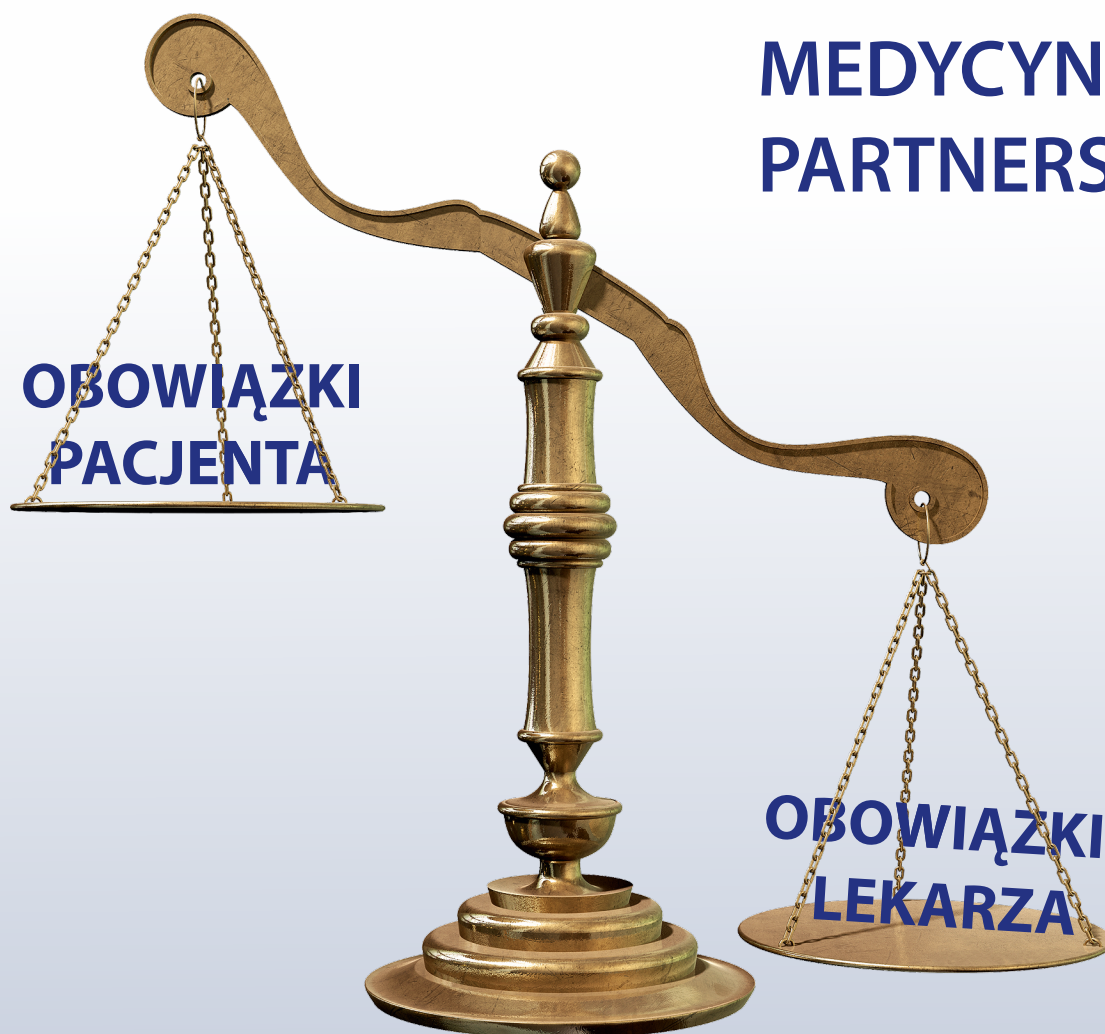


PISMO ŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W KATOWICACH



MEDYCYNĄ PARTNERSKĄ?

Lekarz i pacjent
str. 7-8

► **Zdrowie publiczne:
suplement to nie lek**
str. 6

► **Standardy
- czy o to nam chodziło?**
str. 11

► **Karta Dużej
Rodziny Lekarskiej**
str. 20-22

FUNDACJA LEKARZOM SENIOROM

ul. Grażyńskiego 49a, 40-126 Katowice, tel: 32 258-54-15 www.domlekarza.pl, www.izba-lekarska.org.pl

A ILE **SERC** ZMIĘŚCI SIĘ W **TWOIM SERCU ?**



KRS 0000316367

Nr konta 19 1050 1214 1000 0023 3784 4878

Program do rozliczeń podatkowych można pobrać ze strony internetowej ŚIL :
<http://www.izba-lekarska.org.pl> lub
http://www.izba-lekarska.org.pl/407-fundacja_lekarzom_seniorom



Z mojego punktu widzenia

Kolejny już raz ilość przyznanych ostatnio miejsc uprawniających do szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim jest w naszym województwie o wiele mniejsza od zgłoszonych potrzeb. Ogólnie otrzymano 134 miejsca, przy 319 postulowanych, w niektórych specjalizacjach ograniczenia są drastyczne (np. rehabilitacja medyczna: przyznano jedno miejsce – wnioskowano o 25; choroby wewnętrzne: przyznano cztery miejsca – wnioskowano o 25; chirurgia ogólna: cztery miejsca przyznane – wystąpiono o 20; nefrologia: jedno miejsce przyznano, a zapotrzebowanie zgłoszono na 12, itd.)

Potrzeby w tym zakresie, jak zawsze do tej pory, określił Śląski Urząd Wojewódzki w porozumieniu z konsultantami wojewódzkimi z poszczególnych dziedzin. Nasz samorząd wiele razy już w tej sprawie interweniował i wskazywał, jak ważne są rezydentury także w dalszej perspektywie, dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców oraz stworzenia możliwości doskonalenia zawodowego lekarzy – których, jak wiadomo – nie mamy w nadmiarze. Zwróciliśmy się więc do ministra zdrowia, dobrze przecież rozumiejącego problem, o przedstawienie kryteriów zastosowanych w przydzielaniu miejsc rezydenckich ze szczególnym uwzględnieniem województwa śląskiego, a do tematu wrócimy pod koniec kwietnia br. podczas wspólnego posiedzenia z Koleżankami i Kolegami z Bielska-Białej i Częstochowy, w ramach cyklicznych spotkań Prezydiów Izby Lekarskiej.

„Nie żyj złudzeniami – zdrowie jest najważniejsze” to tytuł nowego cyklu paneli dyskusyjnych, które w trosce o kształt zdrowia publicznego Śląska Izba Lekarska kieruje do społeczeństwa. Pierwsze spotkanie, które zaplanowaliśmy na 18 kwietnia br., będzie dotyczyło suplementacji, z przewodnim hasłem „Suplement to nie lek!”. O tym, jakie zagrożenie dla pacjentów stanowi masowe nadużywanie przez nich suplementów (sprzedawanych coraz powszechniej w aptekach i „wypierających” z nich w coraz większym zakresie leki) lekarzom tłumaczyć nie trzeba. Ważne, byśmy pomogli im w uświadamianiu tego niebezpiecznego zjawiska na szerokim forum opinii publicznej. Tematów, które chcemy w taki sposób omówić i nagłośnić, jest wiele. Zależy mi na tym, by takie spotkania na stałe zapisały się w kalendarzu Śląskiej Izby Lekarskiej.

Uważam, że dzięki Forum Samorządów Zaufania Publicznego, którego powołanie zainicjowaliśmy wspólnie z samorządem adwokatów

i radców prawnych pod koniec kwietnia br., a teraz nad tym przedsięwzięciem mozolnie pracujemy, nasz głos w najistotniejszych sprawach związanych z ochroną zdrowia będzie jeszcze bardziej słyszalny.

Kilka miesięcy temu (październik ub.r.) pisałem w tym miejscu na temat medycyny partnerskiej, przypominając m.in., że „partnerstwo” oznacza określoną postawę i zaangażowanie z obu stron, a nie wyznaczenia kierowane wyłącznie do lekarzy. Problem jest istotny, na co wskazał też Wasz szeroki odzew na mój tekst. Cieszę się, że temat roli samego pacjenta w procesie leczenia podjęła też redakcja „Pro Medico” (w artykule na dalszych stronach pisma). Lekarz ma nie tylko obowiązki, często surowo egzekwowane, ma też prawa, konieczne dla wykonywania zawodu. Wspólnie z Okręgową Izbą Lekarską w Krakowie i zespołami radców prawnych obu Izby pracujemy nad wydaniem publikacji, która w przystępny sposób zbierze z wielu aktów prawnych prawa przysługujące lekarzom i lekarzom dentystom tak, by każdy z nas łatwo mógł odnaleźć dane zagadnienie.

9 kwietnia br. spotkamy się na XXXVI Okręgowym Zjeździe Lekarzy. Podczas Zjazdu, obok bieżących spraw, chcemy uhonorować odznaczeniami i wyróżnieniami nasze Koleżanki i Kolegów, dziękując Im za ofiarną pracę i zaangażowanie w działania na rzecz wspólnego samorządu. Nie braknie też symbolicznego przywołania wielkich poprzedników. W holu głównym Domu Lekarza zostanie odsłonięta tablica, poświęcona pamięci lekarzy z Kresów Wschodnich Drugiej Rzeczypospolitej Polskiej, którzy po drugiej wojnie światowej stanowili jedną trzecią liczby lekarzy pracujących w województwie śląskim. To byli Mistrzowie, którzy przyczynili się również do rozwoju i świetności naszej Alma Mater, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego i wysokiego poziomu, nie tylko śląskiej, medycyny.

Przełom marca i kwietnia to czas Świąt Wielkanocnych i pełen nadziei czas wiosennego odrodzenia.

Życzę całej Rodzinie Lekarskiej wszelkiej pomyślności i zdrowia, dalszych sukcesów zawodowych i osobistych. Obyśmy doświadczali jak największej radości i dumy z możliwości niesienia pomocy chorym, a jak najmniej barier, przeszkód i biurokratycznych absurdów, które nam w tym przeszkadzają.

W numerze:

Z mojego punktu widzenia	1
Od redakcji	2
Z działań samorządu	3-5
Zdrowie publiczne. Suplement to nie lek	6
Lekarz i pacjent: tylko obowiązki lekarza, wyłącznie prawa pacjenta?	7-8
Nasi Seniorzy	9-10
Z teki rzecznika. Standardy	11
Prawo medyczne	13
Kursy i konferencje	14-15
Zdaniem Komisji Stomatologicznej	16
Uzależnienia	17-18

Spotkania naukowe	19
Karta Dużej Rodziny Lekarskiej	20-22
Lekarz biegły sądowy	22-23
Medycyna paliatywna	24-25
„Pro Medico” postscriptum	26-27
Moralna ambiwalencja współczesnej medycyny	28-29
„Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej” – zapowiedź sympozjum	28-29
Książki. Jeszcze o profesorze Ceypku	29
Notatki z podróży	30
Pasje	31-32
Wspomnienia, nekrologi	33-35
Ogłoszenia, reklamy	35-36

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” oraz Dział Informacyjno-prasowy
biuletyn@izba-lekarska.org.pl
mediasil@izba-lekarska.org.pl
Rzecznik prasowy:
a.vdc@izba-lekarska.org.pl
- ▶ **32 60 44 262** – Ogłoszenia i reklamy w „Pro Medico”
- ▶ **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

Nie wszystkie teksty nadsyłane do naszej Redakcji są przeznaczone przez ich Autorów do publikacji. Wielu przekazuje swoje refleksje, „tylko do wiadomości” i ewentualnego wykorzystania ich wątków na łamach pisma. To ważne dla nas wskazówki. Szczególnie wzruszające są wspomnienia dotyczące np. rodziny, lat dzieciństwa i młodości, opatrzone zdjęciami czy nawet całymi, własnoręcznie wykonanymi albumami. „Przygotowałem się już do przejścia przez STYKS – ale nie mam obola dla Charona...” – pisze do nas lekarz z ponad 50-letnim doświadczeniem zawodowym i – o wiele większym – życiowym. Wśród młodego pokolenia widać z kolei ciągle pośpiech i „piętno” współczesnych mediów, nastawionych na skrót i twitterową lapidarność. „Wysyłam kilka zdań. Więcej w jakiejś wolnej. Pozdr.” – minęło wiele tygodni i „wolna chwila” się najwyraźniej nie zdarzyła...

**W wirtualnej rzeczywistości masowego,
taniego, szybkiego i łatwego przekazu słowo
wydrukowane nabiera coraz większej wagi.**

Izbowe pisma (i w ogóle te drukowane) mają coraz większą konkurencję w internecie. Tam publikowane są coraz bardziej popularne blogi, niemal każda specjalizacja i całe grupy lekarzy mają swoje „docelowe” portale, są też te związane z pasjami, zainteresowaniami, są polityczne, różnych opcji, itd. – życia nie starczy, by to czytać. I paradoksalnie, w tej rzeczywistości masowego, taniego, szybkiego i łatwego przekazu słowo wydrukowane nabiera coraz większej wagi. Im więcej zalewa nas słów i obrazów w sieci, szybko przykrywanych falami następnych, tym bardziej dociera to, co zostało utrwalone na papierze, z niemałym zresztą wysiłkiem wielu osób. Znakomicie rozumieją to nasi Czytelnicy, którzy najbardziej cenią sobie możliwość druku właśnie w wersji tradycyjnej, tam szukają informacji, na nią się powołują, natychmiast interweniują (i słusznie), gdy tylko zawiedzie kolportaż, proszą o równoległe wydrukowanie tekstów, zamieszczonych na stronie internetowej. Kiedy przygotowywaliśmy monografię ŚIL na jej 25-lecie, to właśnie archiwalne numery „Pro Medico” stały się nieocenionym – i nieraz jedynym – źródłem informacji o lekarzach ŚIL, pracach jej samorządu, wydarzeniach w ochronie zdrowia. Tak jest i teraz. Dostajemy prośby o możliwość przejrzenia numerów PM od różnych osób czy instytucji, albo o wysłanie egzemplarza, mimo że dostępna jest platforma pisma w internecie. To dlatego też nie jesteśmy często w stanie (przepraszamy) na bieżąco drukować wszystkich nadesłanych artykułów, pismo ma ograniczoną liczbę stron. Może dlatego też dostajemy listy z podziękowaniem za „wyróżnienie” drukiem?

Przy okazji – bardzo prosimy o nadsyłanie choćby **tylko sygnału**, że „**jest temat**”, że oto „zdobyliśmy medal, wyróżnienie, że odnieśliśmy sukces i że warto napisać o...” – w ŚIL jest kilkanaście tysięcy lekarzy i lekarzy dentystów, więc mimo wysiłków, nie jesteśmy w stanie zdokumentować wszystkiego czy po prostu o wszystkim sami się dowiedzieć, a zdarza się i żal, i nawet pretensje, że „o tym” nie napisaliśmy... Dziękujemy raz jeszcze wszystkim Lekarzom, którzy współtworzą pismo, jak wskazuje już sam tytuł, dla Lekarzy właśnie.

Grażyna Ogrodowska

zastępca redaktora naczelnego „Pro Medico”

g.ogrodowska@izba-lekarska.org.pl; tel. 605-875-835



Zofia Stryjeńska „Dyngus”
1918, gwasz, 16 x 19,9 cm, Muzeum Narodowe,
Warszawa

**GALERIA
ProMedico**

**Samych
szczęśliwych,
radosnych dni
i zdarzeń
życzy
Redakcja**

► Posiedzenie ORL

10 lutego odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach. Podczas tego spotkania kilkoro członków Śląskiej Izby Lekarskiej odebrało Karty Dużej Rodziny Lekarskiej. Więcej informacji na str. 20.

Podczas posiedzenia ORL została przedstawiona, między innymi, propozycja zmiany w zasadach przyznawania zapomogi losowej. Do istniejących regulacji prawnych dopisany został punkt, który obejmuje złożenie wniosku przez członków ŚIL o przyznanie zapomogi nie dla siebie. W takiej sytuacji wniosek powinien być podpisany przez co najmniej dwóch lekarzy – członków ŚIL, którzy jednocześnie oświadczają, że działają za zgodą osoby, dla której ta zapomoga jest przeznaczona.

W drodze głosowania uchwała została przyjęta jednogłośnie. ●

Coraz bliżej Muzeum Medycyny i Farmacji w Katowicach



fot.: Alicja van der Coghren

Kongres Wyzwań Zdrowotnych.

11 lutego 2016 r. prezes ORL **Jacek Kozakiewicz** spotkał się z dyrektorem Muzeum Śląskiego **Alicją Knast**. Celem spotkania było omówienie możliwości powołania Muzeum Medycyny i Farmacji w Katowicach w obrębie Muzeum Śląskiego. Dyrektor Muzeum Śląskiego zadeklarowała ze swojej strony pomoc w realizacji pomysłu. Według niej pierwszym etapem powinny być prace koncepcyjne i powołanie do tego celu grupy ekspertów. Mieliby oni opracować koncepcję, która zostałaby potem przedstawiona m.in. władzom samorządowym, ministerstwu oraz opinii publicznej. Śląski samorząd lekarski byłby w tym gremium reprezentowany przez prezesa ORL Jacka Kozakiewicza. Podsumowaniem tych prac ma być m.in. wypracowanie misji, czyli syntetycznego opisu zadania, które ma realizować Muzeum. Zdaniem dyrektora Alicji Knast na mapie jednostek muzealnych (nie tylko śląskiej, ale i ogólnopolskiej) brakuje takiego miejsca. Pojawiła się propozycja lokalizacji inwestycji na terenie Muzeum Śląskiego w budynku „Łaźni Gwarek”.

Ta sama kwestia była tematem spotkania 20 lutego 2016 roku podczas Dnia Otwartego Kongresu Wyzwań Zdrowotnych. Człowiek, w całej swej złożoności, coraz bardziej odkrywany jest dzięki zdobyczom techniki. Muzeum Historii Medycyny i Farmacji ma być nowoczesne i w pełni multimedialne, stanowiąc ważną platformę edukacyjną. W części swoich rozwiązań ma przypominać londyńskie Science Museum czy Centrum Nauki Kopernik. Podczas Dnia Otwartego Kongresu Wyzwań Zdrowotnych prezes ORL Jacek Kozakiewicz i prof. **Zygmunt Woźniczka** rozmawiali o tym z redaktorem „Rynku Zdrowia” **Wojciechem Kutą**.

Rok 2016 nie ma być rokiem deklaracji, ale końcowych uzgodnień. Działania w tym zakresie podejmowane są przez prezesa ORL już od 2013 roku.

– W Muzeum Medycyny przybliżylibyśmy w sposób przejrzysty i czytelny poszczególne narządy, naczynia krwionośne. Moglibyśmy „znaleźć się” wewnątrz człowieka, dokładnie pokazać jego anatomię, fizjologię i skutki współczesnych zagrożeń. Medycyną pokazywaną w ten sposób można się nie tylko pobawić, ale także przekonać o naszej roli dla własnego zdrowia. A technologie i gadzety wykorzystywane w medycynie to jeszcze nie wszystko. Moglibyśmy przedstawić dokonania wspaniałych postaci – takich jak profesorowie Bożena Hager-Malecka, Franciszek Kokot lub Zbigniew Religa. Moglibyśmy przypomnieć wspaniałe historie, jak choćby tę o lekarzach ratujących górników z pacyfikowanej kopalni „Wujek” – powiedział prezes ORL Jacek Kozakiewicz.

Prof. Zygmunt Woźniczka dodał, że najważniejsze jest, by to Muzeum powstało na Śląsku.

– Śląska medycyna jest jedną z najstarszych i wiodących w Polsce. Nastąpiło tu kontynuowanie tradycji kresowej i lwowskiej. Bardzo wielu lekarzy po 1945 roku przyjechało z tamtych terenów na Śląsk. To środowisko odegrało ważną rolę w budowaniu Śląskiej Akademii Medycznej. W połączeniu z niemieckimi tradycjami w tej dziedzinie z pierwszej połowy XX wieku, powstał konglomerat, który teraz dynamicznie się rozwija.

Pomysł powstania Muzeum spotkał się z szerokim poparciem polityków, decydentów i naukowców. Wszyscy deklarują, że inicjatywa jest interesująca, wyrażają poparcie. I na tym koniec. Samorząd województwa twierdzi, że nie jest w stanie sfinansować pomysłu bez wsparcia z budżetu państwa. Także Katowice same nie sfinansują takiej placówki. Z pomocą województwa mogłyby się jednak w tę inicjatywę zaangażować.

Na koniec marca br. w Śląskiej Izbie Lekarskiej zaplanowano spotkanie z udziałem marszałka województwa śląskiego, prezydenta Katowic, prezydenta Zabrze oraz przewodniczącej GZM i prezesa ORL w Katowicach.

– Chcemy, żeby zapadła decyzja, że ruszamy i staramy się o środki – powiedział podczas Kongresu Jacek Kozakiewicz. ●

► Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego

Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego jest wspólną inicjatywą izb: adwokackiej, lekarskiej i radców prawnych, działających na terenie województwa śląskiego, ma reprezentować kilkanaście samorządów. Zdaniem pomysłodawców, Forum ma stanowić płaszczyznę wymiany myśli, poglądów i doświadczeń związanych z działalnością zawodów zaufania publicznego. Każdy z nich ma swoje oparcie w Konstytucji i odgrywa ważną rolę w otaczającej nas rzeczywistości, wykonując zadania o szczególnym charakterze z punktu widzenia zadań publicznych i troski o realizację interesu publicznego. Podobne projekty, związane z funkcjonowaniem zrzeszeń samorządów zawodowych, zostały zainicjowane już na poziomie krajowym, a także na obszarze województwa mazowieckiego i łódzkiego.

– Pozostajemy w przekonaniu, że powołanie Śląskiego Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego przyczyni się do wzmocnienia idei samorządności nie tylko na terenie województwa śląskiego. Pierwszym i jednocześnie ważnym tematem dla dyskusji w obrębie Forum będzie znaczenie samorządności zawodowej z punktu widzenia społecznego – powiedział prezes ORL Jacek Kozakiewicz.

Wstępny termin podpisania Porozumienia został zaplanowany na 27 kwietnia 2016 r. w siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej. ●

► Pamiętamy o naszych bohaterach

Samorząd lekarski chce upamiętnić 70. rocznicę ekspatriacji Polaków ze wschodnich ziem Polski. U nawiązaniu do apelu nr 2/2015 XXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy z 28 marca 2015 r., w holu głównym Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach zostanie umieszczona tablica poświęcona pamięci lekarzy z Kresów Wschodnich Drugiej Rzeczypospolitej Polskiej, którzy po drugiej wojnie światowej stanowili jedną trzecią liczby lekarzy pracujących w województwie śląskim. Wśród nich byli organizatorzy powołanej w 1948 roku Śląskiej Akademii Medycznej. Mistrzowie i Nauczyciele wywodzący się z Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, Akademii Medycyny Weterynaryjnej we Lwowie i Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Elementem edukacyjnym, a jednocześnie uzupełniającym tę ideę, ma być infokiosk. Urządzenie stanie na parterze Domu Lekarza, siedziby Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach.

Infokiosk ma pełnić rolę bazy wiedzy o wybitnych postaciach śląskiej medycyny. Zawarte w nim biografie lekarzy opatrzone będą zdjęciami i archiwalnymi dokumentami. Chcemy przybliżyć tych właśnie wyjątkowych ludzi, pracujących w służbie innego człowieka. Chcemy utrwalić olbrzymi dorobek tych osób nie tylko na kartach drukowanych publikacji, ale również – zgodnie z duchem czasu – w nowoczesnej formie. Nad merytoryczną zawartością całości czuwają dr n. med. **Krzysztof Brożek** – znawca historii medycyny oraz historyk i pedagog oraz dr **Joanna Lusek** – kierownik Działu Kresów i Kultury Pogranicza Muzeum Górnośląskiego w Bytomiu.

Infokioski pozwalają użytkownikom wyszukać informacje, zadawać pytania, uzyskać wskazówki, poszerzyć wiedzę. Umożliwiają nieograniczoną prezentację w formie multimedialnej – łącząc tekst, dźwięk, grafikę, animację i video. ●

► Narodowy Dzień Pamięci „Żołnierzy Wyklętych”



Obchody Narodowego Dnia Pamięci „Żołnierzy Wyklętych” w Katowicach.

29 lutego 2016 r. w kościele Niepokalanego Poczęcia NMP w Katowicach odbyły się wojewódzkie obchody Narodowego Dnia Pamięci „Żołnierzy Wyklętych”, wzięli w nich udział prezes ORL **Jacek Kozakiewicz**. Wśród licznych pocztów sztandarowych nie zabrakło także sztandaru Śląskiej Izby Lekarskiej. Mszy Świętej przewodniczył ks. **Andrzej Suchoń**. Obchodom towarzyszył koncert pieśni patriotycznych w wykonaniu Zespołu Camerata Silesia. Po Mszy odbył się uroczysty Apel Pamięci.

