



ProMedico

PISMO ŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W KATOWICACH

listopad 2014 nr 217

ISSN 1232-8693



Ewolucja nie planuje nam stu lat...

str. 14-17

▶ **Przepustka
do spełnienia marzeń**
str. 6

▶ **Zasady
terapii bólu**
str. 18

▶ **Uwaga:
agresja!**
str. 21-26



Z mojego punktu widzenia

Winston Churchill powiedział: „Demokracja jest najgorszą formą rządów, ale nic lepszego nie wymyślono...” 16 listopada br. będziemy wybierać wójtów, burmistrzów, prezydentów miast, do rad gmin i powiatów oraz sejmików województw. Niech nasze głosy na kandydatów będą oddane poważnie, po zapoznaniu się z ich programem związanym z ochroną zdrowia, a w równym stopniu też z dotychczasową działalnością i postawami zajmowanymi w ważnych dla nas sprawach. Samorząd terytorialny ma bowiem realny wpływ na stan opieki zdrowotnej na danym terenie, a jako organ założycielski – także na miejsca i warunki pracy wielu lekarzy i lekarzy dentyków. Może tworzyć, przekształcać i likwidować publiczne podmioty, powołuje rady społeczne, których kompetencją jest uchwalanie i zmiany statutów, nawiązuje stosunek pracy lub zawiera umowy cywilnoprawne z kierownikami, którzy nota bene mają w swych samodzielnych jednostkach coraz mniej samodzielności.

Nie tylko samorządy terytorialne, ale i zawodowe są przewidzianą przez Konstytucję (Art. 17 Konstytucji RP) i ustawy formą organizacji życia zbiorowego państwa. Nasz lekarski samorząd był już dwukrotnie rozwiązywany. Chociaż różniły się historyczne uwarunkowania, to wspólne były korzenie polityczne tych decyzji: pierwszy raz okupantów niemieckich, drugi – komunistycznej administracji w 1950 r., bo idea samorządności jest wroga totalitarnym systemom. Współcześnie mniej lub bardziej jawne kwestionowanie idei samorządu zawodowego zwykle pojawia się,

gdy decentralizacja państwa, zdolność do myślenia w kategoriach obywatelskich, szeroko pojmowana niezależność obywatelska i wspólnota wszystkich osób wykonujących ten sam zawód stają się „solą w oku” władzy, mającej monopol na rację. Nie przypadkiem przypominam o tym w miesiącu, w którym obchodzimy jubileusz 25-lecia naszego odrodzonego samorządu lekarskiego. Spotkamy się w naszym Domu Lekarza nie po to, by „świętować i hucznie obchodzić”, ale by w skromnej oprawie, za to serdecznej atmosferze, przypomnieć o ponad 1,5 tysiąca lekarzach i lekarzach dentykach, którzy przez te ćwierć wieku pracowali w naszym samorządzie, kolejnych jego Okręgowych Radach, Prezydiach, Zespołach, Komisjach i Delegaturach, organach Odpowiedzialności Zawodowej i Sądach lekarskich. Już dziś wszystkim Wam za to gorąco dziękuję.

Mamy nowy rząd i „starego” ministra zdrowia. Przed nim i współpracownikami wiele do zrobienia, także w kontekście publicznie składanych zapowiedzi. W październiku 2012 r. była mowa o likwidacji NFZ lub przynajmniej decentralizacji, z początkiem 2014 r. deklarowano skrócenie kolejek do specjalistów w ciągu trzech miesięcy. A tymczasem w ostatnim raporcie Fundacji Bertelsmanna o jakości życia w krajach UE w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej Polska znalazła się na 26 miejscu na 28 krajów UE, za nami są jedynie Łotwa i Rumunia. W opublikowanym przez GUS Narodowym Rachunku Zdrowia za 2012 r. dostrzegliśmy kolejny spadek nakładów publicznych na zdrowie (4,43% PKB w porównaniu do 4,53 w 2011 r.).

W naszym zawodzie niemal codziennie stykamy się z cierpieniem i bólem, bywamy bezradni w walce z chorobą. Na szczęście mamy coraz więcej możliwości w skutecznym opanowaniu bólu, stopniując postępowanie wg tzw. „drabiny analgetycznej”. Zasady terapii bólu staramy się upowszechniać w ramach samorządowego kształcenia podyplomowego (także Ministerstwo Zdrowia kilka miesięcy temu rozpoczęło kampanię popularyzacji wiedzy lekarzy w tym zakresie – apel ministra został w całości zamieszczony we wrześniowym „Pro Medico” oraz na naszej stronie). Zachęcam do wzięcia udziału w kursach ŚIL poświęconych leczeniu bólu – najbliższy 29 listopada br. Moim zdaniem warto temat ten wprowadzić do programu zebrań naukowo-szkoleniowych specjalistycznych towarzystw medycznych.

Kontakty z mediami wymagają z naszej strony szczególnej ostrożności. Często wypowiadamy się szczerze i wylewnie, w dobrej wierze, licząc na profesjonalizm i uczciwość zawodową „czwartej władzy”, ale też często przekonujemy się, że takie zdania zostały zniekształcone w montażu, skrócone bez logiki, umieszczone w innym kontekście lub okraszone nieprzychylnym komentarzem. Można tego uniknąć, udzielając przemyślanej i wyważonej wypowiedzi, zawsze pamiętając o zasadach KEL i przepisach ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentyki. Prezydium ORL wydało w tej sprawie oświadczenie, nawiązując do głośnych przypadków postawienia lekarzom zarzutów złamania tajemnicy lekarskiej.

Kozłowski

W numerze:

Z mojego punktu widzenia	1	Zasady terapii bólu	18
Od redakcji	2	Światowy Dzień walki z cukrzycą	18
Z działań samorządu	3-4	Dzień Zdrowia Psychicznego	19
Projekt uchwały NRL w sprawie wysokości składki członkowskiej	3	Dlaczego polscy uczeni nie dostają Nobla – felieton	21
25 lat odrodzonego samorządu zawodowego lekarzy	5	Uwaga: agresja!	21-26
Wręczenie Ograniczonych Praw Wykonywania Zawodu	6	Asertywne reagowanie na agresję	21
Kursy i konferencje	7	Rozmowa z dr. Jackiem Santorskim	23-26
Inauguracja roku akademickiego na SUM	8-10	Echa publikacji	26-27
Z teki rzecznika	11	Dobra osobiste	28
Lekarze biegli sądowi	12	Pro Medico postscriptum: Lekarze w mediach	29
Prawo w medycynie	13	Spotkanie chirurgów w Koszęcinie	30
Rozmowa z dr. n. med. Jarosławem Derejczykiem	14-16	Jubileusz 85-lecia prof. Franciszka Kokota	31
Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020	17	Sport	31-32
		Chór CAMES – jubileusz pięciolecia	33
		Refleksje, wspomnienia, nekrologi	34-35
		Ogłoszenia, komunikaty, 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
- ▶ **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

W ciągu wielu lat telewizyjnej pracy nie przestało mnie dziwić, z jaką ufnością bohaterowie newsów, reportaży, dokumentów, oddają swój wizerunek dziennikarzom. Prawie nigdy nie pytają o szczegóły. Czy z niewiedzy, czy z lęku, że „drugi raz nie poproszą nas wcale” i „lepiej źle, byle z nazwiska?” „Będzie jakaś telewizja?” „Nagrywali mnie do czegoś?” „Ktoś to filmował”... Nie pytają o ważne rzeczy: **ile potrwa na antenie moja wypowiedź? kto oprócz mnie będzie się w studiu wypowiadał? jaki to rodzaj dziennikarski? News, reportaż, „wstawka” do programu na żywo, do studia, felieton? kto jest wydawcą, producentem? jak mogę autoryzować swoje wypowiedzi? czy to samodzielny program, czy odcinek cyklu, jakiego?**

Jak ważny jest kontekst, nawet jednego zdania, oddaje fragment książki: „*Moje uwagi wydały mi się dowcipne. Wszyscy na konferencji prasowej się śmiali. Jednak ten właśnie fragment, kiedy zażartowałam (...) dowcipni technicy telewizyjni wykorzystali do montażu w planie stop-klatki: zbliżenie zdruzgotanej, sparaliżowanej, owdowiałej pani Cohen i moja dowcipna uwaga. Wtedy zrozumiałam, co to znaczy montaż końcowy.*” (Milczący świadek, Dorothy Uhnak, Supernova, W-wa 1992, tłum. Z. Uhrynowska-Hanasz i M. Hanasz). Lekarze zbyt rzadko pojawiają się w mediach w roli autorytetów tak, jak na to zasługują, najczęściej proszeni są, gdy trzeba udzielić informacji. A że „słowo ptakiem wyleci...” przypominamy podstawowe zapisy, odnoszące się do tajemnicy lekarskiej. Zachęcamy do lektury całego numeru pisma. **Dlaczego lekarzom przydałoby się aikido? Dlaczego polscy uczeni nie dostają Nobla? Czy starość można leczyć? Kto „robi tłok” w poczekalniach? Kto to napisał i z jakiej okazji: „Telefony, adresy, Iza się w oku kręci, gdy znów się żegnają...”** Odpowiedź – i wiele innych tekstów – w tym numerze. Polecam! ●

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

Art. 40. Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry

1. Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy:

- 1) tak stanowią ustawy;
- 2) badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje;
- 3) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
- 4) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia;
- 5) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu;
- 6) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

2a. W sytuacjach, o których mowa w ust. 2, ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie.

3. Lekarz, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w ust. 2 pkt 1–5, jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta.

4. Lekarz nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody.

Kodeks Etyki Lekarskiej Tajemnica lekarska (fragmenty)

Art. 23.

Lekarz ma obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej. Tajemnicą są objęte wiadomości o pacjencie i jego otoczeniu uzyskane przez lekarza w związku z wykonywanymi czynnościami zawodowymi. Śmierć chorego nie zwalnia od obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej.

Art. 24.

Nie jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjenta innemu lekarzowi, jeżeli jest to niezbędne dla dalszego leczenia lub wydania orzeczenia o stanie zdrowia pacjenta.

Art. 25.

Zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić:

- gdy pacjent wyrazi na to zgodę,
- jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu lub życiu pacjenta lub innych osób, oraz
- jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa.

Oba dokumenty w całości dostępne są na [http://www.izba-lekarska.org.pl/w_zakladce Prawo medyczne](http://www.izba-lekarska.org.pl/w_zakladce_Prawo_medyczne)

► Projekt zmian w uchwale „składkowej” NRL

Po posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej, które miało miejsce 17 września br., gdy podjęto apel do Naczelnej Rady Lekarskiej o zmianę uchwały z 5 września br. w sprawie składek członkowskich, Prezydium ORL w Katowicach we współpracy z biurem prawnym przygotowało projekt uchwały dla Naczelnej Rady Lekarskiej, dotyczący wysokości składki członkowskiej dla członków ŚIL.

Projekt ten uwzględnia m.in. następujące propozycje: utrzymanie wysokości składki na obecnym poziomie tj. 40 zł wraz z uwzględ-

nieniem dotychczas obowiązujących obniżek i zwolnień z jej opłacania, uproszczenie procedur ich uzyskiwania oraz dodatkowo zwolnienie z opłacania składek osób po ukończeniu 75 roku życia.

Doktor **Jan Cieśllicki**, członek NRL i przewodniczący Komisji Finansowej ORL, został upoważniony do złożenia wniosku o wprowadzenie tego projektu do porządku obrad Naczelnej Rady Lekarskiej, której najbliższe posiedzenie odbędzie się 17 października br. (Już po zamknięciu tego numeru, „Pro Medico”). ●

PROJEKT: Uchwały nr .../14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej,

w sprawie wysokości składki członkowskiej dla członków Śląskiej Izby Lekarskiej:

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 11, w związku z art. 114 ust. 2 pkt 1 i art. 116 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708 z późn. zmianami), uchwały KZL Nr 14 z 21.03.2014 roku oraz na wniosek ORL Śląskiej Izby Lekarskiej uchwała się:

Składki członkowskie

§1

Z zastrzeżeniem Paragrafów 3 i 4 wysokość składki członka Śląskiej Izby Lekarskiej, zwanego dalej również lekarzem, wynosi 40,00 złotych miesięcznie.

§2

1. Obowiązek opłacania składki powstaje od pierwszego dnia miesiąca, w którym lekarz:

- a) został wpisany do rejestru członków ŚIL;
- b) utracił prawo do zwolnienia z obowiązku opłacania składki.

2. Składkę opłaca się do końca miesiąca:

- a) na konto bankowe ŚIL,
- b) na indywidualny numer subkonta bankowego nadany i przekazany przez ŚIL w kasie ŚIL.

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

4. W przypadku zaległości powyżej 3 miesięcy, lekarz otrzymuje upomnienie. Jeżeli lekarz bezzwłocznie nie uiszcza zaległości, zostanie wszczęte postępowanie egzekucyjne zgodnie z art. 116 ustawy o izbach lekarskich.

Ulgi i zwolnienia z opłacania składek

§3

1. Z obowiązku opłacania składki zwolnieni są członkowie ŚIL, którzy:

- a) ukończyli 75 lat;
- b) poza świadczeniami emerytalno-rentowymi nie osiągają przychodów z innych źródeł.

2. Zwolnienie, o którym mowa w ust. 1 pkt. 1 następuje z mocy niniejszej uchwały z pierwszym dniem miesiąca następnego po miesiącu, w którym lekarz ukończył 75 lat.

3. Zwolnienie, o którym mowa w ust. 1 pkt. 2, udzielane jest wyłącznie na okres, w którym dany członek ŚIL nie uzyskuje jakichkolwiek przychodów poza świadczeniami emerytalno-rentowymi w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych i rozpoczyna się od miesiąca następnego po miesiącu, w którym podjęta została uchwała o zwolnieniu.

§4

1. Składkę w wysokości 10,00 złotych miesięcznie opłacają:

- a) stażyści,
- b) emeryci i renciści w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub ustaw regulujących zaopatrzenie emerytalne służb mundurowych, którzy poza świadczeniami emerytalno-rentowymi uzyskują dodatkowy, miesięczny przychód nie przekraczający miesięcznego wynagrodzenia lekarza stażysty.

2. Obowiązek opłacania składki w wysokości 10,00 złotych dla stażystów powstaje od miesiąca, w którym lekarz został wpisany na listę członków ŚIL i kończy się z upływem miesiąca, w którym dany członek otrzymał prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry.

3. Obowiązek opłacania składki w wysokości 10,00 złotych dla emerytów i rencistów, którzy poza świadczeniami emerytalno-rentowymi uzyskują dodatkowy, miesięczny przychód nieprzekraczający miesięcznego wynagrodzenia lekarza stażysty, powstaje od miesiąca następnego po miesiącu, w którym podjęta została uchwała w tym przedmiocie.

§5

1. W razie uzasadnionych wątpliwości co do spełnienia przez lekarza warunku braku bądź wysokości przychodu, o którym mowa w paragrafie 3 ust. 1 lit. b oraz paragrafie 4 ust. 1 lit. b, Skarbnik ORL może zażądać od lekarza dokumentów potwierdzających złożone oświadczenie.
2. Zwolnienie z obowiązku opłacania składki lub ustalenie składki w wysokości 10,00 złotych na pisemny wniosek zainteresowanego członka. Nie dotyczy to członków, którzy ukończyli 75 lat i lekarzy stażystów.

Postanowienia przejściowe i końcowe

§6

Członek, który przed wejściem w życie niniejszej uchwały uzyskał zwolnienie z obowiązku opłacania składki lub któremu ustalono obowiązek opłacania składki w wysokości 10,00 złotych zachowuje takie zwolnienie lub obowiązek.

§7

Uchwała wchodzi w życie z dniem

Kiedy „milczenie jest złotem...”

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach zaleca szczególną ostrożność, do której jesteśmy zobowiązani jako lekarze, w udzielaniu wypowiedzi mediom na temat stanu zdrowia czy przebiegu choroby każdego naszego pacjenta. Media są najczęściej zainteresowane uzyskaniem wypowiedzi lekarza, gdy chodzi o osoby znane lub zdarzenia, o których głośno w całym kraju. Prawo społeczeństwa do informacji i dobre intencje lekarzy, którzy pragną je realizować, nie mogą być jednak sprzeczne z art. 40 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza: „Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu” oraz Kodeksem Etyki Lekarskiej (art.23-29 KEL). ●

Prezydium ORL

► Staże 2014/2015

We wrześniu tegoroczni absolwenci studiów medycznych, których w Śląskiej Izbie Lekarskiej jest 323, otrzymali skierowania do jednostek, w których będą odbywali staże podyplomowe. Dotychczas staże przydzielane były zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza, lekarza dentyści. W tym roku skierowanie do poszczególnych ośrodków szkolących opierało się na regulaminie opracowanym z aktywnym udziałem Komisji ds. Młodych Lekarzy.

