jest gaszenie pożaru benzyną. Wychoząc z taką propozycją, narażam się na to, że lekarz odejdzie. A nie mogę sobie na to pozwolić, ponieważ nie znajduję innego. Przynajmniej w szybkim czasie. Dlatego ja nawet nie mogę wybrać sobie specjalisty, który spełniłby moje wszystkie oczekiwania. Mógłbym pozwolić sobie na zawieranie umów o zakazie konkurencji, gdybym był w stanie zagwarantować lekarzom rekompensatę finansową. Ale nie mam na to, póki co, pieniędzy. A trudno się dziwić, że specjalista, który po dziesięciu latach pracy dostaje na rękę od 3 do 3,5 tys. zł, dorabia. Wszelkie rozwiązania usztywniające czas pracy lekarzy są niekorzystne dla małych szpitali powiatowych. Specjaliści nie będą chcieli przyjeżdżać do nas do pracy, bo wybiorą duże miasto.”

Prezes zarządu szpitala – spółki

► „Gdyby doszło do restrykcyjnego przestrzegania czasu pracy, to bardzo szybko okazałoby się, że kolejki do lekarzy specjalistów w poradniach czy na planowe operacje w szpitalach nie zostałyby skrócone w czasie, ale bardzo szybko by się wydłużyły, a minister Arłukowicz straciłby stanowisko. Trzeba sobie zdawać sprawę, że to również dzięki temu, że lekarz pracuje w kilku miejscach i nie trzyma się normy zatrudnienia, jest bardziej mobilny i przez to pozwala menadżerom łączyć dziury kadrowe. Uważam jednak, że to, co teraz jest na rynku pracy lekarzy, to hipokryzja, bo jako pracodawca staram się przestrzegać norm pracy, ale żeby zapewnić funkcjonowanie swojej placówki, muszę godzić się na obchodzenie prawa i zatrudniać lekarzy na różnego rodzaju umowach pozako-deksowych.”

Dyrektor szpitala wojewódzkiego

► „Mimo że mam lat, ile mam (to jest 55), zawsze uważałem, że powinniśmy żyć i pracować jak ludzie, a nie niewolnicy. Niestety, aby utrzymać rodzinę (żona – pracownik budżetówki, dwoje dzieci po studiach, więc także na mojej głowie), „nie chcem, ale muszem” za...ać! Od kilkunastu lat jestem ordynatorem, od kilku także na kontrakcie, i to tylko dlatego, że dzięki temu mogę więcej zarobić. Dwa razy w tygodniu pracuję od rana do nocy. Dokąd tak można? Do nagłego zgonu w pracy? Nienawidzę swojego prywatnego gabinetu. Marzy mi się, żeby wprowadzono zakaz posiadania prywatnych praktyk (oczywiście w zamian godziwa pensja w szpitalu i to na etacie, a nie na jakichś szemranych kontraktach). Lubię podawać taki przykład: w prywatnym gabinecie pracuję dwa razy w tygodniu. Ostatni raz w te dni byłem w domu w 1991 r. Od tego czasu mam zarejestrowaną prywatną praktykę. Przez 23 lata dwa dni w tygodniu jestem poza domem, a do tego całodobowe dyżury w szpitalu, których liczby nawet nie zliczę. Uważam, że tak, jak panująca nadal w Polsce klasa robotnicza, powinniśmy pracować 40 godzin tygodniowo i basta.”

Ordynator oddziału

► „Bez zwiększenia wynagrodzeń lekarzom nie uda się wygrywać pracy w jednym miejscu. Dlatego uważam, że w najbliższym czasie nic się nie zmieni. Skończy się na pohukiwaniach ministra czy premiera. Tylko co jakiś czas przez media znów przemknie notka o wynikach kontroli PIP, pokazujących kolejnych rekordzistów, którzy przepracowali setki godzin. Albo, co gorsza, news o dramacie pacjenta i jego rodziny, którego przyczyną jest chaos panujący w systemie czy przepracowanie lekarza.”

Menadżer w szpitalu klinicznym

► „Robiłem rozeznanie wśród kolegów lekarzy i wyszło mi, że średnio mają dwie prace, a niektórzy nawet pięć. Patologiczny system, jaki mamy w Polsce, powoduje, że lekarzom stale przybywa pracy, głównie papierkowej, lecz nie rosną w związku z tym wynagrodzenia, a wręcz wraz ze wzrostem obowiązków, płace spadają. Propozycje wprowadzenia np. zakazu konkurencji, są w interesie tylko szefów placówek medycznych, dla pacjentów oznaczałyby dalsze wydłużanie się kolejek, a dla lekarzy – odejście do sektora komercyjnego.”

Kierownik przychodni specjalistycznej

► „Tachografy” dla lekarzy – dlaczego nie? (śmiech). Skoro kierowcę tira, który niezależnie, czy jest na umowie o pracę, czy na innej umowie, obowiązują limity czasu pracy, to podobnie powinno być w przypadku lekarzy. Nie licytujemy się, kto bardziej odpowiada za życie drugiego człowieka, kierowca czy lekarz, ale po to są normy czasu pracy, żeby z tego korzystać.”

Lekarz w przychodni specjalistycznej, radny powiatowy

► „Oczywiście, zgadzam się z tym, że praca lekarza powinna być w pewien sposób normowana, tzn. żeby te godziny pracy były na tyle bezpieczne, aby nie stanowiły zagrożenia dla pacjenta. Wcale nie mówię, że to musi być tylko 160 czy 170 godzin, bo przecież tych godzin pracy może być więcej – 200, może 250. Musimy sobie jednak odpowiedzieć, czy nam wystarczy specjalistów do tych wymogów dotyczących zatrudnienia specjalistów, które w tej chwili określił NFZ w oddziałach szpitalnych czy AOS. W związku z tym specjaliści są rozchwytywani i siłą rzeczy często padają ze zmęczenia, ale pracują w różnych miejscach.”

Ordynator oddziału

niedziela	poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota
WOLNE	8:00–15:35 dyżur do 8:00 we wtorek	8:00–15:35 7:00–18:00 19:00–20:30	8:00–15:35 17:00–20:00	8:00–15:35 16:00–20:30	8:00–15:35 dyżur do 8:00 w sobotę	WOLNE
	szpital – etat	szpital – etat gabinet spółka	szpital – etat spółka	szpital – etat spółka	szpital – etat kontrakt	

Wypalenie zawodowe w pracy lekarza

Raport z badań

Zawód lekarza to poczucie ogromnej odpowiedzialności i ogromne obciążenie zawodowe. Ta specyficzna rola społeczna lekarza sprawia, iż jest on szczególnie narażony na stres prowadzący do wypalenia zawodowego i niskiego poczucia prężności. Często mówi się o powołaniu, o cechach charakterologicznych, które w szczególny sposób predestynują do bycia lekarzem. Jedną z tych cech jest na pewno wewnętrzna siła.

Wbrew obiegowym opiniom, wypalenie zawodowe dotyka też coraz częściej młodych lekarzy, którzy dopiero rozpoczynają swoją drogę zawodową. Związane jest to ze specyficznymi uwarunkowaniami pracy w sektorze służby zdrowia, która zakłada *ad casum* konieczność brania odpowiedzialności za ludzkie życie i zdrowie. Problematyka wypalenia zawodowego jest często podejmowanym tematem, zarówno przez psychologów, jak socjologów. Znacznie mniej uwagi poświęca się jednak wnikliwej analizie zjawiska „poczucia prężności” (rozumianej jako rodzaj siły wewnętrznej) oraz jej wpływu na funkcjonowanie zawodowe i wypełnianie misji społecznej w zawodach medycznych. Temat ten został podjęty w jednej z prac magisterskich, a wyniki prowadzonych badań zostaną przedstawione poniżej. Są to dane ważne dla środowiska lekarskiego, pokazują bowiem, jak niebezpiecznym syndromem w pracy lekarza jest wypalenie zawodowe i niskie poczucie prężności.¹

► UWARUNKOWANIA BADAŃ

Celem prowadzonych badań było zweryfikowanie związku pomiędzy poczuciem prężności i wypaleniem zawodowym w profesjach należących do służby zdrowia. W omawianych badaniach wykorzystano Polską Skalę Pomiaru Prężności (SPP- 25) oraz kwestionariusz Maslach Burnout Inventory (MBI) w adaptacji polskiej, natomiast do weryfikacji hipotez badawczych został wykorzystany parametryczny test korelacji rang Spearmana oraz test Kruskala-Wallisa. (...)

► STRES I PRZECIĄŻENIE PSYCHICZNE

Prowadzone badania pokazały, iż istnieje związek pomiędzy poczuciem prężności, a wypaleniem zawodowym wśród lekarzy. Zachodzi w tym wymiarze korelacja pomiędzy wyczerpaniem emocjonalnym – im jest ono wyższe, tym niższa prężność.



stock.chroma.pl

Oznacza to, iż **nagromadzony stres oraz przeciążenie psychiczne obniżają prężność zawodową, co może prowadzić do zobojętnienia, apatycznego działania, niskiej zaradności zawodowej i życiowej.** Taka negatywna kondycja psychiczna łatwo przenosi się na pozostałe sfery życia, te niezawodowe, a w dłuższej perspektywie może prowadzić do nerwicy i załamania psychicznego.

Z badań wynika także, iż im większa depersonalizacja pacjenta, tym niższa prężność. Lekarzy, którzy bardzo dystansują się wobec problemów zdrowotnych swoich pacjentów, przeważnie cechuje niższe zaangażowanie w pracę zawodową. Może być to przejawem swoistej bariery psychicznej, która umożliwia prawidłowe funkcjonowanie na gruncie zawodowym, zwłaszcza w przypadku osób nadwrażliwych emocjonalnie, które starają się nie czuć nadmiernie przytłoczonymi. Z drugiej strony, brak podejścia holistycznego wobec pacjenta, leczenie wyłącznie określonego narządu, a nie osoby, może w prostej linii prowadzić do depersonalizacji, która z kolei skutkuje niskim zaangażowaniem zawodowym, negatywnym stosunkiem do otoczenia i ogólną apatią. Tak pojmowana niska prężność jest zaprzeczeniem entuzjastycznego nastawienia do pracy i może stać się ogniwem

zapalnym konfliktów zawodowych, które z kolei przenoszą się na życie prywatne lekarza.

► WARUNKI PRACY

Istnieje także **związek pomiędzy poczuciem osiągnięć osobistych i prężnością.** Im poczucie tych osiągnięć jest wyższe, tym wartość prężności również wzrasta. W tym aspekcie leży ogromna rola ordynatorów oddziałów, którzy mogą odpowiednio motywować swój zespół. Najlepiej skutkującą motywacją jest ta pozytywna, która mobilizuje lekarzy do pracy oraz rozwoju osobistego i zawodowego. Świadomość wartości swojej pracy oraz umiejętność doceniania własnych starań nie jest bez znaczenia. Nawet najbardziej mobilizujący szef nie jest w stanie nic zdziałać, jeśli lekarz sam nie ma wiary we własne możliwości i zdolności.

Badania nie udowodniły, iż na poczucie prężności zawodowej lekarzy wpływają takie zmienne demograficzne, jak płeć czy wiek. Bycie prężnym to wytrwałość i determinacja w działaniu, co przecież nie ma związku z płcią. Prężność tylko częściowo wynika z uprawianego zawodu, jednak w decydującej mierze jest to indywidualna, osobnicza zdolność każdego



▶▶ człowieka, którą w sobie ukształtuje, bądź nie. Od tego, jakimi jesteśmy ludźmi, zależy czy jesteśmy prężni. Wydaje się jednak, że to ważne dla lekarza, biorąc pod uwagę zadowolenie pacjentów i ich pozytywny stosunek do procesu leczenia i budowy zaufania wobec lekarza.

Badania pokazały natomiast, że **istnieje związek pomiędzy długością stażu pracy lekarza, a wypaleniem emocjonalnym. Im staż pracy jest dłuższy, tym wyższe są wartości na skali wyczerpania emocjonalnego.** Zależność ta jest dość logiczna, ponieważ dłuższe natężenie stresu, z którym wiąże się codzienna praca lekarza, nigdy nie wpływa korzystnie na sferę emocjonalną człowieka. Dodatkowo na emocjonalne wypalenie wpływa też **wyczerpanie i przemęczenie fizyczne** związane z długim uprawianiem zawodu, ale oczywistym jest, że **dłuższy czas pracy lekarza w zawodzie nie musi być jednoznaczny z wypaleniem emocjonalnym.** Jest to zależne od bardzo wielu powiązanych ze sobą czynników, m.in. osobistych doświadczeń lekarza w kontaktach z pacjentami, sukcesów w pracy, docenienia przez środowisko zawodowe. Duży wpływ wywiera w tym miejscu także sfera prywatna, rodzinna. Jeśli osoby bliskie są gwarantem wsparcia, łatwiej przezwyciężyć stres zawodowy i uniknąć wypalenia emocjonalnego.

Z kolei związek pomiędzy płcią a wypaleniem zawodowym nie został potwierdzony w badaniach. Oznacza to, iż **kobiety nie są, wbrew obiegowej opinii, bardziej wrażliwe na emocjonalne wyczerpanie.** Syndrom ten może dotknąć mężczyznę z takim samym prawdopodobieństwem, gdyż jego wystąpienie zależy od kondycji psychofizycznej danej jednostki, co nie ma przełożenia na płeć, a na charaktero-

logiczne uwarunkowania wewnętrzne. Niezaskakującym wynikiem badań jest fakt, że wiek lekarzy wpływa na poziom wyczerpania emocjonalnego oraz poczucie depersonalizacji. Osoby starsze stażem, dłużej pracujące w zawodzie, prawdopodobnie przywykły do codziennych obowiązków, które stają się dla nich rutynowe. Wówczas rodzi się niebezpieczeństwo depersonalizacji. Komfort psychiczny pacjenta i jego chęć do podjęcia leczenia i wiarę w jego skutki zależą w bar-

wszystkim pracownikom z długim stażem zawodowym, jednak może dotknąć także młodego stażem lekarza. Wszystko zależy od konstrukcji psychicznej jednostki, umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz wsparcia środowiska osobistego. Prężność umożliwia radzenie sobie z trudnymi doświadczeniami oraz codzienną pracą w zawodzie. Jest to cecha chroniąca psychikę człowieka przed wypaleniem zawodowym i zapewniająca satysfakcję życiową z pracy. W przypadku pracy po-

Brak podejścia holistycznego wobec pacjenta może prowadzić do depersonalizacji, która z kolei skutkuje niskim zaangażowaniem zawodowym, negatywnym stosunkiem do otoczenia i ogólną apatią.

dzo dużej mierze od relacji z lekarzem. O jej poziomie świadczy traktowanie pacjenta w sposób podmiotowy, zauważanie jego potrzeb w różnych sferach.

Wypalenie zawodowe lekarza może być związane z długotrwałym narażeniem na stres, niezadowoleniem z warunków pracy i wysokości wynagrodzenia nieproporcjonalnego do trudu kształcenia i późniejszej pracy, negatywnymi relacjami interpersonalnymi z pacjentem oraz jego rodziną, jak i innymi lekarzami i pracownikami służby zdrowia.