Narodowy Dzień Pamięci „Żołnierzy Wyklętych” to święto państwowe, które zostało ustanowione przez Sejm RP sześć lat temu, jest wyrazem hołdu dla żołnierzy drugiej konspiracji za świadectwo męstwa, niezłomnej postawy patriotycznej i przywiązania do tradycji niepodległościowych, za krew przelaną w obronie Ojczyzny. Jest także formą uczczenia bólu i cierpienia, jakich żołnierze drugiej konspiracji doznawali przez wszystkie lata PRL i ciszy po 1989 r. Data 1 marca nie jest przypadkowa. Tego dnia w 1951 w mokotowskim więzieniu komuniści strzelali w tył głowy zamordowali przywódców IV Zarządu Zrzeszenia Wolność i Niezawisłość – **Łukasza Cieplińskiego** i jego towarzyszy walki. Tworzyli oni ostatnie kierownictwo ogólnopolskiej konspiracji. Legitymację do walki po 1945 roku dał im przywódca AK generał **Leopold Okulicki** w swojej odezwie, w której mówił o rozwiązaniu AK i jednocześnie zachęcał do prowadzenia dalszych działań. Decyzje o tym pozostawiał jednak do indywidualnego podjęcia przez każdego ze swoich żołnierzy. Część struktur AK po rozwiązaniu dołączyła do konspiracyjnej działalności organizacji „Nie”. ●

► Spotkania wybrane z kalendarza:

- **8 lutego 2016** – spotkanie z przedstawicielami Akademii Ignatianum – Wydziału Zamiejscowego Nauk Humanistycznych i Społecznych w Mysławicach. Celem spotkania było omówienie planowanej działalności szkoły w zakresie opieki medycznej, zwłaszcza w dziedzinie geriatrii.
- **9 lutego 2016** – spotkanie prezesa ORL **Jacka Kozakiewicza** z dr. n. med. **Wojciechem Żurawińskim** i dr. **Januszem Michalakiem**. Tematem spotkania były plany wprowadzenia kursów z medycyny ratunkowej, objętych programem wszystkich specjalizacji lekarskich do oferty szkoleniowej Śląskiej Izby Lekarskiej lub współorganizacja tych kursów przez ŚIL i Śląski Uniwersytet Medyczny.
- **10 lutego 2016** – spotkanie prezesa ORL **Jacka Kozakiewicza** z wiceprezydentem Katowic **Mariuszem Skibą**. Spotkanie dotyczyło zaadoptowania skweru przed Domem Lekarza i ustawienia Pomnika Hippokratesa. Poruszono też temat nadania imienia dr. **Jerzego Borysa** Szpitalowi Murcki w Katowicach. Rozmawiano również o możliwości powstania w Katowicach Muzeum Medycyny i Farmacji, a także medycznej części Centrum Nauki – instytucji obiecywanej przez prezydenta **Marcina Krupę** w jego programie wyborczym.
- **22 lutego 2016** – spotkanie prezesa ORL **Jacka Kozakiewicza** z przewodniczącym Komisji Etyki Lekarskiej dr. hab. n. med. **Jarosławem Markowskim** na temat planu działań komisji na najbliższe miesiące z uwzględnieniem najbardziej istotnych problemów środowiska.
- **23 lutego 2016** – spotkanie prezesa ORL **Jacka Kozakiewicza** z prof. **Alicją Gałązką** – psycholog zajmującą się, między innymi, prowadzeniem szkoleń z zakresu umiejętności społecznych dla lekarzy. Podczas spotkania poruszono problem agresji wobec lekarzy, przedyskutowano także możliwość zorganizowania grup wsparcia.
- **23 lutego 2016** – spotkanie prezesa ORL **Jacka Kozakiewicza** z przewodniczącym Komisji Historycznej dr. **Stanisławem Mysiakiem**, prof. n. hum. **Bożeną Urbanek** i farmaceutą **Piotrem Klimą**. Celem spotkania było omówienie szczegółów organizowanej wspólnie Międzynarodowej Konferencji Historii Medycyny zatytułowanej „Szpitalnictwo na Górnym Śląsku”. Podczas konferencji prezentowana będzie historia wybranych szpitali, sylwetki pracujących w nich lekarzy i metody leczenia stosowane w XIX i XX wieku. Dodatkowo poruszona zostanie tematyka odkryć i wynalazków, które pochodzą z tego okresu.
- **26 lutego 2016** – prezes ORL **Jacek Kozakiewicz** spotkał się ►►►



z konsultantem wojewódzkim w zakresie położnictwa i ginekologii prof. **Anitą Olejek**, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie perinatologii prof. **Krzysztofem Sodowskim**, przewodniczącym Oddziału Śląskiego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego prof. **Andrzejem Witkiem** oraz Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej dr. n. med. **Tadeuszem Urbanem**. Celem spotkania było omówienie planowanego na maj panelu eksperckiego dotyczącego drastycznie wzrastającej liczby porodów poprzez cesarskie cięcie.

- **1 marca 2016** – spotkanie prezesa ORL Jacka Kozakiewicza z przedstawicielem jednej z firm ubezpieczeniowych. Celem było kolejne już rozeznanie możliwości zbiorowego ubezpieczenia lekarzy i lekarzy dentystów od odpowiedzialności cywilnej. ●

*Opracowała Alicja van der Cogen
we współpracy z dr. Krystianem Freyem, sekretarzem ORL*

SERWIS PRAWO I ZDROWIE

Koleżanki i Koledzy!

Przypominamy o możliwości korzystania przez lekarzy i lekarzy dentystów, członków Śląskiej Izby Lekarskiej, z bezpłatnego dostępu do Serwisu Prawo i Zdrowie.

Szczegółowe informacje na temat Serwisu oraz zasad korzystania wraz z formularzem zgłoszeniowym dostępne są pod adresem:
http://www.izba-lekarska.org.pl/858-serwis_prawo_i_zdrowie

Apel Nr 1/16/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 4 marca 2016 r. do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Naczelna Rada Lekarska, w nawiązaniu do wcześniejszych wystąpień okręgowych izb lekarskich województwa śląskiego, zwraca się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z apelem o podjęcie działań zmierzających do zmiany umów w rodzaju leczenie stomatologiczne, zawartych przez lekarzy dentystów z dyrektorem Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, poprzez proporcjonalne zmniejszenie minimalnej liczby godzin świadczenia usług przez lekarza dentystę, ustalonej dla tzw. etatu przeliczeniowego, a określonej w zawartych umowach.

Z przepisów ustalonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że etat przeliczeniowy wynosi 15.000 punktów, czemu odpowiada 30 godzin pracy tygodniowo. Tymczasem w umowach zawartych przez Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przyjęto, że wartość kalkulacyjna jednego etatu przeliczeniowego wynosi 8.500 punktów rozliczeniowych, a jednocześnie nie zmieniono minimalnej dostępności do usług lekarzy dentystów i w umowach pozostawiono czas świadczenia usług w wymiarze 30 godzin tygodniowo.

Ponadto zobowiązanie lekarzy dentystów do zapewnienia 30-godzinnego dostępu do świadczeń bez faktycznej możliwości wykonywania w tym czasie świadczeń zdrowotnych, stwarza jedynie pozór dostępności i w żadnym stopniu nie poprawia sytuacji pacjentów.

Naczelna Rada Lekarska negatywnie ocenia również wykorzystywanie przez oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia swojej silniejszej pozycji jako strony postępowania o zawarcie ze świadczeniodawcami umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

NASZE SKŁADKI

Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy!

Wszystkim, którzy dokonują wpłat składek w obowiązującej od 1 stycznia 2015 roku wysokości oraz tym, którzy uregulowali zaległości w ich opłaceniu – dziękujemy.

Przykro i niezręcznie jest upominać się o opłacanie składek, który to obowiązek wynika z przepisów prawa i Kodeksu Etyki Lekarskiej. Opłacanie składki zgodnie z obowiązującymi zasadami umożliwia realizowanie zadań ustawowych, a także pozwala na finansowanie wielu działań na rzecz członków naszego samorządu oraz ich rodzin.

Aby ułatwić spłatę zaległości składkowych, już 18 kwietnia 2012 roku wprowadziliśmy obowiązującą przez określony czas abolicję odsetkową.

Mimo tego, wielu członków naszej społeczności nie skorzystało z propozycji, nadal uchyla się od opłacania składek i posiada z tego tytułu niemałe zaległości. W związku z tym zarówno Okręgowa Komisja Rewizyjna, jak i Okręgowa Rada Lekarska, zaleciły Prezydium ORL podjęcie

wszelkich możliwych działań dla wyegzekwowania zaległości w opłaceniu składek.

Prezydium ORL uznało, że 31 marca 2016 roku jest ostatecznym terminem uregulowania zaległości. Po tym terminie jesteśmy zobligowani wszcząć przewidziane prawem **postępowanie egzekucyjne w trybie administracyjnym**. Spowoduje ono dodatkowe obciążenie Koleżanek i Kolegów kosztami, narazi ich na niedogodności i nieprzyjemności, a tego za wszelką cenę chcemy uniknąć.

Przypominamy, że wpłat Koleżanki i Koledzy mogą dokonywać na swoje indywidualne konto w Banku Śląskim lub w kasie Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach.

W przypadku jakichkolwiek wątpliwości prosimy o telefon 32/60 44 231 lub 232.

**W imieniu Prezydium ORL
Jerzy Rdes
Skarbnik Okręgowej Rady Lekarskiej
w Katowicach**

Suplement to nie lek

Co roku na suplementy diety Polacy wydają miliardy złotych, czasem kosztem leków czy innych uzasadnionych wydatków. Mało jest dziś chyba ludzi, którzy nie sięgnęli po tego typu środki. Objęte tak szeroką reklamą, stały się „hitem” niejednej apteki. Często zapomina się jednak, że to nie lekarstwa...

18 kwietnia 2016 r. w Śląskiej Izbie Lekarskiej odbędzie się panel ekspercki dotyczący suplementacji pt. „Suplement to nie lek”. Ma on zapoczątkować cykl debat pod hasłem: „Nie żyj złudzeniami – zdrowie jest najważniejsze”, które są wyrazem troski ŚIL o zdrowie publiczne.

Zaproszenie do dyskusji przyjęli: prof. dr hab. n. med. **Bogusław Okopień**, konsultant krajowy w dziedzinie farmakologii klinicznej, kierownik Katedry Farmakologii oraz Kliniki Chorób Wewnętrznych i Farmakologii Klinicznej SUM oraz dr n. farm. **Piotr Brukiewicz**, prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej. Gospodarzem i moderatorem panelu będzie dr n. med. **Jacek Kozakiewicz**, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach.

Suplementami są środki spożywcze, które mają uzupełniać dietę, ale nie leczyć. Powodem ich zażywania jest zwykle chęć poprawy kondycji, zmęczenie, nadwaga lub problemy zdrowotne jak np. wypadanie włosów.

Rynek suplementów diety jest ogromny. Ile tych produktów jest dokładnie, nie wiadomo. Szacuje się, że to nawet 15 tysięcy rodzajów preparatów. Nikt jednak nie sprawdza czy suplement rzeczywiście zawiera to, co deklaruje producent. Ponieważ nie są lekami, nie podlegają takiej



Suplementy diety nie zastąpią leków.

fot.: Śląska Izba Aptekarska

Z raportu TNS Polska z 2014 roku dotyczącego świadomego samoleczenia w Polsce* wynika:

- 41% badanych uważa, że suplementy leczą,
- 37% badanych uważa, że suplement został sprawdzony względem skuteczności,
- 50% badanych uważa, że suplement jest tak samo kontrolowany jak leki,
- 66% badanych nie wie, że suplement nie ma badań potwierdzających jego działanie,
- 75% badanych nie wie, że suplement można przedawkować.

* Z wykładu prof. dr. hab. n. med. Bogusława Okopienia „Z farmakologią w samodzielność”; za: centrumprasowe.pap.pl

kontroli. Są badane tylko wyrywkowo. Nie ma pewności co do skuteczności i bezpieczeństwa suplementu, m.in. ze względu na wiele różnic w przepisach dotyczących wprowadzania leków i su-

plementów na rynek, przy czym wprowadzenie leku jest o wiele trudniejsze niż suplementu. Chodzi przede wszystkim o rygorystyczne przepisy. Lek podlega kontroli Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, który zajmuje się jego rejestracją. Dodatkowo jakość jest kontrolowana przez Główny Inspektorat Farmaceutyczny. Tymczasem producent suplementu diety musi jedynie poinformować o wprowadzeniu produktu na rynek i przedstawić projekt etykiety. Groźne są też możliwe interakcje suplementów z najczęściej stosowanymi lekami. Suplementy ziołowe i roślinne są największą i najszybciej rozwijającą się częścią światowego rynku suplementów. Zajmują już 40 proc. całego rynku suplementów i witamin. Ich konsumentów przybywa najszybciej zwłaszcza w Europie i USA. Niemal co piąta osoba w Europie używa jakiegoś suplementu ziołowego.

Wszystkich zainteresowanych tematem zapraszamy 18 kwietnia o godz. 10.00 do Śląskiej Izby Lekarskiej. ●

Anna Tabaka-Makuchowska

KOMUNIKAT DZIAŁU INFORMACYJNO-PRASOWEGO ŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

**Dział Informacyjno-prasowy
Śląskiej Izby Lekarskiej
uprzejmie informuje,
że pod numerem tel. 32 60 44 260
mogą Państwo uzyskać konsultację w zakresie
kontaktów z mediami (codziennie w dni robocze,
w godzinach pracy Biura ŚIL)**

Nasze porady, opinie oraz inne informacje związane z funkcjonowaniem polskiego rynku medialnego mogą być też uzyskane drogą mailową
mediasil@izba-lekarska.org.pl
oraz w redakcji „Pro Medico”

Tylko obowiązki lekarza, wyłącznie prawa pacjenta?

► LECZENIE JAKO WSPÓLNOTA CELÓW I PARTNERSTWO

Pobieżny nawet przegląd tytułów prasowych i publikacji nie zostawia wątpliwości: dla opinii publicznej lekarz ma obowiązki, a pacjent prawa. Lekarz „powinien, musi i jest zobowiązany”, a o tym, że efekt leczenia może zależeć od postawy pacjenta, często ani słowa.

„O co macie największe pretensje do lekarzy?”; „Jakie prawa ma pacjent? Jak dochodzić roszczeń?”; „Pacjenci i ich podstawowe prawa”; „Jakie obowiązki ma wobec nas, pacjentów, lekarz rodzinny?”; „Jaki powinien być dobry lekarz?”.

Czy również pacjent coś „powinien”? Czy wystarczy, że zgłosił się do lekarza, nie jest agresywny, a cała reszta jest wyłącznie „po drugiej stronie”? „Lekarz powinien być traktowany przez pacjenta tak samo, jak pacjent chciałby być traktowany przez lekarza, czyli w sposób na wskroś podmiotowy” – to mogłoby stanowić motto naszych refleksji.

Zapytaliśmy o zdanie samych lekarzy. Na tej m.in. podstawie opracujemy materiały dla mediów. Liczymy, że zechcą podjąć ten temat, dla wspólnego dobra.

► NIE MA WIĘKSZEJ MOCY OD „SZEPTANEGO PRZEKAZU”...

Dr Wojciech Bednarski, lekarz POZ, Dąbrowa Górnicza.

Najbardziej boli i przeszkadza brak szczerości. Miałem szereg sytuacji, w których pacjenci nie informowali mnie, jakie biorą leki, to jest potencjalnie niebezpieczne dla ich zdrowia. Chorzy twierdzili, że sumiennie biorą zalecone przeze mnie lekarstwa, a badania wykazywały, że poprawy nie ma. Dokładam więc kolejny lek, wyniki „leczę na łeb, na szyję”, a dopiero po kilku wizytach pacjenci przyznają mi się, że zapomnieli itd., a potem brali wszystko naraz – i często jeszcze to, co przepisał inny lekarz. Przy czym są skłonni obarczać nas za brak efektów... Nic nie ma większej mocy od „szepzanego przekazu”, to, co mówi lekarz, jest mniej ważne, sami wiedzą, co pomogło komuś w „takim samym przypadku” i że „należy bać się chemii”, bo środki farmaceutyczne „bardzo szkodzą na wątrobę i żołądek”. Zastępują więc to, co przepisuję, suplementami z reklamy. Nie zawsze wiedzą, jak się przygotować do wizyty, np. nie są w stanie *ad hoc* przypomnieć sobie,

kiedy mieli – i jaką – operację, na co chorowali rodzice, jakie poważne choroby sami przebyli, często je też mylą. Nie wiedzą – i nie zawsze chcą pamiętać, gdy tłumaczę – że leki należy brać o stałych godzinach, nie popijać ich kawą... Wstydzą się przyznać, że palą papierosy czy nadużywają alkoholu. Trudniej jest im wtedy pomóc. Ale kiedy prowadzę pacjenta od dawna, znam całą historię chorób, poznaję tryb życia i „słabości”, dobrze sobie z tym radzę – nie mam wyjścia.

► POROZUMIENIE Z OBU STRON

Dr n. med. Grzegorz Góral – specjalista pediatrii z prawie 40-letnim stażem zawodowym, ordynator oddziału pediatrycznego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 3 w Rybniku uważa, że współpraca i porozumienie pediatry z małymi pacjentami są łatwe, nieco trudniej bywa z rodzicami, zwłaszcza w przypadku, gdy maluch ma „za dużo adwokatów”. „Rozbieżne zdanie obojga rodziców lub dziadków bywa przeszkodą, jednak zawsze warto zabiegać o porozumienie. Rodzice często proszą lekarza o podanie natychmiast szczegółowych informacji dotyczących wyników badań, ostatecznego rozpoznania, a także działania leków, których wpływ bywa bardzo zindywidualizowany, a lekarz nie może działać w sposób rutynowy, w takiej sytuacji nietrudno o konflikt. Rolą lekarza jest wobec tego także i łagodzenie sytuacji trudnych, ale sam tego nie zrobi bez chęci współpracy ze strony rodziców.”

► DO OBCIĄŻANIA LEKARZA ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ ZA TE RELACJE SKŁANIA NAS RUTYNA

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Pluskiewicz, specjalista chorób wewnętrznych, kierownik Zakładu Chorób Metabolicznych Kości SUM.

Jaka odpowiedzialność i rola w relacjach lekarz – pacjent przypada lekarzowi, a jaka pacjentowi? Rutyna skłania nas raczej do obciążania lekarza odpowiedzialnością za te relacje; tym samym pomijamy znaczenie postawy pacjenta. A przecież zawsze w relacjach ludzkich ważne są obie strony, w naszym przypadku lekarz i pacjent. W moim cyklu publikowanym na blogu w tekstach opisuję różne przymioty lekarza „idealnego”, ale nic nie wzmiankuję o znaczeniu postawy pacjenta. Co prawda mój cykl z założenia ma pokazać cechy wyimaginowanego lekarza doskonałego, ale w istocie ta figura

teoretyczna nie może być wykreowana bez udziału odbiorców naszej pracy, czyli pacjentów. Dopiero propozycja z redakcji „Pro Medico” sformułowania wypowiedzi dotyczącej roli pacjenta zwróciła moją uwagę na tę stronę naszej aktywności. Pamiętając, że pacjent powinien umieć użyć tu określenia „znaleźć się” w relacjach z lekarzem, nie można zapomnieć, że jest on odbiorcą naszych „usług”, zależy od naszej dobrej woli, wiedzy, chęci pomocy. Tym samym lekarz posiada w istocie przewagę nad pacjentem, który liczy na naszą pomoc. Oczywiście, nie można akceptować sytuacji takich postaw pacjenta wobec lekarza, jak agresja słowna lub fizyczna. Niemniej wydaje się, że w relacjach lekarz – pacjent kluczowa rola przypada lekarzowi, jego postawa, kultura osobista i podejście do pacjenta kreuje i/lub modyfikuje zachowania pacjenta.

► PACJENCI NIE MOGĄ TRAKTOWAĆ LEKARZY JAK „MASZYNEK” DO WYPISYWANIA RECEPT I ORDYNOWANIA LEKÓW

Dr n. med. Jadwiga Pyszkowska – specjalista anestezjologii oraz specjalista medycyny paliatywnej, konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej, 46 lat w zawodzie lekarza. Nieocenioną, ale i nieodzowną cechą pacjenta powinna być akceptacja i zaufanie do lekarza prowadzącego. Bez zaufania jakiegokolwiek leczenia jest niemożliwe i nigdy nie zakończy się sukcesem. Pacjent powinien być także wymagający, ale nie może podejmować odpowiedzialności w zamian za lekarza. Leczenie to wspólnota celów i partnerstwo. Tym, co przeszkadza jest lęk chorego, cierpiącego człowieka, który lekarz powinien umieć przezwyciężyć. Należy pamiętać, że lekarz powinien być traktowany przez pacjenta tak samo, jak pacjent chciałby być traktowany przez lekarza, czyli w sposób na wskroś podmiotowy. Przykładowo, pacjenci nie mogą traktować lekarzy jak „maszynek” do wypisywania recept i ordynowania leków. Chory powinien przyjść do lekarza celem uzyskania porady, a nie jedynie po papier uprawniający do wykupu leku. Pacjent nie może wkraczać w uprawnienia, kompetencje i odpowiedzialność lekarza. Przycho-
dzenie z gotowym schematem leczenia jest zaburzeniem podmiotowości lekarza, po którego stronie leży obowiązek edukowania chorego i jego rodziny. Nie ma lepszych i gorszych pacjentów, każdy

Tylko obowiązki lekarza, wyłącznie prawa pacjenta?

ciąg dalszy ze str. 7 ►►►

zasługuje na pomoc, rozmowę, wsparcie, w każdej relacji musi być jednak wzajemny szacunek.

► ROLA PACJENTA W PROCESIE DOCHODZENIA DO ZDROWIA JEST OGROMNA, ZDECYDOWANIE WIĘKSZA NIŻ LEKARZA

Lekarz, POZ w Mysłowicach, 30 lat w zawodzie.

Pacjent systematyczny i zdyscyplinowany ułatwia „zadanie” lekarzowi. Ta systematyczność powinna przejawiać się zarówno w zażywaniu zaordynowanych leków, jak i wykonywaniu zaleconych badań. Czynnikiem, który utrudnia komunikację – a w dalszej perspektywie i samo leczenie – jest frustracja pacjenta spowodowana długim czasem oczekiwania na wizytę i małą ilością czasu, jaką my lekarze, mamy dla chorych.

► MOŻE WYSTARCZYŁOBY WIĘCEJ DO NAS ZAUFANIA?

Lekarka w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii w jednym z katowickich szpitali, 6 lat w zawodzie. Wydaje mi się, że jestem lekarką, która ma minimalne wymagania co do zachowania pacjentów. Wystarczy, żeby pacjent nie był nerwowy i spokojnie mnie wysłuchał. Ostatnio byłam świadkiem takiego zdarzenia – mąż pacjentki chciał pobić

personel szpitala, bo zacięła się winda... Jestem zwolenniczką partnerskiej medycyny i zawsze staram się wysłuchać pacjenta do końca. Pacjent to przecież nie klient czy świadczeniobiorca, to osoba, która przychodzi do mnie, bo potrzebuje pomocy. Zdarza się, że pacjenci wiedzą z zakresu medycyny czerpią z Internetu. To z jednej strony dobrze, bo rośnie ich świadomość w tym zakresie, ale z drugiej „doktor Google” nie rozwiąże przecież każdego problemu. Po to lekarze kończą studia i robią specjalizacje, by służyć fachową pomocą.

► PACJENT MUSI ZNAĆ I ROZUMIEĆ PRAWA LEKARZA

Lekarz w trakcie specjalizacji z anesteziologii i intensywnej terapii w jednym ze szpitali województwa śląskiego, 6 lat w zawodzie.

Pacjenci często czerpią przykład z zachowań prezentowanych w popularnych serialach telewizyjnych. Ludzie mają wypaczone oczekiwania wobec lekarza. Zdarzają się pacjenci, którzy mają silnie zakorzeniony lęk przed znieczuleniem. Wówczas nie można ich przekonać żadnym sposobem, to jest właśnie problem braku zaufania do lekarzy. Pacjenci powinni być uświadamiani, jakie mają prawa ale powinni także znać i rozumieć prawa lekarza. Pocieszające jest to, że ta świadomość społeczna zdecydowanie rośnie.

► PACJENT, KTÓRY DOKŁADNIE SŁUCHA LEKARZA I STOSUJE SIĘ DO ZALECEŃ, TO PRAWDZIWY SKARB

Lekarz dentysta z Katowic, 13 lat w zawodzie.

Z punktu widzenia dentystki leczącej głównie dzieci, muszę powiedzieć, że największym problemem są przewrażliwieni rodzice, czyli tacy, którzy uprzedzają dziecko przed wejściem do gabinetu i zaznaczają, żeby się nie bało. Nie powinno się używać takich słów jak „bać się” czy „boli”, aby dziecko nie utrwaliło w pamięci połączenia lekarza ze strachem i bólem. Rodzice powinni zawierzyć lekarzowi. Zaufanie jest podstawą w leczeniu. Pacjent, który dokładnie słucha lekarza i stosuje się do zaleceń to prawdziwy skarb, choć nie mogę powiedzieć, że tacy zdarzają się rzadko. Ważne jest też, aby pacjent był krytyczny wobec lekarza, potrafił zwrócić lekarzowi uwagę w momencie, kiedy coś jest dla niego niejasne. Plusem w stomatologii jest także, to że „doktor Google” nie przyjmuje jeszcze w internecie, więc nie spotykam się z problemem samodiagnozy czy samoleczenia. Jako lekarza, drażni mnie narzekanie na moje koleżanki i kolegów po fachu, podczas gdy dana choroba wynika z własnego zaniedbania. ●

Grażyna Ogrodowska
Współpraca Joanna Wójcik

Komunikat

14 Krajowa Konferencja Biegłych Sądowych

21 i 22 kwietnia 2016 r.