Do Izby wpłynęło jedynie osiemnaście odwołań złożonych przez tegorocznych stażystów. Ich rozpatrzeniem zajęła się komisja wyłoniona spośród członków Prezydium ORL, w składzie której znaleźli się dr dr **Grzegorz Góral**, **Jan Cieśliński** i **Jerzy Rdes**. W wyniku obrad komisji siedemnastu lekarzom zmieniono ich pierwotne przydziały stażowe, podanie tylko jednego lekarza dentyści zostało rozpatrzone negatywnie ze względu na brak miejsca we wskazanej przez niego jednostce. ●

► Stanowisko w sprawie kas fiskalnych

Prezydium ORL na posiedzeniu 1 października br. zaopiniowało projekt rozporządzenia Ministerstwa Finansów z dnia 25 września 2014 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących. Ministerialna propozycja, która zakłada od 1 stycznia 2015 r. wprowadzenie obowiązku posiadania kas fiskalnych dla lekarzy i lekarzy dentyści bez względu na uzyskiwane obroty, spotkała się z dezaprobatą członków Prezydium ORL, którzy wyrazili pogląd, iż należy utrzymać dotychczas obowiązujące zasady (pełna treść stanowiska obok). ●

► Tytuł profesora honorowego SUM dla prof. Grzegorza Opali

3 października w Śląskim Uniwersytecie Medycznym miała miejsce inauguracja roku akademickiego 2014/2015. Kulminacyjnym punktem akademii było nadanie tytułu profesora honorowego SUM w Katowicach prof. dr. hab. n. med. **Grzegorzowi Opali**. Profesor Opala ze śląską Alma Mater związany jest od 37 lat, jest znakomitym naukowcem, badaczem i nauczycielem, twórcą Centrów Leczenia Udaru Mózgu i Choroby Parkinsona oraz pierwszej w kraju Katedry i Kliniki Neurologii Wieku Podeszłego, wiodącej w kraju jednostki naukowej w tej dziedzinie. Jest także m.in. członkiem korespondentem American Neurological Association, członkiem honorowym Polskiego Towarzystwa Udaru Mózgu i Polish – American Medical Society. Był prezesem Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, posłem na Sejm III kadencji i ministrem zdrowia w latach 2000-2001. Aktywnie działał w samorządzie lekarskim będąc członkiem ORL i delegatem na Okręgowy Zjazd Lekarzy w latach 1993-1997, a następnie w kadencji 1997-2001 zasiadał w Naczelnej Radzie Lekarskiej i sprawował mandat delegata na Krajowy i Okręgowy Zjazd Lekarzy.

Podczas uroczystości gratulacje na ręce nowego profesora honorowego SUM, w imieniu śląskiego samorządu lekarskiego złożył prezes ORL, **Jacek Kozakiewicz** (więcej na ten temat w „Pro Medico” na str. 8). ●

► Szkolenie OROZ i OSL

W dniach 3-5 października 2014 r. w Zakopanem odbyło się IV szkolenie pracowników Kancelarii OROZ wraz z Konwentem Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej. W spo-

tkaniu, którego organizatorem był dr **Tadeusz Urban** – przewodniczący Konwentu OROZ, udział wzięli również przewodniczący Okręgowych Sądów Lekarskich i pracownicy Kancelarii OSL oraz prawnicy, jako ciało doradcze OROZ i OSL. Szkolenie dotyczyło odpowiedzialności zawodowej i procedur postępowania przez OROZ i OSL. Dyskutowano także nad sposobami ujednolicenia postępowań prowadzonych w pionach odpowiedzialności we wszystkich OIL i wypracowaniem wspólnych procedur w tym zakresie. Gośćmi szkolenia byli dr **Grzegorz Wrona** – Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej oraz dr **Wojciech Łącki** – przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego. ●

► W skrócie

- Prezes ORL, **Jacek Kozakiewicz**, 26 września wziął udział w połączonych uroczystościach rozpoczęcia obchodów 40-lecia Wydziału Lekarskiego w Katowicach oraz Jubileuszu 40-lecia Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego im. prof. Kornela Gibińskiego SUM w Katowicach. Przekazując władzom Wydziału Lekarskiego oraz Szpitala symboliczne upominki w postaci akwareli katowickiego artysty **Grzegorza Chudego**, prezes ORL złożył wszystkim byłym i obecnym P.T. pracownikom serdeczne gratulacje, podziękowania i wyrazy uznania.
- Rozpoczął się drugi etap prac modernizacyjnych parkingów przy Domu Lekarza, mający na celu wymianę nawierzchni na tzw. starych miejscach postojowych i drodze dojazdowej. Zakończenie prac planowane jest na koniec grudnia br.
- Prezes ORL **Jacek Kozakiewicz**, przyjął honorowy patronat nad kolejną edycją Śląskich Debat Hematologicznych, które odbędą się w dniach 28-29 listopada br. w Chorzowskim Centrum Kultury w Chorzowie. ●

*Anna Zadora-Świderek
we współpracy z dr. Krystianem Freyem, sekretarzem ORL*

STANOWISKO

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach

z dnia 1 października 2014 r.

w sprawie projektu rozporządzenia ministra finansów
w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia
ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących
z dnia 25 września 2014 r.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach negatywnie ocenia projektowane zniesienie obowiązującego obecnie zwolnienia dla lekarzy i lekarzy dentyści od obowiązku posiadania kasy rejestrującej, w przypadku, gdy obrót realizowany na rzecz osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej nie przekroczył kwoty 20.000 złotych.

Zobowiązanie lekarzy i lekarzy dentyści, których roczny obrót jest niższy od ww. progu kwotowego, do wprowadzenia kas rejestrujących stanowi dodatkowy koszt związany z nabyciem i użytkowaniem kas. Zmiana przepisów może spowodować, w przypadku niektórych lekarzy i lekarzy dentyści (np. emerytów i rencistów), podjęcie decyzji o zaniechaniu udzielania świadczeń, co niewątpliwie przyczyni się do ograniczenia w dostępie do fachowej i doświadczonej pomocy lekarskiej.

Prezydium ORL w Katowicach uważa, że należy utrzymać dotychczasowe zasady prowadzenia kas rejestrujących i w pełni popiera stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej Nr 30/14/P-VII z dnia 8 sierpnia 2014 r. dotyczące tego problemu.

Dwa dzie ścia pięć lat

ODRODZONEGO
SAMORZĄDU
ZAWODOWEGO
LEKARZY

Na przestrzeni ostatnich 25 lat najnowszej historii Izby około półtora tysiąca lekarzy i lekarzy dentyistów, członków ŚIL, zasiadło w jej organach, komisjach i zespołach. Dzięki ich pracy budowały się struktury organizacyjne samorządu, które umożliwiły podejmowanie wieloaspektowych działań, zarówno na forum środowiska medycznego, jak i społecznego naszego regionu. Ideą skromnych obchodów jubileuszowych, które odbędą się w listopadzie tego roku, jest docenienie ich pracy, ale także przypomnienie, że Śląskiej Izby Lekarskiej nie tworzą działacze, oni tylko nadają jej ramy, ale wszyscy lekarze i lekarze dentyści, członkowie śląskiego samorządu lekarskiego.

Wszystko zaczęło się ćwierć wieku temu, 9 listopada 1989 roku, gdy zaczął obradować I Okręgowy Zjazd Lekarzy w Katowicach. „W wychłodzonej sali Domu Muzyki i Tańca w Zabrze, o godzinie 9.00 rozpoczął się I Zjazd Lekarzy delegatów do Okręgowej Izby Lekarskiej w Katowicach. Zjazd zgromadził 425 lekarzy wybranych demokratycznie w rejonach wyborczych w proporcji jeden delegat na 20 zatrudnionych lekarzy” – tak w swoim sprawozdaniu ze stycznia 1990 roku opisuje to historyczne wydarzenie dr **Emilian Kocot**, wybrany wówczas w poczet Okręgowej Rady Lekarskiej. Zaszczyc otwarcia tego zgromadzenia przypadł przewodniczącemu Komitetu Organizacyjnego Zjazdu, a jednocześnie sekretarzowi Oddziału Wojewódzkiego PTL w Katowicach dr **Stanisławowi Gołbie**.

Po długich dyskusjach dotyczących procedur i wyrażeniu zgody na propozycję złożoną przez delegatów ówczesnego województwa bielsko-bialskiego, aby wydzielić dla 2000 lekarzy z tamtego regionu osobną izbę (Zjazd wyraził na to zgodę, ale pod warunkiem, że Krajowy Zjazd Lekarzy też zaakceptuje powołanie osobnej izby), rozpoczęły się głosowania. „Wszystkie wybory miały się odbyć w sposób tajny,



foto.: Z archiwu „Pro Medico”

I kadencja: siedzą (od lewej): dr Tomira Neumayer-Sawaryn, dr Iwona Świętochowska, dr Maria Klimowicz, dr Zygfryd Wawrzynek, dr Kazimierz Klecz, doc. Anna Makowska, dr Władysław Kostrzewski. I rzęd (od lewej): dr Tadeusz Dragan, dr Anna Glińska, dr Andrzej Świętochowski, dr Danuta Korniak, dr Teresa Golus-Złoty, dr Andrzej Szulc, dr Teresa Ceglarek-Czajka, prof. Tadeusz Wencel. II rzęd (od lewej): dr Wojciech Marquardt, dr Jacek Kozakiewicz, dr Leszek Frąckiewicz, dr Jan S. Kłopotowski, dr Andrzej Wcisło, dr Jacek Biłski.

bezpośredni, przy nieograniczonej ilości zgłaszanych kandydatów. Spełnienie tych warunków uprzytomniło zebranym, że obrady będą co najmniej długotrwałe i z dużymi trudnościami technicznymi. Przyjęto również, że głosowania na przewodniczącego Rady i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej odbędą się oddzielnie i w pierwszej kolejności.” – relacjonował w swym sprawozdaniu dr Kocot.

Przed wieczorem znane były nazwiska: przewodniczącego, którym został dr **Zygfryd Wawrzynek** (245 głosów) oraz Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, którym wybrano prof. **Tomirę Neumayer-Sawaryn** (320 głosów). Dalsze głosowania ciągnęły się do późnych godzin nocnych. Dopiero około 4 nad ranem 10 listopada zakończono obrady, choć zliczanie głosów oddanych na kandydatów na delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy (który rozpoczął się 10 grudnia 1989 r.) jeszcze trwało. Kompletne wyniki ogłoszono dopiero 13 listopada na pierwszym posiedzeniu nowo wybranych władz samorządu. Przewodniczącym Okręgowego Sądu Lekarskiego wybrano prof. **Włady-**

śława Nasiłowskiego, a szefem Okręgowej Komisji Rewizyjnej dr. **Jana S. Kłopotowskiego**.

Wśród uczestników I Okręgowego Zjazdu Lekarzy, którzy wówczas zaczęli tworzyć zręby śląskiego samorządu lekarskiego, znalazło się wielu lekarzy i lekarzy dentyistów do dziś angażujących się w działalność izbowa. Takim srebrnym jubileuszem pracy na rzecz Śląskiej Izby mogą poszczycić się m.in. prezesi Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach: dr Zygfryd Wawrzynek (przewodniczący I kadencji), **Wojciech Marquardt** (przewodniczący II i III kadencji) oraz **Jacek Kozakiewicz** (prezes VI i VII kadencji). Wszyscy zostali wybrani na członków pierwszej Okręgowej Rady Lekarskiej, która liczyła wówczas 35 osób – 29 lekarzy i 6 lekarzy dentyistów. ●

Anna Zadora-Świderek

Obchody 25-lecia reaktywacji Śląskiej Izby Lekarskiej

KOMITET HONOROWY

Prezesi Okręgowych Rad Lekarskich siedmiu kadencji:
dr **Zygfryd Wawrzynek**, dr **Wojciech Marquardt**, dr **Maciej Hamankiewicz**, dr **Jacek Kozakiewicz**

KOMITET ORGANIZACYJNY

przewodnicząca: dr **Danuta Korniak**
wiceprzewodnicząca: **Wanda Galwas-Prasafek**
sekretarz: dr **Rafał Kielkowski**
dr **Grzegorz Góral**, dr **Jerzy Rdes**
oraz Biuro ŚIL: **Justyna Dasiak**, **Katarzyna Majchrzak**, red. **Grażyna Ogródowska**, red. **Aleksandra Wiśniowska**, red. **Anna Zadora-Świderek**

W imieniu Komitetu Organizacyjnego 25-lecia odrodzenia śląskiego samorządu lekarskiego i swoim własnym, serdecznie dziękuję wszystkim Koleżankom i Kolegom, którzy podzielili się swoimi refleksjami i pamiątkami dotyczącymi bogatej historii Śląskiej Izby Lekarskiej. Wpłynęło do nas wiele zdjęć, będących pamiątką ważnych chwil z naszych licznych działań na rzecz śląskiej rodziny lekarskiej, naszej jedności i przyjaźni. Jak napisał Stanisław Jerzy Lec: „można oczy zamknąć na rzeczywistość, ale nie na wspomnienia”. Niech ten uroczysty dzień będzie wyjątkową okazją, aby przypomnieć Osoby, a także najważniejsze wydarzenia, które wpisały się na kartach historii Śląskiej Izby Lekarskiej w mijającym ćwierćwieczu. Jubileusz uczymy spotkaniem w siedzibie naszej Izby, w Domu Lekarza, w gronie Osób od lat zaangażowanych w działania naszego samorządu, Przyjaciół Izby oraz Pracowników.

**W imieniu Komitetu Organizacyjnego,
dr Danuta Korniak**

Ograniczone Prawo Wykonywania Zawodu

Przepustka do spełnienia marzeń

– *Ograniczone Prawo Wykonywania Zawodu to przepustka do tego, o czym marzyliście, marzycie i pewnie marzyć będziecie, czyli do wykonywania zawodu lekarza, do realizacji lekarskiego powołania* – tymi słowami blisko dwustu gości powitał prezes ORL w Katowicach – **Jacek Kozakiewicz**. W Domu Lekarza po raz kolejny rozdano ograniczone prawo wykonywania zawodu. Długo oczekiwany dokument przyznano w sumie 258 absolwentom Wydziału Lekarskiego. Wrześnieją uroczystość zaszczycili swą obecnością goście: prof. **Krystyna Olczyk** – prorektor ds. szkolenia podyplomowego SUM, prof. **Anna Obuchowicz** – konsultant wojewódzki w dziedzinie pediatrii, prof. **Jacek Starzewski** – konsultant wojewódzki z chirurgii ogólnej, dr **Jerzy Dosiak** – przewodniczący Zarządu Oddziału i wiceprzewodniczący Zarządu Głównego PTL, doc. **Zbigniew Lorenc** – przewodniczący oddziału śląskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich, dr **Ryszard Szozda** – przewodniczący Zarządu Oddziału śląskiego Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy, a także reprezentanci Okręgowej Izby Lekarskiej: dr **Krystian Frey** – sekretarz ORL, dr **Danuta Korniak** – zastępca sekretarza oraz dr **Grzegorz Góral** – członek prezydium ORL. – *Szanowni Państwo, Izby powinny być przestrzegane przez lekarzy jako ich samorząd zawodowy, przez obywateli jako gwarant wysokiej jakości opieki zdrowotnej, przez*



foto: Anna Zadóra-Świderek

Ograniczone Prawo Wykonywania Zawodu przyznano 258 absolwentom Wydziału Lekarskiego.

władze państwowe jako najlepsi partnerzy publicznej współpracy w zakresie ochrony zdrowia – podkreślał prezes Kozakiewicz. W czasie wystąpienia zwrócił szczególną uwagę na historię powstania Śląskiej Izby Lekarskiej, zakres jej obecnej działalności oraz prawa i obowiązki członków, których zrzesza. – Życzę Wam, byście na swojej drodze napotkali mistrzów i nauczycieli, prawdziwych

mentorów i przyjaciół. Takich, którzy zapewnią Wam przestrzeń dialogu. Życzę, by nie zabrakło dla realizacji celów zawodowych także marzeń, zdrowia oraz chwil wytchnienia – podsumował.