▶ PODSUMOWANIE

Wyniki badań ukazały w szczególności wpływ długości stażu pracy oraz wieku lekarzy na poziom wyczerpania emocjonalnego i wypalenia zawodowego. Widać zatem, iż jest to zjawisko zagrażające przede

legającej na codziennym pomaganiu innym, niezwykle istotne jest posiadanie odpowiednich „zasobów osobistych”, które stanowią wsparcie w codziennych trudach pracy oraz budują siłę psychiczną innych osób – pacjentów. Jak pisze autorka badań, *prężność jest jednym z najistotniejszych elementów wchodzących w strukturę osobistych zasobów zaradczych człowieka i ma wyraźne znaczenie dla zahamowania rozwoju szkodliwego dla ludzkiej psychiki zjawiska, jakim jest wypalenie w pracy zawodowej lekarza.* ●

Joanna Wójcik

¹Wyniki badań pochodzą z pracy magisterskiej: *Poczucie prężności a wypalenie zawodowe wśród pracowników służby zdrowia*, Barbara Sobol, Uniwersytet Śląski, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Katowice 2011, promotor: dr Elżbieta Turska.

Komunikaty

Śląska Akademia Medyczna

Absolwenci z roku 1969

Z okazji 45-lecia ukończenia studiów

serdecznie zapraszam na kolejne spotkanie w Hotelu „Ostaniec” w Podlesicach

od 20 do 22 czerwca 2014 r.

Koszt uczestnictwa 500 zł należy wpłacić do 15 maja na konto: 27 1050 1591 1000 0022 2922 3264.

W cenie dwa noclegi, uroczysta kolacja z tańcami do białego rana, tradycyjna biesiada śląska przy ognisku.

Starosta roku:

Maria Gajeczka-Bożek

e-mail: mariagajeczka-bozek@op.pl

tel. 601 289 665

Śląska Akademia Medyczna

Absolwenci 1964

(lekarski 1957-1964, stomatologia 1958-1964)

W związku z odnową dyplomu po 50 latach, prosimy absolwentów wydziału lekarskiego i oddziału stomatologii o zarejestrowanie się w Dziekanacie Wydziału Zabrzeńskiego u Pani Julity Prabuckiej, do dnia 30 czerwca 2014 roku.

Adres Dziekanatu: 41-800 Zabrze, Plac Traugutta 2, tel. 32 370-52-66; e-mail: kkpzabrze@sum.edu.pl

O terminie i programie uroczystości powiadomimy indywidualnie każdego zarejestrowanego

prezes

Stowarzyszenia Wychowanków SUM
Maria Gajeczka-Bożek

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Grzegorzem Cieślarem, przewodniczącym Oddziału Śląskiego Towarzystwa Internistów Polskich, które jest współorganizatorem konferencji „Śląska Wiosna Internistyczna”

Przywrócić należne miejsce internie

Anna Zadora-Świderek: W marcu po raz szósty odbędzie się konferencja „Śląska Wiosna Internistyczna”. Jest Pan, Panie Profesorze, po raz trzeci jej kierownikiem naukowym.

prof. Grzegorz Cieślar: Tradycję organizacji tej konferencji, którą teraz kontynuuję, przejąłem po poprzednim przewodniczącym Oddziału Śląskiego Towarzystwa Internistów Polskich, profesorze Cezarym Kucio. Moim założeniem jest propagowanie zagadnień dotyczących zwłaszcza mniej popularnych dziedzin interny, takich jak reumatologia, alergologia, pulmonologia czy hematologia. Formuła wypracowana jeszcze przez prof. Kucio przewiduje prezentacje naukowe określonych tematów, oparte głównie na aktualnych

standardach postępowania i najnowszych zdobyczach wiedzy, przez wykładowców, którzy uznawani są za autorytety w danej dziedzinie, a następnie dyskusję. Dzięki niej po każdym z wykładów uczestnicy mają możliwość uzyskania bardziej szczegółowych informacji na konkretne tematy, czy otrzymania odpowiedzi na nurtujące ich pytania bezpośrednio od prelegenta. W trakcie konferencji organizujemy również panel dyskusyjny tzw. „spotkanie okrągłego stołu”, którego moderatorami są krajowy konsultant w dziedzinie chorób wewnętrznych, pan prof. Jacek Imiela i konsultant wojewódzki, pan prof. Jan Duława. Do udziału w nim zaprosiliśmy również gości: przewodniczących towarzystw internistycznych oraz prezesów izb lekarskich z naszego makroregionu, czyli



foto: Anna Zadora-Świderek

Bielska i Częstochowy. Ponadto zawsze zapraszamy osoby, które mogą wnieść jakąś wartość dodaną do dyskusji, np. przedstawicieli NFZ. Współgospodarzem konferencji jest pan dr Jacek Kozakiewicz, prezes Śląskiej Izby Lekarskiej, z którą doskonale nam się współpracuje. Wstęp na nasze coroczne spotkania jest bezpłatny, dzięki temu może w nich uczestniczyć szerokie grono lekarzy. Uzupełnieniem „wiosennych” konferencji są spotkania pod nazwą „Śląska Jesień Internistyczna”, organizowane przez wydawnictwo „Medycyna Praktyczna”, których kierownikiem naukowym jest zawsze konsultant wojewódzki, a współorganizatorem Towarzystwo Internistyczne. Dla kogoś, kto nie ma zbyt dużo czasu i możliwości uczestniczenia w wielu różnych spotkaniach specjalistycznych towarzystw naukowych, a chciałby być w miarę na bieżąco z tym, co się dzieje w szeroko rozumianej internie, możliwość udziału w tych dwóch konferencjach jest, moim zdaniem, nie do przecenienia.

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Cieślar, specjalista chorób wewnętrznych oraz balneologii i medycyny fizykalnej. Profesor nadzwyczajny i zastępca kierownika w Katedrze i Oddziale Klinicznym Chorób Wewnętrznych, Angiologii i Medycyny Fizykalnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Bytomiu oraz profesor zwyczajny w Zakładzie Fizjoterapii Instytutu Ochrony Zdrowia PWSZ im. Stanisława Staszica w Pile, ponadto: wiceprzewodniczący Ogólnopolskiej Sekcji Zastosowań Laserów i Pól Magnetycznych w Medycynie Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, wiceprzewodniczący Polskiego Komitetu Naukowo-Technicznego SEP ds. Zastosowań Pola Elektromagnetycznego w Medycynie, skarbnik Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Wellness, SPA i Anti-Aging, przewodniczący Zarządu Oddziału Śląskiego Towarzystwa Internistów Polskich, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Balneologii i Medycyny Fizykalnej, członek Zespołu ds. Biologicznych Skutków Promieniowania Niejonizującego oraz Zespołu ds. Zastosowań Pól Elektromagnetycznych i Laserów w Medycynie Komitetu Fizyki Medycznej, Radiobiologii i Diagnostyki Obrazowej Wydziału VI Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk, członek Rad Naukowych i kolegów redakcyjnych: „Acta Biooptica et Informatica Medica” „Rehabilitacji w Praktyce”, „Polish Hyperbaric Research”, „Świata Lekarza” oraz „Complementary and Alternative Medicine in Science”. Jego dorobek naukowy obejmuje łącznie 402 pozycje, w tym autorstwo 149 artykułów naukowych, 11 monografii (w tym jedna w języku angielskim i jedna w języku węgierskim), 25 rozdziałów w monografiach i podręcznikach, redakcję 6 monografii oraz autorstwo 215 referatów wygłoszonych na 36 zagranicznych i 37 krajowych konferencjach naukowych.

Trzy lata temu prof. Imiela w wywiadzie dla „Pro Medico”, udzielonym właśnie przy okazji „Śląskiej Wiosny Internistycznej”, powiedział, że jako specjalizacja interna boryka się z brakiem kontraktowania świadczeń przez NFZ, co skutkowało zamykaniem poradni i oddziałów chorób wewnętrznych. Wtedy interniści jeszcze nie mogli otwierać praktyk funkcjonujących w systemie POZ razem z pediatrami, teraz przynajmniej to się zmieniło.

W tym względzie widzimy postęp, ale problemem swego czasu była dość negatywna reakcja lekarzy rodzinnych, którzy traktują to nie jako formę współpracy, tylko próbę przejęcia pewnych uprawnień, którymi dotychczas dysponowali w spo-



sób monopolistyczny. Jednak powoli zaczynamy dochodzić w tym względzie do konsensusu, a zdecydowane działania na szczeblu Ministerstwa zapobiegły jakimś większym konfliktom. Nadal natomiast problemem pozostaje wycena punktowa za procedury medyczne wchodzące w zakres chorób wewnętrznych, które w opinii zarówno konsultantów, jak i mojej, są niedoszacowane. To powoduje dalsze zamykanie oddziałów internistycznych, bo system preferuje oddziały świadczące usługi wysokospecjalistyczne. One są bardzo dobrze wycenione, mamy wrażenie, że w wielu przypadkach nawet zbyt dobrze w stosunku do innych kosztochłonnych procedur internistycznych.

Oddziały internistyczne są zamykane, a u Pana Profesora na oddziale widzę na korytarzu dostawione łóżka z pacjentami.

W tej chwili mamy znacznie przekroczony limit miejsc, ma na to wpływ m.in. pora roku, chociaż my na puste łóżka nigdy nie narzekamy. Jesteśmy jednostką kliniczną trzeciego poziomu referencyjności i hospitalizowanych jest u nas wielu pacjentów z nietypowymi schorzeniami, którzy często nie mają innej alternatywy diagnostycznej i terapeutycznej. Ponadto pełniimy ostry dyżur dla miasta Bytomia. Oddział internistyczny najczęściej służy do bieżącego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych na danym terenie i dlatego nie może prowadzić restrykcyjnej polityki, która limituje liczbę przyjmowanych pacjentów. Z pewnością nie byłoby problemów z przepełnieniem oddziałów, gdyby obowiązywała właściwa wycena świadczeń przez NFZ. Oddział internistyczny musi się bilansować, a w tej chwili dyrektorzy palcówek szpitalnych, nie widząc możliwości wyrównywania strat, starają się o zamianę kontraktów z chorób wewnętrznych na inne bardziej specjalistyczne. Kontynuacja takiej polityki może sprawić, że na danym terenie nie będzie ani jednego oddziału ogólnointernistycznego. Już w tej chwili, wg wskaźników światowych, zdecydowanie odbiegamy od czołówki pod względem liczby łóżek szpitalnych przeznaczonych dla pacjentów ze schorzeniami narządów wewnętrznych.

Przed jakimi wyzwaniem aktualnie stoi interna?

Obecnie zmagamy się z bardzo dużym rozdrobnieniem specjalizacji medycznych. Nie ulega wątpliwości, że specjaliści

w wąskich dziedzinach posiadają głęboką szczegółową wiedzę na temat patologii określonego narządu lub układu, ale w organizmie ludzkim one wszystkie są wzajemnie powiązane. Dlatego analizowanie patologii odrębnie, bez powiązań z resztą ustroju powoduje, że sposób postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w najlepszym wypadku jest niepełny. Na świecie wraca się do modelu całościowego spojrzenia na pacjenta i przywrócenia znaczenia holistycznie podchodzącej do pacjentów internie, która korzysta tylko na zasadzie pomocniczej z wiedzy i umiejętności specjalistów o węższym zakresie zainteresowań. To się wiąże z jednej strony z poprawą jakości leczenia pacjenta, a z drugiej, patrząc już bardziej przez pryzmat „interesów” grona lekarzy chorób wewnętrznych, daje możliwości wykorzystania naszego potencjału. Obecnie niezwykle zdarzają się sytuacje, gdzie świetne efekty leczenia jakiejś wyszukanej jednostki chorobowej przy użyciu nowoczesnych specjalistycznych procedur są niweczone poprzez powikłania wynikające z niedowartościowania problemów dotyczących patologii innych narządów pacjenta.

Taki model wydaje się być ważny również z uwagi na fakt starzenia się społeczeństwa, bo pacjenci wraz z wiekiem cierpią często na więcej niż jedno schorzenie.

Na pewnym etapie życia wielu ludzi choruje jednocześnie na cukrzycę, nadciśnienie, chorobę niedokrwienną czy otyłość. Jest cała gama schorzeń, które powodują, że taki pacjent powinien być leczony właśnie przez kogoś, kto obejmuje spojrzeniem całokształt jego problemów zdrowotnych. U pacjentów tzw. wielochorobowych nawet po wykonaniu wysokospecjalistycznej procedury, albo w celu przygotowania pacjenta do jej wykonania, wskazany jest pobyt właśnie na oddziale internistycznym. W systemie odczuwalny jest też brak poradni internistycznych, tak niefrasobliwie kiedyś zlikwidowanych. Obecnie pacjent, który został zdiagnozowany i ma szereg schorzeń wymagających kontroli specjalistycznych, trafia jednocześnie do kilku poradni. Wymaga to od niego bardzo trudnych logistycznie zapisów i oczekiwanie w kilku kolejkach na wizytę. Sprawę komplikuje również to, że każdy ze specjalistów leczących określone schorzenie tego samego pacjenta kieruje się standardami swojej dziedziny, niekoniecznie uwzględniając

działania specjalistów z innych poradni. Tutaj ktoś, kto ma wiedzę z szeroko rozumianej interny, byłby w stanie bardzo skutecznie prowadzić dużą część pacjentów. Oczywiście w sytuacji, gdy dochodziłoby do dekompensacji problemów, które wymagałyby spojrzenia lekarza, który ma większe doświadczenie w konkretnej wąskiej specjalności, to takie konsultacje byłyby jak najbardziej realizowane. Taka zmiana myślenia odciążyłaby wąskich specjalistów, do których dostanie się jest obecnie bardzo utrudnione, i zwiększyła bezpieczeństwo pacjentów, którzy obecnie do momentu dostania się do „wąskiego” specjalisty są w zasadzie w ogóle pozbawieni specjalistycznej opieki.

Jako towarzystwo naukowe jak postrzegacie zmiany w systemie kształcenia specjalistycznego, które mają obowiązywać od tegorocznej sesji jesiennej, polegające na wprowadzeniu kształcenia modułowego?

Dotychczasowy system specjalizacji zakładał, że w bardzo wielu specjalizacjach szczegółowych można kształcić się bez konieczności uprzedniego specjalizowania się w dziedzinie chorób wewnętrznych. My drogą pewnego kompromisu staramy się odwrócić ten trend. Opracowano dwuletni moduł podstawowy z chorób wewnętrznych, który obowiązywałby wszystkich przyszłych specjalistów z dziedzin szczegółowych, po jego zakończeniu kontynuowałiby naukę w oparciu o moduł szczegółowy, o odpowiednim czasie trwania zależnym od konkretnej podspecjalizacji, bądź też kończyliby pełnoprofilową specjalizację z zakresu chorób wewnętrznych. W tym systemie w ciągu około pięciu lat będziemy mieli specjalistów dziedzin szczegółowych, z których każdy będzie posiadał odpowiednią bazę z zakresu szeroko rozumianej interny. Nie jest to być może rozwiązanie idealne, ale uwzględniające realia i na chwilę obecną wydaje się być optymalne.

Czy dwuletni kurs z interny Pana zdaniem będzie stanowił wystarczającą podstawę?