Organizator:

Stowarzyszenie Rzeczników Ekonomicznych
w Częstochowie

Miejsce konferencji:

siedziba Urzędu Miejskiego w Częstochowie

Uczestnicy:

biegli sądowi różnych specjalności w tym lekarze

Szczegółowe informacje:

już wkrótce będą dostępne na stronie:

www.sadowibiegli.pl

dr n. med. Ryszard Szozda
przewodniczący
Zespołu do spraw orzekania
i opiniowania sądowo-lekarskiego ORL

„Lwów w czasach trudnych. Notatki naocznego świadka”

Dział Informacyjno-prasowy ŚIL uprzejmie informuje, że przygotowuje listę wysyłkową książki prof. T. Ceypka, dla tych członków ŚIL, którzy zgłoszą się do redakcji. Publikację będziemy przekazywać chętnym do wyczerpania zapasów. Są już pierwsze zgłoszenia.

Prof. dr hab. n. med. Tadeusz Ceypek (1904-1990) lekarz laryngolog, urodził się we Lwowie, gdzie studiował, pracował, przeżył okupację. W siedemnaście lat po jego śmierci ukazało się I wydanie książki, na podstawie chronologicznie prowadzonych zapisków, dokumentów, relacji, ale przede wszystkim osobistych refleksji. Wspomnienia zaczynają się we wrześniu 1939 r., kończą 18 czerwca 1946 r. Jest jeszcze jeden rozdział: „powrót” do Lwowa, z wycieczką Inturistu, w 1980 r. Profesor jedzie tam już jednak z paszportem obywatela innego kraju... Jego odczucia najlepiej oddaje ostatnie zdanie: „Ze Lwowa wyjeżdżaliśmy ze smutkiem i w zamyśleniu. Ze Związku Radzieckiego – z ulgą...” Pozycja ukazała się jako I tom Biblioteki Historycznej ŚIL, dodruk w grudniu 2015 r. ●

Grażyna Ogrodowska

FUNDACJA LEKARZOM SENIOROM

KRS 0000316367

Powoli kończy się czas, w którym rozliczamy się z podatku dochodowego. Gorąco zachęcamy do dokonywania wpłat na konto Fundacji, która stanowi nasze wspólne dobro finansowe, o które może zabiegać każdy potrzebujący z naszej braci lekarskiej.

Dlatego przy wypełnianiu deklaracji podatkowej prosimy wpisywać nasz numer KRS **albo skorzystać z udostępnionego na stronie naszej Izby gotowego, bardzo prostego w obsłudze programu do rozliczeń podatku** o nazwie **PIT 2015**, aby przeznaczyć swój 1% podatku. Po wypełnieniu formularza wysyłamy go elektronicznie poprzez naciśnięcie wskazanego okienka. Im więcej z nas to zrobi, tym wsparcie Fundacji przełoży się na większą liczbę osób potrzebujących. Zachęcamy do tego wszystkich, którym nie jest obojętny los Koleżanek i Kolegów, którym życie przyniosło chorobę, cierpienie lub inne przykre zdarzenia losowe.

Jak dotychczas pomagaliśmy?

Realizując cele statutowe Fundacji od 2011 r. dofinansowaliśmy:

- zakup aparatu słuchowego (kilkakrotnie),
- koszty zakupu leków i koszty leczenia (wielokrotnie),
- zakup protez podudziowych i ich modernizację (kilkakrotnie),
- koszty operacji,
- zakup przyrządu do masażu za kwotę 2200,00 zł na potrzeby pensjonariuszy Domu Lekarza Seniora w Sosnowcu,
- zakup koncentratora tlenu,
- zakup siedziska do wanny,
- zakup urządzenia monitorującego poziom glikemii DEXOM,
- koszty zabiegów rehabilitacyjnych,
- zakup sprzętu rehabilitacyjnego,
- zakup wózka inwalidzkiego akumulatorowego,
- zakup Schodolazu Climber oraz podnośnika,
- zakupu krzeselka dźwigowego Acorn – i inne.

Planujemy częściowe pokrycie kosztów pobytu dla każdego lekarza przebywającego w Domu Lekarza Seniora w Sosnowcu.

Jednocześnie pragnę jeszcze raz podziękować wspierającym Fundację finansowo – zarówno tym z nas, którzy przekazują 1% podatku, jak i tym, którzy systematycznie wpłacają darowiznę. Zachęcam do naśladowania tych, jakże szlachetnych, postaw. ●

Wacław Koziół, prezes Fundacji

Szanowne Koleżanki i Koledzy! Lekarze i Lekarze Dentyści Śląskiej Izby Lekarskiej

*„Żyjmy tak, aby nasze myśli, zamiary i uczynki
podały się Najwyższemu,
a pamięć o nich niech pozostanie w tych, co będą po nas.”
Z rękopisu znalezionej w kościele w Baltimore.*

Leży nam na sercu troska o los naszych Kol. Kol. Lekarzy Seniorów, którzy osiągając swój złoty wiek, jednocześnie wymagają wsparcia. Dlatego po raz kolejny zwracam się z gorącą prośbą o sukcesywne przekazywanie **1% podatku** w rocznym rozliczeniu podatkowym, **na rzecz Fundacji Lekarzom Seniorom**. Złożone datki będą mogły wesprzeć naszych drogich Seniorów w sposób adekwatny do potrzeb.

Z wyrazami szacunku

Irena Utrata
przewodnicząca

Komisji ds. Emerytów i Rencistów ORL w Katowicach

Śląska Izba Lekarska dla lekarzy Seniorów

Składki wracają do lekarzy

Już przed wiekami słowo „senior” posiadało wielką wagę – oznaczało bowiem nie tylko człowieka starszego, ale również – ze względu na jego życiowe doświadczenie i pozycję mentora rodu – budzącego szacunek, godnego poważania i zapewnienia mu opieki.

Tak też jest w Śląskiej Izbie Lekarskiej, która podejmuje szereg działań na rzecz lekarzy seniorów, członków ŚIL, okazując im należyty respekt, szacunek i wsparcie. Jest to zarówno bezpośrednia pomoc, jak i okazanie uznania i wdzięczności za wieloletnią pracę na rzecz ludzi chorych i potrzebujących. To także szereg starań zmierzających w kierunku integracji środowiska lekarskiego i zaangażowania seniorów w działalność ŚIL. Dzięki temu, Izba stara się zwracać nakłady poniesione na rzecz społeczności samorządowej w myśl zasady „składki wracają do lekarzy”.

Wiele inicjatyw na rzecz seniorów realizowanych jest poprzez działalność Komisji

ds. Emerytów i Rencistów, która działa już 17 lat.

– Wiosną 1999 roku powierzono mi zorganizowanie Komisji ds. Emerytów i Rencistów Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach. Szczęśliwie udało mi się dobrać Koleżanki i Kolegów chcących pracować

w Komisji – pasjonatów samorządowych, którym los lekarzy emerytów i rencistów leżał na sercu. Pierwsze formalne zebranie odbyło się 5 maja 1999 roku – wspomina dr **Irena Utrata** i dodaje: – Programem naszej działalności była pełna integracja społeczności emeryckiej, a następnie

KOMISJA DS. EMERYTÓW I RENCISTÓW Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach

Przewodnicząca: **dr Irena Utrata**

Członkowie P.T.: **Witold Bendkowski, Janina Bić-Szudak, Marianna Dudkiewicz-Koryczan, Anna Glińska, Alina Gutry, Danuta Koturbasz, Józefa Niemcewicz, Zygfryd Olak, Stefan Pojda, Weronika Siwiec, Marcei Wołczyński**

Opiekun komisji: **Bogusława Blecharz**

**Kontakt: tel. 32 60 44 262,
mail: b.blecharz@izba-lekarska.org.pl**

Składki wracają do lekarzy

ciąg dalszy ze str. 9 ►►►

dbałość o rekreację, rozrywkę, spotkania towarzyskie i wszelką pomoc natury prawnej i finansowej, które to założenia realizujemy do tej pory z powodzeniem i pełnym wsparciem obecnego prezesa ORL, dr. n. med. Jacka Kozakiewicza, który darzy nas wyjątkową atencją. Od samego początku mogliśmy także liczyć na pomoc i wsparcie dyrektora Biura ŚIL, mgr Wandy Galwas-Prasałek, która z serdecznością angażowała się we wszystkie nasze inicjatywy, służąc doświadczeniem.

Jedną z kluczowych inicjatyw ŚIL na rzecz lekarzy seniorów było utworzenie Domu Lekarza Seniora w Sosnowcu. To ośrodek zapewniający godne i komfortowe warunki życia, nowoczesny sprzęt do rehabilitacji i całodobową opiekę, ale również rozrywkę i możliwość nawiązania kontaktów międzyludzkich w przyjaznej, rodzinnej atmosferze. Baza tego ośrodka liczy 36 miejsc. Celem powołania do istnienia Domu Lekarza Seniora było zapewnienie pensjonariuszom bezpieczeństwa i możliwości aktywnego spędzania czasu w domowej atmosferze. Z inicjatywy ŚIL, Zarząd Fundacji Lekarzom Seniorom podjął uchwałę o dofinansowywaniu pobytu lekarzy – pensjonariuszy w Domu Lekarza Seniora w Sosnowcu.

– W mojej pamięci zachowuję ze wzruszeniem sukcesy, w których osiągnięciu aktywnie uczestniczyliśmy, wysuwając propozycje i pomysły, które następnie zrealizowano, między innymi, utworzenie Domu Lekarza Seniora, powołanie Fundacji Lekarzom Seniorom, zorganizowane w siedzibie ŚIL w Katowicach ogólnopolskiego spotkania Okręgowych Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów, uroczyste spotkania cykliczne i okolicznościowe – bożonarodze-



fot.: Joanna Wójcik

Komisja ds. Emerytów i Rencistów ORL w Katowicach podczas zebrania.

niowe, wielkanocne, przebiegające w ciepłej, rodzinnej atmosferze. Na wniosek Komisji utworzono również tradycję odznaczania lekarzy seniorów zaawansowanych wiekiem honorowym listem gratulacyjnym i bonusem finansowym, wręczanym jubilatowi przez członków samorządu lekarskiego. Zasadność powołania tej komisji potwierdzają lata naszej pracy oraz zainteresowanie środowiska emeryckiego. Nasza działalność jest oceniana przez kol. kol. seniorów bardzo pozytywnie, jako potrzebna i ważna – podkreśla dr Irena Utrata.

ŚIL dofinansowuje także wyjazdy integracyjne, które cieszą się dużą popularnością. Do tej pory wzięło w nich udział ponad 300 lekarzy, którzy mieli okazję skorzystać z wypraw zagranicznych oraz krajowych, m.in. do Pragi, Berlina, Dreżna, Lwowa, Jeleniej Góry, Zakopanego, Ustronia. Wyjazdy te stanowią niepowtar-

zalną okazję nie tylko do zwiedzania ciekawych miejsc, ale także odnowienia przyjaźni z dawnych lat oraz zawarcia nowych kontaktów.

Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku ŚIL – kolejna inicjatywa śląskiej rodziny lekarskiej – powołano do życia na mocy uchwały z 2015 roku. W tym samym roku odbył się pierwszy wyjazdowy turnus wykładowy w Brennej, gdzie swoje odczyty prezentowali m.in. prof. **Zygmunt Woźniczka**, red. **Mieczysław Czuma**, red. **Leszek Mazan**, dr **Eugeniusz Czubak**. Prowadzone były także zajęcia usprawniające w ośrodku.

Śląska Izba Lekarska stara się również angażować adeptów sztuki lekarskiej w działania na rzecz seniorów. W tym celu podpisano umowę o wolontariacie studentów Wydziału Lekarskiego i Dentystycznego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego na rzecz tych, którzy zgłaszają chęć korzystania z takiej formy pomocy.

W dniu 6 października 2015 r. o godz. 14.00 w przychodni „Epione” przy ul. Piotrowickiej 68 w Katowicach odbyło się spotkanie integracyjne lekarzy seniorów, rencistów i emerytów. W zebraniu wzięło udział 20 osób. Dzięki uprzejmości doktora **Narcyza Wrześniewskiego**, dyrektora prywatnej przychodni przy ul. Piotrowickiej, ustalono, że kolejne spotkania będą odbywały się pod tym samym adresem, o czym zawiadamiamy osoby zainteresowane członkostwem w naszym Klubie. Spotkanie odbyło się w bardzo miłym nastroju, goście mieli okazję odnowić dawne znajomości, spotkać swych przyjaciół i znajomych z dawnych lat. Spotkanie zostało zrealizowane przy wsparciu Śląskiej Izby Lekarskiej oraz doktora Narcyza Wrześniewskiego, za co serdecznie dziękujemy. Uczestnicy spotkania szczególne słowa uznania kierują pod adresem prezesa ORL, dr. n. med. **Jacka Kozakiewicza** oraz dyrektora Biura ŚIL, mgr **Wandy Galwas-Prasałek**, którzy swoją obecnością uświetnili to spotkanie. Dziękujemy także za pomoc przełożonej pielęgniarek, Pani **Ewie Gocman**.

W imieniu uczestników,
Dr Weronika Siwiec
Komisja ds. Emerytów i Rencistów
ORL w Katowicach

To tylko nieliczne działania ŚIL. Do pozostałych należą m.in.: pośredniczenie przy wnioskowaniu o odznaczenia państwowe – Medale za Długoletnią Służbę dla osób, które mimo osiągnięcia wieku emerytalnego nadal są czynne zawodowo i niosą pomoc chorym i potrzebującym opieki lekarskiej, przyznawanie zapomóg celowych z funduszu socjalnego ŚIL, który nadzorowany jest przez Komisję Socjalno-Bytową ORL w Katowicach, rozpowszechnianie informacji o możliwości wsparcia Fundacji Lekarzom Seniorom za pośrednictwem różnych mediów i środków elektronicznych. ●

Joanna Wójcik

Więcej informacji dot. Komisji Emerytów i Rencistów znaleźć można na stronie ŚIL:
http://www.izba-lekarska.org.pl/46-komisja_ds_emerytow_i_rencistow



Standardy

– czy o to nam chodziło?

Przed dwoma laty miałem zaszczyt uczestniczyć w konferencji prawnomedycznej zorganizowanej przez Dolnośląską Izbę Lekarską. W trakcie obrad jedna z prelegentek, będąca profesorem prawa, przedstawiła opinię, z której wynikało, że źródłem wiedzy dla lekarza są ustawy i rozporządzenia. To sformułowanie spotkało się z moim sprzeciwem, który musiałem publicznie wyrazić. Uważałem, że źródłem wiedzy dla lekarza są podręczniki z zakresu medycyny, bo to w nich wiedza medyczna jest publikowana. Ustawy i rozporządzenia, będąc aktami prawnymi regulują jedynie otoczenie, w którym lekarzowi przychodzi wykonywać swój zawód. Niestety szybko okazało się, że moje przekonanie nie jest do końca prawdziwe.

W 2012 r. minister zdrowia wydał historyczne pierwsze rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem. W momencie wprowadzenia tego rozporządzenia w życie wszyscy byli przekonani, że jego głównym przesłaniem było umożliwienie legalizacji i bezpiecznego prowadzenia

drogą tak wysoko umocowanego aktu prawnego, jakim jest rozporządzenie. Co więcej, nikt nie wyciągnął wniosków z tych działań i w listopadzie 2015 r. zostało opublikowane kolejne rozporządzenie w dziedzinie położnictwa i ginekologii, tym razem w wybranych przypadkach występowania ciąży powiklanej.

Przez 30 lat pracy zawodowej nie spotkałem się z sytuacją, kiedy to NIK sprawdza procedury lecznicze w szpitalu.

Coś, co miało nam pomóc teraz może okazać się, że będzie głównie utrudniało pracę, niejednokrotnie prowadząc do odpowiedzialności zawodowej, karnej, cywilnej. Dzisiaj prokurator prowadząc sprawę położniczą nie będzie musiał powoływać biegłego. Wystarczy, że położy na biurku rozporządzenie, w którym określone są bezwzględne nakazy działania, sprawdzi ich realizację z dokumentacją medyczną, uzupełni odpowiedziami udzielonymi w trakcie przesłuchania na pytania, wy-

do kontroli Pani przygotowała sobie kilkadziesiąt pytań sporządzonych na podstawie w/w rozporządzenia. Losowo wybrała kilkadziesiąt historii chorób pacjentek, które wcześniej odpowiadały na przesłaną im przez NIK ankietę. Pracownicy oddziału musieli wskazywać miejsca, gdzie w historii odnotowano fakt zapoznania się lekarza z wynikami badań dodatkowych, uzyska-

Mój szacunek zyskali wszyscy ci, którzy walczą o to, by standardy medyczne powstały, ale żeby pozostały medycznymi, a nigdy nie były wprowadzane pod postacią aktów prawnych.

porodów w warunkach domowych. Niestety, życie przeniosło bezkrytycznie ten przepis do rzeczywistości porodów szpitalnych. Od wielu lat część lekarzy domagała się od towarzystw naukowych tworzenia standardów, które miały ułatwić wybór najlepszych metodyk diagnostyki i leczenia. Wszyscy mieliśmy nadzieję, że one ułatwią nam życie. W wielu specjalnościach standardy takie, jako rekomendacje, czyli zalecenia w typie tzw. dobrych praktyk, zostały opracowane i upowszechnione. **Nikt jednak, oprócz luminarzy położnictwa, nie wpadł na ten „genialny pomysł”, aby standardy wprowadzać**

ciągnie wnioski, że naruszenie przepisów prowadziło do stworzenia zagrożenia zdrowia lub życia. I bez problemu zbuduje i uzasadni akt oskarżenia. Przykładem, jak zmieniło rzeczywistość stworzenie standardów będących przepisami prawa, doskonale ilustruje przebieg zdarzeń w szpitalu, z którym jestem zawodowo związany.

Na przełomie roku w szpitalu odbywała się dwumiesięczna kontrola prowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli w zakresie realizacji w oddziałach położniczo-ginekologicznych pierwszego z cytowanych wyżej rozporządzeń. Oddelegowana

nia zgody pacjentki na wykonanie wlewu, golenia owłosienia łonowego, w którym miejscu personel odnotował najprostsze, rutynowe czynności, jak ocena krwawienia, siłę skurczu mięśnia macicy itd., itd. Następnie udzielaliśmy wyczerpujących informacji i wyjaśnień, dlaczego różne dane nie zostały w sposób szczególny uwypuklone w dokumentacji i dlaczego nasze wyjaśnienia rozbieżne są z oceną faktów przez pacjentki. Jedyną korzyścią z przeprowadzonej kontroli będą nowe druczki, które personel oddziałów położniczych będzie musiał wypełniać, opisując skrzętnie, co zrobił. Przez 30 lat pracy zawodowej nie spotkałem się z sytuacją, kiedy to NIK sprawdza procedury lecznicze w szpitalu. Mam wrażenie, że kolejny raz oczekiwania lekarzy drastycznie rozminęły się z rzeczywistością, którą nam przygotowano.

Z wielkim zdziwieniem czytam publikację, w których autorzy zachwyceni są, że zrobiliśmy znowu „coś” jako pierwsi w Europie, a prawdopodobnie i na świecie. Zachwyceni są chyba tylko pomysłodawcy i prawnicy. Natomiast mój szacunek zyskali wszyscy ci, którzy walczą o to, by standardy medyczne powstały, ale żeby pozostały medycznymi, a nigdy nie były wprowadzane pod postacią aktów prawnych. Tego życzę wszystkim kolegom, którzy mają to szczęście, że wykonują specjalizację inną niż położnictwo. ●

Dr n. med. Tadeusz Urban
Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej

Komisja ds. Emerytów i Rencistów Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach

INFORMUJE:

W terminie 14-21 maja br. zostanie zorganizowany wyjazd integracyjny, w ramach Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku ŚIL, do Brennej. Zapisy będą prowadzone w terminie 11-29 kwietnia br. Wpłaty za wyjazd będą przyjmowane w terminie od 1-10 maja br. Koszt uczestnictwa w wyjeździe wynosi 350 zł/osobę.

W terminie 23-26 czerwca br. zostanie zorganizowany wyjazd integracyjny do Kotliny Jeleniogórskiej. Zapisy będą prowadzone w terminie 11-29 kwietnia br. Wpłaty za wyjazd będą przyjmowane w terminie 1-31 maja br. Koszt uczestnictwa w wyjeździe wynosi 200 zł/osobę. Bilety wstępu do zwiedzanych obiektów płatne odrębnie.

W ramach Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku ŚIL zostanie także zorganizowany wyjazd integracyjny nad Morze Bałtyckie, o którym poinformujemy w najbliższym czasie, za pośrednictwem „Pro Medico” i publikacji na stronie internetowej ŚIL.

Zamierzamy również zorganizować wykłady Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w siedzibie ŚIL. Zachęcamy Koleżanki i Kolegów do zgłaszania tematyki zajęć, które miałyby znaleźć się w programie LUTW ŚIL.

Zasady rekrutacji i uczestnictwa w wyjazdach integracyjnych opublikowano na stronie internetowej:

www.izba-lekarska.org.pl/46-komisja_ds_emerytow_i_rencistow

Na ww. stronie publikowane będą sukcesywnie programy, tematyka i terminy wyjazdów integracyjnych oraz zajęć stacjonarnych LUTW ŚIL.

Zgłoszenia przyjmuje pani Bogusława Blecharz;
tel. 32 60 44 262

Irena Utrata

**Przewodnicząca Komisji ds. Emerytów i Rencistów
Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach**

LISTY



Echa publikacji

Piszę w związku z zamieszczonymi w lutym numerze „Pro Medico” rozmowami przeprowadzonymi z lekarzami na temat ich przechodzenia na emeryturę.

Wywiady w swej wymowie smutne, pokazujące jak często lekarze, którzy wiele, wiele lat przepracowali w zawodzie, w jakimś szpitalu czy przychodni, kiedy odchodzili na emeryturę nie spotykali się z należnym im podziękowaniem. Stali się kimś zbędnym, nie realizowali już przecież kontraktu. To przykre, że grupa zawodowa, która uważa się za wybrańców, wykonujących szczególnie zawód, tak traktuje odchodzących na emeryturę.

Zgadzam się, jesteśmy wybrańcami, którym jest dane wykonywać ten piękny i odpowiedzialny zawód. Ale z tego faktu, powinny wynikać również obowiązki, do których zaliczyłabym obowiązek szanowania starszych kolegów lekarzy – choć to powinno właściwie wynikać z „kindersztuby”, a niekoniecznie z racji wykonywanego zawodu.

Niedawno koleżanka w poradni z legitymacją lekarza-emeryta, liczyła na krótszy czas oczekiwania, a usłyszała: jest pani emerytem, nie lekarzem. (...)

Reasumując, takie rozmowy jak te w lutym numerze „Pro Medico” uważam za bardzo potrzebne, poruszające.

Mam nadzieję, że pobudzą do refleksji, zwłaszcza młodych lekarzy. Że normą będzie sytuacja, gdy starszy lekarz, który „całe wieki” przepracował w jakiejś jednostce służby zdrowia, kiedy tam trafi jako pacjent, będzie traktowany jak starszy kolega, a nie tylko pacjent.

Mam to szczęście, że na część koleżanek i kolegów w moim szpitalu (mogę tak mówić, gdyż przepracowałam tam całe zawodowe życie, od stażysty do ordynatora) zawsze mogę liczyć, za co im dziękuję. Nie wymienię ich z nazwiska, ale oni doskonale wiedzą, o kogo chodzi.

Z poważaniem,

Wanda Wenglarzy-Kowalczyk

Śląska Akademia Medyczna

Absolwenci 1966

W związku z odnową dyplomu po 50 latach, prosimy absolwentów Wydziału Lekarskiego Oddziału Stomatologii

o zarejestrowanie się w Dziekanacie Wydziału Zabrzeńskiego u pani Julity Prabuckiej, do 30 czerwca 2016 roku.

Adres Dziekanatu: 41-800 Zabrze.

Plac Traugutta 2, tel. 32 370 52 66;

e-mail: kkpzabrze@sum.edu.pl

Uroczystość odbędzie się w dniu inauguracji roku akademickiego 2016/2017.

O dokładnym terminie i programie uroczystości powiadomimy każdego zarejestrowanego.

Prezes

**Stowarzyszenia Wychowanków SUM
Maria Gajeka-Bożek**

Śląska Akademia Medyczna

Absolwenci z roku 1969

Z okazji 47. rocznicy ukończenia studiów serdecznie zapraszam na kolejne spotkanie w Hotelu „Ostaniec” w Podlesiach w dniach 3-5 czerwca 2016 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.

*Maria Gajeka-Bożek
starosta roku*

**e-mail: mariagajekabozek@op.pl
tel. 601 289 665**

„Aby kraj mógł żyć, trzeba, aby żyły prawa”
Adam Mickiewicz

Praktyka lekarska – ważne informacje związane z jej prowadzeniem

W trakcie odbywanych dyżurów prawnych lekarze wielokrotnie byli zainteresowani, czym należy się kierować dokonując właściwego wyboru rodzaju praktyki lekarskiej. Zadawali również pytania dotyczące zasad prowadzenia samej praktyki lekarskiej.

► WYBÓR PRAKTYKI

Przed dokonaniem wyboru, jaki rodzaj praktyki lekarskiej należy założyć, lekarz powinien określić: jak wygląda jego aktywność zawodowa, gdzie udziela i zamierza udzielać świadczeń zdrowotnych. W przypadku lekarzy współpracujących z podmiotami leczniczymi (dawnymi NZOZ-ami, obecnie są nimi różnego rodzaju przychodnie, poradnie, szpitale) – odpowiednia będzie tzw. „praktyka w podmiocie” (której pełna nazwa to indywidualna/indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem).