Profesor Krystyna Olczyk, w nawiązaniu do wypowiedzi prezesa ORL, skupiła uwagę słuchaczy na aspekcie powodzenia... nie tylko zawodowego:

– *W imieniu rektora oraz własnym, z głębi ser-*



lek. **Marta Jeszke:**

Jestem bardzo szczęśliwa, że trzymam w ręce ograniczone prawo wykonywania zawodu, że bez żadnych problemów udało mi się ukończyć wcale niełatwe – sześćoletnie – studia i przede wszystkim, że dostałam się na upragniony staż. Zaś dzisiejsze rozdanie praw było bardzo uroczystą chwilą, czuję się trochę speszona, póki

co, nie znam Izby ani jej reprezentantów, ufam jednak, że z czasem oswoję się z tym miejscem. Jestem dobrej myśli.



lek. **Joanna Gonsior:**

To dla nas bardzo radosna chwila, napawa nas dumą, zwłaszcza po tylu latach studiów i wysiłku w nie włożonych. Planuję zostać pediatrą, zobaczymy jak uda mi się zrealizować te marzenia.



lek. **Anna Kokoszka:**

Dzisiejszemu spotkaniu towarzyszą bardzo przyjemne wrażenia. Czuję się zadowolona i spełniona. Moje plany są związane ze Śląskiem, chcę tutaj zrobić specjalizację, może w kierunku anestezjologii. Dziś jednak przepelnia mnie dumą z uwieńczenia studiów, cieszę się z pierwszego kontaktu ze Śląską Izbą Lekarską – miejsce i osoby

z nim związane wywarły na mnie bardzo przyjemne i pozytywne wrażenie.



lek. **Kinga Kozera:**

Cieszę posiadanie OPWZ, mam też nadzieję, że niedługo stanie się ono pełnym prawem. Studia zawsze będę wspominać pozytywnie, choć – przyznaję – bywało ciężko. Najważniejsze jednak, że efekt końcowy jest zadowalający. Dziś zatem jest satysfakcja, ale także stres przed tym, co dalej? Uroczystość i powaga dzisiejszego spotkania uświadomiły mi jeszcze bardziej wagę wydarzenia. Chciałabym zostać anestezjologiem, wiem, że na Śląsku jest sporo

miejsc pracy dla tej specjalności, więc mam nadzieję, że i ja odnajdę się w tym środowisku.

Aleksandra Wiśniowska

ca życzę Państwu wiele sukcesów, serdecznie gratuluję i życzę szczęścia oraz uznania ze strony przełożonych, uznania w oczach pacjentów i byście mieli obok siebie kogoś, do kogo po pracy wrócić i w kim będziecie mieć wsparcie, zarówno w chwilach sukcesów, jak i wtedy, gdy coś się nie udaje. Wszystkiego dobrego – życzyła.

W tak szczególnej dla absolwentów chwili nie zabrakło głosu ich reprezentanta. W imieniu bohaterów wydarzenia wystąpiła **Patrycja Sikorska:**

– Cieszę się, że możemy się tutaj spotkać wszyscy razem, choć w zupełnie innej roli – w roli lekarzy. Zacznę od podziękowania panu prezesowi za zorganizowanie tak uroczystego i ciepłego przyjęcia „do grona”. Jest nam miło i w imieniu absolwentów – bardzo dziękuję. Otrzymałymi dzisiaj ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza, jest to chyba jedna z najważniejszych rzeczy, jakie osiągnęliśmy w dotychczasowym życiu. Dziękuję rodzicom, którzy nas wspierają i wspierali przez ostatnich sześć lat. Przed nami wspaniały czas – okres stażowy, rezydentura, praca... Czekają nas wiele obowiązków i nowych wyzwań, ogromna odpowiedzialność, ale i wiele radości. Tej właśnie radości z wykonywanego zawodu życzę Państwu – podsumowała. ●

Aleksandra Wiśniowska

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Komisja Kształcenia Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach przygotowuje dla Was program kursów na rok 2015. Naszą ofertę pragniemy kierować do wszystkich grup zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów.

Chcielibyśmy również poznać Waszą opinię na temat do tej pory organizowanych form kształcenia. Jeżeli macie pomysły na ciekawe kursy i wykłady, lub są zagadnienia szczególnie Was interesujące, a do tej pory nieporuszone, czekamy na te propozycje w zakładce na stronie internetowej www.izba-lekarska.org.pl/316-zglos_propozycje_tematu_kursu lub drogą mailową pod adresem kursy@izba-lekarska.org.pl.

Serdecznie zapraszamy do wspólnego tworzenia programu szkoleń.

**Przewodnicząca
Komisji Kształcenia
Podyplomowego
Halina Borgiel-Marek**

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

▶ **3.11.2014 (poniedziałek) godz. 15.30**

Kurs doskonalący

Perswazja i manipulacja – jak reagować i radzić sobie z zachowaniami manipulacyjnymi w pracy lekarza

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

▶ **5.11.2014 (środa) godz. 12.00**

Konferencja naukowo - szkoleniowa

USTAWA Z DNIA 5 GRUDNIA 2008 R. O ZAPOBIEGANIU ORAZ ZWALCZANIU ZAKAŻEŃ I CHOROÓB ZAKAŻNYCH U LUDZI W ASPEKcie NAŁOŻONYCH PRZEZ NIĄ OBOWIĄZKÓW NA LEKARZA

Współpraca Śląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny, Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy - Oddział Śląski

▶ **7.11.2014 (piątek) godz. 10.00**

Konferencja

„Co powinniśmy wiedzieć o zakażeniach wirusem Ebola.”

Współpraca: Śląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Katowicach

▶ **13.11.2014 (czwartek) godz. 15.30**

Kurs doskonalący - warsztaty praktyczne

NAGŁE STANY ZAGROŻENIA ŻYCIA U DZIECI

Kierownik naukowy dr n. med. Ludwik Stołtny
Koordynator warsztatów praktycznych dr anusz Michalak

▶ **14.11.2014 (piątek) godz. 12.00**

Kurs doskonalący

SKOLENIE PODSTAWOWE DLA KANDYDATÓW NA BIEGŁYCH SĄDOWYCH I BIEGŁYCH SĄDOWYCH

Uwaga: kurs składa się z czterech części (terminy 14.11.2014, 21.11.2014, 5.12.2014, 12.12.2014)

▶ **14.11.2014 (piątek) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

Co nowego w antybiotykoterapii zakażeń

Wykład poprowadzi prof. dr hab. n. med. Danuta Dzierżanowska

▶ **15.11.2014 (sobota) godz. 9.30**

Szkolenie okresowe BHP dla pracodawców

i innych osób kierujących pracownikami
Pracodawca jest zobowiązany odbyć szkolenie BHP w zakresie niezbędnym do wykonywania cięższych na nim obowiązków. Szkolenie to powinno być okresowo powtarzane (art. 237 § 2KP). Szkolenie przeprowadzane jest zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA GOSPODARKI I PRACY z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. (Dz.U. nr 180, poz. 1860 z późn. zm.). Wpłaty w wysokości 75 zł należy dokonywać przelewem na konto: Firma Usługowa „BOKSER” Wiesław Czarnul, 44-100 Gliwice, ul. Nowy Świat 22/3 PKO BP SA Oddział Gliwice 18 1020 2401 0000050200826917 (z do-

piskiem – kurs BHP ŚIL). W przypadku zainteresowania otrzymaniem faktury na prowadzonej działalności, proszę o podanie w treści przelewu danych tj. nazwy, adresu, nr NIP

▶ **17.11.2014 (poniedziałek) godz. 15.30 – brak miejsc**

Kurs doskonalący

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA JAMY BRZUSZNEJ W TEORII I PRAKTYCE – KURS PODSTAWOWY

Kierownik naukowy dr Marek Potempa

▶ **25.11.2014 (wtorek) godz. 15.30**

Kurs doskonalący

RESUSCYTACJA KRAŻENIOWO-ODDECHOWA DZIECI

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. Każdy z uczestników wykładu weźmie udział w jednym spotkaniu warsztatowym. Kierownik naukowy dr n. med. Ludwik Stołtny
Koordynator warsztatów praktycznych dr Janusz Michalak

▶ **26.11.2014 (środa) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

NAJCZĘSTSZE NEURO I ENTEZOPATIE KOŃCZYN

Wykład poprowadzą dr n. med. Tomasz Gajda oraz dr n. med. Marek Kaleta

▶ **28.11.2014 (piątek) godz. 15.30**

Kurs doskonalący

„Stres i wypalenie zawodowe w pracy lekarza”

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

▶ **29.11.2014 (sobota) godz. 09.30**

Kurs doskonalący

JAK SKUTECZNIE POMÓC CHOREMU Z BÓLEM PRZEWLEKŁYM

Kierownik naukowy dr n. med. Jadwiga Pyszkowska
Współpraca: Mundipharma Polska

▶ **4.12.2014 (poniedziałek) godz. 15.30**

Kurs doskonalący

PRZYPADKI KLINICZNE W DIAGNOSTYCE USG JAMY BRZUSZNEJ

Kierownik naukowy dr Marek Potempa

▶ **8.12.2014 (poniedziałek) godz. 15.30 – brak miejsc**

Kurs doskonalący

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA JAMY BRZUSZNEJ W TEORII I PRAKTYCE – KURS PODSTAWOWY

Kierownik naukowy dr Marek Potempa

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

Inauguracja roku akademickiego 2014/2015 na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach - 3 października br.

Vivat Academia! Vivant Professores!



fot.: Anna Zadora-Świderek

Uroczysta Immatrykulacja studentów pierwszego roku.

Śląski Uniwersytet Medyczny zainaugurował 67 rok swojej działalności dydaktyczno-naukowej. Immatrykulację ponad dwóch tysięcy ośmiuset nowych studentów, których w tym roku przyjął uniwersytet, uświetniła uroczystość nadania tytułu profesora honorowego SUM, prof. dr. hab. n. med. **Grzegorzowi Opali**.

– *Dostałem dzisiaj najwyższego odznaczenia i osiągnięcia na drodze akademickiej. To wyróżnienie jest dla mnie tym droższe, że otrzymuję je od własnego środowiska. A wszyscy wiedzą, jak trudno być prorokiem we własnym kraju – mówił laureat.* – *Dziękuję Bogu, że na mojej drodze postawił tylu wspaniałych i dobrych ludzi. Ta nagroda mogła się ziścić tylko dzięki nim wszystkim. Dziękuję panu rektorowi, Senatowi, ale przede wszystkim trzem młodszym kolegom, profesorom, którzy wnioskowali o ten zaszczytny tytuł – powiedział prof. Opala, mając na myśli prof. prof. **Tadeusza Krzemińskiego**, **Krzysztofa Gołbę** i **Marka Jasińskiego**, (który w ich imieniu wygłosił uroczystą laudację). Pełnymi wzruszenia słowami profesor podziękował także za wsparcie swojej małżonce **Barbarze**.*

– *Amerykane mówią: za każdym sukcesem mężczyzny stoi mądra, inteligentna kobieta. Mogę powiedzieć, że ja miałem to szczęście – konkludował profesor.*

Z gratulacjami dla Laureata pospieszili m.in.: **Igor Radziejewicz-Winnicki** – wiceminister zdrowia, **Piotr Litwa** – wojewoda śląski, **Mirosław Sekuła** – marszałek województwa śląskiego i **Jacek Kozakiewicz**,

prezes ORL, który przypomniał o zaangażowaniu prof. Opali w reaktywację izb lekarskich w Polsce.

– *W tym uroczystym dniu czuję tym większą satysfakcję, z uwagi na związki Pana Profesora z odrodzonym w 1989 roku samorządem lekarskim, zarówno na szczeblu krajowym, jak i regionalnym. Często wracam pamięcią do lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku, kiedy swoją skromną osobą mogłem wspierać w Komisji Zakładowej NSZZ „Solidarność” działania Pana Profesora w walce o dobro Ojczyzny. Jeszcze raz gratuluję nadanego tytułu, będącego również honorem dla naszej Alma Mater, która będzie mogła szczycić się posiadaniem w gronie zasłużonych Pana Profesora – wspaniałego Człowieka, wielkiego Patrioty, wybitnego Lekarza i Humanisty.*

Do chwalebnej działalności profesora Opali w czasie stanu wojennego w swoich słowach nawiązał arcybiskup **Wiktor Skworc**, metropolita katowicki, dziękując mu za pomoc internowanym i ich rodzinom udzielaną w ramach sekcji medycznej, działającego od grudnia 1981 roku, początkowo nieformalnie, Biskupiego Komitetu Pomocy Uwięzionym i Internowanym.

– *Duszą tego Komitetu był profesor Opala, człowiek honoru. Co dzisiejszy tytuł tylko potwierdza – powiedział arcybiskup.*

Specjalne życzenia i powinszowania dla profesora Opali przesłał także były premier, prof. **Jerzy Buzek**, który nie mogąc przybyć osobiście, nadesłał nagranie filmowe i za takim pośrednictwem przemówił do zgromadzonych.

Inaugurując nowy rok akademicki, rektor SUM, prof. **Przemysław Jałowiecki**, w swoim przemówieniu wiele uwagi poświęcił społecznej odpowiedzialności uczelni wyższych, kwestii, która w jego ocenie jest jednym z najistotniejszych wyzwań przed którymi stają współczesne ośrodki edukacyjno-naukowe. Zdaniem rektora, Uniwersytet musi nawiązywać ścisłe relacje z otoczeniem i to na wielu płaszczyznach m.in. gospodarczej, biznesowej i społecznej, a chociaż podstawowe cele uczelni pozostają niezmiennie (należą do nich kształcenie studentów i prowadzenie pracy naukowo-badawczej), to uczelnia musi być otwarta i reagować na zmiany otaczającej ją rzeczywistości.

Studentom i P.T. pracownikom SUM kolejnych sukcesów oraz wszelkiej pomyślności w nowym roku akademickim, życzył także prezes ORL, Jacek Kozakiewicz, który w swoim wystąpieniu przypomniał o projekcie organizacji w Katowicach Muzeum Medycyny i Farmacji, którego Śląska Izba Lekarska jest pomysłodawcą, dziękując jednocześnie rektorowi i władzom SUM za udzielane wsparcie dla realizacji tego projektu.

W tym roku akademickim na Śląskim Uniwersytecie Medycznym, na pięciu wydziałach kształcić się będzie w sumie 10 tys. studentów, również na kierunkach anglojęzycznych: lekarskim i po raz pierwszy na stomatologii. ●

Anna Zadora-Świderek

Laudacja dla prof. dr. hab. n. med. Grzegorza Opali w związku z nadaniem tytułu Profesora Honorowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, wygłoszona przez prof. dr. hab. n. med. Marka Jasińskiego

Profesor Grzegorz Opala urodził się 5 listopada 1942 roku w Częstochowie. Jego rodzicami są Wincenty Opala i Bronisława z domu Kaniowska. Został wychowany w tradycji patriotycznej (jego ojciec – dentysta za swą działalność był więziony przez Gestapo i UB), a dzięki matce, także w tradycji sportowej – zdobył mistrzostwo Polski w koszykówce. Profesor Grzegorz Opala studiował medycynę w Śląskiej Akademii Medycznej, uzyskując tytuł i dyplom lekarza w 1968 r. Doświadczenie zawodowe oraz wiedzę z zakresu neurologii doskonalili w trakcie licznych szkoleń w zagranicznych ośrodkach naukowych, w Europie i Stanach Zjednoczonych. (...) W czasie całej swej lekarskiej drogi umiejętnie splotał trzy płaszczyzny aktywności. Formy działalności często tak trudne do pogodzenia.

Pierwsza płaszczyzna – działalność naukowa

Profesor przez 37 lat pracy w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach dał się poznać jako wybitny uczony (IF 219,921 Indeks Hirscha 14). W pracy naukowej koncentrował się na zagadnieniach dotyczących m.in. diagnostyki chorych z chorobą Parkinsona, różnych aspektów diagnostyki i leczenia zespołu otępiennego oraz chorób naczyniowych ośrodkowego układu nerwowego. Rozwinął znaczącą współpracę naukową, szczególnie z Mayo Clinic w USA. Był opiekunem pięciu prac habilitacyjnych, promotorem 19 obronionych prac doktorskich, 2 prac po pozytywnych recenzjach przed obroną i 2 otwartych przewodów doktorskich. Recenzował 24 rozprawy doktorskie i 42 rozprawy habilitacyjne, 5 wniosków profesorskich, 3 podreżniki, liczne artykuły w czasopismach naukowych oraz 11 projektów KBN. Ta działalność to także intensywna obecność w środowisku: aktywne uczestnictwo w pracach redakcyjnych licznych czasopism naukowych (...).

Druga płaszczyzna – działalność organizatora

(...) W latach 1979-1988 zorganizował i następnie prowadził Wojewódzką Poradnię Chorób Naczyniowych Układu Nerwowego oraz Pracownię Ultrasonografii Dopplerowskiej. W latach 1980-1988 z zespołem kierowanym przez profesora **Jerzego Hołowieckiego**, pracował jako konsultant neurolog w zakresie leczenia i profilaktyki neurologicznych powikłań białaczek. Twórca w 1998 pierwszej w Polsce Katedry i Kliniki Neurologii Wieku Podeszłego, wraz z Pododdziałem Udarowym i Oddziałem Jednodniowej Diagnostyki i Leczenia, które pod Jego kierownictwem stały się wiodącymi w kraju jednostkami naukowymi i klinicznymi w tej dziedzinie. (...) W siedmioosobowym zespole powstaje 5 habilitacji.