Wydaje się, że jest to minimalny okres czasu niezbędny, żeby w programie specjalizacyjnym uwzględnić zdecydowaną większość zagadnień i procedur, które wchodzi w zakres szeroko rozumianej interny. Myślę, że już w trakcie realizacji specjalizacji prowadzonej tym systemem będzie można zweryfikować czy propor-

Przywrócić należne miejsce **internie**

ciąg dalszy ze str. 13 ►►►

cje, które zostały zaproponowane, są odpowiednie. Jest jeszcze pewien kłopot z tym, że nie do końca została opracowana wiarygodna forma oceny jakości tego internistycznego szkolenia. Widoczny jest brak formalnego sposobu usankcjonowania zdobycia wiedzy np. w postaci odpowiedniego certyfikatu. Prawdopodobnie jest jednak, że do momentu, gdy pierwsze kadry szkolone tym systemem osiągną ten etap, sposób weryfikacji zostanie dopracowany na zasadzie rozsądnych ustaleń.

Czy Państwa Towarzystwo nie obawia się, że w związku z wprowadzeniem systemu, w którym przyznawano by certyfikaty za ukończenie modułu in-

ternistycznego, umożliwiającego relatywnie szybko uzyskanie specjalizacji szczegółowej, zmniejszy się liczba osób wybierających specjalizację z chorób wewnętrznych?

Dopóki system organizacyjny nie zagwarantuje realnego i rozsądnego sposobu zatrudniania pełnoprofilowego internisty, takie ryzyko niewątpliwie istnieje. Na pewno jest to forma konkurencyjna, bo możliwość zrobienia podspecjalizacji może spowodować, że koledzy ograniczą się do opanowania interny jedynie w tym zakresie modułowym, chcąc być specjalistami w wązszych dziedzinach. Niebagatelna jest tutaj rola czynników decyzyjnych,

które niewątpliwie mają możliwość przeciwdziałania temu zjawisku. Obecnie i tak jest coraz mniej lekarzy robiących specjalizację z chorób wewnętrznych, ponieważ nie za bardzo widzą oni sens i cel takiego wyboru. Ta sytuacja nie zmienia się tylko ze względu na sposób kształcenia, tutaj największe znaczenie ma system kontraktowania usług internistycznych, czyli tworzenie, utrzymywanie i rozbudowa oddziałów, gdzie specjalista z interny będzie miał preferencje lub przynajmniej równe warunki w stosunku do specjalisty z wąskiej dziedziny medycyny. Trzeba pogodzić system organizacji, kształcenia i finansowania – od tego zależy poprawa jakości opieki internistycznej nad pacjentem. ●

O Fundacji „Lekarzom Seniorom”

Tak wiele znaczy Państwa gest!

Pomagają lekarzom w sędziwym wieku, niepełnosprawnym fizycznie, niemającym, nierzadko zagubionym i bezsilnym w starciu z codziennością. Robią to w geście solidarności, ponieważ ci potrzebujący to członkowie tego samego środowiska lekarskiego – ludzie z dużą wiedzą i bogatym doświadczeniem zawodowym. Prezes Fundacji „Lekarzom Seniorom” ŚIL wraz z członkami Zarządu apeluje: potrzeby, póki co, są zaspokajane, ale środki finansowe, którymi dysponujemy, mogą stopnieć w każdej chwili.

► SŁOWEM PRZYPOMNIENIA

O działalności Fundacji Lekarzom Seniorom pisaliśmy na łamach „Pro Medico” wielokrotnie. Nasi Czytelnicy byli szczególnie informowani o zakresie zadań i stanie finansów organizacji, komentarza w tej sprawie udzielali prezes ORL

dr **Jacek Kozakiewicz** i prezes Fundacji – dr **Wacław Kozioł**. Na temat akcji dotyczącej oddania jednego procentu na łamach „Pro Medico” głos zabierali lekarze kilku pokoleń, zachęcając do tej szczególnej inicjatywy. Koniec okresu rozliczeniowego z fiskusem za rok 2013 uznaliśmy za

doskonałą okazję, by ponownie odwołać się do wrażliwości środowiska lekarskiego i przypomnieć Państwu o możliwości oddania 1 procenta na rzecz organizacji pożytku publicznego – Fundacji Lekarzom Seniorom.

► MOTYWY SĄ SZLACHETNE

Polem aktywności Zarządu Fundacji są najbardziej pilne i bieżące potrzeby lekarzy seniorów, członków ŚIL, podeszłych wiekiem, w stanie zdrowia ograniczającym sprawność. Fundacja za cel uznała wszelkiego rodzaju działania służące wspieraniu w codziennych czynnościach życiowych osób niepełnosprawnych oraz czyni starania o podtrzymanie ich aktywności fizycznej i umysłowej. Niemalą rolę w działaniach Fundacji odgrywa popularyzowanie idei wolontariatu. Trzyosobowy zespół (poza prezesem Wacławem Koziołem, w jego skład wchodzi: dr **Janusz** ►►►

Nie bądź obojętnym! Przekaż 1% podatku na cele Fundacji Lekarzom Seniorom (numer KRS 0000316367) i wesprzyj potrzebujących Kolegów i Koleżanki.

Seniorzy czekają na Twoją pomoc - gest, który nic nie kosztuje, a wiele znaczy!

**dr Wacław Kozioł,
prezes Fundacji**

►►► **Milejski oraz dr Stanisław Borysławski** pracuje charytatywnie. Fundacja ponosi jedynie koszty obsługi administracyjnej i finansowej.

– *Naszą misją jest wsparcie człowieka w potrzebie. I ten cel działalności Fundacji pozostaje niezmienny. Chcemy udzielać wsparcia w niepełnosprawności, starości, samotności. Często jest też tak, że wśród wielu naszych starszych kolegów i koleżanek wydatki pojawiają się w sposób nieoczekiwany. Fundacja jest dla wszystkich, którzy nas potrzebują – deklaruje w rozmowie z „Pro Medico” dr Wacław Koziół i dodaje: – Pomagamy wtedy, gdy wystąpi zapotrzebowanie. Nie narzucamy swojej działalności i pomocy nikomu, kto by sobie tego nie życzył. Reagujemy dopiero wówczas, gdy ktoś do nas formalnie zwróci się o pomoc. Zgodnie z regulaminem, Zarząd rozpatruje prośby i udziela dofinansowania do konkretnego wydatku. Przykładowo: ktoś potrzebuje protezę za 16 tys. zł – my możemy wesprzeć taki zakup kilkutyśieczną dopłatą, nie dajemy natomiast całości kwoty. Wszystkie koszty, w których mamy partycypować, muszą być ściśle udokumentowane. W innym wypadku nie możemy przekazać pieniędzy – w gruncie rzeczy – publicznych – uzasadnia prezes Fundacji.*

► PROSTO DO CELU...

W 2012 i 2013 roku Fundacja otrzymała środki finansowe pochodzące z 1 procenta, odpowiednio w kwotach: 62 919,18 zł i 49 111,22 zł, z indywidualnych darowizn: 1 398,53 zł. Pieniądze zostały prze-

kazane na pomoc materialną lekarzom seniorom. Dofinansowano m.in. zakup protezy podudziowej, operację barku, protezę modularną, przyrząd do masażu „QUATROMED III” na potrzeby Domu Lekarza Seniora w Sosnowcu, adaptację łazienki dla osoby niepełnosprawnej, leczenie i rehabilitację lekarzy zgłoszonych przez Komisję Socjalno-Bytową ORL w Katowicach. Fundacja pokryła także częściowo koszty koncentratora tlenu Perfecto 2 oraz dopłaciła za przyrząd monitorujący poziom glikemii „Dexcom”. Na wniosek może dofinansować koszty pobytu w Domu Lekarza Seniora w Sosnowcu.

– *Dziś bilans finansowy Fundacji jest na*

z naszego lekarskiego środowiska, ale nie ukrywam, że może w przyszłości zwrócimy się także poza jego krąg, może ktoś, komu lekarz senior pomógł w przeszłości, będzie chciał się mu zrewanżować i wyciągnąć pomocną dłoń? Zależy nam na wsparciu osób, które cechują się zwiększoną empatią, aby także w ciągu roku wzmacniały nasze działania. Takich ludzi udało nam się pozyskać, ale jest ich – niestety – bardzo niewiele – komentuje prezes Wacław Koziół.

► W RĘKACH LEKARZY

Fundacja zajmuje się nie tylko dofinansowaniem leczenia czy opieki, ale planuje także zaangażowanie w działania prowa-

Na naszej stronie internetowej:
www.izba-lekarska.org.pl
 można pobrać gotowy formularz PIT
 z uzupełnionym numerem KRS Fundacji
 i w ten prosty sposób przekazać swój 1%
 na rzecz Lekarzy Seniorów!

plusie, ale stan ten może w każdej chwili ulec zmianie. Wystarczy, że ktoś np. z Domu Lekarza Seniora będzie potrzebował większych dopłat do tzw. „usług bytowych” kwoty, którymi dziś dysponujemy, błyskawicznie stopnieją. O wsparcie materialne Fundacji apelowaliśmy wielokrotnie do osób

działające w tym zakresie przez organizacje państwowe, samorządowe i pozarządowe, wspieranie zakładów opieki zdrowotnej wyspecjalizowanych w leczeniu osób w wieku podeszłym, w których leczeni są lekarze.

Prowadzone są też starania mające na celu aktywizowanie seniorów poprzez działania edukacyjne. Nierzadko są oni chętni do dzielenia się swą wiedzą i dużym doświadczeniem.

– *Rozwój Fundacji zależy od tego, w jaki sposób środowisko będzie skonsolidowane. Jeśli lekarze zrozumieją ideę, misję i cel Fundacji – to w zamian pojawi się reakcja pod postacią odpowiednich wpłat. To z kolei pozwoli nam rozwinąć skrzydła, rozszerzyć działania. Chcielibyśmy organizować koncerty charytatywne czy wykłady, a docelowo tworzyć nawet dodatkowe zakłady opiekuńcze – jeśli byłaby taka możliwość. Perspektyw jest dużo. Środowisko lekarskie musi jednak wcześniej tę ideę zrozumieć i wykazać chęć jej wsparcia. Od nas samych zależy, czym ta Fundacja będzie – akcentuje dr Wacław Koziół. ●*

*Żyjmy tak, aby nasze myśli, zamiary
 i uczynki podobały się Najwyższemu,
 a pamięć o nich pozostała w tych, co będą po nas”
 /motto zaczerpnięte ze starych ksiąg kościoła w Baltimore/*

Drogie Koleżanki i Koledzy Lekarze, Lekarze Dentyści, Lekarze Emeryci i Rencisci!

Ponownie zwracam się do Szanownych Kol. Kol. z prośbą o przeznaczenie 1% w rozliczeniu podatku za rok 2013 na konto Fundacji „Lekarzom Seniorom”. Odwołuję się do dobrych intencji każdego z nas, aby wesprzeć program Fundacji, który można realizować tylko dzięki naszemu solidarnemu wsparciu finansowemu. Myślę, że cel, któremu będą służyły wyznaczone przez nas same środki finansowe, będzie dowodem naszej solidarności w trosce o godny byt nas wszystkich, w obliczu tego, iż każdy z nas doczeka sędziwego wieku. W imieniu wszystkich Lekarzy Seniorów oraz lekarzy, którzy borykają się z trudnościami finansowymi ze względu na wiek, utracone zdrowie oraz niejednokrotnie samotne życie, serdecznie dziękuję za przystąpienie do corocznej akcji składania 1% podatku oraz własnych, indywidualnych kwot. Pozdrawiam z wyrazami szacunku, licząc na zrozumienie i poczucie odpowiedzialności za los nas wszystkich.

Irena Utrata

Przewodnicząca Komisji ds. Lek. i Lek. Dentystów Emerytów i Rencistów

Aleksandra Wiśniowska

Jeden dzień w „Jesiennej Róży”

► DROBNE RADOŚCI

– Profesorze, zupa dzisiaj była rewelacyjna! Zjadłam ją z wielką przyjemnością, czasami można pogrześcić, a w naszym wieku to już głównie jedzeniem! – żartuje w rozmowie z prof. **Andrzejem Łępkowskim** dr **Halina Klęczarowa** – pensjonariuszka sosnowieckiego Domu Lekarza Seniora „Jesienna Róża”.

Moi rozmówcy siedzą w niewielkim saloniku z widokiem na zadbane podwórze. Gość w „Jesiennej Róży” to małe święto, takie, które nie przydarza się w tym miejscu codziennie i każdemu. Stąd wszelkie wizyty na ul. Szpaków są celebrowane.

– Warunki, w jakich żyjemy są luksusowe – zaczyna oficjalną część spotkania profesor Andrzej Łępkowski. – Jest czysto, pokoje i łazienki są sprzątane często i dokładnie, jest bardzo dobre jedzenie i miła, troskliwa obsługa, której praca – nie ukrywam – jest ciężka i wymagająca. Ten dom – w mojej opinii – jest wyjątkowo dobrze prowadzony – mówi z zadowoleniem. – Naszą największą bolączką jest samotność, choć staramy się spędzać czas wspólnie, widzimy się codziennie. Dr Halina Klęczarowa sporo czyta, pożyczam od niej różne wydawnictwa, nierzadko dyskutujemy na ich temat, czasami nawet pojawiają się pewne różnice zdań! Lubię beletrystykę, książki naukowe, biografie – wszystko, co uda mi się zdobyć. Dzięki lekturze zyskuję bardzo przydatną wiedzę, która z czasem i wiekiem umyka. O wielu kwestiach po pro-



Prof. Andrzej Łępkowski i prof. Anna Dyaczyńska Herman

karnawałową, człowiek się trochę powyglupiał. Kazali! – śmieje się.

– Tak! A wczoraj były u nas dzieci z przedszkola – wtrąca z ożywieniem prof. **Anna Dyaczyńska-Herman**, podobno dusza towarzystwa w Domu Seniora. – Recytowały wierszyki, śpiewały piosenki, jadły ciasteczka. Bardzo nas takie wizyty cieszą, to takie drobne radości – przyznaje.

► A KTO BY TO PAMIĘTAŁ!

Przebywający w „Jesiennej Róży” lekarze seniorzy znają się jeszcze z lat aktywności zawodowej, choć czasy spędzone w szpitalnych murach wspominają rzadko – to



Dr Halina Klęczarowa

nam znieczulała... Pamiętam jak kiedyś na Francuską przywieźli nam bardzo ciężki przypadek pacjenta – kolejarza, któremu zderzaki wagonów zmiażdżyły twarz. Wszystko było porozrywane, nie potrafiliśmy sobie z Mańką Stanecką poradzić z zaintrubowaniem. Zadzwoiłam do prof. Dyaczyńskiej i poprosiłam o pomoc. Przyjechała bardzo szybko. „Co Wy robicie, pacjenta chcecie udusić?” – pytała w złości. Po czym sprawnie go zaintrubowała i znieczuliła, a my z Mańką sparaliżowane ze strachu zoperowałyśmy – opowiada dr Klęczarowa.

– Wyszedł z tego! Mówił potem niewyraźnie, ale przeżył. To był bardzo trudny zabieg – dodaje prof. Dyaczyńska-Herman.