Jeśli lekarz zamierza otworzyć swój własny gabinet, powinien założyć indywidualną/indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską. W przypadku chęci przyjmowania pacjentów w ich miejscu zamieszkania, odpowiednia będzie praktyka na wezwanie.

Każdorazowo, określając rodzaj zakładanej praktyki lekarskiej, lekarz winien uwzględnić ograniczenia ustawowe związane z posiadaniem praktyki. Obecne przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty pozwalają lekarzowi – mającemu praktykę – zatrudniać jedynie osoby niebędące lekarzami do wykonywania czynności pomocniczych. Do grupy współpracowników zalicza się np. asystentki stomatologiczne, higienistki, rejestratorki. Przy okazji warto wspomnieć, że aktualnie przez samorząd lekarski przetacza się burzliwa dyskusja nad możliwością współpracy czy wręcz możliwości zatrudnienia innego lekarza. Zgłaszane są postulaty, by dać lekarzom praktykującym indywidualnie prawo współpracy z innym lekarzem (lekarzami). Jednakże w obecnym stanie prawnym jest to wyłączone (za wyjątkiem sytuacji zatrudnienia lekarza w związku z kształceniem przed- i podyplomowym).

Co więcej, w przypadku posiadania grupowej praktyki lekarskiej świadczenia zdrowotne mogą być udzielane wyłącznie przez lekarzy będących współnikami albo partnerami spółki, w oparciu o którą założono tę praktykę.

► OBOWIĄZKI ZWIĄZANE Z FUNKCJONOWANIEM PRAKTYKI

Lekarz mający praktykę musi liczyć się z koniecznością dopełniania różnych obowiązków, związanych z prowadzeniem tej praktyki. Wśród nich wymienić należy następujące:

► regulamin organizacyjny

Ustawa o działalności leczniczej przewiduje, że każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą, a więc także lekarz mający praktykę lekarską, powinien posiadać regulamin organizacyjny. Ustawa w przepisie art. 24 ustawy o działalności leczniczej wymienia elementy, które regulamin winien określać. Przykładowy wzór takiego regulaminu znajduje się na stronie internetowej ŚIL pod adresem: http://izba-lekarska.org.pl/aktualnosci/281-regulamin_organizacyjny_praktyk_zawodowych. Wzór można wykorzystać w swojej praktyce, uzupełniając jedynie indywidualne dane;

► aktualizacja informacji o praktyce, w tym o kolejnej polisie ubezpieczeniowej

Lekarz, bez względu na rodzaj posiadanej praktyki lekarskiej, zakładając ją – uzyskuje jej księgę rejestrową. W niej zawarte są wszyst-

kie informacje dotyczące tej praktyki, w tym miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych. Każdorazowo w przypadku jakichkolwiek zmian danych ujawnionych w tej księdze, lekarz w terminie 14 dni od powstania tej zmiany, powinien ujawnić ją – składając w tym celu stosowny wniosek. Obowiązek aktualizacji informacji obejmuje także zakup nowej polisy ubezpieczenia OC. W takiej sytuacji, lekarz w ciągu 7 dni od jej zawarcia, powinien przekazać ją celem wpisania stosownej wzmianki w rejestrze;

► właściwe przekazywanie informacji o posiadanej praktyce

Ogłaszając informację o swojej praktyce, w szczególności na ewelacji budynku czy w prasie, lekarz musi mieć na uwadze pewne ograniczenia związane z jej treścią i formą. Po pierwsze informacje o prowadzonej praktyce mogą wskazywać jedynie informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. I dodatkowo, nie mogą mieć one cech reklam. Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom lekarzy, w uchwale nr 5/2013 z dnia 6 lutego 2013 r. określiła, jakie są preferowane wzory tablic i ogłoszeń, a w uchwale nr 40/2013 z dnia 11 września 2013 r. wskazała, jakie informacje mogą zostać potraktowane jako niedozwolona reklama;

► prowadzenie dokumentacji medycznej

Prowadząc praktykę lekarską lekarz musi prowadzić dokumentację medyczną. Obowiązek ten dotyczy wszystkich lekarzy, bez względu na miejsce, w którym lekarz wykonuje zawód bądź rodzaj posiadanej praktyki lekarskiej. Nie ma znaczenia także fakt, czy lekarz udziela świadczeń w ramach NFZ czy odbywa się to na całkowicie komercyjnych zasadach. Szczegółowe informacje, co powinna zawierać dokumentacja medyczna określa ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz stosowne rozporządzenie wykonawcze ministra zdrowia.

Podkreślić należy, że wymienione powyżej obowiązki to te, z którymi lekarze najczęściej miewają trudności lub zapominają o nich. Nie są to oczywiście wszystkie obowiązki, których lekarz musi dopełnić. Tym niemniej, warto pilnować, aby ich realizacja odbywała się na bieżąco. Będzie to gwarancja prawidłowego wykonywania zawodu, jak również podstawa, by uniknąć wielu niepotrzebnych wyjaśnień i kłopotliwych sytuacji w przyszłości. ●

Katarzyna Różycka
radca prawny
Zespół Radców Prawnych ŚIL

Ogłoszenie

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

Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA JAMY BRZUSZNEJ W TEORII I PRAKTYCE – KURS PODSTAWOWY

Czas trwania: wykład – 4 godziny dydaktyczne, ćwiczenia – 3 spotkania po 5 godzin dydaktycznych.

Wykład odbędzie się w Domu Lekarza w Katowicach. Ćwiczenia odbędą się w Szpitalu Miejskim w Rudzie Śląskiej-Bielszowicach.

Terminy:

▶ **18.04.2016 (poniedziałek) godz. 15.30**

▶ **16.05.2016 (poniedziałek) godz. 15.30**

▶ **6.06.2016 (poniedziałek) godz. 15.30**

Kurs kierowany jest do lekarzy bez doświadczenia w diagnostyce USG

Koszt uczestnictwa – 30 zł

Kierownik naukowy dr Marek Potempa

▶ **2.04.2016 (sobota) godz. 10.30**

Konferencja interdyscyplinarna ZABURZENIA KRZEPNIĘCIA I KRWOTOKI W ZABIEGOWYCH DZIEDZINACH MEDYCYN

Kierownik naukowy prof. dr hab. n. med. Hanna Misiólek

▶ **5.04.2016 (wtorek) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

ZAPATRYWANIE W RAMACH CHIRURGII DZIECIĘCEJ W WARUNKACH SOR I IZBY PRZYJĘĆ.

(Kurs jest przeznaczony dla młodych lekarzy rozpoczynających pracę zawodową i dyżurujących w SOR. Ma dać podstawy do bezpiecznej pracy i dokładnej diagnostyki stanów pogorszenia zdrowia.)

Wykład poprowadzi dr Patrycja Starzak

▶ **6.04.2016 (środa) godz. 15.30**

Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)

ROZMOWA Z PACJENTEM TERMINALNYM

Szkolenie poprowadzi dr hab. n. hum. prof. UŚ Alicja Gałązka

▶ **9.04.2016 (sobota) godz. 9.00**

Kurs doskonalący

OCENA EKG – PODSTAWY I PRZYKŁADY KLINICZNE

Warsztaty dla lekarzy pragnących poszerzyć swoją wiedzę z zakresu elektrokardiologii praktycznej, w tym przygotowujących się do egzaminów specjalizacyjnych (interna, kardiologia)

Wykład poprowadzi dr hab. n. med. Krzysztof Szydło

Miejsce spotkania: Restauracja Europa, ul. Żołędziowa 100, 44-217 Rybnik

▶ **11.04.2016 (poniedziałek) godz. 15.30**

Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)

RESUSCYTACJA KRAŻENIOWO-ODDECHOWA DOROSŁYCH WEDŁUG AKTUALNYCH EUROPEJSKICH WYTYCZNYCH

Czas trwania: wykład – 5 godzin dydaktycznych, warsztaty praktyczne* – 7 godzin dydaktycznych.

Po wykładzie uczestnicy zostaną podzieleni na małe grupy warsztatowe do ćwiczeń resuscytacji z zastosowaniem manekinów i sprzętu ratunkowego.

Koszt uczestnictwa – 50 zł

Każdy z uczestników wykładu weźmie udział w jednym spotkaniu warsztatowym

Kierownik naukowy prof. dr hab. n. med. Hanna Misiólek

Koordynator warsztatów praktycznych dr Janusz Michalak

▶ **12.04.2016 (wtorek) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

PACJENT PEDIATRYCZNY W SOR I IZBIE PRZYJĘĆ

(Kurs jest przeznaczony dla młodych lekarzy rozpoczynających pracę zawodową i dyżurujących w SOR. Ma dać podstawy do bezpiecznej pracy i dokładnej diagnostyki stanów pogorszenia zdrowia)

Wykład poprowadzi dr Barbara Kunsdorf-Bochnia

▶ **14.04.2016 (czwartek) godz. 15.00**

Konferencja

NIETYCZNOŚĆ SERCA JAKO SCHORZENIE INTERDYSCYPLINARNE

Kierownik naukowy prof. dr hab. n. med. Krzysztof S. Gołba

▶ **15.04.2016 (piątek) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

SKUTECZNE NAUCZANIE W MEDYCYNIE W OPARCIU O MIĘDZYNARODOWE STANDARDY. CZ. I

Warsztaty poprowadzi dr Joanna Ortołi

▶ **16.04.2016 (sobota) godz. 9.00**

Kurs doskonalący

OCENA EKG – PODSTAWY I PRZYKŁADY KLINICZNE

SPOTKANIE PIERWSZE: KOMU, CO ZAŁOŻYĆ, A POTEM JAK TO OPISAĆ – ZABURZENIA RYTMU SERCA

Warsztaty dla lekarzy pragnących poszerzyć swoją wiedzę z zakresu elektrokardiologii praktycznej, w tym przygotowujących się do egzaminów specjalizacyjnych (interna, kardiologia)

Wykład poprowadzi dr hab. n. med. Krzysztof Szydło

Kurs doskonalący – warsztaty praktyczne* (wymagany formularz zgłoszeniowy)

NAGŁE STANY ZAGROŻENIA ŻYCIA U DZIECI

W trakcie kursu prelekcje przeplatane są ćwiczeniami praktycznymi. Tematyka obejmuje większość nieurazowych, nagłych stanów zagrożenia życia u dzieci.

Koszt uczestnictwa – 50 zł

Terminy:

▶ **19.04.2016 (wtorek) godz. 15.30**

▶ **31.05.2016 (wtorek) godz. 15.30**

Czas trwania: 7 godzin dydaktycznych

Kierownik naukowy dr n. med. Ludwik Stołtny

Koordynator warsztatów praktycznych dr Janusz Michalak

▶ **25.04.2016 (poniedziałek) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

PACJENT, KTÓRY DUŻO WIE

Warsztaty poprowadzi dr Joanna Ortołi

▶ **27.04.2016 (środa) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

OCENA EKG – PODSTAWY I PRZYKŁADY KLINICZNE.

SPOTKANIE DRUGIE: ZABURZENIA RYTMU SERCA – POJEDYNCZE, PARY, CZĘSTO-SKURCZE

Warsztaty dla lekarzy pragnących poszerzyć swoją wiedzę z zakresu elektrokardiologii praktycznej, przygotowujących się do egzaminów specjalizacyjnych (interna, kardiologia)

Wykład poprowadzi dr hab. n. med. Krzysztof Szydło

Kurs doskonalący – warsztaty praktyczne* (wymagany formularz zgłoszeniowy)

RESUSCYTACJA NOWORODKÓW PO ZMIANACH W EUROPEJSKICH WYTYCZNYCH

(warsztaty przygotowane dla lekarzy, którzy wcześniej uczestniczyli w kursach z RKO noworodków)

Terminy:

▶ **28.04.2016 (czwartek) godz. 15.30**

▶ **10.05.2016 (wtorek) godz. 15.30**

▶ **27.06.2016 (poniedziałek) godz. 15.30**

Czas trwania: 7 godzin dydaktycznych

Koszt uczestnictwa – 50 zł

Kierownik naukowy dr hab. n. med. Iwona Maruniak-Chudek

▶ **9.05.2016 (poniedziałek) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

OCENA EKG – PODSTAWY I PRZYKŁADY KLINICZNE.

SPOTKANIE TRZECIE: PRZYSZEDŁ PACJENT Z WSZCZEPIONYM URZĄDZENIEM...

Warsztaty dla lekarzy pragnących poszerzyć swoją wiedzę z zakresu elektrokardiologii praktycznej, przygotowujących się do egzaminów specjalizacyjnych (interna, kardiologia)

Wykład poprowadzi dr hab. n. med. Krzysztof Szydło



- ▶▶▶ ▶ **12.05.2016 (czwartek) godz. 15.30**
Kurs doskonalący – warsztaty praktyczne* (wymagany formularz zgłoszeniowy)

NAGŁE STANY ZAGROŻENIA ŻYCIA Z PRZYCZYN SERCOWO-NACZYNIOWYCH

W trakcie kursu prelekcje przeplatane są ćwiczeniami praktycznymi.

Koszt uczestnictwa – 50 zł

Czas trwania: 7 godzin dydaktycznych

Kierownik naukowy dr n. med. Wojciech Rychlik

Koordynator warsztatów praktycznych dr Janusz Michalak

- ▶ **14.05.2016 (sobota) godz. 9.30**

Kurs doskonalący

DYSFUNKCJE UKŁADU RUCHOWEGO NARZĄDU ŻYCIA – KOMPENDIUM PRAKTYCZNE – NAJNOWSZE POGLĄDY NA TEMAT NEUROGNATOLOGII NA ŚWIECIE.

Wykład poprowadzi

dr n. med. Wojciech Drobek

- ▶ **17.05.2016 (wtorek) godz. 15.30**

Kurs doskonalący – warsztaty praktyczne* (wymagany formularz zgłoszeniowy)

NAGŁE STANY ZAGROŻENIA ŻYCIA Z PRZYCZYN SERCOWO-NACZYNIOWYCH
 W trakcie kursu prelekcje przeplatane są ćwiczeniami praktycznymi.

Koszt uczestnictwa – 50 zł

Czas trwania: 7 godzin dydaktycznych

Kierownik naukowy

dr n. med. Wojciech Rychlik

Koordynator warsztatów praktycznych

dr Janusz Michalak

- ▶ **18.05.2016 (środa) godz. 16.00**

Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)

MOBBING W PRACY LEKARZA

Szkolenie poprowadzi dr hab. n. hum. prof. UŚ Alicja Gałązka

- ▶ **20.05.2016 (piątek) godz. 15.30**

Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)

PERSWAZJA I MANIPULACJA – JAK REAGOWAĆ I RADZIĆ SOBIE Z ZACHOWANIAM I MANIPULACYJNYMI W PRACY LEKARZA

Szkolenie poprowadzi dr hab. n. hum. prof. UŚ Alicja Gałązka

- ▶ **24.05.2016 (wtorek) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

POSTĘPOWANIE PRZY PODEJRZENIU UDARU I LECZENIE FAZY OSTREJ

Kierownik naukowy

dr n. med. Anetta Lasek-Bal

- ▶ **2.06.2016 (czwartek) godz. 15.30**

Kurs doskonalący – warsztaty praktyczne* (wymagany formularz zgłoszeniowy)

NAGŁE STANY CHIRURGICZNE U DZIECI

Koszt uczestnictwa – 50 zł

Czas trwania: 7 godzin dydaktycznych

Kierownik naukowy dr n. med. Ludwik Stołtny

Koordynator warsztatów praktycznych dr Janusz Michalak

- ▶ **6.06.2016 (poniedziałek) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

SKUTECZNE NAUCZANIE W MEDYCYNIE W OPARCIU O MIĘDZYNARODOWE STANDARDY

Część 2

Warsztaty poprowadzi dr Joanna Ortol

Szkolenie przeznaczone jest dla osób, które w ramach pracy zawodowej przekazują wiedzę medyczną (zarówno kliniczną jak i teoretyczną) i chcą to robić w sposób skuteczny i nowoczesny. Omawiane będą sposoby prowadzenia zajęć, warsztaty, studium przypadku (case study), problem Based Learning – czyli zajęcia, których treść i przesłanie zostają w pamięci.

- ▶ **17.06.2016 (piątek) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

PRZEGLĄD MAS I TECHNIK WYCISKOWYCH POD PRACĘ PRECYZYJNE – PROTEZY STAŁE

Wykład poprowadzi dr n. med. Mariola Karłowska

Współpraca: Marrodent, Kettenbach

- ▶ **20.06.2016 (poniedziałek) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

PACJENT INTERNISTYCZNY W SOR I IZBIE PRZYJĘĆ.

Część 2

(Kurs jest przeznaczony dla młodych lekarzy rozpoczynających pracę zawodową i dyżurujących w SOR. Ma dać podstawy do bezpiecznej pracy i dokładnej diagnostyki stanów pogorszenia zdrowia)

Wykład poprowadzi dr Karol Holona

Kursy i konferencje odbędą się w Domu Lekarza w Katowicach przy ul. Grażyńskiego 49a. Kursy dostępne dla wszystkich zainteresowanych członków ŚIL. Liczba miejsc ograniczona możliwościami technicznymi sali wykładowej – zachęcamy do wstępnego zgłaszania zamiaru uczestnictwa. O udziale decyduje kolejność przybycia na szkolenie do Domu Lekarza. Możliwość uzyskania certyfikatu potwierdzającego zdobycie punktów edukacyjnych. Dodatkowe informacje dostępne pod numerem telefonu: 32 60 44 225 lub drogą elektroniczną: kursy@izba-lekarska.org.pl

KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA

„Przekwalifikowanie zawodowe jako problem medyczny”

11.05.2016 r. godz. 12.00 w Domu Lekarza w Katowicach

Organizatorzy: Śląska Izba Lekarska: Zespół ds. orzekania i opiniowania sądowo-lekarskiego, Komisja ds. kształcenia podyplomowego; ZUS Oddział w Chorzowie oraz Oddział Śląski Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy

Program:

- słowo wstępne: prezes ORL dr n. med. Jacek Kozakiewicz
- „Podstawy prawne przyznawania renty szkoleniowej” – mgr Zofia Muczek – dyrektor Oddziału Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Chorzowie
- „Pozamedyczne ograniczenia skuteczności przekwalifikowania zawodowego” – dr n. med. Janina Zdrzałek – Główny Lekarz Orzecznik Zakładu
- „Możliwości realizacji przekwalifikowania zawodowego na etapie PUP” z Urzędu Pracy – mgr Joanna Broncel – kierownik Działu rozwoju zasobów ludzkich Powiatowego Urzędu Pracy w Chorzowie
- „Lekarz medycyny pracy i jego rola w realizacji decyzji o prawie do renty szkoleniowej” dr n. med. Ryszard Szozda

przewodniczący Zespołu ds. orzekania i opiniowania sądowo-lekarskiego/przewodniczący Oddziału Śląskiego PTMP

– „Opinia biegłego w sprawie odwołania od decyzji o prawie do renty szkoleniowej i/lub w aspekcie problemu „przekwalifikowania zawodowego” dr n. med. Ryszard Szozda przewodniczący Zespołu ds. orzekania i opiniowania sądowo-lekarskiego/przewodniczący Oddziału Śląskiego PTMP

Zapraszamy wszystkich lekarzy zainteresowanych tematyką konferencji, a szczególnie specjalistów medycyny pracy oraz biegłych sądowych. Uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.

dr n. med. Ryszard Szozda
Przewodniczący Zespołu

ds. orzekania i opiniowania sądowo-lekarskiego ORL

Zdaniem Komisji Stomatologicznej

► OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

Ochrona danych osobowych już od dłuższego czasu była w obszarze zainteresowania Komisji Stomatologicznej ŚIL. Śledziłyśmy doniesienia prasowe, uczestniczyliśmy w konferencjach i spotkaniach informacyjnych przygotowanych dla podmiotów medycznych. Komisja zaproponowała szkolenia dla lekarzy dentytów z tego zakresu. Ogromne kontrowersje wśród członków Komisji, budzi problem elektronicznej dokumentacji medycznej, zwłaszcza w zakresie ochrony danych osobowych. Brak świadomości społecznej przeciętnego obywatela w tej kwestii, a także niewiedza lekarzy w tej materii została obnażona na Konferencji ANDRZEJKI STOMATOLOGICZNE 2015. Wykład o zagrożeniach z niej płynących wygłosił mec. **Tomasz Pęcherz**. Można nadmienić, że Pan Mecenas został powołany 19.01.2016 r. do Zespołu do opracowania raportu dotyczącego możliwości uproszczenia regulacji dotyczących wykonywania działalności leczniczej, którego został przewodniczącym. Konieczność prowadzenia wyłącznie elektronicznej dokumentacji medycznej jest jednym z absurdów, który nam zaprojektowano. Mamy nadzieję, że zespół wskaże niedoskonałości tego rozwiązania. Komisję niepokoi fakt, iż ustawa O Systemie Informacji Ochrony Zdrowia zakłada przesyłanie danych osobowych z dokumentacji medycznej do tworzonej na tą okoliczność „platformy” czyli tzw. chmury internetowej. Są to dane wrażliwe, a jak powszechnie wiadomo wykradanie danych nawet z obszarów pilnie strzeżonych, jak np. banki, są też możliwe dla hakerów. Komisja uważa, że pacjent, obywatel Rzeczypospolitej Polskiej ma prawo do decydowania o dostępie do swoich danych zdrowotnych. Czekamy na nowe regulacje prawne, dostosowane do otaczającej nas rzeczywistości. Czekamy na to, aby prawo nie było pułapką na obywatela, pacjenta i lekarza oczywiście. W ministerialnym Zespole ds. absurdów pracuje nasz kolega, **Andrzej Cisko**, dentysta z Wielkopolski, jest więc realna szansa, że głos stomatologów, będzie dosłyszany.

Dr Aleksandra Sommerlik-Biernat
wiceprzewodnicząca Komisji Stomatologicznej ORL

Na Wydziale Prawa i Administracji UŚ odbyła się w Katowicach konferencja: „Ochrona danych medycznych”, w której uczestniczyli przedstawiciele Komisji Stomatologicznej ŚIL. Udział rektora UŚ, dziekana Wydziału Prawa i Administracji czy Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, stanowił niewątpliwie o jej wysokiej randze. (13. 01.2016 r.).

Konferencja stanowiła pretekst do przypomnienia, że każdy prowadzący praktykę stomatolog (ale i lekarz) ma obowiązki związane z ochroną danych osobowych, wynikające z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2002, Nr 101, poz. 927 ze zmianami). Dane naszych pacjentów (medyczne) należą do tak zwanych danych wrażliwych, którym my, jako posiadacze (administratorzy danych osobowych), musimy zapewnić ochronę, czyli zabezpieczyć przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabranieniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem ustawy oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.

► SMUTNE KONKLUZJE

Niestety, baczne wysłuchanie wszystkich wykładów Konferencji skłoniło uczestników, reprezentujących Komisję Stomatologiczną do wysunięcia smutnych konkluzji. Zdaniem prelegentów konferencji, już samo pojęcie „dane medyczne” nie jest w świetle dzisiejszego prawa jednoznaczne. Zrozumienie natomiast aktów



Mec. Tomasz Pęcherz, przewodniczący Zespołu ministerialnego podczas spotkania z przedstawicielami ŚIL.

foto: Justyna Dasiak/Tomasz Gawlik

prawnych, regulujących temat ochrony danych osobowych w naszych gabinetach, wcale nie jest ani łatwe, ani proste, ani przyjemne. Co więcej, regulacje ustawowe wciąż mają miejsce. Nawet na zadane pytanie, czy w innych krajach Unii Europejskiej obowiązuje wyłącznie wersja elektroniczna dokumentacji medycznej (której wszyscy obawiamy się wejścia z dniem 1 stycznia 2018 roku) została nam udzielona bardziej niż wymijająca odpowiedź. Zdaniem więc Komisji Stomatologicznej należy bardzo ostrożnie decydować się na uczestnictwo we wszelkiego rodzaju płatnych, reklamowanych szkoleniach, kursach, także zastanowić się przed zakupem podręczników, przybliżających temat ochrony danych osobowych w gabinetach. Szczególny cel stanowią tutaj dla autorów i sprzedawców gabinety stomatologiczne.

Roztropność konieczna jest także przy zakupie programów komputerowych do gabinetów. Obecni na konferencji przedstawiciele świata informatycznego, którzy są lub staną się dla niejednego gabinetu tzw. administratorem bezpieczeństwa informacji, wciąż poruszają się w chaosie.

Oferta odpłatnych produktów dotyczących ochrony danych medycznych przez stomatologów, będzie zapewne tym bogatsza i tym droższa, im bliższy w czasie będzie termin wejścia w życie wspomnianej nowelizacji ustawy o systemie informacji ochrony zdrowia z dnia 29 października 2015, czyli 1 stycznia 2018 r. Wyjątkiem są oczywiście wszelkiego rodzaju akcje informacyjne, szkoleniowe, w których warto uczestniczyć, organizowane bezpośrednio przez GIODO (te jednak nie są odpłatne).

Przypominamy, że każdy prowadzący prywatną praktykę zobowiązany jest do:

- opracowania i wdrożenia dokumentu „polityka bezpieczeństwa”;
- opracowania i wdrożenia dokumentu „instrukcja zarządzania systemem informatycznym” (jeśli już prowadzi elektroniczną dokumentację medyczną),
- wyznaczenia administratora bezpieczeństwa informacji,
- dopuszczenia do przetwarzania danych wyłącznie osoby posiadające upoważnienia,
- prowadzenia ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych.