W roku 2010 doprowadził do powołania Kliniki Neurorehabilitacji. Te wysiłki organizacyjne zaowocowały w regionalnej i krajowej skali. Z jego inicjatywy zostało powołane Śląskie Centrum Leczenia Udaru Mózgu i Centrum Leczenia Choroby Parkinsona. Jako konsultant wojewódzki w dziedzinie neurologii organizował sieć pododdziałów udarowych w woj. śląskim. Kolejny poziom to współtworzenie standardów klinicznych kształcenia podyplomowego. (...) Był przewodniczącym Komisji Kształcenia Podyplomowego i Specjalizacji Okręgowej Rady Lekarskiej; był członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Komisji Kształcenia Podyplomowego tej Rady, a także członkiem Krajowej Rady Specjalizacji Lekarskich. Członek licznych towarzystw naukowych polskich i zagranicznych. (...)

Brał aktywny udział w pracy organizacyjnej Uczelni: członek Senatu w latach 1980-1985 i 1992-1995, od 2002 r. uczestniczył w pracach komisji senackich ds. Rozwoju Uczelni oraz ds. Wydawnictw, członek Rady Programowej Kolegium Kształcenia Podyplomowego.

Trzecia płaszczyzna – aktywność społeczna i patriotyczna

To zasługi w obszarze tworzenia i kształtowania demokracji w kraju, co nabiera szczególnego znaczenia wobec przypadającej w tym roku 25. rocznicy obchodów Pierwszych Wolnych Wyborów, daty szczególnej we współczesnej historii Polski.



foto.: Anna Zadara-Świderek

prof. Marek Jasiński i prof. Grzegorz Opala

W latach 80. był jednym z założycieli NSZZ „Solidarność”, przewodniczący KZ NSZZ „Solidarność” w ŚIAM, delegatem na I Krajowy Zjazd NSZZ „Solidarność” w Gdańsku. W stanie wojennym działał w strukturach podziemnych „S”, współorganizował Biskupi Komitet Pomocy Internowanym i Uwięzionym, gdzie kierował sekcją lekarską. Aktywnie uczestniczył w pracy Duszpasterstwa Akademickiego Pracowników Uczelni Wyższych. Był organizatorem pomocy dla represjonowanych w trudnym dla Polski okresie przemian. W okresie pobytu w USA zorganizował pomoc dla tworzącej się śląskiej kardiologii wartości prawie miliona dolarów.

Posel na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej III kadencji. Członek Rady Społecznej przy Rzeczniku Praw Obywatelskich (od 2010 r. do nadal). W latach 2000-2001 minister zdrowia w Rządzie RP kierowanym przez premiera prof. **Jerzego Buzka** (...). W czasie swojej kadencji prowadził obrady okrągłego stołu z udziałem premierów i ministrów zdrowia oraz prezentował polskie stanowisko na plenarnym posiedzeniu ONZ w Nowym Jorku dotyczące „AIDS and Human Rights”. W czasie polskiej prezydencji w UE w 2011 kierował pracami związanymi z priorytetem dotyczącym starzenia i chorób mózgu w wieku podeszłym. Wielokrotnie odznaczany, w tym: Złotą Odznaką Zasłużonego dla Województwa Katowickiego, nagrodą środowisk emigracyjnych „Polkul”, medalem Solidarności Kopalni „Wujek”, Złotym Medalem „Solidarności”, Krzyżami Kawalerskim i Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Podsumowaniem życiorysu Profesora mogą być słowa prof. **Danuty Ryglewskiej**, konsultanta krajowego w dziedzinie neurologii, która powiedziała: „Tytuł ten jest wyrazem najwyższego uznania dla prowadzonej przez Pana Profesora działalności naukowej, klinicznej i organizacyjnej. Tak zdobyty Autorytet naukowy Pana Profesora miał zasadnicze znaczenie dla rozwinięcia zarówno zagranicznej współpracy naukowej, jak również współpracy z przedstawicielami Parlamentu oraz wiodącymi organizacjami chorób mózgu Unii Europejskiej.”

Dziś Śląski Uniwersytet Medyczny przyznaje Profesorowi Grzegorzowi Opali tytuł Profesora Honorowego. Jest to godność akademicka, która czyni zaszczyt otrzymującemu, ale też nazwisko Grzegorza Opali jest wielkim zaszczytem dla naszej Uczelni.

Kończąc moją laudację, chciałbym zacytować wielokrotnie przytaczaną przez Profesora Opalę odpowiedź na pytanie, czego nauczył go sport. Profesor mówi, że nauczył go przegrywać, co motywowało go do jeszcze intensywniejszego treningu, do jeszcze większej pracy. Tę myśl można nazwać przesłaniem wynikającym z całej Jego drogi, tak aktualnym dla nas jako lekarzy i jako Polaków.

Dostojny Panie Profesorze – witam Pana Profesora, naszego nauczyciela i mentora, w gronie społeczności akademickiej SUM, jako Profesora Honorowego.

prof. dr. hab. n. med. Marek Jasiński

50 lat po dyplomie

Szanujmy wspomnienia



foto: Anna Zadora-Świderek

Absolwenci rocznika 1964, a także gospodarze i goście uroczystości.

W tym samym dniu, co inauguracja roku akademickiego, na SUM miała miejsce inna ważna uroczystość – odnowienie dyplomu po 50 latach. 3 października w auli im. prof. Jerzego Szafarskiego kilkudziesięciu absolwentów spotkało się, by w gronie koleżanek i kolegów wspominąć lata studiów na ówczesnej Śląskiej Akademii Medycznej.

– *Minęło 50 lat, gdy po złożeniu przysięgi Hippokratesa otrzymaliście dyplom lekarza i jako młodzi medycy rozjechaliście się po całym województwie, kraju, Europie czy świecie* – przywitała zgromadzonych dr **Maria Gajeczka-Bożek**, przewodnicząca Stowarzyszenia Wychowanków SUM, gospodyni spotkania. – *Kto z nas nie pamięta Rokitnicy pięknie położonej w parku i wspania-*

łych wykładów z anatomii topograficznej profesora Kohmanna, który zmieniał swoje kształty, jak kameleon barwy. Chcąc pobudzić wyobraźnię słuchaczy, w zależności od tematu wykładu zmieniał się bądź w jelito grube, to w osierdzie, to w macicę – wspominała dr Bożek, przywołując w pamięci także tramwajowo-autobusowe „wędrowniki” między Zabrzem, Bytomiem, Rokitnicą a Lublińcem, gdzie były rozsiane budynki Akademii, dzięki którym ŚIAM żartobliwie nazywano wśród studentów „akademią medyczno-turystyczną”.

W spotkaniu uczestniczyły władze uniwersytetu, które reprezentował rektor – prof. **Przemysław Jałowiecki**, prorektor ds. studiów i studentów – prof. **Joanna Lewin-Kowalik** oraz prodziekan Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze – doc. **Jacek Kasperski**. Po złożeniu przysięgi, przedstawiciele absolwentów Wydziałów Lekarskiego i Stomatologicznego z ich rąk otrzymali symboliczne, odnowione dyplomy. Reprezentant młodego pokolenia, przewodniczący Rady Uczelnianej Samorządu Studenckiego SUM, **Oskar Bożek** przypomniał, że od października tego roku ruszył wspólny projekt Śląskiej Izby Lekarskiej i uczelni, polegający na organizacji różnych form pomocy dla lekarzy seniorów – członków ŚIL, udzielanej przez młodzież akademicką przygotowującą się do wykonywania zawodu.

Gościem uroczystości był **Jacek Kozakiewicz**, prezes ORL, który pogratulował jubi-

latom i podziękował im za lata poświęcone odpowiedzialnej pracy lekarza i lekarza dentysty.

– *Jesteście Państwo naszymi Nauczycielami, to Wasza praca składa się na nieprzeciętną jakość, nie tylko śląskiej medycyny. Za to wam pięknie dziękuję* – po czym zakończył swoje wystąpienie cytatem z tekstu ponadczasowej piosenki Skaldów – „*Gonimy za szczęściem, sięgamy do gwiazd, Na gwałt świat chcemy zmieniać, Lecz to najważniejsze, co żyje gdzieś w nas (...), szanujmy wspomnienia.*”

W imieniu absolwentów głos zabrał prof. **Antonii Dyduch**, który poddając się refleksyjnemu nastrojowi uroczystości, wspominał wykładowców, czas nauki i zdawanych egzaminów, ale także barwne życie studenckie i niezapomniane imprezy w klubie „Synapsa”, gdzie przyszli medycy bawili się na koncertach Maryli Rodowicz i Haliny Kunickiej. ●

Anna Zadora-Świderek

Spotkanie absolwentów Śląskiej Akademii Medycznej sprzed 50 lat (fragmenty)

Uściski, pocałunki, serdeczności wiele,
Kiedy się spotykają sami przyjaciele
(...)

Pół wieku minęło i w tej pięknej gali,
Odnowione dyplomy
wszyscy otrzymali. (...)

Telefony, adresy, łza się w oku kręci,
Kiedy się znów żegnają
starsi absolwenci!

Władysław Lis

Z rocznika 1964 wywodzi się pięcioro samodzielnych pracowników naukowych SUM: prof. Jolanta Dobosz, prof. Antoni Dyduch, prof. Roman Kurzbauer, prof. Danuta Sońta-Jakimczyk, prof. Roman Tarnawski.



Temat biegłych powraca...

Wszyscy narzekają na zagrożenia płynące ze strony prawników, którzy prowadzą sprawy przeciwko lekarzom w zakresie odpowiedzialności karnej, jak i cywilnej za popełnione błędy medyczne. Powszechnie obowiązuje przekonanie, że spraw tych prowadzonych przeciwko lekarzom przez prokuraturę i sądy jest coraz więcej. Dopiero kiedy lekarz staje się podmiotem prowadzonych postępowań, uświadamia sobie, że to nie prawnicy są stroną, która „nie lubi” lekarzy, lub próbuje im zrobić krzywdę, ale tak naprawdę to koledzy lekarze, którzy podjęli się roli biegłego w ich sprawach i sporządzili opinię ukierunkowaną prowadzone postępowania przeciwko nim. Codziennosc ukazuje, że próba obrony lekarzy w postępowaniach o błąd medyczny skupia się jedynie na walce z opinią będącą podstawą formułowania aktu oskarżenia, bądź wyroku. I wtedy zaczyna się podnoszenie najbardziej istotnej kwestii, czyli błędnych i krzywdzących opinii, które niestety niejednokrotnie, a jak twierdzą prawnicy – w ogóle, napisane są niefachowo lub po prostu źle.

Rodzi to pytanie, jak powinno pisać się opinię i czy każdy pod względem merytorycznym w zakresie medycyny doskonale przygotowany lekarz potrafi napisać prawidłową, czyli dobrą pod względem technicznym, opinię? Nikt z nas nie jest z natury obdarzony umiejętnością pisania opinii. I tak jak każdej innej umiejętności, należy się jej w życiu nauczyć. Samo doświadczenie zawodowe lub potwierdzony tytułami dorobek naukowy nie stanowią o tej umiejętności. Tak naprawdę biegły powinien zawsze odpowiedzieć na pytania dotyczące postępowania lekarskiego, których granice określa art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry i art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Dotychczas nikt nie szkolił lekarzy w zakresie, tej jakże ważnej, umiejętności pisania opinii. Dotychczasowe szkolenia prowadzone przez sądownictwo powszechne skupiały się zasadniczo nad elementami prawa procesowego niezbędnymi dla wydających opinię biegłych wpisanych na listę prowadzoną przez prezesów sądów okręgowych. Drugą stroną medalu są prawnicy, którzy narzekają na kolosalne trudności z pozyskaniem merytorycznie dobrych opinii w rozsądnym czasie.

Wszyscy narzekają, a Śląska Izba Lekarska postanowiła działać.

Uznaliśmy, że nic nie stoi na przeszkodzie,

art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry:

Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należytą starannością.

art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej:

Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas.

aby spróbować sytuację naprawić. Pierwszym etapem jest zorganizowanie profesjonalnie przygotowanych szkoleń dla biegłych, nie tylko z podstaw prawa procesowego, ale przede wszystkim z zakresu, jak pisać prawidłowe opinie, co w nich powinno się znaleźć, w jakim ujęciu. Nauczyć, czym różnią się opinie pisane dla potrzeb procedury karnej, cywilnej czy ubezpieczeniowej. Wykazać, jakie błędy najczęściej popełniane są w opiniach i jak ich unikać, aby opinie nie były podważane, dyskwalifikowane, a szczególnie bezpodstawnie krzywdzące. Od listopada br. rozpoczynamy pierwszą edycję tych szkoleń. Zasada

powiedzi ma wejść w życie w 2015 r., dopuszcza możliwość funkcjonowania izby lekarskiej jak biegłego instytucjonalnego, czyli odpowiadać na przykład w tym zakresie zakładom medycyny sądowej. Jeżeli będziemy posiadali listę ekspertów wówczas prezes właściwej rady lekarskiej będzie mógł powoływać – tak jak kierownik zakładu medycyny sądowej – lekarzy na niej znajdujących się do zespołów wydających opinie w konkretnych sprawach. Pomysł ten może wydawać się szaleństwem. Ale tak naprawdę jest on do zrealizowania. Gdyby udało się powielić go we wszystkich Izbach, wówczas samorząd

Samorząd lekarski może się stać gwarantem jakości opinii medycznych, szczególnie oceniających leczenie. Musimy tylko udowodnić, że poza narzekaniem potrafimy konsekwentnie działać.

jest prosta – dwadzieścia godzin wykładowych w czterech pięciogodzinnych modułach. Warunkiem uzyskania certyfikatu ukończenia szkolenia (wraz z punktami edukacyjnymi) jest udział we wszystkich czterech modułach.

Biorąc pod uwagę, że propozycja ta skierowana jest do czynnych zawodowo lekarzy, istniała będzie możliwość uzupełnienia udziału w brakujących modułach w kolejnych edycjach szkolenia. Certyfikowani lekarze będą mogli, i tu jest główny cel tych działań, zostać wpisani na listę biegłych, którą będzie prowadził samorząd lekarski. Rejestr taki prowadzony w okręgowych izbach lekarskich będzie gromadził dane przeszkolonych lekarzy, którzy będą mogli określić się, w jakiej specjalności będą gotowi pełnić funkcję biegłych oraz co najważniejsze – w jakim zakresie (np. wyłącznie w sprawach karnych o błąd medyczny). Baza ta będzie listą wyszkolonych ekspertów, którzy będą mogli być zaprzysiężeni jako biegli ad hoc. Nowy projekt ustawy o biegłych sądowych, który według za-

lekarzy stałby się gwarantem jakości opinii medycznych, szczególnie tych, na których najbardziej nam zależy, czyli oceniających leczenie. Musimy tylko udowodnić, że poza narzekaniem potrafimy konsekwentnie działać i poradzimy sobie z nowymi wyzwaniami tak dobrze, jak na przykład z innymi zadaniami powierzonymi przez administrację państwową, jak prowadzenie rejestru lekarzy, stażami podyplomowymi czy z zakresu odpowiedzialności zawodowej. Jest oczywiście jeden warunek – powszechne zrozumienie w naszym środowisku przedstawionych problemów oraz chęć wzięcia w tym przedsięwzięciu udziału. Szczegółowy program szkoleń oraz formularz zgłoszeniowy dostępny jest na stronie internetowej naszej Izby w zakładce – „kursy, szkolenia, konferencje”. ●

Dr n. med. Tadeusz Urban
Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej

Dla kandydatów na biegłych sądowych i biegłych sądowych

Z inicjatywy prezesa ŚIL dr. n. med. **Jacka Kozakiewicza**, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej dr. n. med. **Tadeusza Urbana** oraz mojej osoby jako przewodniczącego Zespołu ds. orzekania i opiniowania sądowo-lekarskiego ŚIL, Okręgowa Izba Lekarska w Katowicach organizuje w roku 2014 szkolenie dla kandydatów na biegłych sądowych oraz dla biegłych sądowych, mające w założeniu przygotować kandydatów do pełnienia funkcji biegłego, a biegłym już ustanowionym umożliwić poszerzenie i/lub przypomnienie wiedzy ogólnej dotyczącej kontaktów z sądami, wydawania opinii itp. – a wszystko to w związku z prowadzonymi pracami nad pierwszą w historii naszego sądownictwa ustawą o biegłych sądowych.