– Pamiętam z tamtych czasów, że pani profesor była bardzo energiczna i żywiołowa – mówi dr Halina Klęczarowa.

– Ale to jest czas przeszły, dokonany! – odpowiada z uśmiechem prof. Dyaczyńska.

– A ta operacja, to ile lat temu była? – pytam zaciekawiona...

– A kto by to pamiętał!

Życie w „Jesiennej Róży” płynie swobodnie swym torem, z góry wiadomym schema-

Zachęcamy Państwa do przekazywania książek na rzecz powstającej biblioteki w Domu Lekarza Seniora. Każdy, kto chciałby darować wydawnictwa, proszony jest o przywiezienie ich pod adres: Dom Lekarza Seniora „Jesienna Róża”, ul. Szpaków 11, Sosnowiec.

Ewentualne pytania można kierować na adres e-mailowy: a.wisniowska@izba-lekarska.org.pl

stu się zapomina. Książki pozwalają odświeżyć pamięć – tłumaczy profesor. – Latem jest więcej rozrywek, bo wiele czasu spędzamy w ogródku, siedzimy na ławkach w słońcu, wkoło kwitną kwiaty... A zimą mamy inne zajęcia. Ostatnio zorganizowano zabawę

odległą przeszłość. Dziś przypominają sobie wspólne zawodowe perypetie.

– Znam profesora Łępkowskiego z Zabrza – wspomina dr Klęczarowa. – Przyjeżdżał do nas na klinikę, wspólnie operowaliśmy. – Profesor Dyaczyńska-Herman niejednokrotnie



fot.: Aleksandra Wiśniowska

Dyrektor ośrodka – Danuta Mysza

tem. Pobudka, toaleta, śniadanie, czas na lekturę lub telewizję, rehabilitację, ćwiczenia, kolejny posiłek... W pewnym wieku i na pewnym etapie życia taki spokój i stabilizacja jest „życiowym błogosławieństwem” – przyznają pensjonariusze.

– Nam wszystkie kłopoty życia codziennego odpadają, a czujemy się tutaj jak członkowie rodziny – zapewnia prof. Łępkowski. Poczucie opieki i troska otaczających ludzi – to przywilej, wartość dodana. Lekarze przebywający w domu seniora mają wokół siebie osoby, którym nie są obojętni, które dbają o ich komfort i rozrywkę.

– Wczoraj na przykład byliśmy na wycieczce. Dzięki dr Kałużnej pojechaliśmy odwiedzić Centrum Rehabilitacji dla dzieci na osiedlu Tysiąclecia – opowiada prof. Łępkowski.

– Mielśmy okazję wypróbować sprzęty do rehabilitacji – dodaje prof. Dyaczyńska-Herman. – Obejrzeć sobie to wszystko z bliska. Wycieczka, jak przyznają, wymagała sporego wysiłku fizycznego, ale pozostawiła wiele wrażeń.

– Odwiedzają nas też koledzy z Izby Lekarskiej. Niedawno odbyło się bardzo przyjemne spotkanie m.in. z panem dr. Kozakiewiczem – prezesem ORL, muzykującym dr. Góralem, była pani dr Korniak i pani dyrektor Galwas-Prasalek. Siedzieliśmy sobie przy stole, Izba postawiła nam pyszną kolację, wypiliśmy lampkę wina, były ciasta. Długo rozmawialiśmy o wszystkim. Doktor Kozakiewicz jest prawdziwie zainteresowany nami i dba o wzajemne relacje – podkreśla prof. Łępkowski.

– Cieszymy się, że nie pozostaje obojętny i jest ciekawy, jak nam się mieszka. Rozmawiał z nami o Izbie, o sytuacji w kraju, o naszym życiu tutaj – do późnych godzin wieczornych – dodaje prof. Dyaczyńska-Herman.

– Ale my wiemy, co sływać w Izbie, bo czytamy „Pro Medico”. Mamy tu nawet takiego pana (nie jest lekarzem), który bardzo chętnie pożycza od nas to kolorowe, ładnie wydane pismo i... niemal zawsze nad nim zasypia!

Czasami nawet sprawdzam czy on czyta, czy śpi – wkładam dłoń między kartki i czekam na reakcję! – śmieje się prof. Łępkowski. – O tak, są też dni, że czyta do góry nogami! – komentuje z uśmiechem prof. Dyaczyńska-Herman.

► OD KUCHNI...

Rozmawiamy jeszcze chwilę, po korytarzu biega pupilka pensjonariuszy – Fortuna, pieszczotliwie zwana Tuńcią – mieszaniec owczarka niemieckiego i beagle’a. Suczka potrąca mokrym nosem swobodnie zwisające z oparcia foteli dłonie.

– Żałuję, że obowiązki administracyjne nie pozwalają mi na większe zaangażowanie w życie pensjonariuszy – mówi **Danuta Mysza**, dyrektor obiektu. – Bardzo chciałabym móc poprowadzić regularne zajęcia ze sztuki, muzyki i tańca. Mam dyplom z arteterapii, ale nadmiar obowiązków, póki co, uniemożliwia mi praktyczne wykorzystanie wiedzy i większe zaangażowanie. A przykro jest patrzeć na samotnych ludzi, do części z nich nie przychodzą rodziny. To jest nasz największy problem.

Jednak wysiłki administracyjne dają efekty. Dzięki staraniom o dotację unijną, Dom Lekarza Seniora ma zatrudnioną na pełny etat rehabilitantkę, a pensjonariusze zagwarantowane codzienne zajęcia w dobrze wyposażonej sali rehabilitacyjnej. Tam właśnie znajduje się materac do masażu ciała, zakupiony dzięki finansowemu wsparciu Fundacji Lekarzom Seniorom działającej z ramienia ŚIL.

– Robimy wszystko, by nasi podopieczni czuli się komfortowo. Mają całodobową opiekę, na bieżąco monitorowany stan zdrowia. Staramy się także, by kontakty towarzyskie były bardziej intensywne – stąd organizowane zabawy taneczno-muzyczne, programy rozrywkowe i wizyty przedszkolaków, planujemy w najbliższym czasie otworzyć tu bibliotekę. W każdą sobotę w naszej kaplicy odprawiane są msze święte – wymienia Danuta Mysza i przyznaje, że w codziennej opiece 34 pensjonariuszom towarzyszy blisko 16 osób z obsługi.

„Jesienna Róża”, znajdująca się w sąsiedztwie sosnowieckich ogródków działkowych, to miejsce szczególne. Bezpieczna i cicha przystań dla wszystkich, którzy z racji wieku i fizycznych ograniczeń nie mogą już prowadzić samodzielnego życia. Ograniczenia jednak nie muszą oznaczać izolacji. Goście w Domu Lekarza Seniora są witani z otwartymi ramionami, a wdzięczność, z jaką mogą się tu spotkać, jest nieoceniona. Warto sprawdzić samemu... ●

Wysłuchała:

Aleksandra Wiśniowska



LISTY DO REDAKCJI

Szanowna Redakcjo!

Może dobrze byłoby do beczki miodu włożyć trochę dziegciu i pokazać, że nie zawsze jesteśmy tacy mili i kulturalni wobec tych, którym wiele zawdzięczamy... Grzeczni, kulturalni, cisi i na nieszczęście skromni, niczego sobie nie „załatwiają”, tak jest, sądzę, wszędzie. Są spotkania, na których docenia się emerytowanych lekarzy, o czym pisze nasza gazeta, ale codzienna sytuacja wewnątrz szpitali jest inna. Nie szanujemy tych, którzy mają już wiek emerytalny, może ci, co nadeszli, boją się ich wiedzy, kulturalnego traktowania pacjenta, doświadczenia?

Jak słyszę, że dyrekcja szpitala cieszy się, że „starsi lekarze są docenieni, bo tak wiele zrobili”, to mnie... Tak, dużo zrobili, święta prawda, ale niestety dyrekcja tego nie docenia na co dzień! Nie myślę tylko o tej, która jest teraz, ale o wszystkich po kolei, a było ich trochę w szpitalu. Dla nich liczą się tylko ci, którzy „robią kontrakt”... Są sytuacje, gdy emerytowany lekarz chce trochę dorobić do emerytury, ale nowy szef się nie zgadza. A przecież on też kiedyś nie będzie młody. Może ktoś napisze, jaka jest naprawdę sytuacja w szpitalach wobec najstarszych kolegów?

Lekarz – senior

Imię i nazwisko do wiadomości Redakcji

Komunikat

ZAPROSZENIE

Komisja ds. Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach uprzejmie zaprasza Szanowne Koleżanki i Kolegów, w szczególności twórców poezji i prozy do wstąpienia do Sekcji Literackiej Komisji

Podczas spotkań w Dyskusyjnym Klubie Literackim będzie możliwość prezentacji własnej twórczości oraz dyskusji z zapraszanimi gośćmi. Planowane jest również nawiązanie kontaktów z innymi środowiskami literackimi oraz wydawcami.

Kontakt z sekretarzem Komisji:
dr. Janem S. Kłopotowskim,
tel.: 601 431 803

Grzegorz Góral
przewodniczący Komisji ds. Kultury

Międzynarodowa konferencja naukowa „Wiara i miłość wobec bólu duszy – znaczenie duchowości w opiece nad chorymi oraz w doświadczaniu choroby”

XXII Światowy Dzień Chorego



fot.: Danuta Dojmund

Aula Wydziału Teologicznego UŚ w czasie obrad konferencyjnych. W pierwszym rzędzie od lewej widoczni Franz i Clara Coriasco oraz Ruggero i Maria Teresa Badano – przyjaciele i rodzice błogosławionej Chiary Luce.

Światowy Dzień Chorego, zainicjowany przez naszego wielkiego rodaka Jana Pawła II, od dwudziestu dwóch lat obchodzony jest 11 lutego. Ta szczególna data jest doskonałą okazją, aby pochylić się z troską nad osobami chorymi, niepełnosprawnymi oraz doświadczającymi ograniczeń wskutek podeszłego wieku. Obchody Dnia Chorego pozwalają również pokłonić się krewnym, opiekunom osób chorych oraz tym, którzy profesjonalnie wspierają chorych: lekarzom, pielęgniarkom, położnym, fizjoterapeutom, pracownikom laboratoriów, farmaceutom i wszystkim innym odpowiedzialnym za prawidłowe funkcjonowanie placówek służby zdrowia.

W ramach obchodów XXII Światowego Dnia Chorego 18 lutego w auli Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach odbyła się niezwykle międzynarodowa konferencja naukowa pt. „Wiara i miłość wobec bólu duszy – znaczenie duchowości w opiece nad chorymi oraz w doświadczaniu choroby”.

Konferencja była zorganizowana przez Wydział Teologiczny Uniwersytetu Śląskiego, Wydział Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Apostolstwo Chorych. Patronat honorowy objęli: abp dr **Zygmunt Zimowski**, przewodniczący Papieskiej Rady ds. Służby Zdrowia (popularnie zwany watykańskim ministrem zdrowia), abp dr **Wiktor Skworec**, wielki kanclerz Wydziału Teologicznego Uniwer-

sytetu Śląskiego, bp dr **Stefan Regmunt**, przewodniczący Zespołu Konferencji Episkopatu Polski ds. Służby Zdrowia, prof. dr hab. **Wiesław Banyś**, rektor Uniwersytetu Śląskiego oraz prof. dr hab. **Przemysław Jałowicki**, rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Arcybiskup Zygmunt Zimowski już wcześniej, w przeddzień konferencji, spotkał się z pacjentami, personelem medycznym i studentami w Klinice Kardiologii Dziecięcej Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach-Ligocie, a następnie w szpitalu św. Józefa w Mikołowie oraz w hospicjum w Chorzowie Batorem.

Tematykę konferencji „Wiara i miłość wobec bólu duszy”, związaną z tajemnicą cierpienia i choroby w ujęciu teologicznym, przedstawili: ks. prof. dr hab. **Jerzy Szymik** z Uniwersytetu Śląskiego, ks. dr hab. **Marek Chmielewski** z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego oraz ks. **Janusz Malski** – moderator generalny Cichych Pracowników Krzyża z Rzymu. Aspekty medyczne tego tematu zaprezentowali: prof. dr hab. n. med. **Witold Lukas** – koordynator Regionalnego Ośrodka Kształcenia Lekarzy Rodzinnych i dr **Agnieszka Prymus** – psychiatra. Z punktem widzenia agnastyki uczestnicy konferencji mogli zapoznać się słuchając włoskiego dziennikarza, pisarza i publicysty – **Franza Coriasco**. W konferencji udział wzięli licznie zgromadzeni pracownicy nauko-

wi, studenci i absolwenci Wydziału Nauk o Zdrowiu SUM, Wydziału Teologicznego UŚ i innych śląskich uczelni, a także przedstawiciele władz samorządowych, lekarze, nauczyciele, katecheci, rodzice i opiekunowie osób chorych i niepełnosprawnych oraz wolontariusze. Wśród zaproszonych gości znaleźli się prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach, dr **Jacek Koza-kiewicz** oraz dr **Mariola Bartusek** – przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach.

Wzruszające świadectwo o tym, jak mądrze towarzyszyć umierającemu dziecku, przedstawili specjaliści konferencji: przyjaciele (**Clara i Franz Coriasco**) oraz rodzice (**Maria Teresa i Ruggero Badano**) – **błogosławionej Chiary Luce** („Jasne Światło”), włoskiej 17-latk, która potrafiła ból choroby nowotworowej przemienić w miłość. Na pytanie umierającej córki: „Mamo czy będziesz mnie cały czas mocno trzymała za rękę?” Maria Teresa odpowiedziała: „Będę Cię tak długo trzymała, aż poczuję, że z drugiej strony chwyciła twoją dłoń Matka Boska.” A ostatnie zdanie błogosławionej Chiary Luce to: „Mamo bądź szczęśliwa, bo ja jestem szczęśliwa”. ●

dr hab. n. med.
Grażyna Markiewicz-Łoskot
prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach



Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich



Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich (KSLP) skupia lekarzy, którzy akceptują naukę Kościoła Katolickiego, konsekwentnie bronią godności i nienaruszalności życia ludzkiego od poczęcia do naturalnej śmierci.

Stowarzyszenie powstało podczas II Światowego Dnia Chorego, obchodzonego w Polsce na Jasnej Górze 11 lutego 1994 roku, w obecności ks. kardynała Fiorenzo Angelini, przewodniczącego Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia.

KSLP swoje cele statutowe, w tym głównie: obronę życia, stałą formację duchową i intelektualną, krzewienie zasad etyki i moralności katolickiej, realizuje przez działalność Oddziałów Wojewódzkich we współpracy z Duszpasterstwem Służby Zdrowia.

W 1998 r. KSLP zostało włączone do Międzynarodowej Federacji Katolickich Stowarzyszeń Lekarskich (FIAMC), a od 2000 r. należy do Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Lekarzy Katolickich (FEAMC), której obrady odbywają się co cztery lata w różnych państwach.

XI Kongres FEAMC odbył się we wrześniu 2008 r. w Gdańsku. Zdecydowana postawa lekarzy Oddziału Śląskiego KSLP przyczyniła się do istotnych zmian końcowej „Deklaracji Gdańskiej”, dotyczących godności i ochrony życia ludzkiego.