Warto mieć świadomość, że zlekceważenie zaleceń GIODO skutkuje karą, która sięgać może wartości 50 tys. złotych.

Należy się spodziewać, że egzekwowanie pełnego łuk, niejasności i nieścisłości prawa dotyczącego ochrony danych medycznych, będzie coraz bardziej konsekwentne. Jako prawnie odpowiedzialni za ochronę danych medycznych w naszych gabinetach, zapłacimy natomiast tradycyjnie my, stomatolodzy, suto odpłacając prawników i informatyków... ●

Dr n. med. Agnieszka Pawlik
we współpracy z Komisją Stomatologiczną ORL

Krótki przewodnik dla przełożonego lekarza z problemem uzależnienia

Uznając, że problem jest istotny zarówno dla wykonujących zawód Koleżanek i Kolegów, jak również dla ich pracodawców, liczymy na nawiązanie współpracy ze Śląską Izbą Lekarską. Współpraca ta jest niezwykle istotna dla podejmowania działań profilaktycznych i terapeutycznych.



PEŁNOMOCNIK DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW ŚIL

Dr Dorota Rzepniewska

Specjalista psychiatra, specjalista psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia, od 17 lat pracuje jako psychiatra, od 2008 r. nieprzerwanie pełni funkcję Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów na terenie Śląskiej Izby Lekarskiej.

Uzależnienia w naszym środowisku to ważki i wciąż niepozwalający o sobie zapomnieć problem. Odpowiedzią Izby Lekarskich na to wyzwanie była Uchwała NRL z 2007 r. o organizacji systemu pomocy dla lekarzy i lekarzy dentystów, których stan zdrowia uniemożliwia lub ogranicza zdolność do wykonywania zawodu. Bezpośrednim jej następstwem było powołanie na terenie okręgowych izb lekarskich pełnomocników ds. zdrowia lekarzy. W ostatnim czasie docierały do Izby sygnały z naszego środowiska dotyczące niedostatecznej jasności co do sposobów postępowania przełożonych i pracodawców w sytuacji powzięcia uzasadnionego podejrzenia, że lekarz w danej jednostce może mieć problem z uzależnieniem. Najważniejszym postulatem w tej sytuacji wydaje się **wypracowanie takich sposobów postępowania, aby lekarz z problemem uzależnienia mógł liczyć na jak najszybszą pomoc w leczeniu, a jego przełożony (pracodawca) miał jasność, jakie kroki powinien podjąć w tej sytuacji.**

► PRZED WSZYSTKIM KONTAKT

Pełnomocnik do spraw zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów działa odrębnie i niezależnie od komisji specjalnych powoływanych w celu orzekania o zdolności do wykonywania zawodu. Ma za zadanie przede wszystkim nawiązać kontakt z lekarzem. Nawiązanie kontaktu jest bardzo ważne, gdyż bez porozumienia i zaufania niemożliwe jest leczenie. Pełnomocnik zaś ma być przewodnikiem lekarza po sposobach leczenia uzależnienia. Ma ułatwić mu kontakt z grupą samopomocową (grupa AA, w której uczestniczą inni lekarze uzależnieni, ale trzeźwi i w trakcie leczenia), ma też motywować lekarza do podjęcia odpowiedniego w jego sytuacji leczenia. Ważne jest przecież, czy lekarz wymaga leczenia w poradni, czy w stacjonarnym ośrodku odwykowym. Istotną sprawą jest też fakt, w jakim ośrodku będzie się leczył. Powinien po uzgodnieniu z lekarzem uzależnionym kontraktu na leczenie (tj. uzgodnieniu gdzie i jak długo ma się leczyć) pomóc mu ustalić miejsce w odpowiedniej placówce. Bardzo ważnym źródłem wiedzy o proble-

mie uzależnienia w środowisku są informacje od ordynatorów, dyrektorów i kierowników placówek medycznych. Szefowie ZOZ i NZOZ mają możliwość telefonicznego kontaktu z biurem pełnomocnika, który ma możliwość odpowiedzieć na wszelkie pytania telefonicznie, mailowo, jak również podczas osobistego spotkania z przełożonym lekarza z problemem. Najpierw jednak szef placówki medycznej, kierownik, ordynator powinien podjąć rozmowę ze swoim pracownikiem, u którego podejrzewa problem uzależnienia. Jako jego przełożony ma prawo zaproponować mu wizytę u pełnomocnika. Zawrzeć z nim pisemne porozumienie, w którym uzależniony dalszą współpracę z lekarzem od podjęcia przez niego kontaktu z pełnomocnikiem i leczenia odwykowego, którego charakter określi pełnomocnik.

Szybka diagnoza problemu i ustalenie sposobu terapii znacznie poprawia rokowanie co do efektów leczenia. Udział pełnomocnika w tych przypadkach pomaga, gdyż ma on wiedzę, jaki rodzaj terapii jest w danym przypadku niezbędny i jest w stanie wskazać, kiedy trzeba udać się na leczenie stacjonarne, a kiedy wystarczy leczenie ambulatoryjne. Z kolei przełożony zazwyczaj zna dobrze realia pracy w swojej jednostce i może na piśmie określić ograniczenia dla danego lekarza do czasu ukończenia leczenia (np. dobrowolna zgoda na odsunięcie od dyżurów lekarskich na czas terapii). Przy braku współpracy przełożony powinien powiadomić ORL o czynnym uzależnieniu podwładnego, a nie jedynie go zwolnić.

► FAŁSZYWA SOLIDARNOŚĆ

Fakt bycia nietrzeźwym w miejscu pracy jest sygnałem utraty kontroli, oznacza, że problem istnieje, a najczęściej jest już w znacznym stopniu zaawansowany. To zaś jest podstawowym kryterium uzależnienia, które jest przecież chorobą, a nie grzechem czy brakiem dobrej woli. Osobnym problemem jest fałszywie rozumiana solidarność z uzależnionym. Niestety ukrywanie problemu nie rozwiązuje go, a znacznie opóźnia podjęcie decyzji o leczeniu odwykowym zainteresowanego. Pamiętajmy, że w przypadku uzależnienia czas ma kluczowe znaczenie. Jako lekarze często zgłaszamy się na to leczenie znacznie później, niż inne grupy zawodowe, bywa, że decyzja o leczeniu przychodzi za późno i dochodzi do śmierci. Uzależnienie to choroba przewlekła, postępująca i śmiertelna. Każda śmierć uzależnionego kolegi budzi gorący sprzeciw. Potrzebne są działania edukacyjne dotyczące problematyki uzależnienia i współuzależnienia w celu zmiany poglądów na ten temat w środowisku, by ze wstydliwych tajemnic stały się problemami, które można i trzeba rozwiązywać.

► POD ROZWAGĘ KOLEŻANEK I KOLEGÓW!

Przypadki nietrzeźwości lekarzy i lekarzy dentystów podczas wykonywania obowiązków zawodowych coraz częściej nagłaśniane przez media, powodują obniżenie autorytetu lekarza, a jednocześnie stanowią

PRZESŁANKI BEHAWIORALNE WSKAZUJĄCE NA MOŻLIWE UZALEŻNIENIE LEKARZA:

- częste niespodziewane absencje (nagle zachorowania, urlopy na żądanie, zamiary dyżurów)
- nagłe i niespodziewane niezgodności w wykazie leków na ścisły rozrachunek, pozostające w związku z dyżurami danej osoby
- zmiany wyglądu zewnętrznego (nadmierny makijaż, używanie mocnych perfum, żucie gumy, dziwny zapach z ust – np. woń czosnku, odświeżacz oddechu mających na celu zabicie zapachu przetrawionego alkoholu)
- konflikty ze współpracownikami i przełożonymi w miejscu pracy
- drobne pomyłki, niedbałe prowadzenie dokumentacji medycznej, opóźnienia w wypełnianiu obowiązków
- tendencje do zadłużania się wśród współpracowników.

Krótki przewodnik...

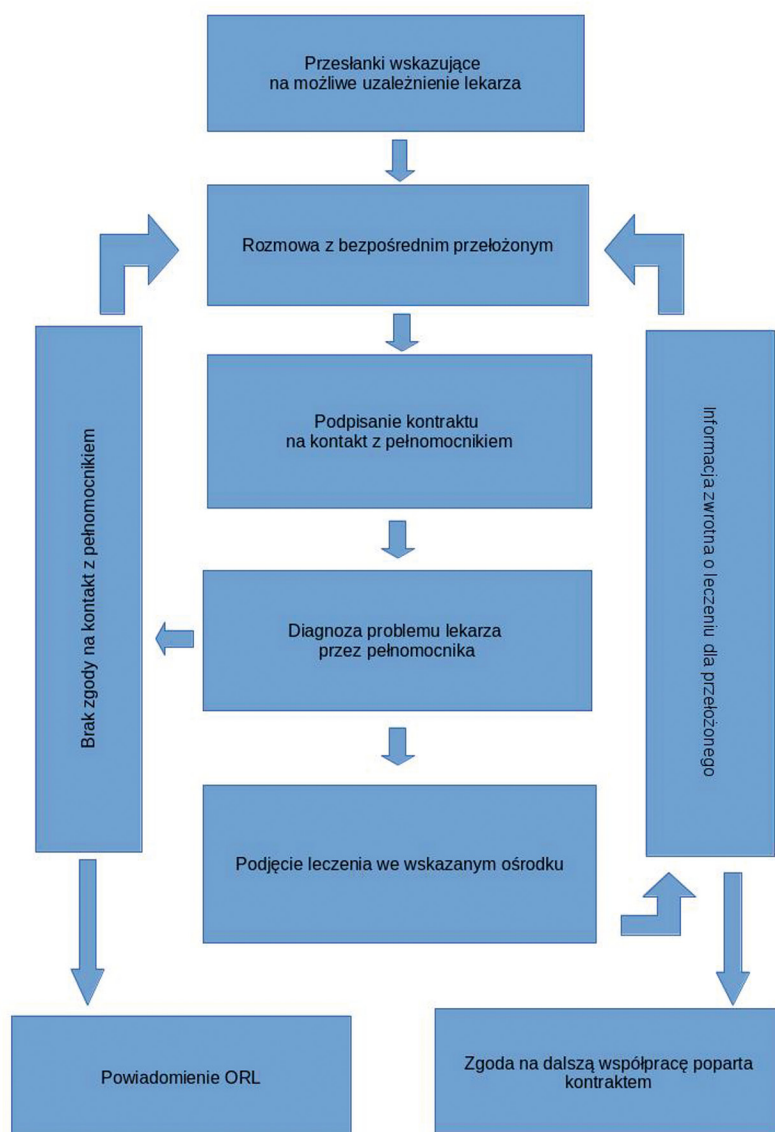
ciąg dalszy ze str. 17 ►►►

zagrożenie dla pacjentów. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, iż lekarze i lekarze dentyści bardziej niż inni uzależnieni **zaprzeczają istnieniu u nich problemu alkoholowego** (lub uzależnieniu od innej substancji psychoaktywnej) oraz **znacznie trudniej im podjąć decyzję o leczeniu**. Jednym z czynników zewnętrznych, które utrudniają lub opóźniają podjęcie przez nich leczenia, jest fałszywie rozumiana solidarność zawodowa, np. ukrywanie nietrzeźwości kolegów przed przełożonymi i pacjentami, tuszowanie ich błędów.

Dlatego **przełożony lekarza jest osobą, która może mieć istotny wpływ na podjęcie przez niego decyzji o leczeniu**. Potrzeba tu zmiany podejścia do problemu i uważności na sygnały mogące świadczyć o uzależnieniu lekarza. Istotnym problemem jest zbyt pobłażliwy stosunek przeło-

żonych wobec nietrzeźwości pracowników – lekarzy albo rozwiązywanie problemu w najwygodniejszy dla pracodawcy sposób poprzez rozwiązywanie z nimi umowy o pracę.

Uznając, że problem jest istotny zarówno dla wykonujących zawód Koleżanek i Kolegów, jak również dla ich pracodawców, liczymy na nawiązanie współpracy z Izłą Lekarską w tej sprawie. Współpraca ta jest niezwykle istotna dla podejmowania działań profilaktycznych, terapeutycznych. Szybkie podjęcie decyzji o leczeniu decyduje o efektywności terapii uzależnienia, a także daje szansę zapobieżenia zawieszaniu prawa wykonywania zawodu, co jest niezwykle bolesne zarówno dla indywidualnej osoby, jak i całego środowiska lekarskiego. ●



Schemat obrazujący współpracę lekarz – pełnomocnik – przełożony.

► 1. Bezpośrednia rozmowa twarzą w twarz z lekarzem, u którego podejrzewamy problem (najlepiej jeśli przeprowadza ją kolega, koleżanka z najbliższego otoczenia konkretnie nazywając, jakie symptomy ją czy jego zaniepokoiły). Podkreślenia wymaga fakt, że powinna się zakończyć propozycją udania się do poradni odwykowej celem diagnostyki i ewentualnego leczenia. Jest to jedyny etap, który nie musi być udokumentowany i powinien przebiegać w środowisku współpracowników – kolegów najlepiej z wyłączeniem przełożonego.

► 2. W razie stwierdzenia nawrotu problemu bezwzględnie należy powiadomić przełożonego.

► 3. Przełożony powinien przeprowadzić osobistą rozmowę z lekarzem z problemem (najlepiej w obecności jeszcze jednego lekarza, np. swojego zastępcy lub kolegi lekarza, który zgłosił problem).

► 4. Treść rozmowy powinna zostać odnotowana w formie umowy-kontraktu określającego obowiązki obu stron, tj. przełożony zobowiązuje się zorganizować zastępstwo za lekarza z problemem na czas leczenia, lekarz zobowiązuje się do kontaktu z pełnomocnikiem ds. zdrowia lekarzy i upoważnia pełnomocnika do udzielania ściśle określonych informacji o wizytach u pełnomocnika przełożonemu.

► 5. Przełożony znający realia pracy w swojej placówce i w kontakcie z pełnomocnikiem, w zależności od podjętych decyzji co do terapii podwładnego z problemem, adaptuje jego warunki pracy do sytuacji (np. zobowiązuje lekarza do pracy wyłącznie pod nadzorem, dobrowolnej rezygnacji z pełnienia dyżurów, niewykonywania niektórych zabiegów itp.).

► 6. Podwładny z problemem wyraża pisemną zgodę na pobranie materiału biologicznego do badań na obecność alkoholu i substancji psychoaktywnych w razie powzięcia przez przełożonego (konkretna osoba i ewentualnie jej zastępcę) uzasadnionego podejrzenia, że lekarz z problemem złamał abstynencję w miejscu pracy.

► 7. W razie braku współpracy, przełożony powiadamia ORL o podejrzeniu niezdolności do pracy na stanowisku lekarza, co uruchamia procedurę o powołaniu komisji specjalnej orzekającej o zdolności do wykonywania zawodu. ●

Dr Dorota Rzepiewska
Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy
i lekarzy dentyistów ŚIL

W PRZESTRZENI STRESU I LĘKU

► PRZED KONFERENCJĄ W ŚIL

Nikt lepiej od lekarza nie zdaje sobie sprawy z nietrwałości ludzkiego życia, z cienkiej nici, która symbolizuje los każdego z nas. Dotykające nas często dramatyczne wydarzenia uświadamiają, że żyjemy w nieznanej i trudnej do zrozumienia przestrzeni lęku i stresu. Tę przestrzeń od kilku lat eksplorują wyjątkowe konferencje naukowe organizowane przez prof. dr hab. n. med. **Jadwigę Joško-Ochojską** – lekarza internistę, neurofizjologa, kierownika Katedry i Zakładu Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej SUM.

Te spotkania naukowe adresowane są właśnie dla lekarzy. Jednak często w środowisku lekarskim można usłyszeć słowa: po co zajmować się stresem? Mamy go wszyscy i wszyscy musimy sobie z nim radzić. Tymczasem najnowsze badania mózgu m.in. neuroobrazowanie wykazują, że stres jest przyczyną większości chorób somatycznych, psychicznych, a jak dowiedziono ostatnio, również źródłem zaburzeń osobowości. Dotąd stres był domeną psychologii, a przecież znajomość dysfunkcji, a nawet zmian anatomii mózgu spowodowanych stresem, pozwala lekarzowi dotrzeć do prawdziwych przyczyn chorób i umożliwia nowoczesne podejście terapeutyczne do pacjentów.

► POROZMAWIAJMY O LĘKACH

W dniach 3-4 czerwca br. w Domu Lekarza w Katowicach odbędzie się

IV Międzynarodowa Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa pt. „Medycyna i społeczne aspekty traumy” współorganizowana przez Śląską Izbę Lekarską. To dla lekarzy praktyków dobra sposobność do poszerzenia wiedzy w tym temacie. Wpisuje się ona w nurt starań prezesa ORL **Jacka Kozakiewicza** na rzecz przywracania humanizacji medycyny. Do wykładów udało się zaprosić wybitne osobistości ze świata nauki i praktyki,

by wymienić choćby prof. dr hab. n. med. **Janusza Skalskiego** – kardiochirurga dziecięcego, prof. dr hab. n. med. **Wojciecha Gruszczyńskiego** – psychiatrę wojewódzkiego, czy prof. dr hab. n. med. **Hannę Misiołek** z SUM.

Inicjatorka tego wydarzenia prof. dr hab. n. med. **Jadwiga Joško-Ochojska** przedstawi wykład zatytułowany „Dziedziczenie traumy. Epigenetyczny list do przyszłych pokoleń”, oparty na wynikach badań naukowych ostatnich lat.

Wyjątkowym wydarzeniem będzie wykład „Molestowanie moralne i trauma” dr **Marie-France Hirigoyen** – lekarza psychiatry z Paryża, ekspertki Parlamentu Europej-

skiego, autorki znanych w Polsce książek „Molestowanie moralne i mobbing”. Konferencja stworzy niezwykłą okazję do osobistego spotkania i rozmowy z tą nieprzeciętną, charyzmatyczną osobowością.

► ŚWIATOWA EKSTRAKLASA W KATOWICACH

W światowych badaniach nad medycznymi aspektami stresu przodują aktualnie

Gdy lekarz nie docieka traumatycznych przeżyć pacjenta, ignoruje je i uważa za nieistotne w procesie leczenia, może przeoczyć najważniejsze przyczyny choroby.

ośrodki kanadyjskie (Uniwersytet Laval z Montrealu) i amerykańskie (Uniwersytet Harvarda z Bostonu). Zaproszenie na konferencję przyjęła między innymi PhD **Shirley Fecteau** zajmująca się badaniem neuronów lustrzanych, empatią, traumą, psychopatycznymi zaburzeniami osobowości, plastycznością mózgu, neurofizjologią i mechanizmami emocji.

Z Bostonu przyjedzie również PhD **Marie-France Marin** od wielu lat badająca w szerokim zakresie stres i traumę, PTSD, chorobę Alzheimera, neurodegenerację mózgu oraz wpływ emocji na wspomnienie u ofiar traumy. W ostatnim czasie zajmuje się stymulacją mózgu w celu wygaszania lęku u osób z objawami PTSD.

Gdy lekarz nie docieka traumatycznych przeżyć pacjenta, ignoruje je i uważa za nieistotne w procesie leczenia, może przeoczyć najważniejsze przyczyny choroby. Niestety, na to, by podejść do chorego właśnie w taki całościowy sposób, najzwyczajniej brakuje czasu. To problem systemu, który w wielu przypadkach skazuje pacjenta, by był traktowany przedmiotowo. Jednak znajomość mechanizmów ostrego i przewlekłego stresu, działania negatywnych emocji, traumy, zaburzeń neuronów lustrzanych i empatii jest potrzebna nie tylko lekarzowi. Każdy człowiek posiadając taką wiedzę, będzie mógł lepiej zrozumieć siebie i otaczający go świat, wytłumaczyć nie zawsze racjonalne postawy innych ludzi. ●

Bliższe informacje o Konferencji można znaleźć na stronie <http://medsrod.sum.edu.pl/> i www.izba-lekarska.org.pl.

Oprac. Alicja van der Coghren
na podstawie nadesłanych materiałów

Komunikat Pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków ŚIL

LEKARZU! PRZYJDŹ! ZADZWOŃ! NAPISZ E-MAILA!

JĘŚLI 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. 8.00-18.00

w siedzibie ŚIL – Domu Lekarza w Katowicach

przy ul. Grażyńskiego 49a w pokoju 501;

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

pełnomocnik@izba-lekarska.org.pl.

Jednocześnie istnieje możliwość KONTAKTU TELEFONICZNEGO Z BIUREM PEŁNOMOCNIKA w godzinach pracy Śląskiej Izby Lekarskiej pod numerem 32 604 42 27 z p. Małgorzatą Sobolewską.

Precyzyjne informacje na temat kompetencji Pełnomocnika na stronie internetowej ŚIL

w zakładce: Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentyków

LEKARZU! MOŻESZ BYĆ PEWIEŃ, 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...

2 + 3, 4, 5 i... więcej!

W Polsce jest ponad milion rodzin wielodzietnych. Łącznie stanowią grupę ponad pięciu milionów obywateli. Rodziny wielodzietne to małe przedsiębiorstwa – wszystko musi być zaplanowane, dobrze zorganizowane, przemyślane. Czasu zawsze jest za mało.



foto: Alicja van der Coghien

Podczas posiedzenia ORL Karty Dużej Rodziny Lekarskiej otrzymali Państwo: Biernatowie, Binkiewiczowie, Machnikowie, Nowakowscy, Świeradowie oraz Wójtowiczowie.

Wydaje się, że kluczem do sukcesu rodziny wielodzietnej jest dobre planowanie i wzajemna pomoc oraz szacunek.

– Decyzję (o posiadaniu dużej rodziny – przyp. red.) było mi podjąć łatwiej dzięki wielkiej pomocy ze strony żony, która zawsze bardzo wspierała wszelkie moje plany i rozwój zawodowy. Przyjście na świat kolejnych dzieci powodowało, że łatwiej rozwiązywało się również zwykłe problemy życia codziennego, problemy materialne. Ja potrafiłem bardziej się mobilizować, lepiej organizować sobie czas, żona świetnie dawała sobie radę z całą logistyką dużej rodziny (...) – mówił kilka lat temu w wywiadzie dla „Pro Medico” dr n. med. **Przemysław Binkiewicz**, ojciec ośmiorga dzieci, specjalista położnictwa i ginekologii.

► PODZIAŁ ZADAŃ A PRACA ZAWODOWA

Aby wszystko sprawnie funkcjonowało, konieczny jest podział obowiązków. Każdy ma swoje zadania, zarówno rodzice, jak i dzieci.

– Logistyką i organizacją zajmuje się mój mąż, ja pracuję „u podstaw”. Zajmuję się gotowaniem, praniem, robieniem kanapek, a dla dziewięcioosobowej rodziny to duże wyzwanie. Praca zawodowa jest dla mnie odskocznią, niekiedy mam takie wrażenie, że do pracy idę odpocząć – fizycznie. W pracy są inne problemy i zmęczenie innego rodzaju, które też jest mi bardzo potrzebne – mówi dr **Anna**



foto: z archiwum prywatnego

Rodzina Państwa Binkiewiczów.



foto: z archiwum prywatnego

Rodzina Państwa Machników.



►►► **Wójtowicz**, mama siedmiorga dzieci, specjalista medycyny rodzinnej i chorób wewnętrznych.

Dr **Katarzyna Machnik**, mama czterech córek, specjalista pediatrii oraz onkologii i hematologii dziecięcej, podkreśla z kolei, że partnerstwo jest niezbędne i nieodłączne, zarówno dla sprawnego funkcjonowania wielodzietnej rodziny, jak i komfortu obojga małżonków. Zmora dużej rodziny jest natomiast niedomiar czasu i to, że nie da się go „rozciągnąć”...

– Nasza doba ma 20 godzin. 20 godzin aktywności, a tylko cztery snu. Ale przy pomocy babć dajemy radę. Możemy liczyć na siebie, uzupełniamy się z mężem – ja gotuję, on zawozi dzieci do szkoły i... zawsze w niedzielę robi jajecznicę!

Gratuluje pomysłodawcom,
najbardziej cieszy mnie,
że śląski samorząd lekarski
zwrócił się w kierunku rodzin
wielodzietnych, dostrzegł ich
wartość. Oby impuls
ze Śląskiej Izby Lekarskiej stał się
narodowym programem całego
środowiska lekarskiego!

► TO, CO NAJBARDZIEJ CIESZY

Wartość wielodzietnej rodziny jest nie do przecenienia: poczucie bycia razem na dobre i na złe, nauka cierpliwości, umiejętności dzielenia się.

– Cieszymy się, że udało nam się nauczyć dzieci samodzielności, zarówno w odrabianiu lekcji, jak i czynnościach domowych. Wiedzą, że muszą liczyć na siebie nawzajem i że muszą sobie pomagać – zaznacza pani Nowakowska, której mąż dodaje, że zwady i kłótnie między rodzeństwem są częste, ale to dość normalne.

– Ważne, że zawsze wygrywają rodzice! – śmieje się.

Dr n. med. **Marcin Świerad**, tata czterech córek, specjalista chorób wewnętrznych, kardiologii i angiologii jest podobnego zdania:

– Dzieci bardzo pomagają zarówno nam, rodzicom – w szczególności mamie – jak i sobie nawzajem – w odrabianiu lekcji, ubieraniu, pakowaniu. Ciężko to osiągnąć w rodzinie typu 2 + 1. Wówczas panuje prymat indywidualizmu.



fot.: z archiwum prywatnego

Rodzina Państwa Wójtowiczów.



fot.: z archiwum prywatnego

Rodzina Państwa Biernatów.



fot.: z archiwum prywatnego

Rodzina Państwa Świeradów.

Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach na posiedzeniu 9 września 2015 r. przyjęła uchwałę w sprawie regulaminu Karty Dużej Rodziny Lekarskiej i zmiany innych uchwał. Regulamin określa krąg podmiotów uprawnionych, zasady przyznawania Karty i świadczeń, do których uprawnieni są jej posiadacze.

Z tytułu posiadania Karty przysługują następujące świadczenia:

- a) dostęp do karnetów sportowych OK System – 50% zniżka dla wszystkich uprawnionych z Karty,
- b) opłaty za szkolenia związane z doskonaleniem zawodowym, organizowane przez Izbę – 50% zniżka dla uprawnionego członka Izby,
- c) oprocentowanie pożyczek udzielanych przez Izbę – 50% stawki oprocentowania obowiązującego w Izbie dla uprawnionego członka Izby,
- d) opłata za nocleg w bazie noclegowej „Pro Medico” w Warszawie – 50% zniżki dla wszystkich uprawnionych z Karty. Zniżka liczona jest od kwoty opłaty ponoszonej przez członka Izby.

Osoby zainteresowane prosimy o składanie informacji o liczbie i wieku dzieci na adres sekretariat@izba-lekarska.org.pl do 30 czerwca 2016 roku.

Do tej pory przyznano 60 Kart Dużej Rodziny Lekarskiej.

Pełny tekst uchwały ORL, regulamin Karty Dużej Rodziny Lekarskiej oraz wniosek o uzyskanie KDRL dostępne są na stronie: <http://www.izba-lekarska.org.pl/955-karta-duzej-rodziny-lekarskiej>

2 + 3, 4, 5 i... więcej!

ciąg dalszy ze str. 21 ►►►

► TRUDNOŚCI DNIA CODZIENNEGO

Są także trudy codzienności. Jak chociażby logistyka związana z odwożeniem dzieci do szkół i przedszkoli, bądź konieczność zakupu innego, większego samochodu. Nieoceniona jest dobra organizacja i planowanie każdego dnia na przód.

– *Kwestią problemową jest wybór szkół dla dzieci. Kierujemy się przede wszystkim ich renomą ale i odległością od domu. Organizacyjnie trudne jest także „rozwożenie” dzieci na zajęcia pozalekcyjne, wszystko musi być dograne co do minuty* – zaznaczają **państwo Nowakowscy**.

Jednak i to da się pogodzić z pracą w zawodzie lekarza i prowadzeniem domu.

– *Mama wstaje około czwartej rano, żeby nam ugotować obiad, nie uznaje półproduktów. Często jej nie ma – dyżury, poradnia... To nie jest proste, czasu na obowiązki domowe brakuje. Mama bardzo się stara, zarówno w domu, jak i w pracy, ostatnio została ordynatorem, więc jest jej jeszcze trudniej. Nie wiem, jak to robi, ale udaje jej się ze wszystkim zdążyć. Podziwiam ją i staram się pomagać, jak tylko mogę. Nie wyobrażam sobie bycia jedynaczką, nie wiem, czy umiałabym wypełnić tę pustą przestrzeń, jeśli nie byłoby moich siostr. W przyszłości też chciałabym zostać lekarzem, choć wiem, że to bardzo trudny zawód* – mówi Marysia, córka dr **Katarzyny Machnik**.

Śląska Izba Lekarska stara się wspierać rodziny wielodzietne, stąd inicjatywa Karty, którą śląski samorząd wprowadził jako pierwszy w Polsce. Korzyści z niej mają zarówno dzieci, jak i rodzice.

Dr Binkiewicz zaznacza:

– *To „świeża” idea, ale nawet na początku oferuje korzystne rozwią-*



fot. z archiwum prywatnego

Rodzina Państwa Nowakowskich.

zania. To świetny pomysł, gratuluję pomysłodawcom, najbardziej cieszy mnie, że śląski samorząd lekarski zwrócił się w kierunku rodzin wielodzietnych, dostrzegł ich wartość. Dla mnie największym udogodnieniem jest obniżenie kosztów szkoleń związanych z doskonaleniem zawodowym organizowanych przez ŚIL. Realną pomocą dla rodzin wielodzietnych lekarzy byłoby obniżenie lub w niektórych przypadkach zniesienie składki samorządowej, bo wiem, że rodzice liczego potomstwa liczą często każdy grosz, a droga do stabilizacji finansowej młodego lekarza w naszym kraju jest często bardzo długa. Oby impuls ze Śląskiej Izby Lekarskiej stał się narodowym programem całego środowiska lekarskiego! ●

Joanna Wójcik

Lekarz – biegły w postępowaniu sądowym – przyczyny zastrzeżeń do opinii, czyli co wolno biegłemu?

Wydając opinię i prezentując wnioski biegły sądowy jest w stanie usatysfakcjonować tylko jedną stronę postępowania. Nie zdarza się, by zadowolił obie. Może się więc spodziewać różnych reakcji.

► ZASTRZEŻENIA DO OPINII BIEGŁEGO

Reakcją na niekorzystną opinię są zastrzeżenia do niej. Forma jest różna. Strona (najczęściej pełnomocnik: adwokat lub radca prawny, ale często także uczestnik postępowania niekorzystający z pomocy prawnej) ustosunkowuje się do opinii biegłego. Uzasadnia, dlaczego nie zgadza się z całością lub częścią. Jeżeli robi to merytorycznie – biegły jest w stanie odnieść się do tego także merytorycznie. Strona może wysunąć takie argumenty, które pozwalają na zmianę opinii, także w zakresie jej wniosków końcowych. Taka zmiana

nie jest niczym niezwykłym, o ile oczywiście nie zdarza się to często lub w zasadzie zawsze. Strona może także wysuwać wnioski niemerytoryczne. Zdarza się też, że prowadzi inne działania. Coraz częściej osoby niezgadające się z opinią biegłego wyciągają „z kontekstu” pojedyncze wyrazy, ich grupy czy zdania – i na tym budują zarzuty.

► Z WŁASNEJ PRAKTYKI

Strona może zarzucać brak obiektywizmu biegłemu, wskazując na przykład jego miejsce zatrudnienia, leczenie strony przeciwnej lub pozostawanie z nią w więzach „bliższej znajomości” niezależnie od tego, co to oznacza.

Przykładem może być sytuacja z mojego doświadczenia. Wydałem opinię w sprawie (...), wskazując we wnioskach koń-

cowych, że ubezpieczony nie jest ani całkowicie, ani choćby częściowo niezdolny do pracy w rozumieniu rentowym. Opinię szczegółowo uzasadniłem. Ubezpieczony złożył apelację do Sądu Apelacyjnego wskazując, że moja opinia jest nietrafiona. Sąd utrzymał jednak w mocy zaskarżony wyrok. W związku z tym ubezpieczony „skorzystał” z pomocy adwokata, która złożyła kasację podnosząc, że biegły jest jednocześnie lekarzem orzecznikiem ZUS, a co za tym idzie nie ma tu mowy o sprawiedliwości. W postępowaniu kasacyjnym Sąd Najwyższy zwrócił sprawę do ponownego rozpatrzenia w Sądzie Apelacyjnym i nakazał wskazanie, czy rzeczywiście jestem lub byłem lekarzem orzecznikiem. Sąd Apelacyjny po sprawdzeniu (...) wydał raz jeszcze stosowny wyrok. Taki sam, jak przed złożeniem kasacji – po ustaleniu, że jednak orzecznikiem



➤➤➤ ZUS nie byłem i nie jestem. Na postępowanie pani mecenas złożyłem skargę do prezesa Okręgowej Rady Adwokackiej, który po przeprowadzeniu postępowania ukarał ją upomnieniem. Adwokat przeprosiła, ale nie za to, że napisała, iż jestem orzecznikiem, ale za to, że podała moje dane osobowe. Nie wiem więc do końca, czy pani mecenas zrozumiała, o co chodzi i dlaczego wnoszę skargę.

W kolejnym przypadku biegły kardiolog wydał opinię w sprawie pacjenta, którego leczył w Poradni Kardiologicznej. Opinia była korzystna dla pacjenta. Organ rentowy odwoływał się jednak od niej. Sąd Okręgowy zlecił wydanie opinii innemu biegłemu z dziedziny kardiologii, którego wnioski były inne. Ubezpieczony jednak – negując ustalenia drugiego biegłego kardiologa – wskazał, że kto jak kto, ale lekarz leczący – pierwszy biegły – wie najlepiej, jaki był stan jego zdrowia. Sprowadzono dokumentację medyczną z placówki zatrudniającej pierwszego biegłego. Sąd uznał, że jego opinia jest „nieważna” i nie odnosił się już do jego ustaleń, a kolejnemu biegłemu wskazał na konieczność pominięcia opinii pierwszego.

W kolejnym przypadku opiniował biegły z zakresu ortopedii i traumatologii. Opinia okazała się niekorzystna dla skarżącego. Ten odnosząc się do niej podniósł, że pozostaje z biegłym w sporze w związku z tym, że jest on członkiem spółdzielni mieszkaniowej, a lekarz – biegły członkiem jej Rady Nadzorczej. Skarżący wskazał, że pozostaje w sporze z Radą Nadzorczą Spółdzielni (...), a skargi na nią kierowane dotyczyły działania lekarza, który był biegłym w sprawie skarżącego. Sąd po sprawdzeniu powołał innego biegłego ortopedę.

W następnej sprawie powstała opinia niekorzystna dla osoby procesującej się z sąsiadem. Skarżący, odnosząc się do jej wniosków wskazał, że biegły jest dobrym znajomym jego przeciwnika procesowego, bowiem bierze udział w przyjęciach organizowanych przez sąsiada – osobę, z którą pozostaje w sporze. Sąd po sprawdzeniu nie uznał zasadności skargi.

Kolejny problem dotyczy oskarżenia lekarza o błąd medyczny. W trakcie rozprawy, na której wydawałem opinię ustną, zarzucano mi, że jestem nieobiektywny, bo jestem prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej. Po wyjaśnieniu, że nie jestem (i przedstawieniu dowodu w formie pisma „Pro Medico”, w którym wskazano, że prezesem jest dr Hamankiewicz) zmieniono „zarzuty” i wskazano, że w takim razie jestem prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach. Ponownie przy pomocy „Pro Medico” udało mi się udowodnić, że to nie ja. Kolejnym zarzutem było więc, że niezależnie od tego i tak jestem stronniczy. Ostatecznie sąd wydał wyrok niekorzystny dla strony, która złożyła apelację.

Kolejnym przykładem jest odwołanie ad-

wokata – pełnomocnika strony – od wysokości przedłożonej przeze mnie faktury VAT. Moja opinia była niekorzystna dla strony powodowej w postępowaniu cywilnym. W związku z tym, pełnomocnik zanegował moją kartę pracy. Wskazał między innymi, że zdaniem jego mandanta przy wydawaniu opinii nie powinienem „osobno” myśleć, bo samo pisanie powinno być kanwą do myślenia.

Zdarza się też coraz częściej, że adwokat strony powodowej informuje sąd, że zapoznał się uważnie z opinią biegłego, ale nie wie, czy biegły ma stosowne doświadczenie. Cóż z tego, że posiada specjalizację, często doktorat lub habilitację, a bywa, że jest profesorem. I wtedy na rozprawie biegły zostaje poproszony o przedstawienie swojego „doświadczenia zawodowego”. Piszę o tym, bowiem dla różnych osób z wysokimi kwalifikacjami takie pytanie może wydać się „irytujące” czy „nie na miejscu”. Może dojść do sytuacji, w której biegły „obrazi się” na pełnomocnika czy nawet sąd. Wtedy adwokat, który wskazał na taki „problem”, ma możliwość zdyskredytowania opinii biegłego, a często może wskazać, że „biegły ma osobisty stosunek do sprawy i przez to jest nieobiektywny”.

► CO ZATEM WOLNO BIEGŁEMU?

Jeżeli lekarzowi – biegłemu zostanie przedstawiony zarzut o stronniczość – może udowodnić jego bezsens i ewentualnie złożyć skargę na pełnomocnika (adwokata lub radcę prawnego). „Świat jest mały” i wszyscy wiedzą, kto to jest „dr n. med. R. Sz. wydający opinię dla Sądu Apelacyjnego w K.” Tak napisano w opublikowanym uzasadnieniu wyroku Sądu Najwyższego. A zdaniem pracowników sekretariatu prezesa SN wymienione uzasadnienie nie wymaga sprostowania z uwagi na zachowanie anonimowości.

W drugim opisywanym przeze mnie wyżej przypadku, w zasadzie nie ma możliwości reakcji. W trzecim tak samo. W czwartym – biegły złożył wyjaśnienie, do którego odniósł się pełnomocnik wskazując, że lekarz biegły jest nieobiektywny, bowiem z treści wyjaśnienia wynika „osobisty stosunek do sprawy”. W kolejnej opisywanej sprawie – rewanżem za moją niepokorność był wniosek o „obcięcie wynagrodzenia”. Ta sytuacja powtórzyła się w następnym postępowaniu.

W przypadku, gdy padnie pytanie o „doświadczenie”, należy po prostu udzielić na nie odpowiedzi. Osobiście coraz częściej spotykam się z tym problemem i jestem przygotowany: przez 15-20 minut opowiadam o moich doświadczeniach, a na koniec dodaję, że „mogę temat rozwinąć”. Na razie nie spotkałem się z tym, aby ktokolwiek chciał tego „rozwijania”. Można też zapobiegawczo – niejako na zakończenie opinii – napisać informację o własnym doświadczeniu zawodowym.

Natomiast najgorszą rzeczą, którą biegły może zrobić, jest polemika z niemerytorycznymi zarzutami polegającymi na tzw. „wycieczkach osobistych”. Takie postępowanie z reguły zawsze doprowadzi do uprawdopodobnienia „osobistego stosunku do sprawy” i spowoduje, że nasza opinia może stać się dla sądu nieprzydatna. Może wtedy się zdarzyć, że sąd odmówi biegłemu wypłaty całości lub części wynagrodzenia. Odwołanie w tej sprawie ma nikłe szanse powodzenia.

► JAK ZAPOBIEC PROBLEMOM?

W treści każdej opinii zamieszczam oświadczenie, które ma pomóc w uniknięciu sporu. To jego podstawowa treść:

„Nie jestem ani krewnym, ani powinowatym, ani sąsiadem ubezpieczonego, ani nie utrzymuję z Nim i Jego rodziną stosunków towarzyskich, w tym nie bywamy u siebie na uroczystościach rodzinnych i grillach oraz nie uczestniczymy we wspólnych imprezach tego typu organizowanych przez osoby inne. Ubezpieczony nigdy nie był moim pacjentem. Nigdy nie pozostawałem w jakimkolwiek sporze prawnym lub pozaprawnym z ubezpieczonym lub członkiem Jego rodziny. Generalnie jestem osobą obcą dla ubezpieczonego i Jego rodziny.

To samo dotyczy pełnomocników stron.

Jednocześnie oświadczam, że nie jestem i nigdy nie byłem pracownikiem etatowym ZUS (w tym członkiem OKIZ lub WKIZ, lekarzem orzecznikiem, członkiem komisji lekarskiej, zastępcą głównego lekarza orzecznika, głównym lekarzem orzecznikiem, zastępcą przewodniczącego komisji lekarskiej lub komisji lekarskich, przewodniczącym komisji lekarskiej lub komisji lekarskich ani konsultantem ZUS), a także nie byłem zatrudniony przez organ rentowy na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło, ani nigdy nie wystawiałem dla organu rentowego rachunku w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.

Nigdy nie byłem współpracownikiem komercyjnego towarzystwa ubezpieczeniowego.”

► PODSUMOWANIE

Poruszone w artykule sprawy nie są omawiane na szkoleniach organizowanych dla biegłych przez Sądy Okręgowe. Może zagadnienie to powinno stać się kanwą dla takiej właśnie konferencji.

W zamierzeniu autora jest to także zaproszenie do dyskusji. Może ktoś, w ramach własnych doświadczeń, spotkał się z podobnym lub innym problemem i zechciałby go opisać. Byłby to cenny materiał.

Jeżeli kandydat lub biegły będzie przygotowany do różnych możliwych sytuacji – jak opisane wyżej – poradzi sobie z nimi lub może uda mu się do nich po prostu nie dopuścić. ●

Dr n. med. Ryszard Szozda

Hospicjum to sztuka życia – część 2

Publikowane teksty zostały zamieszczone w programie XX Jubileuszowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych w Częstochowie, stanowią abstrakty wykładów wygłoszonych podczas sesji plenarnych (część pierwsza artykułu ukazała się w marcowym numerze „Pro Medico”).

► CHOROBY MÓZGU W WIEKU PODESZŁYM

Najprościej można powiedzieć, że choroby mózgu wieku podeszłego to te choroby, które występują w wieku podeszłym lub starczym. Jednocześnie to te choroby, dla których wiek jest istotnym, jeśli nie podstawowym czynnikiem ryzyka. Aktualne rozumienie określenia „choroby mózgu” obejmuje zarówno choroby neurologiczne, jak i psychiczne. Zgodnie z aktualną wiedzą trudno oddzielić procesy patologiczne w mózgu jako dotyczące tylko jakiejś jego części lub funkcji. W konsekwencji w większym lub mniejszym stopniu proces chorobowy przebiega w całym mózgu z kombinacją objawów wynikających z funkcji miejsc uszkodzenia. Podstawową grupę chorób, których wystąpienie i rozwój związany jest z procesem starzenia, stanowią choroby neurodegeneracyjne i choroby naczyniowe mózgu. Choroby neurodegeneracyjne to przede wszystkim otępienia i choroby układu pozapiramidowego, a choroby na podłożu naczyniowym to przede wszystkim

Greckie słowo „palium” oznacza szeroki płaszcz. Opieka paliatywna ma więc osłaniać chorego przed bólem fizycznym, duchowym, lękiem, rozpaczą, samotnością. U podstaw opieki paliatywnej – i hospicyjnej – leży przekonanie, że człowiek ma prawo do godnej śmierci, a społeczeństwo ma moralny obowiązek zapewnienia właściwej opieki i pomocy choremu i jego bliskim. Definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1994 r. podaje m.in., że opieka paliatywna to „całościowa, czynna opieka nad chorymi, których choroba nie poddaje się skutecznemu leczeniu przyczynowemu”. Medycyna paliatywna uzyskała status specjalizacji szczegółowej w 2003 roku.

alnie każdego miesiąca kolejny milion ludzi przekracza 60. rok życia, a największy wzrost liczebności obserwuje się w grupie najstarszej, powyżej 80 lat. Aktualnie żyje ich na świecie ponad 70 milionów. Szacuje się, że w ciągu najbliższych 50 lat liczba ta wzrośnie pięciokrotnie. To oznaczałoby 350-milionową populację ludzi powyżej 80 lat. Oczekiwana długość życia (LE – life expectancy) w tym czasie wzrośnie z 66 do 77 lat. Obecnie w krajach rozwiniętych populacja ludzi powyżej 65. roku życia stanowi 14%

Dobrze odzwierciedlają to badania pokazujące, że w krajach UE gwałtownie rośnie liczba Europejczyków cierpiących na choroby mózgu. W 2005 było ich 127 milionów, a w 2010 już 299 milionów leczonych z powodu chorób mózgu. Szybki wzrost częstości występowania chorób mózgu spowodował również gwałtowny i znaczny wzrost kosztów. I tak koszty całkowite chorób mózgu w 2004 osiągnęły 386 miliardów euro (829 euro na jednego mieszkańca Europy), a w 2010 była to kwota 798 miliardów euro (550 euro na jednego mieszkańca Europy). Wielkość kosztów odzwierciedla porównanie kosztów chorób mózgu z innymi głównymi grupami chorób.

Choroby mózgu to 798 miliardów euro w 2010 r. Natomiast choroby sercowo-naczyniowe to 192 miliardy euro w 2008 r., nowotwory 150-250 miliardów euro w 2010 r., cukrzyca (koszty bezp. med.) 20-83 miliardy euro w 2010, choroby reumatyczne 25,1 – miliardów euro w 2008, a POCHP 39 miliardów euro w 2006 r.

Zachodzące zjawiska demograficzne powodują, że już ponad 60% pacjentów u lekarza pierwszego kontaktu to chorzy z chorobami neurologicznymi wieku podeszłego.

kim udar mózgu. W większości występują około 65. roku życia i wraz z wiekiem występują coraz częściej.

Choroba Parkinsona np. ok. 30 razy częściej występuje w populacji powyżej 80. roku życia niż w grupie poniżej 60 lat, a w grupie chorych z otępieniem powyżej 65. roku życia z każdym pięcioleciem liczba chorych wzrasta dwukrotnie. Jest zatem oczywiste, że rozpowszechnienie tych chorób będzie zależało przede wszystkim od wielkości populacji ludzi w wieku podeszłym.

Wiek XX był wiekiem najbardziej dynamicznego przyrostu ludności na świecie. Był to wiek, w którym przyrost oczekiwanej długości życia tylko w ostatnim pięćdziesięcioleciu wydłużył się o ponad 20 lat i obecnie przekroczył 70 lat. Aktu-

(ok. 170 mln), natomiast w krajach rozwijających się około 5% (ok. 248 mln). Przewidywane zmiany demograficzne szacują, że w roku 2030 będzie ich odpowiednio 23% (275 mln) w krajach rozwiniętych i 10% (680 mln) w krajach rozwijających się. W Polsce populacja powyżej 65. roku życia liczy obecnie blisko 5 mln osób (>12%), zgodnie z przyjętymi szacunkami w roku 2030 będzie liczyć ok. 8 mln.

Jeśli zatem tak znacznie wzrośnie populacja ludzi powyżej 60., a szczególnie powyżej 80. roku życia, to można się spodziewać, że odpowiednio wzrośnie zapadalność i rozpowszechnienie chorób neurologicznych wieku podeszłego, przede wszystkim chorób naczyniowych i neurodegeneracyjnych.

A zatem koszty chorób mózgu są wyższe, niż suma kosztów chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów i cukrzycy razem wziętych.

Całość konsekwencji związanych z postępującym procesem wydłużania życia, a w niektórych krajach dodatkowo spadek urodzeń, będą miały swoje implikacje nie tylko w odniesieniu do problemów opieki medycznej, ale także wielu problemów społecznych, ekonomicznych, kulturowych, psychologicznych, a także duchowych. Problemy te w pierwszym rzędzie będą występować w krajach rozwiniętych, ale w coraz większym stopniu zacząć pojawiać się także w krajach rozwijających się. Już dziś w krajach rozwiniętych ponad połowa wszystkich chorych wyma-



gających stałej opieki pielęgniarzkiej to chorzy z otępieniami i po udarze mózgu. Większość chorych na chorobę Parkinsona w zaawansowanym okresie choroby wymaga także stałej opieki.

Udar mózgu jest na pierwszym miejscu jako przyczyna niepełnosprawności w populacji powyżej 40. roku życia.

Zachodzące zjawiska demograficzne powodują, że już aktualnie ponad 60% pacjentów u lekarza pierwszego kontaktu to chorzy z chorobami neurologicznymi wieku podeszłego. Skala wymienionych tu przewidywanych zjawisk pokazuje, gdzie przesuną się ciężar zarówno potrzeb, jak i kosztów.

Te swego rodzaju prognozy epidemiologiczne to niezwykle ważne informacje nie tylko dla „polityków zdrowotnych”, ale także dla ludzi nauki czy nauczycieli akademickich odpowiedzialnych za szkolenie przyszłych i aktualnie pracujących zawodowo lekarzy. Są to dane pozwalające, dzięki powiązaniu z prognozami demograficznymi, przewidywać częstość występowania chorób czy danej choroby w nadchodzących latach czy dekadach. Biorąc pod uwagę wspomniane skutki ekonomiczne, medyczne, kulturowe, społeczne i duchowe można przewidywać, że mamy do czynienia ze swego rodzaju bombą demograficzną czy też cichą, demograficzną rewolucją.

Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opala

► GUZY MÓZGU U DZIECI

Guzy mózgu stanowią drugą pod względem częstości po białaczkę chorobę nowotworową wieku dziecięcego. Znacząca ich część to guzy o niskim stopniu złośliwości jak gwiaździki włosowatokomórkowe, które podlegają skutecznemu leczeniu neurochirurgicznemu i onkologicznemu. Jednak inne, jak rdzeniaki płodowe czy wyściółczaki, są bardzo trudne do leczenia i nierzadko prowadzą do rozległego odrostu lub rozsiewu procesu nowotworowego istotnie skracać życie dziecka. W zdecydowanej większości leczeniem pierwszego wyboru jest neurochirurgiczna resekcja guza, a leczenie onkologiczne ma charakter uzupełniający.

Tylko w nielicznych postaciach, jak tzw. „wydzielające” guzy germinalne lub naciekające guzy mostu, leczenie neurochirurgiczne nie ma zastosowania jako pierwsza metoda leczenia.

W prezentacji przedstawiono najważniejsze informacje na temat leczenia neurochirurgicznego wybranych guzów mózgu, ze szczególnym zwróceniem uwagi na możliwości i ograniczenia interwencji neurochirurgicznej u chorych z zaawansowanym nowotworem mózgu.

Prof. dr hab. n. med. Marek Mandera



foto: A.Lewanowicz

Konferencja Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych.