Wszystkim chętnym do udziału w szkoleniu (zarówno kandydatom na biegłych, jak aktualnym biegłym) przypominamy, że **zajęcia rozpoczną się (pierwszy moduł) 14.11.2014 o godzinie 12.00 w siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach.**

Program obejmuje cztery moduły wykładów. Podstawowym warunkiem ukończenia szkolenia jest udział we wszystkich jego modułach.

Jednocześnie informujemy, że zamierzamy kontynuować szkolenia tego typu w roku przyszłym i każda osoba, która w bieżącym roku nie będzie w stanie wziąć udziału we wszystkich 4 spotkaniach będzie mogła uzupełnić „zaległość” w kolejnej edycji.

Informacji na temat szkolenia udziela Ośrodek Kształcenia Śląskiej Izby Lekarskiej, tel. 32 60-44-226, kursy@izba-lekarska.org.pl (szczegóły na stronie internetowej ŚIL). ●

*dr n. med. Ryszard Szozda
przewodniczący*

Zespołu ds. orzekania i opiniowania sądowo-lekarskiego ŚIL

Komunikaty

KOMUNIKAT DZIAŁU INFORMACYJNO-PRASOWEGO ŚIL

**Dział Informacyjno-prasowy Śląskiej Izby Lekarskiej
uprzejmie informuje,
że pod numerami tel. 32 604 42 61
oraz 32 604 42 54
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”



Uprzejmie informujemy, że projekt Śląskiej Izby Lekarskiej „Pro Doctore - Projekt Wspierający Rozwój Kadr Medycznych w Województwie Śląskim” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego uzyskał pozytywną ocenę Komisji Oceny Projektów i na mocy uchwały Zarządu Województwa Śląskiego został przyjęty do realizacji.

W ramach projektu w ciągu dwóch lat zorganizowanych zostanie

16 edycji kursów specjalizacyjnych „Zdrowie Publiczne”.

W kursach mogą uczestniczyć lekarze i lekarze dentyści zamieszkali, bądź zatrudnieni na terenie województwa śląskiego. Kursy są bezpłatne.

Projekt rozpoczął się 1 kwietnia 2013 r.

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

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

Zmiany w wystawianiu recept

Od 18 września 2014 r. recepty na preparaty zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe można wystawiać na dłuższy okres stosowania. Zmiana wynika z rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 21 sierpnia 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz.U. 2014 r., poz. 1172), które wprowadziło, że recepta wystawiona na preparaty zawierające środki odurzające grupy I-N oraz substancje psychotropowe grupy II-P może dotyczyć takiej ilości środka lub substancji, która nie przekracza zapotrzebowania pacjenta na maksymalnie 90 dni stosowania. **Tym samym, na preparaty zawierające środki odurzające grupy I-N oraz substancje psychotropowe grupy II-P można wystawić do trzech recept na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie 90 dni stosowania.**

Recepta wystawiona na preparaty zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe zawiera, oprócz danych określonych w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie recept lekarskich, **sumaryczną ilość** środka odurzającego lub substancji psychotropowej **wyrażoną słownie albo ilość** środka odurzającego lub substancji psychotropowej **wyrażoną słownie za pomocą ilości jednostek dawkowania oraz wielkości dawki.**

Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 19 września 2014 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie recept lekarskich (Dz.U. z 2014 r., poz. 1239), od 4 października 2014 r. lekarz wystawiając receptę refundowaną będzie mógł wystawić:

- **do 12 recept** na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie **360 dni stosowania**, z zastrzeżeniem, że na jednej receptce nie można przepisać leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego na więcej niż 120 dni stosowania,
- **do 6 recept** na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie **6-miesięcznego stosowania** – w przypadku recept na środki antykoncepcyjne,
- **do 16 recept** niezbędnych pacjentowi do maksymalnie łącznie **120-dniowego okresu stosowania** – w przypadku recept na maści, kremy, mazidla, pasty albo żele do stosowania na skórę.

Ponadto, wystawiając receptę i podając sposób dawkowania, lekarz może jednorazowo przepisać ilość leku, środka spożywczego

go specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego niezbędną pacjentowi do maksymalnie 120-dniowego okresu stosowania, wyliczonego na podstawie określonego na receptce sposobu dawkowania. W przypadku recept na leki recepturowe – na jednej receptce można przepisać podwójną ilość leku recepturowego, ustaloną na podstawie przepisów określających leki, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne stosowane przy sporządzaniu tych leków. W zakresie recept na leki recepturowe w postaci maści, kremów, mazideł, past albo żele do stosowania na skórę – lekarz może przepisać dziesięciokrotną ilość leku recepturowego.

Co więcej, od 1 stycznia 2014 r. wchodzi w życie nowelizacja ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (wynikająca z przepisu art. 3 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. w zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw – Dz.U. z 2014 r., poz. 1138) wprowadzająca **możliwość wystawienia recepty, niezbędnej do kontynuacji leczenia, bez dokonania osobistego badania pacjenta.** Zmiana stanowi wyjątek od zasady, że lekarz orzeka o stanie zdrowia pacjenta po uprzednim, osobistym jego zbadaniu.

Jak wynika z poszerzonego brzmienia przepisu art. 42 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lekarz może, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. W przypadku tak wystawionej **recepty lub zlecenia, będzie można ją przekazać:**

- osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta,
- osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.

Upoważnienie lub oświadczenie odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji. Jednocześnie, informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia oraz o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta.

Warto również wskazać, że w Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad zniesieniem obowiązku posiadania umów upoważniających do wystawiania recept na leki refundowane. Przygotowany projekt nowelizacji jest na etapie prac legislacyjnych. Przewiduje on, że każdy lekarz będzie mógł wystawiać recepty na leki refundowane, bez konieczności podpisywania jakiegokolwiek umowy z danym Oddziałem Wojewódzkim NFZ. Zmiana jest zgodna z postulatem środowiska lekarskiego, z którego wynika, że uprawnienie do wystawiania recept, w tym recept refundowanych, wynika z przysługującego lekarzowi prawa wykonywania zawodu. To, czy zmiana znajdzie swoje odzwierciedlenie w nowelizacji ustawy refundacyjnej, okaże się w nieodległej przyszłości. ●

Katarzyna Różycka
radca prawny

Ogłoszenia

Ewolucja nie planuje nam stu lat

Z dr. n. med. Jarosławem Derejczykiem, specjalistą geriatry i chorób wewnętrznych, rozmawia Anna Zadora-Świderek

– Społeczeństwo się starzeje. W Polsce w okresie 1950-2005 liczba ludności w wieku powyżej 64 lat wzrosła dwupółkrotnie z 5,3% do 13,2% ogółu społeczeństwa i ta tendencja pogłębia się. W jaki sposób zjawisko to zmienia specyfikę pracy lekarzy?

– Pomysł na geriatrę wziął się w świecie jakieś 80 lat temu. Zauważono wówczas, że warto w internie stworzyć nową gałąź, która na bazie wiedzy o chorobach wewnętrznych zbuduje wiedzę o uszkodzeniach narządów i wielości współistniejących chorób, które mają ludzie starsi oraz o sposobie postępowania w takich stanach. W Polsce wszystko zaczęło się w latach 60. – wtedy u nas pojawiły się pierwsze placówki. Na Śląsku mamy to szczęście, że wśród prekursorów geriatry w naszym kraju była dr Bogna Żakowska-Wachelko, która jest pomysłodawczynią tutejszego oddziału. W tej chwili w ochronie zdrowia mamy sporo medycyny zabiegowej, dysponujemy dużą kadrą chirurgów, ortopedów, ludzi, którzy naprawiają chory narząd, ale taki model nie pasuje do osób, które cierpią na osiem, dziesięć chorób przewlekłych.

– Czy starość można leczyć?

– W geriatryi staramy się nie szufladkować pacjentów i sprawdzamy często nadużywane „to z powodu wieku”. Jest to duże uproszczenie. Jak ktoś kończy specjalizację i rozmawiając z rodziną mówi: „my tu nie możemy pomóc, bo to już jest wiek”, dla mnie taki lekarz stracił kilka lat dojrzenia jako specjalista – on nie jest geriatrą. Czasem mówimy, że niewiele będziemy mogli zrobić, bo rezerwy danego pacjenta są małe i to jest dobra odpowiedź. Gdzieś w gazetach pojawiają się artykuły typu: zoperowaliśmy 105-latkę, usunęto zaćmę 102-latkowi, ale to są pojedyncze przypadki. Natomiast ludzi 80-letnich w Polsce jest coraz więcej. Oni mają przewlekłe choroby, często nierozpoznane, które manifestują się w mało widoczny sposób np. otępienie, parkinsonizm, czy

Dr n. med. Jarosław Derejczyk

Urodził się w 1955 r. Lekarz specjalista geriatry i chorób wewnętrznych. Gerontolog. Dyrektor Szpitala Geriatrycznego im. Jana Pawła II w Katowicach; konsultant wojewódzki z geriatry w woj. śląskim; konsultant ds. geriatry Grupy EMC SA; członek zespołu ds. Gerontologii w MZ i Zespołu ds. Osób Starszych w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich; członek Zarządu Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatry w Polsce.

depresja – to są objawy degeneracji mózgu, długo uznawane za naturalny proces starzenia. Potocznie mówi się, obserwując słabszą zdolność uczenia się, utratę zdolności cieszenia, spowolnienie chodu, że to starość. A to brak prawidłowej diagnozy. Należy odróżnić naturalny proces starzenia się od jednostek chorobowych towarzyszących starości, co często nie jest takie proste. W geriatryi pojawiły się takie rozpoznania, jak wielofunkcyjna niewydolność mózgu. To jest występowanie u jednego człowieka zarówno depresji, parkinsonizmu oraz otępienia, co generuje dość duże potrzeby terapeutyczne i lekowe. W tej chwili wysiłki medyków idą w kierunku poprawy słabnącej z wiekiem neurotransmisji w mózgu. Przekazywanie w mózgu sygnałów odpowiedzialnych za nastrój, za uczenie, orientację, aktywność, zależy od tego, jak sprawnie działa ten system. Mnóstwo działań terapeutycznych w medycynie wieku podeszłego to jest podawanie preparatów, które kontrolują i hamują rozwój insulinooporności oraz nadmierny wpływ glutamianu na neurony. Podnoszą poziom dopaminy, bo jej ubywa, acetylocholino i serotoniny. Tego brakło internie w ostatnich 30 latach, kiedy już można było z tej wiedzy korzystać, a korzystała tylko nieliczna grupa psychiatrów. Natomiast w geriatryi to jest nasz chleb powszedni. My zapisujemy leki poprawiające właśnie neurotransmisję i staramy się aktywizować chorych ruchowo. Dzięki temu widać, jak szkodzą niektóre leki, które działają hamująco na mózg. U ludzi starszych podawanie relanium, oksazepamu, nitrazepam, innych leków bezdiazepinowych powoduje, że ich

mózg jest nadmiernie hamowany, co prowadzi do pogorszenia nastroju, wiotkości mięśni, upadków. Dlatego my tych leków nie używamy i odradzamy ich stosowanie u osób starszych.

– W skali kraju mamy 330 specjalistów geriatrów, czy ta liczba jest wystarczająca?

– Do naszego Szpitala jest pięciomiesięczna kolejka, do Poradni czeka się na szczęście dużo krócej, a my mamy siedmiu geriatrów. Problemem jest, że nie ma zachęty do szkolenia z geriatry. Wizyty trwają długo, a nikt nie płaci za taką poradę jakoś szczególnie. A czemu? Bo ludzie lubią efekt, a tu jest przewlekła choroba, jedna, druga, piąta... Dodatkowo lekarz musi zdecydować, czy poradzi sobie emocjonalnie z pacjentem, który jest u niego co pół roku i może być tak, że on go nigdy nie zobaczy „lepszego”, chory tylko będzie „gorszy”, tak jest w otępieniu. Niejednokrotnie mówię na pierwszej wizycie do rodziny: „Proszę państwa rozpoczynamy walkę z nierównym przeciwnikiem – on wygra. Możemy nie robić nic, wygra za pięć lat, zaczniemy robić – wygra za 10 lat. Zyskujemy cztery do pięciu lat”. Jeśli do tego jeszcze dołożymy edukację rodziny, edukację opiekunów pracujących w domu chorego i w zakładach opieki długoterminowej, wówczas zaczynamy budować system. Ostatnio jednak dużo młodych ludzi pyta o tę specjalizację, niektórzy nawet ją kończą i nie znajdują zatrudnienia w branży, która jest najbardziej potrzebną w Europie. To jest szalenie bolesne. Ewolucja nie planuje nam stu lat, żeby było jasne. Gdzieś w okolicach pięćdziesiątki



foto: Przemysław Jendroska, właściciel zdjęcia: EMC Silesia sp. z o.o

ewolucja wysiada z samochodu i mówi „jedźcie sobie sami beze mnie”. W przyrodzie naczelnym celem życia nie jest jego utrzymanie przez maksymalny czas, tylko jego przekazanie (rozmnażanie się). Tak mówi teoria Kirkwood'a i ja się z nią zgadzam. W momencie hormonopauzy, kiedy u pań spada stężenie estrogenów a u panów androgenów, zaczynamy się szybciej zmieniać. Nie są to tylko zaburzenia hormonalne, które można wyleczyć, to objawy zaplanowanej wymiany pokoleń. Podobnie jest ze starzeniem fizjologicznym. To jest ta ewolucyjna wymiana. Bo co by było, gdyby dziewięćdziesięcioletek miał pamięć dwudziestolatka? Ten ostatni nigdy nie dostałby pracy, gdyż doświadczenie dziewięćdziesięcioletka, jeśli tylko mógłby chodzić, widzieć i słyszeć, byłoby tak duże, że młodych nikt by nie zatrudniał. Nasz biologiczny potencjał, czy tego chcemy czy nie, pomijając choroby, zmierza do międzypokoleniowej sztafety, przekazywania sobie pałeczki. Warto o tym pamiętać lecząc się za wszelką cenę z oznak upływającego czasu.

– A zanoszą się na jakieś zmiany w podejściu do geriatry?

– Podobno tak. Minister Bartosz Arłukowicz na wrześniowym spotkaniu z konsultantami powiedział, że wiele się zmienia. Czy można w to wierzyć – zobaczymy. Po słowach polityków nie chcę oceniać, woleć po czynach. Na razie zwiększono pulę na szkolenia i są ciche obietnice, że zmiany się wycena świadczeń. Z Ministerstwem dyskutujemy już od wielu lat na ten temat, ale bardzo trudno jest się przebić z interesami seniorów, a na poziomie departamentu nauki w ogóle się to nie udało. Mówiliśmy, że zmiany są potrzebne, że jesteśmy w tyle, cofamy się wręcz. Wokół nas w szybkim tempie przybywa osób, które wymagają konsultacji i nie ma gdzie ich posyłać. Są miejsca w Polsce, w których jest bardzo źle, gdzie są cztery łóżka geriatryczne na region. My na Śląsku mamy sytuację względnie dobrą, więc nie należy narzekać. Chodziłoby jednak o to, by wiedzę o specyfice leczenia osób starszych przekazać kolegom lekarzom z innych branż i pokazać, że wszyscy jak jeden mąż, poza ginekologami, neonatologami, pediatrami i patomorfologami, zaczniemy za chwilę mieć w gabinetach ludzi w bardzo zaawansowanej starości, wobec których łatwo się pomylić planując terapię.

– Takie szkolenia są. Kursy dla lekarzy z zakresu opieki geriatrycznej organizowane m.in. przez SUM i CMKP, ogłaszaliśmy w czerwcowym numerze „Pro Medico”, wraz z ich harmonogramem do końca tego roku.

– Ale nie ma na nie zbyt wielu chętnych. Wielu lekarzy uważa, że skoro leczą starych ludzi, to już są geriatrami. Nie czują tego, że mogą coś zrobić lepiej, po na-

braniu wiedzy, której brakowało na studiach, a teraz trzeba jej szukać samemu. Uświadomienie niedostatku wiedzy jest różne w różnych okresach pracy. My to widzimy. Wiele osób po osiemdziesiątce jest z powodu tego nieprzygotowania edukacyjnego lekarzy w trakcie studiów, hospitalizowanych. Inny przykład u osoby starszej: jeśli bierze leki i ma za niskie ciśnienie, to po iluś tam incydentach, gdy mózg jest niedokrwiony, włącza się proces apoptozy. Potem można ten mózg ukrwić, ale on i tak częściowo obumrze. Takie sytuacje spotyka się też czasem na salach operacyjnych. Mamy na stole osiemdziesięcioletka, jest operowany, chirurg wychodzi i mówi „super, wszystko się udało!”. A potem za trzy miesiące przychodzi rodzina i mówi: „panie doktorze, ale on już do domu nie trafia, co się stało?” To jest kolejna wiedza, której nie wystarczająco uczy się studentów medycyny na fizjologii i patofizjologii. A jest bardzo potrzebna,

Ewolucja nie planuje nam stu lat, żeby było jasne. Gdzieś w okolicach pięćdziesiątki ewolucja wysiada z samochodu i mówi: jedźcie sobie sami, beze mnie...

bo młodym anesteziologom dałaby sygnał, iż chorych w zaawansowanej starości w trakcie operacji warto prowadzić na wyższych wartościach ciśnienia. Standardy, które w tej chwili obowiązują są tworzone na populacji 50-latków, a nie 85-latków. W związku z tym normy lekowe, których uczy się studenta, nie pasują do tego, kogo będzie miał leczyć w POZ czy w praktyce internistycznej. Przez ostatnie 10 lat rozmawiamy z ministerstwem, żeby do programu studiów zechciało wprowadzić geriatryę. W wielu krajach robi się to automatycznie. Amerykanie studiujący w Polsce mają obowiązek uczyć się geriatry i nasze uczelnie wyższe przygotowują takie kursy specjalnie dla nich.