Nasz Oddział Śląski aktywnie współpracu-

je z Archidiecezjalnym Duszpasterstwem Służby Zdrowia, Śląską Izbą Lekarską oraz z Polskim Towarzystwem Lekarskim, co zaowocowało m.in. organizacją sympozjów naukowych: „Prawo do godnej śmierci”, „Dziecko wobec choroby, cierpienia i śmierci”, „Lekarz wobec możliwości współczesnej genetyki”, „Realizacja prawa do życia w codziennej praktyce lekarza i farmaceuty”, „Transplantacja darem dla bliźniego”, „Alkoholizm lekarza zagrożeniem dla pacjenta i samego lekarza”, „Niepłodność – trudny problem zdrowia publicznego”.

Zajmowaliśmy także stanowiska w obronie życia ludzkiego i jego godności poprzez publikację listów otwartych oraz wystąpienia w mediach, wyrażając stanowczy sprzeciw wobec eutanazji, aborcji, in vitro, ideologii gender.

W ubiegłym roku, 17 października, w wigilię Święta św. Łukasza, który jest naszym patronem, przedstawiciele służby zdrowia z całej Archidiecezji po raz pierwszy spotkali się w Katedrze w Katowicach na wspólnej modlitwie. Uroczystej Mszy Św. przewodniczył ks. arcybiskup **Wiktor Skworec**, który

w homilii zaapelował, abyśmy nie ulegali narzucanej przez system dehumanizacji i przywracali słowom „Służba Zdrowia” właściwe znaczenie służby choremu człowiekowi.

Po homilii ks. metropolita Wiktor Skworec poświęcił sztandar Oddziału Śląskiego Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, przedstawiający z jednej strony wizerunek Matki Bożej Piekarskiej, czczonej jako Lekarka Chorych i Matka Sprawiedliwości i Miłości Społecznej. Z drugiej strony sztandaru jest wizerunek św. Łukasza – naszego patrona.

15 lutego br. w Częstochowie odbyły się uroczyste obchody Jubileuszu XX-lecia KSLP, które od dwóch lat nosi imię bł. ks. Jerzego Popiełuszki.

Dziękczynnej Mszy Św. przed Cudownym Obrazem Matki Bożej Jasnogórskiej przewodniczył arcybiskup **Zygmunt Zimowski** – przewodniczący Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Obecni byli również: abp. **Wacław Depo** – metropolita Częstochowski oraz bp. **Stefan Reg-**



munt – przewodniczący Komisji Episkopatu Polski ds. Służby Zdrowia.

Z całej Polski przyjechało kilkuset lekarzy i kilkudziesięciu kapłanów. Z naszego Oddziału Śląskiego KSLP – dziesięcioro lekarzy z pocztym sztandarowym wraz ze swoim duszpasterzem ks. **Krzysztofem Tabathem**. Po Mszy Św. w auli Wyższego Seminarium Duchownego w Częstochowie, w ramach Jubileuszowej Konferencji, odznaczono zasłużonych dla KSLP lekarzy. Z naszego Oddziału wyróżnienia otrzymali:

- prof. dr hab. n. med. **Tadeusz Wencel**,

- dr **Barbara Kopczyńska**,
- dr n. med. **Elżbieta Kortyczko** – obecna prezes Oddziału.

Już dziś zapraszamy Koleżanki i Kolegów Lekarzy:

1. Do Domu Parafialnego przy Kościele Mariackim w Katowicach, Plac Ks. E. Szramka 1 na comiesięczne spotkania formacyjne w czwarte środy miesiąca, godz. 19.00,
2. Na Rekolekcje Wielkopostne od Niedzieli Palmowej do Wielkiej Środy, godz. 19.00.
3. Na Ogólnopolską Pielgrzymkę Służby Zdrowia na Jasną Górę w ostatni weekend maja.

4. Do Katedry Chrystusa Króla w Katowicach, w niedzielę 19 października br., o godz. 15.00, na Archidiecezjalną Pielgrzymkę Służby Zdrowia.

Szczegółowe informacje na stronie: www.dsz.katowice.pl oraz www.kslpkatowice.republika.pl ●

Dr n. med. Elżbieta Kortyczko
prezes Oddziału Śląskiego KSLP,
dr Barbara Kopczyńska wiceprezes
ks. Krzysztof Tabath
– Archidiecezjalny Duszpasterz
Służby Zdrowia

List otwarty Oddziału Śląskiego Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich Przeciwko ideologii gender

W obliczu absurdu ideologii gender i jej rozpowszechniania, którego podstawowym założeniem jest minimalizacja, a nawet zanegowanie wymiaru biologicznego płci, my, lekarze zrzeszeni w Katolickim Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich, Oddziale Śląskim, w poczuciu odpowiedzialności za dobro człowieka i przyszłość społeczeństwa, zwracamy uwagę na zakłamanie oczywistych, obiektywnych i naukowych podstaw ludzkiej płciowości. Krzywda wyrządzana przez to kłamstwo będzie nieodwracalna dla wielu ludzi i nie do naprawienia przez długi czas dla całej ludzkości.

W świetle nauk biologicznych płeć zostaje jednoznacznie uwarunkowana w momencie zapłodnienia. Genetycznie określa się to zestawem chromosomów: 46,XX – płeć żeńska i 46,XY – płeć męska. To właśnie chromosomy XX i XY decydują o dalszych konsekwencjach hormonalnych, psychicznych i fizycznych w organizmie człowieka.

Płeć zatem nie jest uwarunkowana kulturowo ani osobistą decyzją. Cechy fizyczne oraz hormonalno-nerwowe i psychiczne są wynikiem wcześniejszego uwarunkowania genetycznego. Zmiana cech fizycznych, którą usiłuje się czasem dokonywać przy różnych próbach zmiany płci metodami medycznymi, nie powoduje odwrócenia cechy genetycznej, która jest stała. Jedynie zwiększy destabilizację tożsamości, co w efekcie ma bezpośredni wpływ na zdrowie osoby.

Stabilny układ psychofizyczny jest oznaką zdrowia.

Naruszenie układu psychicznego może zachwiać osobowością pacjenta, a w przypadku braku stabilizacji jego tożsamości, leczenie somatyczne również jest zaburzone. Trudno wtedy mówić o dobrostanie człowieka.

Ideologia gender jest także niebezpieczna dla całego społeczeństwa przez:

- hamowanie prokreacji,
- niszczenie pojęcia rodziny rozumianej jako mąż, żona, dzieci,
- degradację osobowościową poszczególnych jednostek,
- kłamliwe wychowanie, które też jest degradacją, ponieważ to, co miało prowadzić do pełni człowieczeństwa – destabilizuje poczucie własnej tożsamości,
- manipulację, która powoduje zniewolenie człowieka – wy-

zwalanie zewnętrznymi warunkami potrzeb, których nie ma, manipulację pozbawiającą człowieka fundamentalnej prawdy o nim samym.

Zadaniem prawa jest chronienie człowieka i jego dobra. Prawnym absurdem byłaby lansowana przez gender możliwość ciągłego zmieniania decyzji o swojej przynależności płciowej. Konstytucja RP w następujących artykułach gwarantuje prawo do wychowania ku wartościom – pełni człowieczeństwa, nie do deformacji przed którą ma chronić:

Art. 18

Małżeństwo jako związek kobiety i mężczyzny, rodzina, macierzyństwo i rodzicielstwo, znajdują się pod ochroną i opieką Rzeczypospolitej Polskiej.

Art. 31

1. Wolność człowieka podlega ochronie prawnej.
2. Każdy jest obowiązany szanować wolności i prawa innych. Nikogo nie wolno zmuszać do czynienia tego, czego prawo mu nie nakazuje.
3. **Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie** i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź **dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej**, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw.

Art. 48

1. Rodzice mają prawo do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonaniami. Wychowanie to powinno uwzględniać stopień dojrzałości dziecka, a także wolność jego sumienia i wyznania oraz jego przekonania.

Art. 72

1. Rzeczpospolita Polska zapewnia ochronę praw dziecka. Każdy ma prawo żądać od organów władzy publicznej **ochrony dziecka przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem i demoralizacją.**

JAKO LUDZIE, LEKARZE, POLACY I KATOLICY, WOBEC IDEOLOGII GENDER WOŁAMY – NIE!

Zarząd Oddziału Śląskiego
Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich
prezes dr n. med. Elżbieta Kortyczko
wiceprezes dr Barbara Kopczyńska

Śląska Izba Lekarska w Katowicach zaprasza na **KURSY I KONFERENCJE**

► **11.04.2014 (piątek) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

„Leczenie minimalnie inwazyjne – od teorii do praktyki klinicznej”

Wykład poprowadzi dr Hien Go

(wykład z tłumaczem)

Współpraca: Marrodent

► **16.04.2014 (środa) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

„Najczęstsze urazy i schorzenia odcinka piersiowo-lędźwiowego kręgosłupa”

Wykład poprowadzą dr n. med. Tomasz Gajda

oraz dr n. med. Marek Kaleta

► **25.04.2014 (piątek) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

„Leczenie patologii okołowierzchołkowych – rekomendowane strategie i techniki współczesnej endodoncji”

Wykład poprowadzi dr Bartosz Cerkaski

Współpraca: Multidental-Med

► **9.05.2014 (piątek) godz. 10.00 lub godz. 12.00**

Kurs doskonalący – warsztaty

„Czy teoria sprawdza się w praktyce – opracowanie fantomów zębowych narzędziami rotacyjnymi”

Odpłatność za kurs praktyczny wynosi 100,00 PLN – wpłaty przele-

wem na konto: Multidental-Med Sp.J; 61-432 Poznań,

ul. Jesionowa 25, Fortis Bank O/Poznań nr 24 1600 1084 0004 0503

6225 2001 (z dopiskiem – kurs Katowice).

Liczba miejsc została ograniczona.

Decyduje kolejność zgłoszeń.

Warsztat poprowadzi lek. dent. Wiesław Kieroński (specj. chirurg)

► **14.05.2014 (środa) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

„Choroby i urazy barku”

Wykład poprowadzą dr n. med. Tomasz Gajda

oraz dr n. med. Marek Kaleta

► **17.05.2014 (sobota) godz. 9.30**

Kurs doskonalący

„Interpretacja zapisu EKG dla lekarzy rodzinnych – arytmie, niedokrwienie i bloki – spotkanie drugie”

Wykład poprowadzi dr hab. n. med. Krzysztof Szydło

► **19.05.2014 (poniedziałek) godz. 15.30**

Kurs doskonalący

„Diagnostyka ultrasonograficzna jamy brzusznej w teorii i praktyce – kurs podstawowy”

brak miejsc

► **21.05.2014 (środa) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

„Choroby wywołane przez kleszcze – diagnostyka i leczenie”

Wykład poprowadzi dr n. med. Lucjan Kępa

► **23.05.2014 (piątek) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

„Wstęp do Elektronicznej Dokumentacji Medycznej”

► **4.06.2014 (środa) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

„Medycyna podróży”

Wykład poprowadzi prof. dr hab. n. med. Anna Boroń-Kaczmarek

► **06.06.2014 (piątek) godz. 15.30**

Kurs doskonalący

„Rozmowa z pacjentem terminalnym”

Liczba miejsc została ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń.

Zgłoszenia wyłącznie na formularzu zgłoszeniowym.

Warsztat poprowadzi dr hab. n. hum. Alicja Gałązka

► **10.06.2014 (wtorek) godz. 15.30**

Kurs doskonalący

„Nagłe stany zagrożenia życia u dzieci (warsztaty praktyczne)”

brak miejsc

► **11.06.2014 (środa) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

„Choroby i urazy stawu kolanowego u osób młodych”

Wykład poprowadzą dr n. med. Tomasz Gajda

oraz dr n. med. Marek Kaleta

► **24.06.2014 (wtorek) godz. 15.30**

Kurs doskonalący

„Nagłe stany zagrożenia życia u dzieci (warsztaty praktyczne)”

Kurs przygotowany jest szczególnie dla lekarzy bez doświadczeń w leczeniu nagłych stanów zagrożenia życia.

Szkolenie odbywać się będzie w małych grupach warsztatowych z zastosowaniem manekinów i sprzętu ratunkowego.

Czas trwania: 7 godzin dydaktycznych.

Liczba miejsc została ograniczona.

Decyduje kolejność zgłoszeń.

Odpłatność za udział w warsztatach praktycznych wynosi 50 zł.

Wpłaty należy dokonywać na konto: 43 1020 2313 0000 3102 0020 0246 (z dopiskiem: stany nagłe).

Warunkiem uczestnictwa jest wypełnienie i przesłanie formularza zgłoszeniowego oraz dokonanie przelewu.

Kierownik naukowy dr n. med. Ludwik Stołtny

► **29.10.2014 (środa) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

„Choroby i deformacje stóp”

Wykład poprowadzą dr n. med. Tomasz Gajda

oraz dr n. med. Marek Kaleta

► **26.11.2014 (środa) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

„Najczęstsze neuro i entezopatie kończyn”

Wykład poprowadzą dr n. med. Tomasz Gajda

oraz dr n. med. Marek Kaleta

Kursy i konferencje odbędą się w Domu Lekarza w Katowicach przy ul. Grażyńskiego 49a
Uczestnik otrzymuje punkty edukacyjne zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r.
w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków (Dz.U. Nr 231 poz. 2326).

Zgłoszenia można przysyłać elektronicznie na formularzu zgłoszeniowym umieszczonym
na stronie www.izba-lekarska.org.pl w zakładce KURSY, SZKOLENIA, KONFERENCJE.

Dodatkowe informacje pod numerem telefonu 32 60 44 225.



Fundacja „Pro Medico” zaprasza na **KURSY**

Kurs doskonalący

**„Alloplastyka pierwotna stawu kolanowego
– stopień podstawowy”**

Terminy kursu:

- ▶ 8 maja 2014 r.
- ▶ 6 listopada 2014 r.

Kurs przygotowany jest dla lekarzy ortopedów i specjalizujących się w dziedzinie ortopedii zajmujących się protezoplastyką stawu kolanowego. Szkolenie obejmuje wykłady oraz warsztaty praktyczne. Zajęcia odbywać się będą w małych grupach z wykorzystaniem instrumentarium ortopedycznych oraz modeli kostnych stawu kolanowego. Czas trwania: 10 godzin dydaktycznych. Liczba miejsc została ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń. Miejsce kursu – Śląska Izba Lekarska w Katowicach ul. Grażyńskiego 49a. Odpłatność za udział w kursie wynosi 330 zł. Cena obejmuje udział w wykładach oraz warsztatach, przerwy kawowe, obiad).

Możliwość otrzymania 10 punktów edukacyjnych.

Wpłaty należy dokonywać na konto:

Fundacja Pro Medico 40-126 Katowice, ul. Grażyńskiego 49a
ING o/Katowice 93 1050 1214 1000 0007 0270 8629 (z dopiskiem:
kurs kolano – Katowice). Warunkiem uczestnictwa jest wypełnienie i przesłanie formularza zgłoszeniowego oraz dokonanie przelewu. Kurs prowadzą: dr n. med. Marek Kaleta, dr n. med. Tomasz Gajda. Patronat naukowy: prof. dr n. med. Tadeusz S. Gaździk. Współpraca: DePuy Synthes – Companies of Johnson&Johnson. Szczegółowe informacje na stronie www.alloplastyka.pl lub www.alloplastyka.edu.pl

Kurs doskonalący

**„Alloplastyka pierwotna stawu kolanowego
– stopień podstawowy”**

Terminy kursu:

- ▶ 6-7 czerwca 2014 r.
- ▶ 17-18 października 2014 r.
- ▶ 28-29 listopada 2014 r.