► CHOROBA KLĘSKĄ CZY ZADANIEM?

Choroba i jej postrzeganie w opiece medycznej i niemedycznej nad chorym i jego rodziną, objętymi specjalistyczną opieką paliatywną w okresie zaawansowania i postępu choroby z niepomysłnym rokowaniem, jest priorytetem. Ale powoduje też niesłuszne przesunięcie zdrowia pacjenta na plan dalszy. Zdrowie jest wartością, którą człowiek pragnie zachować jak najdłużej i należy mu w tym pomóc. Opiekunowie medyczni i niemedyczni mają obowiązek zaopiekować się zdrowiem podopiecznego w obszarze somatycznym, psychicznym i duchowym. Zdrowie jest procesem pozwalającym choremu adaptować się do zmieniających się warunków środowiska, do wzrastania, do starzenia się, do gojenia się po uszkodzeniu, do cierpienia oraz do spokojnego oczekiwania na śmierć.

To dzięki obszarom zdrowia chorego, leczenie objawowe jest u niego bardziej skuteczne. Każdy choruje inaczej, bo każdy jest inny. I nawet ta sama choroba u każdego przebiega inaczej. Bezkrityczne naśladowanie przez chorego zaobserwowanych schematów zachowania w chorobie jest kapitulacją, rezygnacją z wewnętrznego rozwoju i aktywnego współdziałania w procesie leczenia. Choroba jest kryzysem, stresem i wywołuje zachowania u pacjenta, które mogą mieć wyraz klęski (ucieczka, przyglądanie się) lub zadania (zaangażowanie w program pomocowy). Również cierpienie, które niesie ból, lęk czy osamotnienie, wzbudza poczucie klęski w chorobie. Zdrowie, które zostaje zauważone i „zaopiekowane” w zaawansowanej i postępującej chorobie, pozwala choremu i jego rodzinie potraktować ją zadaniowo. ●

Dr n. med. Jadwiga Pyszkowska

Cierpienie, które niesie ból, lęk
czy osamotnienie,
wzbudza poczucie klęski w chorobie.

Leczenie bólu

W celu upowszechnienia skutecznych i nowoczesnych metod leczenia bólu Ministerstwo Zdrowia udostępniło publikację „Podstawowe zasady farmakoterapii bólu u chorych na nowotwory i inne przewlekłe, postępujące, zagrażające życiu choroby”. Są to wytyczne leczenia bólu opracowane przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej dr n. med. **Aleksandrę Ciałkowską-Rysz** oraz dr n. med. **Tomasza Dzierżanowskiego**.

Jedną z barier w leczeniu bólu jest obawa przed opioidami, która wynika z nieznaności zasad stosowania tej grupy leków. Wytyczne mają dostarczyć prostych instrukcji postępowania, które ułatwią podejmowanie decyzji klinicznych przede wszystkim lekarzom niebędącym specjalistami w dziedzinie medycyny paliatywnej. Opracowanie przedstawiono w formie reguł z krótkimi komentarzami zawierającymi takie instrukcje. Pozwalają podjąć decyzję o włączeniu analgetyków opioidowych do farmakoterapii bólu, pomagają też we właściwym doborze leków i dawek.

<http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/podstawowe-zasady-farmakoterapii-bolu-u-chorych-na-nowotwory-i-inne-przewlekle-postepujace-zagrazajace-zyciu-choroby2> ●

Oprac. G.O.

Opracowanie wykładu wygłoszonego podczas Konferencji „Dehumanizacja medycyny”, która odbyła się 10.10.2015 r. w Domu Lekarza w Katowicach. Organizatorami wydarzenia była Śląska Izba Lekarska oraz Oddział Śląski Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.

Moralna ambiwalencja współczesnej medycyny

► PRZEJAWY MORALNEJ AMBIWALENCJI MEDYCYNY

Do pozytywnych znaków współczesnego czasu należy bez wątpienia zaliczyć szybki i wszechstronny rozwój medycyny, przynoszący nowe możliwości w pokonywaniu coraz większej ilości chorób, w przedłużaniu ludzkiego życia oraz w podnoszeniu jakości życia, szczególnie w kontekście niepełnosprawności, starości i terminalnej fazy życia. Równocześnie wraz z rozwojem medycyny oraz biotechnologii pojawiają się nowe zagrożenia moralne.

W społeczeństwie, w którym wszystko próbuje się oceniać w kategorii przydatności i zysku, rodzi się złudna nadzieja, że wszelką chorobę, cierpienie, a nawet śmierć uda się przezwyciężyć wyłącznie dzięki osiągnięciom nauki i techniki.

Swoiste przekonanie o wszechmocy medycyny dotyka także wielu przedstawicieli świata medycznego. Z racji tego, że liczy się dziś przede wszystkim skuteczność działań, często nie patrzy się na cenę, którą należy zapłacić za osiągnięcie danego efektu. Nie chodzi tu tylko o koszty w sensie ekonomicznym, ale nade wszystko o wymiar antropologiczny, czyli o sytuację, w której ceną za dany sukces medyczny, jest naruszenie godności człowieka, a nawet samo życie ludzkie.

► INTEGRALNA ANTROPOLOGIA

Jest rzeczą oczywistą, że rozwój nauki, w tym medycyny, domaga się proporcjonalnego rozwoju moralności i etyki i głębokiego namysłu antropologicznego. W dobie, w której tak wiele mówi się o holistycznym podejściu do pacjenta, trzeba wyraźnie podkreślić, że człowiek jest jednością cielesno-psychiczno-duchową, że z tej osobowej natury wypływa prawda o niepowtarzalnej godności osoby ludzkiej oraz świętości i nietykalności ludzkiego życia od poczęcia do naturalnej śmierci.

Z tej osobowej struktury wynika, że ludzkie ciało jest istotnym elementem pod-



Ks. Antoni Bartoszek

miotowości człowieka i że przysługuje mu szacunek. Znakiem żyjącego człowieka jest żyjące ludzkie ciało i stwierdzenie to obowiązuje na każdym etapie ludzkiego życia, także w prenatalnej fazie oraz w stanach komatycznych i wegetatywnych. Z racji tego, że człowiek jest

życie antropologicznie jest wcześniejsze niż świadomość oraz ludzka wolność. Gdy człowiek zdobywa świadomość, jego życie już istnieje; życie jest faktem zastanym.

Człowiek poprzez działania medyczne może i winien dbać o harmonijny rozwój

W społeczeństwie, w którym wszystko próbuje się oceniać w kategorii przydatności i zysku, rodzi się złudna nadzieja, że wszelką chorobę, cierpienie, a nawet śmierć, uda się przezwyciężyć wyłącznie dzięki osiągnięciom nauki i techniki.

jednością cielesno-psychiczno-duchową, nie ma on władzy nad samym życiem, nad jego zaistnieniem i dotyczy to zarówno jego własnego życia, jak i życia drugiego.

Słynną zasadę kartezjańską *myślę, więc jestem* winna wyprzedzać zasada *jestem, więc myślę*. Samo istnienie, samo ludzkie

własnej osoby, jej poszczególnych elementów. Zresztą definicja zdrowia mówi właśnie o dobrostanie w wymiarze fizycznym, psychicznym, społecznym człowieka.

Jednak człowiek nie ma władzy nad tym, co jest fundamentem tego dobrostanu, czyli nad samym życiem, jego zaistnie-



niem oraz jego zakończeniem. Dziś częściej niż o dobrostanie mówi się o *jakości życia*. Dbałość o jej wysoki poziom jest czymś etycznie pożądanym, jednak podstawą *jakości życia* jest samo życie, jego *świętość i nietykalność*. Z poważnym przebudowaniem ludzkiego myślenia mamy do czynienia wówczas, gdy kategoria jakości życia staje się fundamentem decyzji o samym życiu, o jego kontynuowaniu lub zakończeniu.

► NIEKTÓRE ZAGADNIENIA SZCZEGÓŁOWE

Możemy dziś dostrzec dwa rodzaje oddziaływań medycznych i swoiste napięcie między nimi.

Pierwszy typ stanowią działania służące życiu, jego całościowo rozumianemu dobrostanowi oraz jego jakości. Są to zasadniczo działania terapeutyczne, ale mieszczą się tu także działania z obszaru medycyny estetycznej.

Drugi typ oddziaływań stanowią działania ingerujące w samo życie. Chodzi o cztery typy ingerencji: dwa z nich dotyczą początków życia – technika *in vitro* oraz antykoncepcja, zaś dwa z nich dotyczą kresu ludzkiego życia – aborcja i eutanazja.

Podobieństwo między aborcją a eutanazją polega na tym, że człowiek w swoje ręce bierze decyzję o zakończeniu ludzkiego życia i bardzo często w tych decyzjach powołuje się na argument niskiej jakości życia.

Podobieństwo między antykoncepcją a techniką *in vitro* polega na tym, że zarówno zaistnienie, jak i niezaistnienie ludzkiego życia jest pod całkowitą techniczną kontrolą. Z kolei **podobieństwo między techniką *in vitro* a eutanazją** polega na tym, że w obydwu przypadkach technika decyduje o kluczowych momentach ludzkiego życia, o jego zaistnieniu i jego zakończeniu.

Dla jednych cztery wymienione tutaj działania, w które zaangażowana jest medycyna, stanowią istotny skok cywilizacyjny i są wyrazem wzięcia przez człowieka praw ewolucji w swoje ręce. Dla innych, i do nich należą zwolennicy etyki personalistycznej, wprowadzający wnioski etyczne z integralnie pojmowanej antropologii, te cztery oddziaływania są przejawem niezwyklej usurpacji, w której samo ludzkie życie jest poddane pod dyktando czynników technicznych i biotechnologicznych.

Inny typ napięć wygenerowany przez współczesną medycynę rodzi się między **myśleniem dystanatycznym**, w imię

którego za wszelką cenę należy dążyć do przedłużania życia, nawet kosztem dodatkowych cierpień, a **myśleniem eutanatycznym**, wedle którego możliwe jest sztuczne zakończenie życia w celu wyeliminowania cierpienia. **Integralnie rozumiana antropologia domaga się**

Trzeba wyraźnie podkreślić, że człowiek jest jednością cielesno-psychiczno-duchową, że z tej osobowej natury wypływa prawda o niepowtarzalnej godności osoby ludzkiej oraz świętości i nietykalności ludzkiego życia od poczęcia do naturalnej śmierci.

równowagi między prawdą o nietykalności życia a prawem do godnej śmierci. Z równowagi tej wypływa z jednej strony – moralna nieobowiązkowość stosowania środków nadzwyczajnych, nieproporcjonalnych, przedłużających życie za cenę dodatkowych obciążeń, z drugiej strony – moralna obowiązkowość środków proporcjonalnych, przede wszystkim tych, zapewniających podstawową opiekę.

Chyba największa ilość dylematów etycznych, które rodzą się w praktyce lekarskiej, dotyczy właściwego rozważania, czy dany środek w odniesieniu do danego przypadku jest proporcjonalny czy też nieproporcjonalny.

Nie istnieją proste recepty na jednoznaczne rozróżnienia. Można jednak wskazać na dwa typy kryteriów pozwalających tego dokonać.

Pierwszy typ kryteriów dotyczy samych środków medycznych: właściwości środka, jego kosztów, uzasadnienia jego zastosowania. Jest to wiedza o charakterze bardziej obiektywnym, dostępna zasadniczo lekarzowi.

Drugi typ dotyczy samego pacjenta: jego psychiki, konkretnych okoliczności życiowych. Jest to wiedza bardziej subiektywna, znana przede wszystkim choremu i pośrednio także jego rodzinie.

Aby zatem dokonać właściwego rozróżnienia środków, potrzebne jest spotkanie na bazie komunikacji interpersonalnej obiektywnej wiedzy lekarza z subiektywną wiedzą pacjenta, zaś u podstaw tej komunikacji winna leżeć antropologiczna prawda o świętości życia – z jednej strony oraz o nieuchronności śmierci – z drugiej

strony.

► INSPIRACJA TEOLOGICZNA: NAPIĘCIE MIĘDZY DWOMA PRZYKAZANAMI

Ponieważ żyjemy w kręgu kultury chrześcijańskiej nie sposób na koniec nie przywołać kategorii biblijno-teologicznych,

dostępnych dzięki wierze. W opisie stworzenia świata i człowieka, pełnym symboliki i metafor, ale i bogatym w prawdy antropologiczne, można znaleźć dwa przykazania sformułowane przez samego Boga.

Jedno ma charakter nakazu i wzywa, by „*czynić sobie ziemię poddaną*”. Stanowi ono **mobilizację do podejmowania wysiłków na rzecz rozwoju cywilizacyjnego**. Chodzi tu także o rozwój medycyny, w prawie każdej dziedzinie medycyny, a symbolem tego są prawie wszystkie drzewa w raju, z których wolno zrywać owoce i spożywać je. **Rozwój medycyny oznacza *de facto* jej humanizację.**

Drugie przykazanie jest zakazem spożywania owoców tylko z jednego z drzew, drzewa poznania dobra i zła. Z racji tego, że drzewo to jest symbolem nieprzekraczalnej granicy między Bogiem-Stwórcą i człowiekiem-stworzeniem, zakaz ten stanowi wezwanie do niepodejmowania działań, które usurpują sobie prawo do przekraczania granicy między Bogiem, decydującym o życiu i śmierci a człowiekiem, nie posiadającym władzy nad tymi granicznymi momentami ludzkiego życia. **Kontynuowanie tego typu działań, a są nimi antykoncepcja, technika *in vitro*, aborcja i eutanazja, jest przejawem dehumanizacji medycyny.**

Wykroczenie przeciw Bożym prawom jest bowiem ostatecznie autodestrukcją człowieka, co pokazuje nie tylko Pismo św., ale także historia świata oraz zwykłe ludzkie doświadczenie. ●

**ks. Antoni Bartoszek
Uniwersytet Śląski,
Wydział Teologiczny**



IX Sympozjum „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej”

Czy lekarz może pomóc choremu umrzeć?

19 maja 2016, Kraków, Teatr im. Juliusza Słowackiego

Organizator: Medycyna Praktyczna

Współorganizatorzy:

Komisja Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej
Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie
Towarzystwo Internistów Polskich
Międzywydziałowy Instytut Bioetyki Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie
Współpraca: American College of Physicians

Komitety organizacyjny:

Dr n. med. Piotr Gajewski (Przewodniczący, redaktor naczelny „Medycyny Praktycznej”)
Prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela (Prezes-elekt Towarzystwa Internistów Polskich)
Dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik (Prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie)
Dr Marek Krobicki (Prezes Bonifraterskiej Fundacji Dobroczynnej)
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Matyja (Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie)
Dr hab. Andrzej Muszala (Dyrektor Międzywydziałowego Instytutu Bioetyki Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie)
Dr hab. n. med. Andrzej Wojnar (Przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej)

Cele sympozjum:

- wskazanie roli lekarzy w opiece nad chorymi umierającymi
- ocena znaczenia różnych interwencji, takich jak wzmacnianie godności umierającego oraz sposobów reagowania lekarzy na prośby chorych o przyspieszenie śmierci

Program (godz. 10.00-16.00)

Współczesne umieranie i możliwe sposoby udzielania pomocy umierającemu choremu przez lekarza – dr hab. Małgorzata Krajnik, prof. UMK (Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy)

Tematyka: szczególne wyzwania okresu umierania we współczesnej medycynie; interwencje stosowane w różnych krajach w stosunku do osób umierających.

Znaczenie duchowości w okresie umierania chrześcijanina – ks. Arcybiskup Henryk Hoser SAC

Tematyka: do czego może się odwołać lekarz w zakresie duchowości chorego chrześcijanina, żeby lepiej się nim opiekować; co może przeszkadzać a co pomagać w sferze duchowości w okresie umierania?

Znaczenie duchowości w okresie umierania osób niewierzących w Boga – prof. Carlo Leget (University of Humanistic



▶▶▶ Studies, Utrecht, Holandia; Wiceprezydent European Association for Palliative Care [EAPC], Przewodniczący EAPC Taskforce on Spiritual Care in Palliative Care)

Tematyka: gdy chory niewierzący w Boga prosi o śmierć – do czego można się odwołać w zakresie jego duchowości; co może pomóc lekarzowi opiekować się takim chorym.

Duchowość chorego, jego pełnomocnika i duchowość lekarza w procesie podejmowania decyzji pod koniec życia

– prof. Daniel Sulmasy (Department of Medicine and Divinity School, University of Chicago, USA)

Tematyka: podejmowanie decyzji medycznych pod koniec życia; rezygnacja z terapii podtrzymujących życie – zaprzestanie terapii daremnej czy przyspieszenie śmierci; jak lekarz ma sobie radzić ze swoimi wątpliwościami i niepokojami w sferze duchowej; konflikt duchowości pacjenta lub jego pełnomocnika i lekarza w odniesieniu do podejmowanych decyzji medycznych.

Czy i jak lekarz może pomóc choremu, który prosi o śmierć?

– prof. Raymond Voltz (Department of Palliative Medicine, University of Cologne, Kolonia, Niemcy)

Tematyka: co się kryje za prośbą chorego o przyspieszenie śmierci; międzynarodowe stanowisko w sprawie definicji prośby o przyspieszenie śmierci – w jaki sposób lekarz może odpowiedzieć na taką prośbę, jakie interwencje mogą być pomocne.

Pełnomocnik medyczny w Polsce – propozycja Polskiej Grupy Roboczej do spraw Problemów Etycznych Końca Życia

– dr hab. Marek Czarkowski (Warszawski Uniwersy-

tet Medyczny, Ośrodek Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej)
Tematyka: propozycja powołania pełnomocnika medycznego; w jaki sposób może wpłynąć na sposób postępowania lekarza w stosunku do umierających chorych w Polsce.

Regulacje prawne w Polsce związane z okresem umierania – czy lekarz pozwalający choremu umrzeć jest bezpieczny?

– dr n. prawn. Małgorzata Szeroczyńska (Prokuratura Rejonowa Warszawa-Mokotów w Warszawie)

Tematyka: co jest w Polsce uregulowane prawnie w odniesieniu do decyzji medycznych w okresie umierania; co lekarz może zrobić, aby czuć się „bezpiecznym” w opiece nad chorym umierającym.

Godność ukryta w umieraniu – sposoby wzmacniania godności umierającego chorego przez lekarza

– prof. Harvey Max Chochinov (University of Manitoba, Kanada; Manitoba Palliative Care Research Unit)

Tematyka: co kryje się pod słowem „godność” w umieraniu; jak lekarz może wzmacniać godność umierającego.

Gdy umierający ma do wyboru samobójstwo wspomagane lub opiekę paliatywną – czy można coś zrobić, aby chciał jednak żyć?

– dr Piotr Sobański (Palliativzentrum Hildesgard, Bazylea, Szwajcaria)

Tematyka: historie chorych z codziennej pracy lekarza medycyny paliatywnej w Szwajcarii.

Dyskusja panelowa



książki

Lwów – symbol czasów dobrych

Jeszcze o profesorze Ceytku – tom 3 Biblioteki Historycznej ŚIL

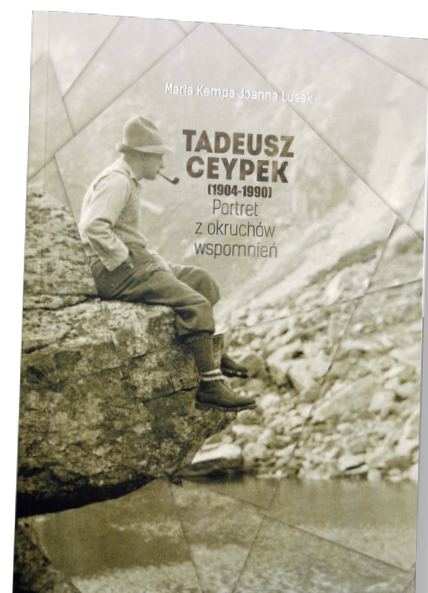
W trzecim tomie Biblioteki Historycznej Śląskiej Izby Lekarskiej ukazała się książka „**Tadeusz Ceypek (1904-1990) Portret z okruszków wspomnień**” Marii Kempy i Joanny Lusek, która jest pracą badawczą: obszerną biografią Profesora, analizą dokumentów, zbiorem relacji wielu osób, uzupełniona bogatą faktografią i archiwalnymi zdjęciami.

Ten wybitny lekarz otolaryngolog urodził się we Lwowie w 1904 r. Studiował medycynę na Uniwersytecie Jana Kazimierza, dyplom „doktora wszechnauk lekarskich” otrzymał w 1931 r.

Swoje okupacyjne wspomnienia ze Lwowa zawarł w notatkach, które zostały złożone w Ossolineum, a w 2011 r. wydane przez Towarzystwo Miłośników Lwowa i Kresów Południowo-Wschodnich w Krakowie oraz Śląską Izbę Lekarską. Książka „Lwów w czasach trudnych. Notatki naocznego świadka” zainicjowała serię Biblioteki Historycznej. Opublikowanie biografii Profesora Ceypka stanowi więc merytoryczne dopełnienie tamtej pozycji.

„W historię rodziny Ceypków wpisany jest dramat wielu Kresowian: I wojny światowej, walk o Lwów oraz ten najtrudniejszy: II wojny światowej i jej konsekwencji. Jak inni został skazany na przymusową emigrację ze Lwowa, (...) symbolu czasów dobrych.” (fragment rozdziału „Bez zakończenia”) ●

Grażyna Ogrodowska



Medyczne ślady na szlaku wędrówek po świecie (2)

Kamienie, które leczą

W Waikiki – dzielnicy Honolulu znanej z najstojniejszej plaży świata – znajdują się cztery kamienie, z którymi łączy się legenda polinezyjska. Kamienie określane są jako Na Pohaku Ola Kapaemahu a Kapuni, co znaczy w języku hawajskim „kamień życia”.

► MĘDRCY – UZDROWICIELE

Zgodnie z legendą, około roku 400 n.e. na wyspę Oahu, na której znajduje się Waikiki, przybyli czterech mędrcy – uzdrowiciele. Nosili imiona dziwnie brzmiące dla naszych uszu, ale musimy pamiętać, że język hawajski ma tylko 12 liter i dlatego odmienne znaczenia słów uzyskuje się przez powtarzanie sylab. Uzdrowiciele nazywali się: Kahaloa, Kinohi, Kapuni i Kapaemahu. Pochodzili z wysp Moa'ulanuiakea, czyli dzisiejszego Tahiti, a mieszkali w Ulokou (dzisiaj dzielnica Kaimuki) około trzy kilometry od plaży (w miejscu, gdzie znajduje się obecnie hotel Moana). Szybko zasłynęli z umiejętności leczenia i uzdrawiania. Byli uważani za bogów. Nie zamierzali jednak pozostać na stałe na wyspie, mimo próśb mieszkańców. Odjeżdżając, pozostawili cztery kamienie, których dotknięcie miało działanie lecznicze. Przez następne wieki kamienie były uważane za posiadające magiczną siłę i dotykane przez chorych. Księżniczka Królestwa Hawajów Miriam Kapili Kekauluohi Likelike (1851-1887), siostra króla Dawida Nalaiaehuokalani Lumialani Kalākaua (1836-1891) stała się kwiaty przy kamieniach. Ta tradycja pozostała do dzisiaj. W 1997 r. w noc pełni księżyca kamienie zostały przetransponowane w pobliżu plaży. Ze względu na stałe zainteresowanie (a może i wiarę w ich uzdrawiającą moc), zostały otoczone pło-



fot.: Eugeniusz Józef Kucharz

Wyspa Oahu: kamienie życia pozostawione przez czterech mędrców – uzdrowicieli w Waikiki.

tem, ale i tak można tam znaleźć wiązanki świeżych kwiatów lub sznury kwiatowe. W obecnym położeniu kamienie uzupełniają dwie tablice zawierające skrót ich historii w języku hawajskim i angielskim.

► KAMIEŃ PORODOWE

Drugi kamień o mocy leczniczej znajduje się w morzu, przy samym brzegu w dawnej stolicy Hawajów i ówczesnie światowej stolicy wielorybników Lahainie na wyspie Maui. Kamień zwany jest „kamieniem porodowym”, w języku hawajskim – Hauola,

co oznacza „przedłużający życie i zdrowie”. Był używany przez kobiety jako miejsce porodu. Od XV w. było to miejsce zastrzeżone dla rodziny królewskiej, bo wierzono, że każdy urodzony na tym kamieniu uzyskuje pochodzenie królewskie i ma nadzwyczajną moc. W tym miejscu rodziły wszystkie królowe Hawajów (poprzednio królowe Maui, przed zjednoczeniem wysp we wspólne królestwo) i w ten sposób kamień przyczynił się do sukcesji tronu. Dzisiaj na kamień spogląda się z wysokiego obudowanego brzegu.

► KAMIEŃ KRÓLEWSKIE

Na wyspie Hawai'i („Big Island”) znajduje się miejsce urodzin króla Kamehamehy I, zwanego Wielkim (1736-1819). Jego zasługą było zjednoczenie wysp w 1810 r., unowocześnienie legislacji i organizacji państwa oraz nawiązanie kontaktów ze Stanami Zjednoczonymi i krajami europejskimi, a tym samym otwarcie kraju na świat. Król urodził się w pobliżu miejscowości Kapa'au. Tam też znajduje się jego pomnik, a obok trzy okazałe kamienie. Są otoczone płotem i napisami zabraniającymi ich dotykania, w tym napisem hawajskim „Kapu”, co upewnia mnie, że uważane są za święte. Nie udało mi się odzyskać historii kamieni, ale mogę przypuszczać, że są to kamienie z pobliskiego miejsca urodzenia króla. (...) ●



fot.: Eugeniusz Józef Kucharz

Wyspa Hawai'i (Big Island): trzy święte kamienie związane prawdopodobnie z urodzeniem króla Kamehamehy I.