– Czyli można, ale nie dla naszych studentów?

– Brakuje uznania, że potrzeby zdrowotne ludzi starszych są odrębne i wymagają przygotowania edukacyjnego całej kadry, zbudowania systemu, którego nie ma. To się opłaci anesteziologom, ortopedom, neurologom, kardiochirurgom, to się opłaci dyrektorom placówek szpitalnych, bo będą mieli lepszą jakość leczenia ludzi starszych. Ci ludzie nie będą jeździć po szpitalach, ja to nazywam zjawiskiem flippera – krążenie pacjenta po izbach przyjęć. Tak naprawdę leczą go ratownicy i lekarze w izbie przyjęć, a potrzebna jest całościowa ocena, czyli psycholog, rehabilitant, geriatra, dietetyk i jeszcze edukacja

rodziny...

– To są ogromne koszty...

– Ale mniejsze, niż wędrowanie w efekcie flippera, bo to liczono na całym świecie i tam, gdzie są oddziały geriatryczne, spadają koszty terapii osób w zaawansowanej starości i zmniejszają się wskaźniki rehospitalizacji. Anglicy robili takie badania, z których wynikało, że hospitalizacja po zabiegach ortopedycznych była o pięć dni krótsza, gdy na oddział regularnie przychodził lekarz geriatra. To są wymierne oszczędności.

– Pan mówi o oszczędnościach dla systemu, w ujęciu globalnym, ale jak to wygląda z perspektywy zarządzającego szpitalem, kierownika przychodni czy lekarza POZ, do którego przychodzą starsi pacjenci?

– Im opłacają się konsultacje. Jest duża liczba lekarzy, którzy z praktyk rodzinnych

kierują pacjentów do nas i widzą efekty terapeutyczne, także bezlekowe. Bo niejednokrotnie odstawiamy leki, nie dajemy nic nowego, a pacjentowi przestaje się w głowie kręcić. Ale jak miało się nie kręcić, skoro przyjmował trzy podobnie działające leki. Specjaliści między sobą też nie do końca wiedzą, co dany pacjent bierze, dlatego tak trudno jest u ludzi starszych uzyskać bezpieczne leczenie poszczególnych schorzeń. Ja zakładam, że się go nie uzyska, można je tylko optymalizować i my to robimy. Dostajemy pacjenta, który ma 18 leków od różnych specjalistów, wtedy już się nie da uniknąć uszkodzeń polekowych, bo już przy ośmiu lekach na 100% będą interakcje. My odstawiamy co można, ale i tak zostawiamy taką ilość, że w zasadzie staramy się kontrolować jatrogenię. Leczenie pacjenta rozpoczynam od sprawdzenia, co on jeszcze ma niezdiagnozowane, potem sprawdzam, czy mnie zrozumiał, jak słyszy i widzi, czy nie zapomni, co mu powiedziałem, i odczyta, co mu napisałem, myślę, jak wyglądają jego narządy, naczynia, stawy, czy są po przejściach, czy ma nadciśnienie, cukrzycę, jakie miał przygody z używkami. Trzeba się zastanowić, jaką ilość leków zniesie jego organizm.

– Kiedy lekarz rodzinny powinien wystawić skierowanie do geriatry?

– Najczęściej kiedy ma pacjenta z wielofunkcyjną niewydolnością mózgu, który

Ewolucja nie planuje nam stu lat

ciąg dalszy ze str. 15 ►►►

wolniej chodzi, jest mniej sprawny i widać, że ten pacjent popada w niesprawność, kiedy upada. Kiedy w rozmowie pacjent zaczyna się posługiwać niewielką liczbą prostych słów, powtarza zdania, gdy jest bardzo smutny i apatyczny, gdy ma nieprawidłowe wyniki badań u osoby 85+. Wtedy w oparciu o wiedzę o lekach trzeba sprawdzić, czy pacjent się nie podtruwa benzodiazepinami, czy nie jest to słynny „triple whammy” (diuretyk pętlowy, ACEI lub ARB oraz NLPZ). Pytanie, którego nie powinno zabraknąć, to „jak często pani/pan upada?” Jeżeli powyżej dwóch razy w roku, wówczas jest to pacjent, którego trzeba zweryfikować. Prosty test „time, up and go” (czas, wstań i idź). Pacjent wstaje z krzesła, idzie trzy metry, zawraca i siada. Banalny test, ale jeśli zajmuje to pacjentowi powyżej 12 sekund, wówczas jest sygnał, że dzieje się coś niedobrego. Poza tym są pewne zasady, które my, geriatry, powtarzamy jak mantrę: leczenie otępienia prowadźmy bez leków nootropowych i leków rozszerzających naczynia (na tym zestawie jest ¾ polskich seniorów) – a my nie dajemy ani jednego, ani drugiego. W wielu stanach chorobowych mamy inne podejście diagnostyczne i lecznicze, które powinno się upowszechnić. Bez tej wiedzy nie zbudujemy jakości leczenia osób starszych, choć wydamy mnóstwo środków. Zajmowanie się seniorem to balansowanie na linie, bo między poprawą a zaszkodzeniem jest bardzo cienka granica. Troszkę za mało, troszkę za dużo i jest nieszczęście. Jest zbyt wiele zmiennych, żeby nauczyć się tego bez praktyki. Schematy pasują do ludzi poniżej 60, w przypadku seniorów się nie sprawdzają. Wielochorobowość, atypowość, indywidualizacja to są trzy podstawowe cechy medycyny geriatrycznej i one wymagają zgromadzenia własnego, dobrego doświadczenia w pracy z chorymi. Z samej książki i zasad EBM nie sposób nauczyć się geriatryi.

– Bywa, że to pacjenci nie chcą iść do specjalisty; oburzenie „geriatra! przecież nie jestem taki stary!” Jak powinno rozmawiać się z pacjentem, który ma np. 65 lat i jeszcze dwa lata do emerytury, a lekarz widzi, że wymagałby konsultacji?

– Trzeba powiedzieć, że będzie miał pacjenta cały czas pod nadzorem, ale chciałby zweryfikować u specjalisty pewne jego wyniki i to, co wydaje mu się, że jest poniżej normy. Często kończy się na jednej wizycie, po której my piszemy, że wymaga tego lub tego, albo nie wymaga, sugeruje-

my wizytę za rok lub dwa, ale najczęściej coś się jednak znajduje. Przeważnie są to łagodne zaburzenia poznawcze, przedkliniczne fazy otępienia, nieujawnione depresje maskowane u pacjenta, który skarży się na różne bóle, zespoły słabości i przede wszystkim uszkodzenia po lekowe. W społeczeństwie jest bardzo silny mechanizm wypierania starości, taki ewolucyjnie przydatny, bezwarunkowy odruch, że jak nie myślimy o starości, to jesteśmy spokojniejsi. A jak zaczynamy myśleć, wówczas pojawia się niepokój, no bo kiedyś tam trzeba będzie umrzeć. Już jak się ma 35-40 lat pojawiają się pierwsze wątpliwości, pierwsze myśli o tym, co się wydarzy. Już 6-7 letnie dzieci (to też jest ewolucyjne) zaczynają różnicowanie młody – stary. Często powtarzam taką opowieść o żabie. Pewien gerontolog jechał z dzieckiem i przejechał żabę. Dziecko się popłakało – *Tatusiu przejechałeś żabkę!* A za chwilę pyta: *Czy ta żaba była stara czy młoda? – A czemu pytasz córciu? – Bo jak by była stara, to bym nie płakała.* Odruch. Czyli mamy coś takiego, że się boimy tego okresu życia, ale taki nasz los. Nie gloryfikując tego tematu, jednak trzeba mówić, że warto o tym pomyśleć.

– Jako konsultant wojewódzki z jakimi styka się Pan problemami i jaką widzi przyszłość dla geriatryi?

– Mieliliśmy z NFZ informacje, że geriatryja staje się dla funduszu priorytetem i faktycznie przez pewien czas tak było. Teraz jednak ta polityka jest bardziej deklaracyjna. Jeśli chodzi o wycenę procedur,

to ta jest dramatycznie niska, a czas pracy poświęcony pacjentowi i wymogi zespołowości, które w każdej jednostce muszą być spełnione, duże. Jeżeli chodzi o dostępność na terenie Śląska, to w stosunku do krajów ościennych jesteśmy porównywalni do krajów, które mają średni poziom zabezpieczenia. Bardzo złe jest jednak wykorzystanie kadr, a szkoda bo to są pozorne oszczędności dla systemu. Przyszłość uzależniona będzie od wiedzy polityków i od wizji tych, którzy się pojawią. Cieszę się, gdy na spotkania w urzędach centralnych w Warszawie przychodzą studenci np. szkoły administracji państwowej, w nich pokładam największą nadzieję. Bo jak oni słyszą, o czym dyskutujemy, to mówią, „no jak to, to dlaczego tego nie ma?”. Geriatry są jednymi z bardziej zajętych lekarzy w starej Unii. Z badań wynika, że jesteśmy bardzo potrzebni – demografia jest taka a nie inna. Teraz na świecie jest 35 mln chorych na otępienie, a za 16 lat będzie 75 mln. Straciliśmy w Polsce ostatnie 25 lat przez deliberację, była niejedna zmiana polityczna, system się zmienia, a my nadal drepczemy, jeśli chodzi o rozwój geriatryi. Odpowiedź środowiska geriatrów na płynące z ust płatnika „brakuje pieniędzy”, jest taka, że, tym bardziej nie zwlekajmy z wprowadzeniem rozwiązań oszczędnościowych i poprawiających jakość opieki starszych pacjentów. Próbuujemy od 6 lat pokazać że geriatryja daje oszczędności – bo daje; bez oddźwięku. Mówimy chorym warto spróbować i tu znajdujemy, od początku jak tylko powstała geriatryja, pełną akceptację. ●

W województwie śląskim w 2014 roku umowę w rodzaju leczenie szpitalne na zakres GERIATRIA – HOSPITALIZACJA posiada 12 świadczeniodawców.

Łączną wartość tych umów wynosi 20.369.608,56 zł.

Plan na rok 2015 dla województwa śląskiego zakłada wartość umów

22.179.360,16 zł. W roku 2013 wartość pierwotna umów wynosiła 19.209.395,51 zł.

W roku 2012 udzielono świadczeń w zakresie GERIATRIA – HOSPITALIZACJA 6173 osobom, w 2013 – 6678, na chwilę obecną w 2014 roku – 5298.

W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej aktualnie mamy zawarte umowy z 21 podmiotami na realizację ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE GERIATRII, wartość zawartych umów wynosi 999.808,20 zł.

Na rok 2015 umowy zostaną aneksowane.

Geriatrya to priorytet regionalny Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach.

Finansowanie świadczeń w roku 2015 nastąpi adekwatnie do zapotrzebowania, z zastrzeżeniem, że poziom finansowania zakresu w roku 2015 nie ulegnie zmniejszeniu w stosunku do 2014 r. ●

Małgorzata Doros
rzecznik prasowy Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ
w Katowicach

„Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020”

Dostrzegając problem starzenia się polskiego społeczeństwa (w 1988 r. ludność w wieku 60+ stanowiła 14,5% populacji, a w 2010 r. już 19,6%), w grudniu 2013 r. Rada Ministrów przyjęła uchwałę zawierającą „Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020”.

W pięćdziesięciostronicowym dokumencie pośród obszarów takich jak: aktywność zawodowa osób 50+, bezpieczeństwo, aktywność społeczna, kulturalna, edukacyjna, czy relacje międzypokoleniowe, 12 stron zostało poświęconych „uwarunkowaniom rozwiązań medyczno-opiekuńczych dla osób starszych”.

Analizując stan opieki geriatrycznej w Polsce, twórcy dokumentu stwierdzili, że podstawowym problemem jest brak wystarczającej liczby lekarzy specjalistów i placówek, w których osoby starsze mogłyby być kompleksowo leczone. Ponadto brakuje „wyodrębnionego nauczania w ramach przedmiotu geriatryka na kierunku lekarskim, co skutkuje deficytami wiedzy i umiejętności w tym zakresie wśród lekarzy. Pośród jedenastu uczelni medycznych, jedynie w Białymstoku, Krakowie, Bydgoszczy, Gdańsku i Katowicach istnieją kliniki geriatryki i prowadzona jest edukacja przed- i podyplomowa na bazie łóżkowej (...)”. Nieznaczna poprawa nastąpiła jednak w przypadku bazy szkolenia specjalizacyjnego. W połowie 2012 r. wymagane uprawnienia posiadały 23 jednostki oferujące 114 miejsc szkoleniowych, gdy cztery lata wcześniej było ich 20, z odpowiednio 89 miejscami.

Jeśli chodzi o przychodnie i oddziały szpitalne, czyli tzw. infrastrukturę – jak autorzy „Założeń...” sami przyznają, jest bardzo źle. „Liczba oddziałów geriatrycznych wynosi w Polsce 34 (728 łóżek geriatrycznych), co sytuuje Polskę bardzo niekorzystnie na tle innych państw UE.”

cie kształcenia przeddyplomowego w tym zakresie, poszerzenie kształcenia podyplomowego we wszystkich specjalizacjach o specyfikę chorób osób starszych).

3. Wspieranie i rozwój poradni i opieki geriatrycznej w Polsce (m.in. poprzez zbudowanie systemu zintegrowanej opie-

Obecnie w Śląskiej Izbie Lekarskiej zarejestrowanych jest 45 lekarzy geriatrów. Dwudziestu pięciu spośród nich jest powyżej 50. roku życia.

W celu poprawy sytuacji zdrowotnej osób starszych rząd określił priorytety, których realizacja, zdaniem ministerialnych ekspertów, powinna przyczynić się do rozwiązania wielu problemów:

1. Rozwój geriatryki jako specjalizacji (m.in. poprzez uruchomienie krótkiej ścieżki specjalizacyjnej, stworzenie systemu zachęt do podejmowania tej specjalizacji, umożliwienie doskonalenia zawodowego lekarzom innych specjalizacji w kierunku opieki zdrowotnej nad osobami w wieku podeszłym, zwiększenie liczby łóżek geriatrycznych).

2. Przygotowanie i doskonalenie zawodowe kadry medycznej w kierunku całonocnej i kompleksowej opieki zdrowotnej nad starszym pacjentem (m.in. poprzez wzmocnienie roli lekarzy POZ w opiece nad osobami starszymi, wspar-

ki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb osób w wieku podeszłym, upowszechnienie rozwiązań, aby pacjent ze zdiagnozowaną chorobą przewlekłą i ustalonym leczeniem mógł uzyskać receptę na stałe przyjmowane leki u lekarza innej specjalności, tworzenie poradni geriatrycznych, wspieranie jednostek realizujących świadczenia w zakresie geriatryki – także niepublicznych).

4. Stworzenie kompleksowego systemu opieki, w skład którego wejdą m.in.: POZ; specjalistyczna ambulatoryjna opieka geriatryczna; dzienna opieka geriatryczna; stacjonarna/całodobowa opieka geriatryczna. ●

oprac. Anna Zadóra-Świderek

*Uchwała Rady Ministrów nr 238 z dnia 24 grudnia 2013 r., publikacja w Monitorze Polskim poz. 118, z 4.02.2014



Skuteczna kontrola umiarkowanego i silnego bólu u chorych na nowotwory

W chorobie nowotworowej umiarkowany i silny ból przewlekły występuje często i jest dokuczliwym objawem, niosącym choremu zbyteczne cierpienie w każdej fazie choroby. Przewlekłe bóle nowotworowe gnębią chorego w dzień i w nocy, znacząco pogarszając jego jakość życia. Ciągła i skuteczna kontrola bólu przewlekłego ma istotne znaczenie w procesie leczenia przyczynowego i pozwala choremu utrzymać dobrą jakość życia w chorobie. Nowoczesne i skuteczne leczenie przeciwbólowe w zespołach bólu przewlekłego polega na ciągłym i harmonijnym zapewnieniu analgezji. Analgetyki podaje się w regularnych odstępach czasu, a nie doraźnie lub w razie bólu. Dotyczy to zarówno analgetyków słabych i silnych, nieopiodowych i opiodowych. Ciągłe działanie przeciwbólowe łączy się ze skutecznością, łatwością przyjmowania, wygodą, bezpieczeństwem i ekonomią leczenia.