Kurs przygotowany jest dla lekarzy ortopedów i specjalizujących się w dziedzinie ortopedii zajmujących się protezoplastyką stawu kolanowego. Szkolenie obejmuje wykłady oraz warsztaty praktyczne. Zajęcia odbywać się będą w małych grupach z wykorzystaniem instrumentarium ortopedycznych oraz modeli kostnych stawu kolanowego. Czas trwania: 12 godzin dydaktycznych. Liczba miejsc została ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń. Miejsce kursu – Hotel Jaskółka Ustroń, ul. Zdrojowa 10.

Odpłatność za udział w kursie wynosi 650 zł. Cena obejmuje udział w wykładach oraz warsztatach, przerwy kawowe, nocleg z pełnym wyżywieniem. Możliwość otrzymania 13 punktów edukacyjnych. Wpłaty należy dokonywać na konto: Fundacja Pro Medico, 40-126 Katowice, ul. Grażyńskiego 49a

ING o/Katowice 93 1050 1214 1000 0007 0270 8629 (z dopiskiem:
kurs kolano – Ustroń). Warunkiem uczestnictwa jest wypełnienie i przesłanie formularza zgłoszeniowego oraz dokonanie przelewu. Kurs prowadzą: dr n. med. Marek Kaleta, dr n. med. Tomasz Gajda. Patronat naukowy: prof. dr n. med. Tadeusz S. Gaździk. Współpraca: DePuy Synthes – Companies of Johnson&Johnson. Szczegółowe informacje na stronie www.alloplastyka.pl lub www.alloplastyka.edu.pl

Komunikaty

XII KRAJOWA KONFERENCJA BIEGŁYCH SĄDOWYCH W CZĘSTOCHOWIE 24-25.04.2014 początek godz. 10.00

**odbędzie się w Sali Sesyjnej Urzędu Miasta Częstochowy
Organizator: Stowarzyszenie Rzeczników Ekonomicznych**

Zapraszamy wszystkich do udziału w Konferencji. **W programie pierwszego dnia** (24.04.2014): informacje dotyczące przebiegu konsultacji założeń do projektu ustawy o biegłych sądowych oraz problemy praktyki (i aspektów psychologicznych) funkcjonowania biegłych sądowych w organach wymiaru sprawiedliwości.

Dzień drugi: „Studium biegłych sądowych”. W programie m.in. rozporządzenia ministra sprawiedliwości z 24.04. i 30.04.2013 w sprawie wynagrodzenia biegłych, ustawa budżetowa na rok 2014, implikacje wyroku TK z 12.06.2008, opracowanie i prezentacja opinii dla potrzeb sądów, prokuratur i policji oraz sposoby pisania kart pracy, rozliczeń itp.

Informacje znajdują się na stronie: www.sadowibiegli.pl.

Zapisy: biegli@sadowibiegli.pl

Uczestnicy szkolenia otrzymują stosowny certyfikat.

dr n. med. Ryszard Szozda

Konferencja Naukowo-Szkoleniowa OCHRONA ZDROWIA LEKARZA (ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia „lekarza medycyny pracy”)

**odbędzie się w dniu 29 maja 2014 (czwartek)
o godz. 11.00**

**w siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach,
ul. Grażyńskiego 49A.**

Organizatorzy:

**Śląska Izba Lekarska (Zespół ds. orzekania i opiniowania
sądowo-lekarskiego)**

**i Oddział Śląski Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy
przy współpracy Komisji Kształcenia Podyplomowego
ORL w Katowicach**

Izby Lekarskiej i ZUS O/Chorzów

W PROGRAMIE M.IN.

- „Opieka profilaktyczna nad pracownikami ochrony zdrowia”
- „Profilaktyka przed i poekspozycyjna personelu ochrony zdrowia”
- „Prewencja rentowa pracowników ochrony zdrowia”

Uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.

Zgłoszenia można przysyłać elektronicznie na formularzu zgłoszeniowym umieszczonym na stronie internetowej www.izba-lekarska.org.pl

lub telefonicznie pod numerem telefonu 32 60 44 225.

dr n. med. Ryszard Szozda

Rozmowa z Aleksandrą Plutą, lekarzem stażystą

Postawić na człowieka

Joanna Wójcik: Dlaczego wybrała Pani studia medyczne?

Aleksandra Pluta: W przeciwieństwie do niektórych moich znajomych, nie mogę powiedzieć, że od zawsze chciałam być lekarzem. To pojawiło się z czasem. Wcześniej co prawda łączyłam swoją przyszłość zawodową z szeroko rozumianym światem medycyny, ale były to raczej weterynaria oraz farmacja. Składając papiery na studia, zdecydowałam się na aplikowanie zarówno na medycynę, jak i weterynarię. Właściwie w ostatniej chwili zdecydowałam się postawić na człowieka.

I co zaważyło na ostatecznej decyzji?

Wstępnie zostałam zakwalifikowana na obydwa kierunki, co tylko skomplikowało moją decyzję, bo stanęłam przed koniecznością samodzielnego wyboru ostatecznej drogi zawodowej. W wieku 19 lat jest się jeszcze niepoprawnym marzycielem i patrzy na świat przez różowe okulary, a jednak trzeba odpowiedzieć sobie na pytanie – czy będziesz w stanie wykonywać ten zawód przez następne 40 lat? Czy ta praca da satysfakcję, pozwoli utrzymać siebie i rodzinę?

Wybrałam szpital wielospecjalistyczny, bo oferuje szerokie możliwości, o czym mogłam się przekonać m.in. w trakcie zajęć na studiach, chociażby podczas godzin dydaktycznych w zakresie medycyny ratunkowej i chirurgii. Jako Centrum Urazowe, szpital ten gwarantuje możliwość zapoznania się z wieloma przypadkami klinicznymi z praktycznie wszystkich dziedzin medycyny.

Jakie są pierwsze wrażenia ze stażu?

Jak dotąd bardzo pozytywne, choć muszę powiedzieć, że już pierwszego dnia nastąpiła bolesna konfrontacja moich wyobrażeń z szarą rzeczywistością pracy w szpitalu. Staż rozpocząłam na oddziale internistycznym, który oceniam, jak dotąd, jako najcięższy, choć trudno powiedzieć, czy jest to podyktowane problemami nowicjusza w zaadaptowaniu się do nowej sytuacji, czy też rzeczywistymi obciążeniami wynikającą ze specyfiki tego oddziału.

Jakie są Pani zdaniem najdotkliwsze niedogodności wynikające z praktyki stażu lekarskiego?

To na przykład sztywny plan ramowy stażu podyplomowego, gdzie długość poszczególnych praktyk rzadko koresponduje z dalszymi planami dotyczącymi wyboru specjalizacji. Według mnie, bardzo dobrym pomysłem, choć pewnie niemożliwym do realizacji, byłoby wprowadzenie czegoś w rodzaju wolnego na przykład miesiąca, podczas którego stażysta mógłby samodzielnie wybrać oddział pełnienia stażu według własnych zainteresowań.

Czego może nauczyć młodego lekarza pacjent?

Przede wszystkim cierpliwości. Czasami za negatywną postawą pacjenta kryje się ból, frustracja i zmęczenie wielomiesięcznym oczekiwaniem na wizytę. Pamiętam i cały czas sobie powtarzam, że leczy się człowieka, a nie chorobę. Jest to szczególnie ważne dla lekarza stażysty, który nie jest jeszcze tak biegły w sztuce rozmowy z pacjentem, nie potrafi w pełni zrozumieć chorego, ani mu pomóc.

Czy w takiej sytuacji pomocni okazują się starsi koledzy? Czy



Aleksandra Pluta: lekarz stażysta. Absolwentka Wydziału Lekarskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach-Ligocie. Studia ukończyła w czerwcu 2013 r. Laureatka stypendium Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w roku akademickim 2011/2012. W sierpniu 2013 r. odbyła miesięczny staż naukowy w Strasburgu (Nouvel Hôpital Civil). Od pierwszego roku studiów do chwili obecnej jest członkiem Studenckiego Towarzystwa Naukowego.

lekarze dają wsparcie stażystom, którzy de facto nie są jeszcze pełnoprawnymi lekarzami?

Właściwie jest to skarb stażu. Osobiście miałam duże szczęście, trafiłam na ludzi, którzy chcieli poświęcić mi swój czas i niejednokrotnie wykazywali się cierpliwością, ucząc mnie wykonywania czynności, które sami zrobiliby zapewne w o wiele krótszym czasie. Odebrałam z zaskoczeniem fakt, że wszyscy, a mówiąc zupełnie szczerze, prawie wszyscy, traktują mnie jak młodszą koleżankę, która co prawda musi się jeszcze wiele nauczyć, ale stosunek na linii lekarz – stażysta ze strony medyków jest bardziej partnerski, niż hierarchiczny.

Czego może nauczyć staż?

Samodzielności, brania odpowiedzialności za swoje działanie. Tego, że książkowa wiedza jest bardzo ważna, ale jeszcze ważniejsza jest intuicja.

Czy utwierdziła się Pani w przekonaniu, że wybrana droga zawodowa jest właściwa?

Mogę powiedzieć, że obecne doświadczenia rozwiały moje wątpliwości i pokazały mi, że praca lekarza może być źródłem wielu satysfakcji i wyzwań. Myślę, że sprawdzam się w tej dziedzinie. Oczywiście zdarzają się przykre chwile, które wyciskają łzy bezsilności i ciągle pytania czy można było zrobić więcej, co jednak staje się dla mnie motywacją do dalszej nauki. ●

jacy jesteśmy?

Kwestionariusz



„Pro Medico”

Kwestionariusz Prousta był rodzajem gry towarzyskiej, popularnej w środowiskach mieszczańskich w drugiej połowie XIX wieku. Nazwa pochodzi od nazwiska Marcela Prousta (1871-1922). Listę pytań stworzyła jego znajoma, Antoinette Faure, córka przyszłego prezydenta Francji. Dwa lata po śmierci pisarza opublikowano jego słynne odpowiedzi, stąd nazwa kwestionariusza. W 2008 r. (na łamach „Gazety Wyborczej”) wypełniał test Zbigniew Herbert, odpowiadając m.in.: *ulubiona postać w historii – „Romuald Traugutt, przywódca polskiego powstania 1863-1864. Bez nadziei, ale mimo wszystko.” Co byłoby dla pana największym nie-*

szczeńciem? „Gnębić ludzi. Szkodzić innym.” Dziś to popularna pozycja wielu polskich miesięczników i tygodników. My zmodyfikowaliśmy pytania z Kwestionariuszy Prousta i Pivota (francuski dziennikarz opracował je dla amerykańskiego talk show „Inside the Actors Studio”), dodając własne.

W tym numerze na pytania odpowiada dr **Rafał Sołtysek** – specjalista chorób wewnętrznych, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy ŚIL (na zdjęciu).



oprac. G.O.

Gdybym nie został lekarzem, byłbym...

...spokojniejszy.

Jakiego zawodu nie chciałbym nigdy wykonywać?

Dyrektora szpitala. W obecnej sytuacji – jest to jak zarządzanie w PKS – albo jest niedochodowo, albo bilety są za drogie – wyjścia nie ma (z wykładu prof. J. Strużyny).

Być dobrym lekarzem znaczy...

...rozum i serce skierować ku Człowiekowi... A potem wytrwać w tym 40 lat.

Medycyna jest dla mnie...

Nihil novi – jak dla wszystkich – pracą i Misją. Ważne natomiast jest zachowanie proporcji – liczni pracodawcy kładą nacisk na Misję ze słubami ubóstwa i elementami „nadludzkiej pracy w nieludzkich warunkach” (za J. Pilchem). Nasze rodziny natomiast oczekują czasu dla bliskich i płacy...

Jakie błędy najłatwiej wybaczać?

Ortograficzne.

Czego nie umiałbym wybaczyć?

Podobno trzeba wybaczyć 77 razy.

Co najbardziej cenię u przyjaciół?

Kubek dobrej herbaty (czyli czas oddany bezinteresownie na słuchanie mojego „fanzolenia”).

Cechy, których szukam u mężczyzny?

Mądrość, autoironia oraz umiejętność wniesienia szafy na czwarte piętro (to tu podobno kończy się feminizm).

Cechy, których szukam u kobiety?

Mądrość, autoironia oraz umiejętności ra-

towniania świata, gdy bufonowate samce zmiatają do wywołania kolejnej małej lub dużej wojny (najlepiej światowej – co za gratka dla prawdziwego alfy!).

Co wzbudza we mnie obsesyjny lęk?

Nasza przyszłość w Polsce... Po 30 latach, kiedy nie ma już „Ruskich”, po 70 latach, kiedy nie ma już Niemców – czas odwrócić pytanie Kennedy’ego i zapytać: „Co Ty Polsko możesz nam wreszcie dać?”. Kredyt na całe życie i 600 zł emerytury?

Moje marzenie o szczęściu?

...się spełnia...

Słowa, których nadużywam?

Następny, proszę...

Czego nie cierpię ponad wszystko?

Obżarstwa władzą (władza jest pyszna, ale ciężkostrawna. Wzdęcie pewne – zapach wkoło okropny).

Lekarz, który jest dla mnie wzorem...

Moja Mama – prasując koszulę przekazała mi kompendium medycyny z elementami etyki („Dbaj o ludzi”) – podziwiam, zalecam naukę lapidarności stylu dla autorów dzieł sięmiotomowych dzieł.

Ulubiona postać historyczna?

Jezus z Nazaretu – nie nadążam, ale podziwiam (w wielkim uproszczeniu – coś jak z „Gospodarką wodno-elektrolitową” prof. F. Kokota).

Ulubiona postać literacka, filmowa?

Pies „Daddy” z „Zaklinacza Psów” – siła spokoju i białe zęby. Piękne!



Podejrzane na blogach

Blogi młodych lekarzy – zmagania zawodowe, bezkompromisowe oceny, przenikliwe diagnozy niby-systemu ochrony zdrowia, a przede wszystkim realistyczny obraz codziennej pracy lekarza. Lektura obowiązkowa dla dziennikarzy piszących o polskiej medycynie?

► Dziś rano, jak przystało na stażystę na internie, poszłam zmierzyć ciśnienie naszym 15 pacjentom. Zaszałam do starszej Pani, która na oddziale leży dość długo i kojarzy, że jestem stażystką i się uczę. Rzecz więc:

– Pani to musi się wszystkiego dobrze nauczyć! Żeby wszystko wiedzieć. Bo jest Pani podobna.

– Do kogo podobna?