Eugeniusz Józef Kucharz

MEKSYK – NURKOWANIE W CENOTACH – część 1

Meksyk – pikantny, porywający, gorący. Za każdym razem, kiedy myślałem o Meksyku, przed oczami pojawiały się obrazy z takich filmów jak „Frida” czy „Meksykanin”, które umiejętnie uchwyciły cudowny koloryt tego kraju. Podniebienie natomiast wyczuwało smak chili, tortilli, guacamole i salsy. W uszach brzmiały porywcze i gorące latynoskie rytmy oraz miłosna muzyka Mariachi.

Dlatego gdy pojawiła się możliwość zobaczenia Meksyku na żywo, zdecydowałem się bez wahania. Miała to być wyprawa nurkowa połączona ze zwiedzaniem, a jej głównym punktem było nurkowanie na półwyspie Yucatan.

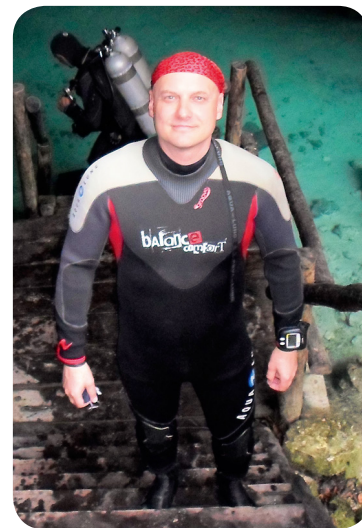
► DRINK W TECHNICE „ROBACZANEJ”

Pierwszym punktem zaznaczonym na mapie naszej podróży było **Playa del Carmen** – miejscowość słynna z kilometrowych, pięknych plaż i turkusowych wód Morza Karaibskiego. Przyjeżdżając do tego miejsca nie uniknie się spaceru po ruchliwej, otoczonej sklepami i restauracjami Piątej Alei. Myślę, że pomimo tłumu turystów, warto tu zaplanować wieczór w jednej z licznych restauracji, gdzie można spróbować miejscowych specjałów, wypić kieliszek mescal i posłuchać lokalnej muzyki. Mescal wytwarzany jest

z agawy zielonej, a w celach marketingowych dodatkowo każda butelka wyposażona jest na dnie w larwę owada, który żeruje na tej roślinie i nosi nazwę „con gusano”. Technikę „robaczaną” wymyślili Amerykanie celem zwiększenia sprzedaży i podobno niektórzy co odważniejsi konsumenci po opróżnieniu butelki zjadają larwę robala, pamiętajmy jednak, aby nie iść w ich ślady i nie konsumować trawy z żubrowki czy żmii z rosyjskiej wódki :)

► MORSKI ROZBÓJNIK

Rano poznaję swoją grupę nurkową. Pierwsze nurkowanie sprawdzające nasze umiejętności odbywa się na rafie *Barracuda*, noszącej swą nazwę z powodu przebywających w jej okolicy dużej ilości ryb – barakud. I rzeczywiście, w szmaragdowej wodzie udaje mi się podpląć do dużej grupy tych morskich rozbójników. Wszystkie barakudy



Artur Kościelny – autor tekstu.

są zjadłymi drapieżnikami, a okazalsze formy mogą nawet zagrażać ludziom. Różnią się rozmiarem od 30 cm do 3 m długości. Te napotkane przez nas na rafie sięgają górnej granicy wielkości. Barakuda atakuje z doskoku, jest nadzwyczaj szybka, a gryząc swą ofiarę „metodą psa”, potrafi nawet wyszarpać kawałek mięsa z ciała. Według znawców morza, wiele napaści przypisywanych rekinom spowodowanych jest właśnie przez barakudy. Należy pamiętać, że częstą przyczyną agresywnych zachowań są metalowe, odbijające światło elementy wyposażenia nurka. Kilka lat temu nurkując w Morzu Czerwonym byłem świadkiem, jak jeden z płetwonurków w obecności naprawdę dużej barakudy nie wytrzymał nerwowo i wyjął z pochwy błyszczący nóż nurkowy. Reakcja drapieżnika była natychmiastowa. Barakuda rzuciła się gwałtownie w kierunku noża, wyrwijąc go nurkowi z ręki. Po chwili wypuściła go z pyska



Autor na tle wejścia do cenotów.

MEKSYK – NURKOWANIE...

ciąg dalszy ze str. 27 ►►



Pod wodą między kolumnami wapiennymi.

i powoli odpłynęła, ale młody, niedoświadczony płetwonurek otrzymał surową lekcję, jak zachowywać się w obecności dużego drapieżnika.

► JAK NA OBCEJ PLANECIE

W następnym dniu wybieramy się do systemu jaskiń zwanych cenotami, słowa z języka Majów „dزونot” oznaczającego święte źródło lub święte miejsce w podziemiach, gdzie składano rytualne ofiary. W większości cenotów znaleziska archeologiczne ograniczały się do ceramiki, ale wewnątrz tych cenotów, które znajdowały się w bezpośrednim sąsiedztwie miast Majów, szczątki ofiar ze zwierząt i ludzi nie były rzadkością. Z geologicznego punktu widzenia cenoty są kraso-

wymi oknami, które powstały na skutek zawalenia się cienkiego stropu jaskiń. Do dziś na półwyspie Jukatan odkryto około 3000 studni krasowych. Ta ogromna liczba wynika z faktu rozprzestrzeniania się systemu jaskiń, o których rozmiarze nic nie wiemy. System ten z kolei opiera się na geologii półwyspu. Główna płyta wapienna pokrywająca półwysp ma bardzo porowatą strukturę, co oznacza, że wszystkie opady przedostają się pod skały i ziemię. Tłumaczy to również brak rzek na Jukatanie. Nie ma ich przynajmniej na powierzchni, ale podziemna infiltracja wody tworzy drogę wprost do morza, tym samym wypłukując rozległe systemy tuneli. Nie tylko ogrom tego systemu, lecz także zachwycające piękno jaskiń poraża swoim widokiem. Stalaktyty, stalagmity, kolumny i inne nacie-

kowe formacje wapienne sprawiają, że czujesz się tu, jakbyś eksplorował obcą planetę. Powstają one tylko wtedy, gdy niski poziom morza sprawia, że jaskinie nie są zalane. Przekrój wysokiego na około 40 cm stalaktytu z cenotów odkrywa 40 tysięcy lat historii zmian klimatu na Ziemi. Analiza chemiczna wskazuje na wysoki poziom żelaza – efekt działania pyłu z Sahary. Ich wiek pokrywa się z falami nagłych zmian klimatu od suchego do wilgotnego. Nieopisane piękno cenotów wzmacnia dodatkowo krystalicznie czysta woda, bez zawiesiny w postaci planktonu i bez prądów. Widoczność sięga nawet 100 metrów, temperatura wody 25-26 stopni i jest stała dla całego systemu jaskiń. Na zdjęciach z cenotów płetwonurkowie wyglądają na lewitujących w powietrzu.

Komunikat

Zjazd Absolwentów Wydziału Lekarskiego AM w Gdańsku 1985-1991

Serdecznie zapraszamy na spotkanie z okazji 25-lecia uzyskania dyplomu, które odbędzie się na Zamku w Gniewie w dniach 21-22.05.2016 r.

Wpłaty na konto: 28 1160 2202 0000 0002 9535 3175 Mirosław Lipiński wraz z podaniem imienia, nazwiska i dopiskiem: „25 lecie zjazd koleżeński”. Zgłoszenia z imieniem, nazwiskiem, nazwiskiem z okresu studiów, adresem e-mail oraz numerem telefonu prosimy kierować do organizatorów:

Anna Paprocka-Lipińska e-mail: anpap@amg.gda.pl tel. 604 700 667

Mirosław Lipiński e-mail: mireklipi@interia.pl tel. 604 804 254

Ze względów organizacyjnych

prosimy o możliwie szybkie dokonywanie wpłat i zgłoszeń.

Ostateczny termin przyjmowania zgłoszeń upływa 15.04.2016 r.

► FASCYNUJĄCY SPEKTAKL NATURY

Na efekty specjalne natykamy się przy wejściu i wyjściu z jaskiń. Właśnie tam meksykańskie słońce bez żadnych przeszkód penetruje przezroczystą wodę, naturalny pokaz laserów to nic innego, jak tańczące promienie słoneczne, które widoczne są od lustra wody, aż po samo dno cenotów. W niektórych miejscach nurkowych, wielkością odpowiadających kilku stadionom piłkarskim, wiązki światła sięgają nawet 30 metrów głębokości. Jest to naprawdę spektakularny widok, a opis nie oddaje pełni wrażenia. Kto był w stanie doświadczyć tego fascynującego spektaklu, z pewnością nigdy o nim nie zapomni. ●

Artur Kościelny
Zdjęcia podwodne: **Bartosz Cieślak**
Klub Najlepsze Nurkowania Łódź

LISTY

listy

Szanowni Państwo!

Przeglądając fotografie ze zbioru mojej śp. Mamy, lek. Zofii Łukowej, zmarłej 3.02.2013 r. (o której wspomnienie zostało zamieszczone w nr 210 „Pro Medico” (luty 2014) za które bardzo dziękuję), znalazłam kilka interesujących zdjęć. Zostały one zrobione we wcześniejszych latach 50. ub. wieku w Goczałkowicach. Przedstawiają dzieci rehabilitowane po zachorowaniu na polio, którego epidemia była tak dotkliwa w tym czasie. Później już wprowadzono szczepienia. Niektóre zdjęcia mają adnotacje na odwrocie:

- 1) Ćwiczenia ruchowe dla dzieci o najczęściej porażonych kończynach (to z basenem)
- 2) Okład parafinowy gorący na porażoną kończynę (zabieg dla dziecka b. nieprzyjemny) – na zdjęciu widać leżące dziecko
- 3) Lekcja gimnastyki po Heinego-Medina (na sali dzieci leżą z kółkami)
- 4) Trzy zdjęcia z adnotacją: Nauka chodzenia, dzieci od pierwszego, drugiego roku życia, niektóre stawiają w ogóle pierwsze kroki.

Od tamtego czasu minęło już kilkadziesiąt lat, choroba zebrała wielkie żniwo, ciągle jeszcze w naszym otoczeniu żyją osoby nią dotknięte w dzieciństwie. Czy według Czytelników „Pro Medico” są jakieś opracowania dotyczące tamtego zmagania się służby zdrowia z tą straszną chorobą, (może wspomnienia lekarzy?), a dostępne dla szerszego odbioru?

Z wyrazami szacunku,

**Ewa Sońska, córka lek. Zofii Łukowej,
zam. w Rzeszowie**



Rehabilitacja dzieci chorych na polio w Goczałkowicach w latach 50.

wspomnienie

Śp. Doktor Ryszard Juźwiak (1930-2016)

Doktor Ryszard Juźwiak urodził się 8 lutego 1930 r. na Kresach Wschodnich II Rzeczypospolitej. Po wojnie kontynuował naukę we Wrocławiu, gdzie podjął realizację lekarskiego powołania, specjalizował się w radiologii. Był też absolwentem Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Na tej uczelni uzyskał specjalizację z medycyny pracy. Był wieloletnim pracownikiem służby zdrowia. Kilkanaście lat przepracował w przychodni przykładowej przy Kopalni w Siemianowicach Śląskich. W 2015 r. został uhonorowany podziękowaniem przez Okręgową Izbę Lekarską w Katowicach za długie lata pracy w trudnym i niezwykle odpowiedzialnym zawodzie lekarza.

Uroczystości pogrzebowe odbyły się 30 stycznia br. we Wrocławiu, gdzie został pochowany na cmentarzu Parafialnym św. Rodziny. Zmarł 27 stycznia 2016 r. w wieku 85 lat.



Cześć Jego pamięci!
Bliscy i Przyjaciele

Dr. n. med. Wojciechowi Marquardtowi
członkowi Okręgowej i Naczelnej
Rady Lekarskiej
wyraży głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Ojca

w imieniu Koleżanek i Kolegów
ze Śląskiej Izby Lekarskiej,
składa
Jacek Kozakiewicz
wraz z Okręgową Radą Lekarską w Katowicach

Z głębokim żalem
przyjeliśmy wiadomość
o śmierci
naszego długoletniego współpracownika
dr. n. med. **Michała Pietrzyka.**

Najbliższej Rodzinie
kładamy wyrazy
serdecznego współczucia.
Pracownicy
Przychodni Medicor w Gliwicach

kondolencje

Śp. Profesor Bożena Hager-Małecka (1921-2016)

Żegnamy Panią Profesor, nestora polskiej pediatrii, wielki autorytet moralny i etyczny, wybitnego lekarza, naszą Mistrzynię, oddaną nauczycielkę wielu pokoleń młodych adeptów sztuki lekarskiej, dobrego i prawego Człowieka.



Pani Profesor urodziła się w Zabrze, w sierpniu 1921 r. To miasto ukochała najmocniej. Wojnę spędziła w Ojcowie i Krakowie. Od 1941 r. do końca wojny, co sobotę punktualnie o 8.00 brała paczkę sprzed dworca w Krakowie i odnosiła ją pod wskazany adres. Nie można jej odmówić odwagi. Odwagi, która wówczas miała inną cenę niż dzisiaj. Studia rozpoczęła w Krakowie na tajnych kompletach. W 1948 r. ukończyła medycynę.

Pani Profesor bycie lekarzem miała zapisane w genach, poszła w ślady dziadka Maksymiliana Hagera i ojca Bronisława, polskiego działacza niepodległościowego, od najmłodszych lat wspierającego Wojciecha Korfantego, późniejszego komisarza plebiscytowego i posła na III Sejm Śląski. Gdy dowiedziała się, że w Krakowie nie będzie pracy dla stu lekarzy, spakowała się i wróciła do ukochanego Zabrze. Mieszkała w małym pokoju na strychu Szpitala Dziecięcego. O 8.00 zaczynała pracę w klinice, po południu dyżuruwała w poradni, a wieczorem odwiedzała chore dzieci w ich domach. Przez całe swoje życie uczyła lekarzy, że **„do chorego dziecka przychodzi lekarz, a nie chore dziecko do lekarza.”** Sama tak postępowała. Jej zdaniem pediatra powinien wiedzieć, w jakich warunkach żyje mały pacjent, by go odpowiednio leczyć.

Wracała do domu o 22.00, wzruszała się, gdy widziała dwie małe dziewczynki przy drzwiach, trzymające się za ręce i czekające na Mamę. Cieszyły się, że wreszcie mogły ją zobaczyć.

Dla Niej praca lekarza była posługą dla bliźniego, a nie sposobem na zarabianie pieniędzy – zawsze to podkreślała.

Podobnie jak Ojciec była także posłanką – zawsze bezpartyjną. Liczyła, że uda się Jej coś zmienić. Rodzinne tradycje i dorobek na rzecz polskiego Śląska z pewnością sprawiły, że do gabinetu wojewody Jerzego Ziętka wchodziła bez pukania – mówiła mu, co trzeba zrobić, by służba zdrowia działała jak najlepiej.

Nadzorowała pediatrów, jeździła po szpitalach i przychodniach w całym województwie. Pokazywała palcem, co jest złe i co należy poprawić, za pół roku wracała w to miejsce, by sprawdzić, czy wszystko działa jak należy, nigdy się nie anonowała.

„Trzeba być dobrym człowiekiem, by być dobrym lekarzem, ale sama dobroć nie wystarczy. Trzeba mieć wiedzę i zacięcie, by cały czas się uczyć” – mawiała.

Każde wyleczone dziecko sprawiało Jej radość. Była niezwykle skromna, sumienna, ale też wymagająca, zawsze wierna Hipokratycznej idei medycyny.

Dorobek Pani Profesor, naukowy, zawodowy i szkoleniowy jest ogromny. Po przejściu na emeryturę, obserwowała uważnie zachodzące zmiany w Polsce i na świecie, miała odwagę recenzować krytycznie Jej zdaniem te niekorzystne, ale wspierać to, co służyło potrzebującym pomocy, zwłaszcza tym najmłodszym.

Kiedy z okazji Jubileuszu 90. Urodzin wręczaliśmy w Szpitalu Uniwersyteckim w Katowicach – Ligocie najwyższe wyróżnienie Śląskiej Izby Lekarskiej – Wawrzyn Lekarski, długie owacje na stojąco licznie przybyłych lekarzy dla Pani Profesor były mocno wzruszające.

3 lutego 2016 r. Profesor Hager-Małecka jako jedna z lekarzy – Seniorów, nestorów naszego lekarskiego powołania, została wyróżniona podczas uroczystego spotkania w zabrzańskim Filharmonii. Nie mogła pojawić się na nim osobiście ze względu na zły stan zdrowia. Podziękowania i wyrazy uznania złożyliśmy na ręce jej córki, Danuty Rzepeckiej.

Szanowna Pani Profesor! Była Pani i pozostanie dla nas Mistrzynią. Będziemy cenić Pani dokonania i starać się Panią naśladować, choć to niełatwe wyzwanie.

Odeszła Pani już na wieczny, lekarski dyżur.

Pani przesłanie etyczne, realizowane przez tyle wypełnionych ofiarną pracą lat jest bezcenne właśnie teraz, kiedy obserwujemy jakże niebezpieczny proces dehumanizacji medycyny, urzeczowie-
nia zarówno pacjenta, jak i lekarza.

Kochana Pani Profesor! Dziękuję w imieniu śląskiej rodziny lekarskiej oraz własnym za wszystko, co Pani uczyniła w swoim długim życiu, za świadectwo postaw, świadectwo niełatwych przecież często wyborów, ale zawsze nakierowanych na człowieka w całej jego integralnej złożoności.

Pozostanie Pani na zawsze w naszych sercach, naszej modlitwie i naszej pamięci.

Jacek Kozakiewicz

Fragmenty mowy wygłoszonej podczas uroczystości pogrzebowych 12 lutego 2016 r. w Kościele św. Jana Chrzyciela w Zabrze-Biskupicach

Naszemu Koledze
Dr. n. med. Andrzejowi Tyczyńskiemu
Członkowi Okręgowego Sądu Lekarskiego

Wyrazy głębokiego współczucia
Z powodu śmierci

Matki

Składa
Prezes Jacek Kozakiewicz
z Okręgową Radą Lekarską w Katowicach
oraz
Przewodniczący Adam Dyrda
z Okręgowym Sądem Lekarskim w Katowicach

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

+10 stycznia, w wieku 81 lat zmarła śp. **lek. dent. Anna Wawrzyczek-Grzybczyk**. Absolwentka, rocznik 1958, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista protetyki stomatologicznej. Wieloletni pracownik ZOZ Rybnik. Ostatnio mieszkała w Ustroniu.

+6 lutego, w wieku 67 lat zmarł śp. **lek. Andrzej Kłoniecki**. Absolwent, rocznik 1978, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista I° medycyny pracy. Mieszkał w Sosnowcu, gdzie ostatnio pracował w NZOZ „Nasza Przyszłość”.

+6 lutego, w wieku 76 lat zmarł śp. **lek. Leonard Foik**. Absolwent, rocznik 1967, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista I° chorób wewnętrznych. Wieloletni pracownik Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach. Mieszkał w Katowicach.

+10 lutego, w wieku 75 lat zmarł śp. **prof. dr hab. n. o kult. fiz. dr n. med. Janusz Nowotny**. Absolwent rocznik 1968 Śląskiej Akademii Medycznej, specjalista: rehabilitacji ruchowej i rehabilitacji w chorobach narządu ruchu. Emerytowany Kierownik Katedry Fizjoterapii i Zakładu Fizjoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Ostat-

nio zatrudniony w Ośrodku Rehabilitacyjno-Edukacyjnym dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej w Rusinowicach. Mieszkał w Katowicach.

+17 lutego, w wieku 84 lat zmarł śp. **lek. Włodzimierz Mleczko**. Absolwent, rocznik 1956, Śląskiej Akademii Medycznej, specjalista II° laryngologii. Wieloletni pracownik Zakładu Lecznictwa AmbulATORYJNEGO w Zawierciu, gdzie również mieszkał.

+19 lutego, w wieku 81 lat zmarł śp. **prof. dr hab. n. med. Janusz Konecki**. Absolwent, rocznik 1960, Śląskiej Akademii Medycznej. Emerytowany Kierownik Katedry i Zakładu Histologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Zasłużony dla rozwoju SUM i regionu w zakresie histologii. W latach 2002-2005 był prorektorem ds. studiów i studentów, w latach 1987-1990 prodziekanem Wydziału Lekarskiego w Zabrze. W uznaniu zasług uhonorowany m.in.: Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, odznaką Za wzorową pracę w służbie zdrowia, złotą odznaką Zasłużony w Rozwoju Województwa Katowickiego oraz srebrną odznaką Zasłużony dla Województwa Częstochowskiego. Mieszkał w Zabrze.

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

Reklama

Reklama

Reklama

szukam pracy

Stomatolog z I^o specjalizacji ze stomatologii ogólnej i swoją działalnością, szuka pracy w Bytomiu i okolicach; tel. 697 098 713

Lekarz stomatolog z 12-letnim stażem pracy w kraju i za granicą szuka pracy (NFZ i prywatnie) na terenie Raciborza, Rybnika, Wodzisławia Śląskiego, Jastrzębia Zdroju; tel. 519 375 605; e-mail: ar1973@interia.pl

Specjalista anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny bólu podejmie pracę w transporcie medycznym lub na bloku operacyjnym w ramach chirurgii jednego dnia. Preferowane okolice Katowic; tel. 501 221 637, e-mail: fatou@poczta.onet.pl

Warszawa
ul. Sobieskiego 102 a
pokoje dwu- i trzyosobowe

dla gości hotelowych
niezwiązanych
z samorządem lekarskim
120 zł za dobę

dla lekarzy ŚIL niezależających
z opłacaniem składek
zniżka 60 zł za dobę

dla lekarzy z innych izb i osób
związanych z samorządem
lekarskim
zniżka 40 zł za dobę

możliwość wystawienia faktury
dla podmiotu wykonującego
działalność leczniczą



Rezerwacje i opłaty w Śląskiej
Izbie Lekarskiej w Katowicach
przy ul. Grażyńskiego 49a
tel. 32 60 44 200; 32 60 44 254
fax. 32 60 44 257
pn., śr. 8.15-17.00
wt., czw., pt. 8.15-16.15

Konto: 43 1020 2313 0000 3102 0020 0246

UWAGA:
Istnieje możliwość skorzystania
z noclegu
(w miarę wolnych miejsc)
z pominięciem
wcześniejszej rezerwacji.
tel. 22 851 45 79 (repcja Hotelu)

Uprzejmie informujemy,
że repcja Hotelu
jest czynna w godzinach
od 6.00 do 22.00.

Po godzinie 22.00
klucze można odebrać
w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej
przy ul. Sobieskiego 110
za okazaniem
dowodu wpłaty.

Reklama w Pro Medico:

Wypełniony druk zlecenia ogłoszenia/reklamy lub dodatku w formie wkładki prosimy przesłać faksem 32 60 44 257 lub e-mailem (b.blecharz@izba-lekarska.org.pl), następnie przesłać pocztą oryginał zlecenia na adres Śląskiej Izby Lekarskiej.

W przypadku, gdy zleceniodawca chce otrzymać kopię zlecenia podpisaną przez reprezentantów ŚIL, prosimy przesłać pocztą dwa egzemplarze wypełnionego zlecenia. Zlecenia ogłoszenia/reklamy lub dodatku w formie wkładki można również dokonać osobiście w siedzibie ŚIL (VI piętro) w godzinach pracy Izby.

Warunkiem zamieszczenia reklamy/ogłoszenia w piśmie jest dokonanie przedpłaty i przesłanie dowodu wpłaty na nr faxu 32 60 44 257. Bezpłacie zamieszczane są ogłoszenia lekarzy i lekarzy dentyistów poszukujących pracy. Szczegóły i formularze: http://www.izba-lekarska.org.pl/268-zlecenia_reklamy.



ProMedico

Wydawca: Śląska Izba Lekarska w Katowicach
Nakład 14 000 egzemplarzy. ISSN 1232-8693

Redaktor naczelny: Żywiław Mendel, zastępca redaktora naczelnego: Grażyna Ogródowska,
redakcja: Joanna Wójcik.

Adres redakcji: „Pro Medico”, ul. Grażyńskiego 49a, 40-126 Katowice, tel. 32 60 44 260, fax 32 60 44 257,
e-mail: biuletyn@izba-lekarska.org.pl; www.izba-lekarska.org.pl

Opracowanie graficzne, skład i korekta: Wydawnictwo KA, Tarnowskie Góry, ul. Opolska 23 c. Druk: Mikopol
Reklamy i ogłoszenia: Bogusław Blecharz. **Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń i reklam.**

Redakcja zastrzega sobie prawo redagowania i skracania tekstów. Data zamknięcia numeru: 7 marca 2016 r.
Materiały prasowe do następnego numeru przyjmujemy do 6 kwietnia 2016 r., reklamy – do 5 kwietnia.

Dla wszystkich lekarzy zrzeszonych w ŚIL w Katowicach pismo bezpłatne.

Okladka: fot.: Obraz licencjonowany przez Depositphotos.com/Drukarnia Chroma