Dawkowanie leku przeciwbólowego należy ustalić tak, by znajdował się on ciągle w pożądanym i skutecznym stężeniu terapeutycznym (analgetycznym) w surowicy krwi chorego. Dawkowanie analgetyku z każdego stopnia Drabiny Analgetycznej WHO zależy od natężenia bólu i leczenia przeciwbólowego uprzednio stosowanego u chorego, a nie od rodzaju choroby lub rokowania. Dawkowanie analgetyku powinno być dostosowane do

indywidualnych potrzeb pacjenta, dochodząc do dawki należytnej i skutecznej przez miareczkowanie. Po osiągnięciu dawki terapeutycznej (analgetycznej), w razie sporadycznego pojawiania się bólu przebijającego pomiędzy skutecznymi dawkami podstawowymi, można doraźnie podawać dodatkowe dawki analgetyku krótko działającego. Częstsze nawroty bólu wskazują na konieczność zwiększenia dawki podstawowej. Jeśli to tylko możliwe, leków przeciwbólowych w bólu przewlekłym nie powinno się podawać pozajelitowo. Preferowane drogi podawania to: doustna, przezskórna, a następnie podskórna.

Częstotliwość podawania leków przeciwbólowych jest bardzo ważnym czynnikiem w skutecznej analgezji. Formy analgetyków opiodowych z systemem kontrolowanego uwalniania podawane co 12, 24, 72 godz. zapewniają kontrolę bólu równą podawaniu morfiny w roztworze co 4 godz. Zależność skuteczności analgetycznej od częstotliwości i dróg podawania analgetyku była oceniana w kontrolowanych badaniach prowadzonych w Kanadzie, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Formy analgetyków, w tym opiodowych z kontrolowanym uwalnianiem, są w klinicznym użyciu na pewno łatwiejsze do

podawania, ponieważ usprawniają zarówno obsługę, jak i kalkulację dawek. Dodatkowo zaobserwowano u chorych wyraźną preferencję tych form w stosunku do roztworu morfiny. Szczególnie ze względu na wygodę, smak tabletek, łatwość dawkowania i zmniejszoną częstość dawkowania. Zapewnienie analgezji we wlewie ciągłym podskórnym znacznie podraża koszty podawania leku w warunkach szpitalnych i domowych. Wobec tego, biorąc pod uwagę łatwość podawania, optimum zastosowania i minimalizację kosztów, lekarze powinni preferować formy leku przeciwbólowego, które wymagają najmniejszej liczby dawek dziennie. Ma to również istotne znaczenie dla dobrej jakości życia w chorobie pacjentów z bólem przewlekłym.

Przewlekłe zespoły bólowe charakteryzują się swoistą symptomatologią wymagającą specyficznego leczenia przeciwbólowego oraz wspomagającego (adjuwantami). W zaawansowanej chorobie nowotworowej występuje kilka rodzajów bólu.

Bóle przewlekłe mogą mieć różne patomechanizmy i wymagać indywidualizacji leczenia. Dokładna diagnostyka zespołów bólowych jest celem do osiągnięcia stałej i skutecznej kontroli bólu przewlekłego. ●

dr n. med. Jadwiga Pyszkowska,
specjalista medycyny paliatywnej

14 listopada: Światowy Dzień Walki z Cukrzycą

Najważniejsza jest edukacja

O cukrzycy coraz częściej mówimy w aspekcie ekonomicznym i społecznym. Co bardziej zawodzi w polskich realiach? Profilaktyka czy rozwiązania systemowe (np. za małą dostępność do nowoczesnych insulin, pomp insulinowych czy inteligentnych leków inkretynowych)?

O komentarz poprosiliśmy autorytet w tej dziedzinie medycyny – prof. **Ewę Otto-Buczowską** – specjalistkę diabetologa, pediatrę, była konsultant wojewódzką z zakresu diabetologii dziecięcej.



Prof. dr hab. n. med.

Ewa Otto-Buczowska:

Truizmem byłoby powtarzanie, jak ważne jest w leczeniu wszystkich postaci cukrzycy zabezpieczenie możliwości prawidłowej, nowoczesnej diagnostyki, nowoczesnych leków, a także wyposażenia chorych w urządzenia do monitorowania glikemii oraz podawania insuliny. Te dwa ostatnie postulaty odnoszą się głównie do chorych z cukrzycą wymagających intensywnej

insulinoterapii. Realizacja tych postulatów wymaga dużych, a nawet bardzo dużych nakładów finansowych. Przy czym zostało sprawdzone, że nakłady te są nieporównywalnie niższe od kosztów nieprawidłowego leczenia cukrzycy. Kalkulacje takie przeprowadzone zostały w wielu krajach, a ich wyniki są zgodne. Środowiska zarówno lekarzy – diabetologów, jak i chorych na cukrzycę, od wielu lat domagają się dostosowania metod leczenia w Polsce do standardów europejskich.

Wobec oczywistości tych postulatów, chciałabym trochę uwagi poświęcić sprawom, które można zrealizować bez wielkich nakładów, a które również odgrywają ogromną rolę w profilaktyce i leczeniu cukrzycy. Jest rzeczą oczywistą, znaną od bardzo dawna, że udział samego chorego i jego najbliższego otoczenia w leczeniu cukrzycy jest ogromny. Znane jest powiedzenie, że „chory na cukrzycę leczy się sam, a my jesteśmy od tego, aby go tego nauczyć”. Dotyczy to wszystkich typów cukrzycy, ale przede wszystkim odnosi się do cukrzycy typu 2. Ten typ cukrzycy występuje najczęściej, częstość jego występowania ocenia się na około 80% wszystkich przypadków cukrzycy. W nim rolę odgrywają predyspozycje genetyczne, ale o klinicznym ujawnieniu się tego typu cukrzycy decydują czynniki środowiskowe. Jest to głównie nieprawidłowe

żywienie oraz zbyt mała aktywność fizyczna. Te czynniki prowadzą do odkładania się nadmiernych ilości tkanki tłuszczowej i wystąpienia zespołu metabolicznego. Wiadomym jest, że tkanka tłuszczowa, zwłaszcza zgromadzona w obrębie jamy brzusznej, jest nie tylko magazynem energii, ale także, a może przede wszystkim, narządem endokrynnym. Wytwarzane tu substancje przyczyniają się do powstania insulinooporności, która jest jednym z głównych czynników prowadzących do cukrzycy typu 2. Należy więc dołożyć wszelkich starań o edukację prozdrowotną społeczeństwa i uświadomienie, że ograniczenie

występowania nadwagi leży u podstaw ograniczenia występowania cukrzycy. Bardzo niepokojący jest ogromny wzrost częstości występowania nadwagi u dzieci. To grozi przesuwaniem się występowania cukrzycy typu 2 do coraz młodszych grup wiekowych. Trzeba pacjentom uświadomić, że cukrzyca typu 2 jest w głównej mierze chorobą „na własne życzenie”. Pamiętać należy, że dziedziczy się predyspozycje do cukrzycy, a nie chorobę. O tym, czy choroba się ujawni, czy nie, w bardzo dużym stopniu decyduje sam pacjent. Warto więc wysunąć hasło: mniej jeść i więcej się ruszać! ●

Not. Aleksandra Wiśniowska

Obchody Światowego Dnia Cukrzycy 2014 – Śląska Izba Lekarska Złotym Sponsorem

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach zdecydowało o podjęciu współpracy oraz wsparciu finansowym Oddziału Śląskiego Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland. W ramach dorocznej akcji na rzecz osób chorujących na cukrzycę zostaną zorganizowane m.in. warsztaty diabetologiczne, konkursy internetowe, planowana jest współpraca z restauracjami, zostaną przeprowadzone badania profilaktyczne w centrach handlowych oraz akcje informacyjne na temat cukrzycy. W wydarzenie zostaną zaangażowani także najmłodsi – w przedszkolach odbędzie się konkurs na plakat o tematyce prozdrowotnej. Światowy Dzień Cukrzycy jest obchodzony na całym świecie 14 listopada i służy popularyzacji wiedzy na temat profilaktyki oraz terapii najczęstszej choroby metabolicznej naszych czasów, na którą choruje ponad 350 milionów osób, w tym przeszło 600 tysięcy Polaków. ●

Oprac. AW

Rewolucja potrzebna od zaraz!

W październiku w Sali Kolumnowej Urzędu Marszałkowskiego odbyły się śląskie obchody Dnia zdrowia psychicznego.

O konieczności poszerzenia profilaktyki i polityki zdrowia psychicznego mówiła w trakcie otwarcia obchodów dyrektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego **Barbara Daniel**. – *Brak środków finansowych, niestety, nie pozwala nam na planowanie w tym zakresie takich działań, jakich byśmy oczekiwali. Są jednak projekty, które możemy realizować. Ważne jest również to, że coraz częściej sławni ludzie, sportowcy publicznie przyznają się do problemów ze zdrowiem psychicznym. To zmienia świadomość społeczną w tym zakresie. My dostrzegamy potrzebę zmian* – podkreślała.

Dyrektor Barbara Daniel zwróciła także uwagę na konieczność rozwoju ośrodków środowiskowych, które niosłyby pomoc osobom zmagającym się z chorobami psychicznymi, stworzenia miejsc kameralnych, bardziej przyjaznych pacjentowi niż wielkie szpitale, utworzenie centrów informacyjnych i grup wsparcia. Do tych samych aspektów działania nawiązała w swym wystąpieniu **Regina Bisikiewicz** – prezes fundacji Otwarty Dialog, propagującej leczenie oparte na współpracy rodziny z chorym i tworzenie sieci społecznej. Prelegentka podkreślała konieczność szybkich zmian w myśleniu o chorych psychicznie oraz wprowadzenia innowacji w procesie leczenia w Polsce. Wciąż niedocenione w naszym kraju wydaje się wsparcie rodziny oraz jej czynny udział w terapii.

– *Chcąc pomóc choremu, nie można pominąć jego decyzyjności i świadomości o etapach zdrowienia. Dopiero takie podejście do pacjenta podnosi prawdopodobieństwo jego powrotu do zdrowia* – tłumaczyła Regina Bisikiewicz.

O skutecznych mechanizmach terapii stosowanej w Europie mówili także prelegenci z Wrocławia i Wałbrzycha. Towarzyszyła im **Aleksandra Kożuszek** – sama niegdyś chorująca na schizofrenię, dziś niosąca pomoc innym.

W czasie obchodów Dnia zdrowia psychicznego można było wziąć udział w praktycznych warsztatach, skorzystać z porad ekspertów,



foto: Aleksandra Wiśniowska

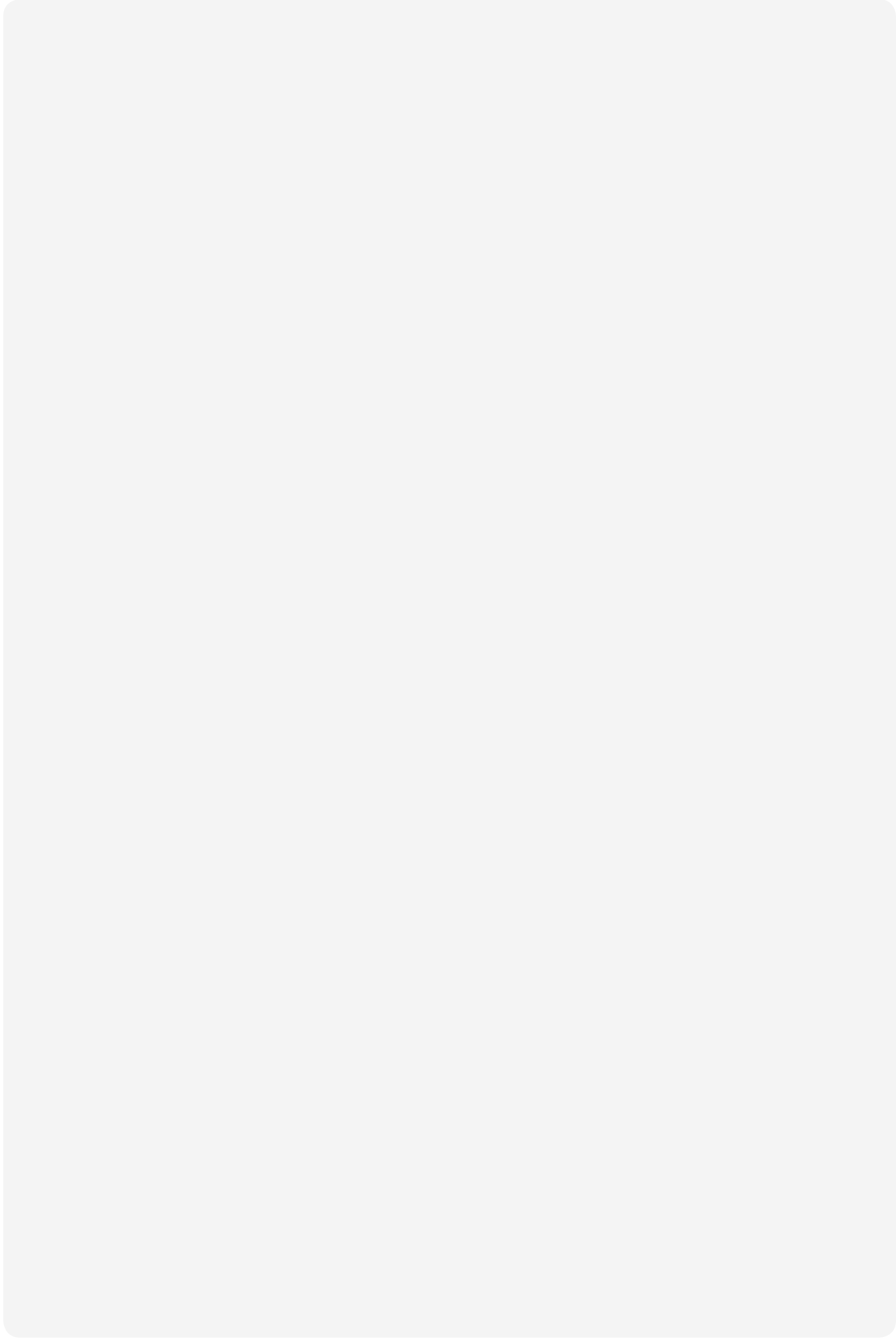
Prezes Regina Bisikiewicz podczas prelekcji o zmianach w systemie ochrony zdrowia psychicznego w Polsce.

zwiadzić kiermasz z pracami plastycznymi i rękodziełem osób przeżywających kryzys psychiczny, pacjentów z różnych ośrodków regionu. Wydarzenie cieszyło się ogromnym zainteresowaniem, liczba uczestniczących w nim osób przerosła oczekiwania organizatorów. ●

Aleksandra Wiśniowska

Redakcja dziękuje za współpracę dr Ewie Rudzkiej-Jasińskiej z Centrum Psychiatrii w Katowicach

Organizatorami wydarzenia byli: Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, Centrum Psychiatrii w Katowicach, Śląska Filia Sekcji Naukowej Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji Psychiatrycznej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Śląskie Stowarzyszenie Ad Vitam Dignam w Katowicach. Honorowym patronatem spotkanie objęli Rzecznik Praw Obywatelskich – prof. Irena Lipowicz oraz prezydent Katowic – Piotr Uszok.



Dlaczego polscy uczeni nie dostają Nobla?



Byłoby wspaniale, gdyby któryś z polskich uczonych został uhonorowany najbardziej prestiżową formą dowartościowania naukowego, jaką jest Nagroda Nobla. Niestety do tej pory nie udało się tego dokonać. Dlaczego tak się dzieje i dlaczego tak się stało, spróbuję odpowiedzieć.

Po pierwsze, ale nie ostatnie, to fakt, że nie ma postępu nauki bez odpowiedniego finansowania, czyli budżetu. Rozwój świata techniki towarzyszący rozwojowi świata nauki, zwłaszcza tak bliskiej mi medycynie, umożliwia coraz to nowe badania poznawcze, lecz towarzyszy tym rozwojom także rozwój kosztów. Tegoroczna Nagroda Nobla w dziedzinie fizjologii, w której odkryto komórki układu nerwowego orientujące nas w przestrzeni, to według moich niedokładnych szacunków, koszt przekraczający 20-40 mln dolarów.