– No do lekarza!

anielka.blogspot.com

► Pacjentów i ich historii nie należy ze sobą do domu zabierać. To, co mówią i z czym przyszli, należy odebrać, pomóc i załatwić to, co jest do zrobienia, następnie podyktować notatkę i zakończyć całą wizytę mentalnie. Inaczej jest niezdrowo. Inaczej historie siedzą w głowie i kłębią się. Staje się ich coraz więcej i więcej, i ten fakt przytłacza i odbiera energię życiową.

klinikny.blogspot.com

► Pacjent w stanie przewlekłej ciężkiej przywiesiony do domu, bo w szpitalu już nic dla niego nie można zrobić. Respirator wydaje z siebie rytmiczne szumy, ostatni zerk, ostatnie wskazówki, uprzejme pożegnanie i zamknięcie za sobą drzwi.

W oczach rodziny można przeczytać pytanie „jak my sobie damy radę?”. Nie wiem... Wzrok ucieka na podłogę...

adeptsztuki.blogspot.com/

► Lubię rozmawiać z pacjentami – nie generalizując – z większością pacjentów, czasem trafiają się wyjątki. Pacjenci się boją i w 100% to rozumiem, wiem, że i ja bym się bała. Pacjenci – coraz częściej – przed zabiegiem/znieczuleniem doczytują sobie w internecie, co i jak. I to jest gwóźdź do trumny. Bo jak się wpisze ból nóg, gorącz-

ciąg dalszy na str. 26 ►►►

Podejrzane...

ciąg dalszy za str. 25 ►►

ka, to nie wyskoczy infekcja wirusowa, a raczej białaczka, chłoniak czy inne paskudztwo. No i maszyna się kręci: poszukajmy, co to ten chłoniak i jakie inne objawy mogą być. I kolejny etap: mam chłoniaka, wszystko pasuje, umieram! Zanim zrobią morfologię, zanim pójdą do lekarza, już WIEDZA, że to to. I to jest straszne. Tak jest też ze znieczuleniem. Przewodowego nie chcą, bo połowa ludzi po nim jest sparaliżowana, drugą połowę boli głowa, a praktycznie każdy po tym znieczuleniu ma problemy z kręgosłupem. Każdy słyszał, że mąż kuzynki sąsiadki po znieczuleniu „do kręgosłupa” ma problemy z chodzeniem, a znajomemu pogłębiła się skolioza po tym samym. Ciocia Helenka miała wybite 15 zębów przy intubacji, a przyjaciółka z podstawówki obudziła się z obciętą nie tą nogą, co trzeba. Jasiu z domu obok mówił, że w szpitalu wszyscy chodzili pijani, no i podobno ordynator interny to nawet studiów nie skończył. A w internecie to aż strach czytać o „służbie zdrowia”: w szpitalach zarażają sepsą, nie leczą bez łąpówki i robią wszystko, żeby pacjent żywy nie wyszedł.

Strasznie to smutne, bo wyolbrzymione i pomnożone przez tysiąc problemy powodują po pierwsze agresję, ale po drugie strach. Ten będzie roszczeniowy, a ten ze strachu w ogóle do szpitala nie pójdzie. To już inna strona barykady: pacjenci, których nie lubię... (...)

W ciągu ostatniego roku w ramach pomocy doraźnej miałam do czynienia z taką ilością pacjentów z serii doprowadzających krew do wrzenia, że wierzyć mi się nie chce, że jeszcze tam bywam. Są oni takim przeciwieństwem całej cierpiącej i chorej reszty, że aż momentami tracę cierpliwość.

ipogaduszki.blogspot.com

► Nowy był chory. Nie leżał w łóżeczku. Matka była w pracy. Nie osłuchiwała Nowego. Oparła się na wywiadzie od osób bliskich i przegapiła. Przegapiła zapalenie płuc. W związku z tym Nowy, po różnych perypetiach, wylądował w oddziale pediatrycznym super hiper referencyjnego szpitala molocha (w którym Matka kiedyś pracowała). Już od początku było ciężko:

- Siąść pod gabinetem i czekać!
- Dziecko ma zapalenie płuc. Będzie przyjęty na oddział 189. Proszę czekać.
- U nas ma być??? Nic nam o tym nie wiadomo! Czekać na korytarzu...
- Widzi pani? Będzie przyjęty na oddział 218, a nie do nas!!!
- Jesteśmy na oddziale 218. Tu będzie sala dziecka. Nie mamy szwedów, więc musi pani pilnować go cały czas. Toaleta dla rodziców jest cztery piętra niżej. Łazienka dla rodziców jest w innym budynku. Może pani zostać na noc, ale musi przywieźć sobie łóżko polowe. Nie, nie może być karimata, musi być coś na nóżkach.
- Nie wolno trzymać rzeczy na tym stoliku!
- Na parapecie też nie!
- Nie wolno wchodzić do kuchni!!!
- Nie wolno jeść na oddziale!!
- Nie wolno myć zębów w umywalce!!
- Dziecko dostaje antybiotyk taki, jaki zlecił lekarz. Nie, nie można iść się spytać – informacje są udzielane na salach pacjentów w godzinach od 13.00 do 14.00 w dni powszednie. A co ja pani poradzę, że jest długi weekend?

I stoi ta matka taka niewyspana, wymięta, z tłustymi włosami i nieumytymi zębami, próbując schować za sobą nielegalny termos z ciepłą wodą na kaszę, stopą trzymając wychylające się spod łóżka dowody karimatowych zbrodni i jest PARTNEREM dla lekarza...

bedacmolodalekarka

oprac.: G.O. AW

archiwum „M”

Dwa dzie ścia lat temu



VII Okręgowy Zjazd Lekarski został przerwany wobec braku quorum, o czym informuje kwietniowe wydanie „Medicusa” z 1994 roku. Wobec powszechnego oburzenia pozostających na sali 221 delegatów (z 581 wybranych), zapadła decyzja o wydrukowaniu w biuletynie nazwisk tych, którzy nie dopełnili swojego obowiązku. Zanim jednak do tego doszło, Zjazd po długiej i zażartej

dyskusji zdecydował o zakupie Domu Lekarza przy ulicy Grażyńskiego w Katowicach, obecnej siedziby ŚIL. „Budynek Domu Lekarza został oddany Okręgowej Izbie Lekarskiej w wieczystą dzierżawę przez miasto. W roku obecnym [1994] OIL w Katowicach otrzymała propozycję zakupu budynku za kwotę 4,5 mld (...). Zdania na ten temat były bardzo różne – od propozycji pozostania przy stanie obecnym aż do propozycji całkowitej rezygnacji z niego – bo utrzymanie kosztuje rocznie ok. 2 mld zł.” W końcu przeważały głosy, że niska cena obiektu uzasadnia jego zakup. Dni biura Izby, które dotychczas mieściło się w centrum Katowic na ul. Pocztowej, zostały policzone, chociaż jeszcze przez cztery lata wstrzymywano się z przeprowadzką z uwagi na peryferyjną lokalizację DL i prowadzoną w gmachu działalność komercyjną.

W biuletynie znajduje się ponadto relacja z wizyty na Śląsku **Ryszarda Jacka Żochowskiego**, ministra zdrowia i opieki zdrowotnej w latach 1993-1997, który z okazji „Międzynarodowego Dnia Pracownika Służby Zdrowia” wręczył nagrody i odznaczenia m.in. członkom zespołu kierowanego przez prof. Zbigniewa Religę „za wdrożenie do zastosowania klinicznego sztucznych komór serca”. Przy tej okazji, wychylając symboliczną lampkę szampana, doktor Żochowski wzniósł dość kontrowersyjny, jak na ministra zdrowia toast, który brzmiał: **„Aby chorować – trzeba mieć zdrowie – ale ile trzeba zdrowia, aby w służbie zdrowia pracować!”**. Zdanie to zdaje się nie tracić w dalszym ciągu na aktualności, mimo upływu dwóch dekad. Podobnie jak drukowany w tym samym numerze „Medicusa” aforyzm doktora Jana Lechickiego: „Czas jest najlepszym lekarzem. Szkoda tylko, że ciągle cierpimy na brak czasu”.

W tym samym czasie „Gazeta Lekarska” publikuje notatkę o „bardzo cennym i sympatycznym” spotkaniu w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej „przedstawicieli komisji informacyjnych i redakcji biuletynów okręgowych rad lekarskich”, w trakcie którego m.in. demonstrowano możliwości i zasady funkcjonowania poczty elektronicznej (pod koniec 1991 roku pierwsze komputery w Warszawie, Katowicach i Toruniu uzyskały połączenie z Internetem). ●

Anna Zadora-Świderek

Relacja profesora Wojciecha Pluskiewicza z rowerowej wyprawy do Nowej Zelandii (w języku maoryskim Aotearoa - Kraj Długiej Białej Chmury). Kraj liczy nie wiele ponad 4 mln mieszkańców, a od najbliższego kontynentu - Australii - dzieli go 2000 km.

Rowerem po Aotearoa - Kraju Długiej Białej Chmury

► GEJZERY, GÓRY, JEZIORA, WULKANY

Podróż na Antypody to zawsze długi, męczący lot, trwający ponad 30 godzin. Po wylądowaniu w stolicy kraju Auckland, jeszcze tego samego dnia zrobiliśmy 60 km, kierując się do miejscowości Rotorua, słynącej z gejzerów, wulkanów i ciepłych źródeł. To rejon zamieszany przez Maorysów, którzy stanowią 1/3 wszystkich mieszkańców. W Rotorua wszędzie czuje się zapach siarki, bo wokół w ziemi bulgocą gorące źródła. Gejzer Pohutu tryskający regularnie na wysokość kilkunastu metrów robi naprawdę duże wrażenie. Następnego dnia dotarliśmy do największego jeziora Nowej Zelandii - Taupo, by dalej udać się w kierunku czynnych wulkanów z Ruapehu - najwyższym szczytem na wyspie północnej. Jedną noc udało nam się spędzić na całkowicie bezludnym polu namiotowym z widokiem na dymiący wulkan Tongariro, od którego dzieliło nas tylko jezioro z krystalicznie czystą wodą. A nocą w takich miejscach niebo przypomina obrazy, jakby żywcem przeniesione z planetarium (któż nie zna prezentacji z Planetarium Śląskiego: Niebo nad półkulą południową?). Do tego absolutna cisza, żadnych ludzi, żadnych samochodów. Gdy dotarliśmy do stóp Ruapehu, z kalkulacji czasowych niezbitnie wynikało, że musimy kawałek trasy przejechać autobusem, by na czas dotrzeć do Fiordlandu na obrzeżach wyspy południowej. Za parę godzin byliśmy już w Wellington, a część trasy na wyspie północnej wyniosła 430 km. Na promie, którym następnego dnia rano przeprawiliśmy się na wyspę południową, poznaliśmy Amerykanina Barniego samotnie przemierzającego Nową Zelandię rowerem. Dołączył on do nas i następne dni jechaliśmy razem. Był to bardzo trudny odcinek wiodący przez góry szutrową drogą liczącą 190 km. W niemiłosiernym upale, bez skrawka cienia, pokonywaliśmy kolejne przełęcze drogą wijącą się wśród niekończących się łańcuchów górskich doliną wzdłuż rzeki Awatere. Te górskie doliny tworzą największą w kraju farmę Molesworth liczącą 180.000 hektarów. Wielokrotnie musieliśmy otwierać i zamykać drewniane bramy, by



pokonywać kolejne kilometry bezkresnych pastwisk, na których swobodnie poruszały się tysiące byków, krów lub owiec. Na końcu tego morderczego fragmentu trasy była

na. Niebawem u naszych stóp - pardon, kół - znalazło się bajkowe miasto Queenstown położone nad jeziorem Wakatipu. Wokół góry połyskujące gdzieś śniegiem,

Trasa liczyła łącznie 1744 km,
na rowerach spędziliśmy 113 godzin,
a średni dystans dzienny wyniósł 79 km.
(...) To była z pewnością najciekawsza,
najbardziej urozmaicona trasa rowerowa,
jaką dotąd odbyłem.

chwila oddechu w miejscowości Hanmar Springs, gdzie parę godzin spędziliśmy na wspaniałym kąpielisku z basenami termalnymi i wodą o temperaturze sięgającej 41 stopni.

► FIORDLAND

Fiordy zawsze stanowiły inspirację dla człowieka, a te w Nowej Zelandii, jako trudno dostępne, zawsze były szczególnie pożądanym celem dla turystów z całego świata. Nim wkroczyliśmy w ten rejon, musieliśmy pokonać najwyższą przełęcz drogową w Nowej Zelandii - Crown Summit (1087 m n.p.m.), po drodze posilając się w najsłynniejszej restauracji nowozelandzkiej Cardro-

domy wspinające się na okoliczne wzgórza, a dołem, wzdłuż linii brzegowej, wielokilometrowa ścieżka, którą przemykają roweryści, biegacze oraz spacerowicze. Miejsce przypomina niektóre miasta włoskie, np. te położone nad jeziorem Maggiore czy Como, ale miejsce włoskiego gwaru i tłoku zajmuje kameralna, jakby nieco zagubiona miejscowość na krańcu cywilizacji. Przed nami był już tylko tydzień, a do fiordów było daleko, zatem następnego dnia rano, korzystając z najstarszego na półkuli południowej statku parowego zbudowanego w 1912 r., przepłynęliśmy jeziorem, kierując się do Te Anau, miasta leżącego już u wrót bodaj najpiękniejszego z fiordów Doubtful

ciąg dalszy na str. 28 ►►►

Rowerem po Aotearoa...

ciąg dalszy ze str. 27 ►►

Sound. Ten dzień dał się nam mocno we znaki, a 90 km po szutrze pod wiatr to była niezła szkoła. Ale nie było czasu do stracenia, bo nazajutrz mieliśmy bilety na zwiedzanie fiordu. I nie zawiedliśmy się; nowoczesnym katamaranem odbyliśmy wspaniałą wycieczkę po urozmaiconym, wijącym się wśród pokrytych bujną roślinnością klifów fiordem. Z bliska mogliśmy podziwiać foki i pingwiny, a w oddali pływało parę delfinów. Nazwa tego fiordu związana jest z żeglarzem Cookiem, który bał się wpłynąć do tego fiordu, wątpiąc, czy będzie w stanie z niego wypłynąć ponownie na otwarte morze. Wycieczka po fiordzie trwa prawie cały dzień i dopiero wieczorem udało się nam zrobić 15 km w kierunku kolejnego celu, drugiego z najsłynniejszych fiordów – Milford Sound.

► TUNEL HUMMERA

Następny dzień spędziliśmy na mozolnym pedałowaniu pod wiatr, a na końcu drogi czekał na nas tunel Hummera. Tunel, zbudowany w pierwszej połowie XX wieku, swą nazwę zawdzięcza pomysłodawcy, Hummerowi. Końcowy fragment drogi prowadził niesamowitą drogą wijącą się dnem doliny wyrzeźbionym przed tysiącami lat przez lodowiec. Wcześniej nie wiedzieliśmy, że ta droga jest zamknięta dla rowerów, ale cóż było robić, musieliśmy zlekceważyć ten zakaz. A sam tunel łączący dwie doliny, mimo iż krótki (1250 m) jest całkowicie zamknięty dla rowerzystów. Ruch odbywa się wahałowo przy pomocy sygnalizacji świetlnej. Z pomocą przyszła nam miła pani pilnująca porządku, która wezwała samochód pracowników drogowych, a ten nas za darmo przewiózł na drugą stronę, skąd fantastycznym zjazdem liczącym 18 km za paręnaście minut byliśmy znów na poziomie morza. To była typowa postawa Nowozelandczyków; bezinteresowna pomoc okazywana innym ludziom to tutaj raczej norma, nie wyjątek. Fiord Milford Sound to miejsce pielgrzymek turystów z całego świata, bo tutejsze klify sięgające 1600 metrów są najwyższe na świecie. Tym razem czas trwania rejsu po monumentalnym pomniku przyrody nie jest długi i już o godzinie 11.00 ruszyliśmy w drogę powrotną. Na początek mieliśmy podjazd 800 m do góry do tunelu, ale potem – ku naszemu zdziwieniu – mieliśmy sprzyjający wiatr. Z Te Anau do Queenstown było już blisko, bo tylko 120 km, na co zostały nam dwa dni. Trasa zakończyła się w tym cudownym mieście liczącym 18.000 mieszkańców, dalej pozostał tylko lot do kraju przez Auckland.

Trasa liczyła łącznie 1744 km, na rowerach spędziliśmy 113 godzin, a średni dystans dzienny wyniósł 79 km. Sześć razy pokonaliśmy ponad 100 km, a najdłuższy dzienny odcinek wyniósł 133 km. To była z pewnością najciekawsza, najbardziej urozmaicona trasa rowerowa, jaką dotąd odbyłem.

► RAJ DLA TURYSTÓW

Nowa Zelandia to wyjątkowy kraj, raj dla turystów, ale nie tylko dla nich. Nieprzypadkowo we wszystkich rankingach najlepszych miejsc do życia Nowa Zelandia plasuje się na jednym z czołowych miejsc. Co takiego wyróżnia ten kraj? Są tu wspaniałe krajobrazy i prawie nieskalana ludzką ingerencją przyroda oraz świetna infrastruktura turystyczna. Pola namiotowe za parę dolarów, wszędzie ścieżki dla pieszych, tablice informacyjne opisujące lokalne atrakcje; wszystko perfekcyjnie przygotowane, ale zupełnie inaczej niż np. w Alpach. Tu nie chodzi o masową turystykę, dba się, by nie „za-deptać” gór, a dla Europejczyka wiele obiektów może wręcz wydać się zbyt skromnych w stosunku do oczekiwań. Nowa Zelandia to raj dla piechurów, są setki tras po górach, na których czekają schroni-



ska lub mniej komfortowe obiekty w celu spędzenia nocy czy oczekiwania złej pogody. Widzę pewne analogie do realiów szkockich lub skandynawskich. Ale chyba najważniejsi, jak zawsze, w ocenie każdej społeczności są ludzie.

Doświadczaliśmy wiele gestów pomocy ze strony miejscowych. Gdy złapałem gumę, okazało się, że pompka odmówiła współpracy. Nie nadjeżdżał żaden rowerzysta, ale zatrzymał się pewien Nowozelandczyk, właśnie przejeżdżający samochodem, który zabrał mnie wraz z rowerem do najbliższej stacji benzynowej, by napompować koło. Odwiozł mnie ładnych parę kilometrów z powrotem, a gdy odjechał, zorientowaliśmy się, że w jego aucie został mój kask i karimaty! Nie minęło dużo czasu, gdy ponownie się spotkaliśmy z naszym zbawcą, bo ten po zorientowaniu się, że ma nasze rzeczy, odnalazł nas na trasie.

Innym razem kierowca autobusu zabrał nas, mimo iż nie mieliśmy gotówki, a nie można było zapłacić kartą za bilety. Po prostu stwierdził, że na kolejnym postoju jest bankomat i wówczas zapłacimy za przejazd. Nic dziwnego, że ten kraj to mekka dla turystów z całego świata; dominują ci z krajów anglosaskich, masa jest osób z krajów dalekiego Wschodu, a z pozostałych nacji najwięcej jest Niemców, sporo jest także Francuzów. Spotkaliśmy także paru Polaków i dwie osoby z Kanady z polskimi korzeniami. Rowerzystów nie było zbyt dużo, spotykaliśmy nie więcej niż 2-3 pary dziennie. Ceny są wyższe niż w Polsce o 30-50%, co wynika także ze wzrostu kursu dolara nowozelandzkiego, który w 2010 roku kosztował 2,2 zł, a dziś jego cena to 2,6 zł.

No cóż, wszystko się kiedyś kończy, ale trzeba znowu wrócić do Nowej Zelandii! Wystarczy zamknąć oczy, by fotoplastykon bajkowych krajobrazów zawładnął wyobraźnią... Takich obrazów się nie zapomina... ●

Wojciech Pluskiewicz

PS: Nazajutrz po powrocie miałem spore problemy ze snem, a trwająca trzy tygodnie różnica czasu wynosząca 12 godzin zrobiła swoje. Skoro i tak już nie spałem, w drodze do pracy wstąpiłem do dużego sklepu. Wówczas pojąłem, na czym polega zasadnicza różnica między Polską i Nową Zelandią; tam ludzie mówią sobie dzień dobry, uśmiechają się do siebie, okazują bezinteresowną pomoc nie tylko na wyraźną prośbę. Mnie nikt nie raczył przy wejściu do sklepu pozdrowić, nikt się nie uśmiechnął. W Polsce mijamy się obojętnie, nie tworzymy spójnej społeczności, a agresja jest zjawiskiem rzadkim.

W ostatnich tygodniach pożegnaliśmy Koleżanki i Kolegów, którzy odeszli na „wieczny dyżur”

✚ 2 lutego, w wieku 78 lat zmarła śp. lek. dent. **Mirosława Jędrzejczyk-Kostrusiak**. Absolwentka, rocznik 1959, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista I° ze stomatologii ogólnej, długoletni pracownik GZOZ Katowice i Fundacji Unia Bracka; zamieszkała w Katowicach.

✚ 9 lutego, w wieku 84 lat zmarł śp. dr n. med. **Józef Przybyła**. Absolwent, rocznik 1956, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista II° z chirurgii ogólnej i urologii, wieloletni pracownik SP Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego „Moja Przychodnia” w Katowicach; zamieszkała w Katowicach.

✚ 12 lutego, w wieku 81 lat zmarła śp. lek. dent. **Ewa Dziadek**. Absolwentka, rocznik 1954, Akademii Medycznej w Krakowie, specjalista I° ze stomatologii ogólnej, wieloletni pracownik Zespołu Opieki Zdrowotnej w Żorach; zamieszkała w Żorach.

✚ 17 lutego, w wieku 66 lat zmarła śp. lek. dent. **Grażyna Jerzyk**. Absolwentka, rocznik 1972, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista I° z chirurgii stomatologicznej, ostatnie zatrudnienie NZOZ w Lublińcu; zamieszkała w Tarnowskich Górach.

✚ 25 lutego 2014 r., w wieku 58 lat zmarł śp. lek. **Bogdan Jachimowski**. Absolwent, rocznik 1982 Akademii Medycznej w Białymstoku, specjalista I° ortopedii i traumatologii, zamieszkała w Jastrzębiu Zdroju. Wieloletni pracownik Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego i ostatnio NZOZ „Orthogon” Sp. z o.o. w Jastrzębiu Zdroju.

✚ 5 marca, w wieku 58 lat zmarł śp. lek. **Marek Kaczor**. Absolwent, rocznik 1980, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista II° z położnictwa i ginekologii, wieloletni pracownik Szpitala Rejonowego w Raciborzu; zamieszkała w Raciborzu.

✚ 13 marca, w wieku 85 lat zmarł śp. prof. dr hab. n. med. **Jan Szczępański**. Absolwent, rocznik 1954, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista II° z pediatrii, emerytowany Kierownik I Kliniki Pediatrii SUM. Dziekan Wydziału Lekarskiego w Zabrze w latach 1981-1984 i 1984-1987. Zastępca dyrektora Instytutu Pediatrii ds. dydaktyczno-naukowych, sekretarz medyczny Krajowego Zespołu Specjalistycznego w dziedzinie medycyny sądowej. W uznaniu zasług odznaczony m.in. Krzyżem Kawalerskim OOP, Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem Komisji Edukacji Narodowej.

Pozostaną na zawsze w naszej pamięci!
Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach

Naszej Koleżance
dr n. med. **Agacie Gierlotce**
serdeczne wyrazy współczucia
z powodu nagłej śmierci

Mamy

Jacek Kozakiewicz
wraz z Zespołem Oddziału Laryngologii
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4
w Bytomiu

Naszemu Koledze
lek. dent. **Adamowi Jurczakowi**
członkowi Okręgowej Rady Lekarskiej
w Katowicach
najszczerze kondolencje
oraz wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

w imieniu Koleżanek i Kolegów
ze Śląskiej Izby Lekarskiej,
składa

Jacek Kozakiewicz
wraz z Okręgową Radą Lekarską
w Katowicach

dr. **Henrykowi Frelichowi**
i Najbliższej Rodzinie

wyrazy najszerzego współczucia
z powodu śmierci Mamy

śp. dr **Ewy Dziadek**

wspaniałego i oddanego pacjentom lekarza
oraz wieloletniego działacza
na rzecz idei samorządu lekarskiego

składają:
Tadeusz Urban
wraz z gronem Rzeczników
Odpowiedzialności Zawodowej
oraz pracownicy Kancelarii
OROZ Śląskiej Izby Lekarskiej

Naszej Koleżance dr **Violetcie Trepce**
najszczerze kondolencje
oraz wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

składają lekarze
Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego
w Tarnowskich Górach

Naszemu Drogiemu Koledze i Przyjacielowi
dr. **Adamowi Jurczakowi**
i Najbliższej Rodzinie

wyrazy najszczerzego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

składa
Komisja Kształcenia Podyplomowego
ORL w Katowicach

„Cieszcie się, że wasze imiona zapisane są w Niebie”
Panu dr. hab. n. med. **Janowi Szewieczkowi**
serdeczne wyrazy współczucia
z powodu śmierci

Mamy

składa
Kolegium Dziekańskie
Wydziału Nauk o Zdrowiu
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach

Komunikaty

WYDZIAŁ STOMATOLOGICZNY PAM W SZCZECINIE ROCZNIK 1994

Organizujemy **zjazd koleżeński** po dwudziestu latach.
Proponujemy spotkanie **w dniach 30.05-01.06.2014**,
w hotelu Baltic Plaza mediSPA & fit
w Kołobrzegu.

Komitet organizacyjny:

Ewa Karędyś: tel. 608 305 672, mail: bubabuba@hoga.pl;

Tomasz Jagniewski

tel. 502 354 973, mail: tomekjagniewski@poczta.onet.pl;

Zygmunt Zięba

tel. 601 155 055, mail: tkacka66@gmail.com; Jerzy Szym-
czak tel. 501 151 191, mail: jerzy@nzoz-laser.pl

CHCĄC UCHRONIĆ OD ZAPOMNIENIA TYCH, KTÓRZY ODESZLI NA ZAWSZE

**lekarzy i lekarzy dentystów, którzy byli związani
z Bytomiem**, Śląska Izba Lekarska zwraca się z uprzejmą
prośbą do ich rodzin, przyjaciół, współpracowników o udzie-
lenie odpowiedzi na kilka poniższych pytań:

1. Nazwisko, imiona i data urodzenia lekarza/lekarza dentysty,
2. Data i miejsce uzyskania dyplomu,
3. Przebieg pracy zawodowej,
4. Zainteresowania pozazawodowe,
5. Inne interesujące fakty i wydarzenia.

Odpowiedzi prosimy przysyłać na adres:
Redakcja „Pro Medico”; Śląska Izba Lekarska,
ul. Grażyńskiego 49a; 40-126 Katowice
z dopiskiem „LEKSYKON”

**POLSKIE TOWARZYSTWO
LEKARSKIE KOŁO KATOWICE**
uprzejmie zaprasza wszystkich
członków na

WALNE ZEBRANIE NADZWYCZAJNE

które odbędzie się **15.05.2014**
(czwartek) o godz. 17.00
w budynku Specjalistycznego Szpita-
la Wieloprofilowego GCM w Katowi-
cach, ul. Ziółowa 46 (sala 128)

W czasie zebrania zostaną omówione
ważne tematy organizacyjne Koła,
dlatego prosimy o niezawodne przyby-
cie wszystkich członków Koła.

Przewodnicząca Koła PTL
Mirosława Janowska

Sekretarz Koła
Jolanta Mańka-Neliszer

Komisja Kultury i Komisja Młodych Lekarzy
ogłaszają

KONKURS DOKTOR Art

PISZESZ?



GRASZ LUB
ŚPIEWASZ?



MALUJESZ?
RZEŹBISZ?

Zgłoś swój udział :
rafalsoltysek.izbalekarska@gmail.com
do 30 września 2014

CENNE NAGRODY CZEKAJĄ!
FINAL NA "POWITANIU JESIENI 2014"

Regulamin na stronie ŚIL

LEKARZU! PRZYJDŹ! ZADZWOŃ! NAPISZ E-MAILA!

JEŚLI SAM MASZ PROBLEM

jeśli Twój kolega lekarz ma problem
jeśli Twoja żona, Twój mąż lekarz ma problem
jeśli Twoja mama, tato, córka czy syn lekarz ma problem

PEŁNOMOCNIK DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

DOROTA RZEPNIEWSKA

DYŻUR OSOBISTY PEŁNI W PIĄTEK

W GODZ. 16.00 - 18.00 w siedzibie ŚIL - Domu Lekarza w Katowicach

przy ul. Grażyńskiego 49a w pokoju 501

e-mail: d.rzepniewska@izba-lekarska.org.pl, pelnomocnik@izba-lekarska.org.pl

**Jednocześnie istnieje możliwość KONTAKTU TELEFONICZNEGO Z BIUREM PEŁNOMOCNIKA
w godzinach pracy Śląskiej Izby Lekarskiej pod numerem tel. 32 60 44 261
z p. Anną Zadorą-Świderek**

LEKARZU! MOŻESZ BYĆ PEWIEN, ŻE TWÓJ PROBLEM POZOSTANIE Tajemnicą!

**Twoja rozmowa i współpraca z pełnomocnikiem nie skutkuje uruchomieniem procedury
z zakresu odpowiedzialności zawodowej i oceną Twojej niezdolności do pracy.**

PODEJMIJ DECYZJĘ ZANIM INNI ZADECYDUJĄ ZA CIEBIE...

Reklama

szukam pracy

Lekarz otolaryngolog i lekarz medycyny pracy szuka dodatkowego zatrudnienia w Tychach i najbliższej okolicy; tel. 604 544 204

Specjalista laryngolog szuka pracy w NZOZ w pełnym wymiarze godzin lub na ½ etatu, w Zagłębiu, okolicy Katowic, Bytomia, Chorzowa lub Mysłowic; tel. 697 060 216, 32 266 40 29

Specjalista otorynolaryngolog poszukuje pracy w POZ na terenie Dąbrowy Górniczej, Będzina, Czeladzi, Sosnowca i Katowic; tel. 603 273 487

Laryngolog szuka pracy; tel. 32 440 11 81

Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej z doświadczeniem klinicznym, szuka pracy na terenie Katowic i w okolicy; tel. 660 470 116