Po drugie, znalezienie otwartych na naukę umysłów jest w początkowym okresie nauki i studiów łatwe. Prowadzący zajęcia nauczyciel, asystent, adiunkt, profesor potrafi wyłapać tych, którzy rokują przebłysek geniuszu. Niestety, po zakończeniu studiów, zwłaszcza medycyny, rozpoczyna się w Polsce dramatyczna szarówka codziennej pracy w celu znalezienia pieniędzy nie na naukę, tylko na życie. Jeżeli wynagrodzenie profesora tytularnego w uczelniach

medycznych jest mniejsze od 7 czy nawet 10 tys. zł przed opodatkowaniem, to daje to prawie pewność poszukiwania przez niego dodatkowych źródeł dochodu. W jeszcze gorszej sytuacji są asystenci, zdolni adiunkci a nawet docenci, których zarobki kształtują się poniżej 3 tys. zł. Rozproszenie miejsc pracy nie sprzyja nauce.

Ale po trzecie, polska walka o utrudnienie rozwoju naukowego poszła jeszcze dalej. Upřednia Pani Minister Nauki, która w ekspresowym tempie wprowadziła nową ustawę o nauce i szkolnictwie wyższym wymyśliła, że jedną z najgorszych rzeczy, która może wpływać na rozwój nauki, jest współpraca osób pochodzących z jednej rodziny. W Polsce mąż nie może pracować z żoną, może jednak pracować z konkubiną. W Polsce ojciec nie może pracować z synem, ponieważ według tak pięknie odrąbionego w swoim czasie zwycięstwa nad nepotyzmem, prowadzi to do degradacji nauki. Do dziś pamiętam piękne artykuły w mainstreamowych czasopismach, w których klakierscy dziennikarze podkreślali wysoką jakość tej, jakże polskiej, ustawy. O hańbo norweskiej nauki! Nagrodę Nobla dostało małżeństwo. W Polsce rzecz nie do wyobrażenia. Dobrze, że Pani Minister po „wypaleniu się” poszła do Europy. Może uda jej się tam zlikwidować nepotyzm. Oby!

Polskie rozwiązania naukowe to także stworzenie bożków, do których zaliczyć można tak zwane punkty. Do tych punktów, a ściślej do ich przestrzegania, nawiązują ostatnie zalecenia, różne na różnych uczelniach, które definiują, że aby uzyskać stopień doktora habilitowanego, trzeba mieć 10 pkt Impact Factor, 20 prac, współczynnik Hirscha wynoszący 4, a aby zostać profesorem, punkty Impactowe mają wynosić 20, liczba prac powinna być podwójna, a współczynnik Hirscha powinien wynosić 10.

Zapis ustawy, którą wprowadziła Pani Minister Nauki, stał się przyczynkiem do tego, że w wielu przypadkach polska nauka się degraduje. Wprawdzie, jak Pani Minister wprowadzała ustawę, to sam słyszałem, że dzięki tej ustawie zwiększy się szansa na to, że jakiś polski naukowiec dostanie Nobla, to jednak okazało się, że skutki tej ustawy o stopniach i tytułach naukowych pogorszyły w opinii wielu jakoś polskiej nauki. Mam nadzieję, że nadanie małżeństwu Norwegów Nagrody Nobla wpłynie na nową Panią Minister Nauki tak, że zmieni treść ustawy, która przysparza nam szczególnego rodzaju „zagranicznej sławy”.

Prof. dr hab. n. med. Aleksander Sieroń



Asertywne reagowanie na agresję

Szkolenia z zakresu umiejętności miękkich prowadzone w szpitalach na terenie województwa śląskiego z inicjatywy Śląskiej Izby Lekarskiej, potwierdzają problemy, z jakimi borykają się na co dzień lekarze.

Lekarze są, jak pokazują statystyki i praktyka, coraz częściej obiektami agresji werbalnej i fizycznej ze strony pacjentów lub członków ich rodzin. Zjawisko agresji pacjentów z wielu przyczyn zdaje się narastać i stanowi coraz poważniejszy problem w pracy lekarzy.

Wyróżnia się wiele teorii pochodzenia agresji.

1. Teoria instynktów – określana przez Z. Freuda głosi, że agresja jest instynktem, z którym człowiek się rodzi. Zachowania agresywne mogą być jednak podatne na wpływy zewnętrzne i mogą być modyfikowane pod wpływem wychowania.

Sposobem na agresję może być także jej uwolnienie (katharsis).

2. Teoria frustracji – agresja powstaje w związku z frustracją dotyczącą zaspokojenia ważnych potrzeb. Często występuje wtedy tzw. efekt ofiary – wzrost poziomu lęku, podejrzliwości i nadmiernej ostrożności w zapewnianiu własnego bezpieczeństwa.

3. Teoria społecznego uczenia się – agresja oznacza wyuczony nawyk, poprzez własne doświadczenie, obserwację lub naśladowanie, powtarzanie. Często mamy wtedy do czynienia z tzw efektem świadka

– wzrost znieczulenia na cierpienie innych i obniżenie empatii.

4. Teoria skryptów – agresja może być stymulowana wcześniejszymi utrwalonymi zachowaniami, emocjami i poznawczymi zapisami sekwencji pewnych zdarzeń nagradzanych w przeszłości a służących rozwiązywaniu problemów bieżących

Agresywnych pacjentów cechuje najczęściej poczucie bezkarności i brak panowania nad emocjami, połączony z tendencją do postrzegania lekarzy nie jako osób pomocnych, ale utrudniających niepotrzebnie życie.

ciąg dalszy na str. 22 ►►►

Asertywne reagowanie na agresję

ciąg dalszy ze str. 21 ►►►

► JAKIE SYTUACJE PROWOKUJĄ AGRESJĘ PACJENTÓW?

Czynniki sytuacyjne wywołujące agresję to: niemożność realizacji zamierzeń i blokada ważnych dążeń (stan frustracji) jako efekt zakazów i działań lekarzy, na których nie mamy wpływu oraz skutek wcześniejszych niewłaściwych relacji społecznych. Agresję wzmacnia dodatkowo ból, upał, kolejki w poradniach, zła logistyka, niewygodna oraz świadomość, że nasza społeczna sytuacja jest gorsza, niż innych osób, z którymi się porównujemy lub niż na to zasługujemy. To tzw. deprywacja relatywna.

Pacjent chce zdobyć to, na czym mu zależy, zatem nie przejmuje się tym (lub nie uświadamia sobie) że straci sympatię wielu osób, w tym lekarza, demonstrując niechęć i złość, czasem chęć odwetu, spowodowaną rzeczywistymi lub wyimaginowanymi przewinami systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Trudno zatem jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie: „skąd w pacjentach tyle agresji?”. Można przyjąć, że lekarz nigdy do końca nie pozna jej powodów, bo jest ich zbyt wiele i wchodzą ze sobą w różne interakcje. Na szczęście lekarz nie musi się tym zajmować, natomiast powinien przyswoić sobie asertywne reakcje wobec agresywnych pacjentów.

Jeśli bowiem agresywny pacjent wygra swoją postawą to, o co walczył (nagroda!) – będzie powtarzać ten wzorec zachowania także w przyszłości. Dlatego lekarz nie może przyjąć postawy pasywnej i z milczeniem usunąć się w cień, udawać, że nic się nie stało, gdy pacjent zachowuje się agresywnie. Konieczna jest zdecydowana postawa lekarza przeciwstawiająca się agresji. Niezwykle cenną umiejętnością, którą lekarze powinni posiadać, jest asertywność, która pozwala lekarzom korzystania z osobistych praw bez naruszania praw innych osób. Asertywna komunikacja to umiejętne wyrażanie swoich emocji i opinii w odpowiedni sposób zarówno werbalny jak i niewerbalny.



Śląska Izba Lekarska zainicjowała cykl szkoleń z zakresu komunikacji odbywających się w szpitalach. Na zdjęciu uczestnicy szkolenia ze Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie.

Składniki asertywnego zachowania

Istnieje kilka ważnych składników, które wyznaczają asertywne działanie.



Asertywność nie jest umiejętnością wrodzoną. Można ją nabyć w trakcie treningów i warsztatów. Poniżej przykładowy model asertywnego zachowania:

► MODEL ASERTYWNEGO ZACHOWANIA W SYTUACJI ATAKU WERBALNEGO

**Zwróć uwagę na formę, nie na treść
Proszę na mnie nie krzyczeć.**

Rozumiem, że jest Pan/Pani wzburzony/a, ale proszę nie zwracać się do mnie w ten sposób.

Nie życzę sobie, aby mnie Pan/Pani obrażała.

W razie potrzeby stosuj technikę „zdartej płyty”:

Proszę na mnie nie krzyczeć.

Chętnie z Panią porozmawiam i Pani wysłucham, ale proszę przestać mnie obrażać.

Kiedy w przekazie pacjenta nie będą już występować elementy agresywne, zareaguj na treść:

Porozmawiajmy o tym co Panią wzburzyło.

Wszystko chętnie wyjaśnię.

Proszę opowiedzieć co się stało, chętnie Pana/Pani wysłucham.

► CZTEROSTOPNIOWA METODA RADZENIA SOBIE Z AGRESJĄ WERBALNĄ

Jeśli pacjent jest wyjątkowo agresywny, zastosuj metodę 4 kroków.

**Zwróć uwagę na formę, nie na treść
Proszę na mnie nie krzyczeć.**

Rozumiem, że jest Pan/Pani wzburzony/a, ale proszę nie zwracać się do mnie w ten sposób.

Nie życzę sobie, aby mnie Pan/Pani obrażała.

W razie potrzeby stosuj technikę „zdartej płyty”:

Proszę na mnie nie krzyczeć.

Chętnie z Panią porozmawiam i Pani wysłucham, ale proszę przestać mnie obrażać.

Odwołaj się do zaplecza.

Jeśli nie przestanie Pani na mnie krzyczeć, wyproszę Panią z gabinetu.

Użyj zaplecza.

Ciągle mnie Pani obraża i na mnie krzyczy. Proszę wyjść z gabinetu.

Inne pomocne techniki w radzeniu sobie z agresją werbalną

Dopasowanie energetyczne.

- Wymuszenie kontaktu.
- Technika demaskowania aluzji i wiele innych, których można się nauczyć na warsztatach.

W komunikacji asertywnej ważne jest, by komunikat werbalny był spójny z przekazem niewerbalnym. W trakcie warsztatów często uświadamiamy sobie, że nasze ciało przekazuje treść zupełnie sprzeczną z komunikatem werbalnym. Jeśli chcemy być osobami asertywnymi to musimy zwracać uwagę na wszystkie składniki naszego działania. ●

dr n. hum. Alicja Gałązka

Lekarzom przydałoby się aikido

Z dr. Jackiem Santorskim - psychologiem społecznym i biznesu, prowadzącym Laboratorium Psychologii Zdrowia, rozmawia Aleksandra Wiśniowska

– Dane różnych instytucji (Naczelnej Izby Lekarskiej, Komendy Głównej Policji) wskazują, że wielu polskich lekarzy zeknęło się z różnymi formami agresji ze strony pacjentów lub ich rodzin. Gdzie szukać źródeł takich zachowań?

– Kluczem do wyjaśnienia, skąd bierze się energia tego rodzaju roszczeń, jest poczucie bezradności. Generalnie, agresja jest odpowiedzią na frustrację. Pacjent najczęściej bywa agresywny, gdy jest bezradny, zagubiony, zrozpaczony, wycieńczony, gdy doznaje strachu. Bezradność może mieć charakter obiektywny (uwarunkowania zewnętrzne) i subiektywny. W kwestii obiektywnej: pacjenta najlepiej potrafi zrozumieć lekarz lub pielęgniarka, ponieważ razem z nim wspólnie stają w obliczu bardzo wymagającej lub słabo działającej organizacji ochrony zdrowia. Subiektywnie: pacjent nie zawsze wie, co wynika z rozpoznania jego choroby, jakie czekają go badania, jakie są rokowania. To z kolei są obszary edukacji i komunikacji, na które lekarz może mieć wpływ. Warto pamiętać, że każdy chory tworzy w sobie tzw. „wewnętrzną teorię kuracji” – co mu dolega i jak to powinno być leczone – buduje ją na podstawie strzępów informacji zebranych od innych pacjentów, członków rodziny, z Internetu. Po tem taka „teoria” jest konfrontowana z tym, co mówi lekarz. Bardzo istotne jest także postrzeganie przez pacjenta osoby lekarza – czy jest mu życzliwy i zaangażowany w kurację. Okazuje się bowiem, że niezależnie od poziomu informacji, relacja ma największe znaczenie. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych dowodzą, że prawdopodobieństwo roszczeń sądowych i przedsądowych przy tego samego rodzaju uchybieniu albo pozorach uchybienia ze strony lekarza, w wypadku kiedy pacjent postrzega lekarza jako „sojusznika”, zaangażowanego i życzliwego jest dużo mniejsze. Natomiast, jeśli pacjent czuje, że relacja z lekarzem jest zupełnie anonimowa lub wypalona, wówczas łatwiej okazuje tzw. „zimny gniew”, który przekształca się w kolejne roszczenia.

– Jak powinien zareagować atakowany lekarz? Czy istnieje jakiś „algorytm postępowania” w sytuacjach, którym niemal zawsze towarzyszy zaskoczenie?

– Zwraca Pani uwagę na bardzo ważny element – element zaskoczenia. Komandosi przerabiają na poligonie pięć scenariuszy odbijania terrorysty nie dlatego, że któryś z nich się zrealizuje na polu walki, bo najprawdopodobniej będą mieli do czynienia z dziewiątym, szóstym albo siódmym, ale po to, by utrzymać gotowość, by nie dać się zaskoczyć. Mówię o tym nie bez kozery, ponieważ w szkoleniach top managerów wykorzystujemy umiejętności trenerów sił specjalnych i komandosów, aby nauczyć reagowania w sytuacji zagrożenia i zaskoczenia. By zachować zimną krew, jednocześnie być przytomnym i odpowiedzialnym. Te szkolenia sprowadzają się do dwóch elementów: techniki „sceny wewnętrznej” i techniki „sceny zewnętrznej”. Na scenie wewnętrznej – trzeba umieć w мгনিению oka ogarnąć to, co dzieje się we własnej głowie. Jeżeli przebiega nam myśl: „jak on może”, „on mnie obraża”, „to jest groźne” – wówczas odpowiemy na agresję agresją. Natomiast jeśli w głowie pojawi się natychmiast pytanie: „z jakiego powodu ten człowiek tak się zachowuje?”, „gdzie leży obszar jego bezradności?”, kiedy uświadomię sobie, że mam przed sobą człowieka zagubionego, bezradnego i słabego, to



foto: Magda Starowińska

Dr Jacek Santorski – psycholog zdrowia, społeczny i biznesu. Absolwent Uniwersytetu Warszawskiego (psychologia). Zajmował się psychoterapią, uzyskując licencję terapeuty i trenera oraz superwizora treningu i psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. W drugiej połowie lat 90. zajął się prowadzeniem działalności jako konsultant przedsiębiorców w zakresie psychologii biznesu. Został współwłaścicielem firmy doradczej (Grupa Firm Doradczych VALUES) i Laboratorium Psychologii Zdrowia prowadzącego szkolenia dla lekarzy. Uruchomił Akademię Psychologii Przywództwa, autorskiego programu dla menedżerów w Szkole Biznesu Politechniki Warszawskiej. W 2012 został powołany w skład Rady Gospodarczej przy Prezesie Rady Ministrów.

nie uruchomią się we mnie mechanizmy reakcji atakiem na atak. Warto zatem swoje wewnętrzne odruchy obserwować i identyfikować. Przyjrzeć się, jaka jest moja pierwsza reakcja?

Drugi mechanizm – ze sceny zewnętrznej – jest bardzo praktyczny. Uważam, że – mówiąc w przenośni, a trochę dosłownie – każdy lekarz powinien ćwiczyć aikido. Elementem sztuki aikido jest przywracanie koncentracji i uwagi, gdy zostaje się z niej wyprowadzonym. To umiejętność – poprzez jeden głębszy, przeponowy oddech – odnajdywania wewnętrznego punktu równowagi, a potem zastosowania tzw. języka aikido, który polega na tym, że przyjmuję (zamiast odpychać) atak pacjenta/agresora, by przekierować jego energię w pozytywną stronę. Można podnieść głos i zawołać: „jak pan może tak mówić?”, „proszę się natychmiast uspokoić!”, „jak się pan zachowuje?” – są to zachowania, które noszą znamiona kontrataku. A można (z poziomu aikido) podnieść dłoń i powiedzieć: „stop!”, po czym dodać: „rozumiem, że jest pan wzburzony”, „czym jest pan poruszony?”, „jeśli będzie pan mówił ciszej i wolniej, lepiej zrozumieć, o co chodzi, próbuję panu pomóc...” – starajmy się także używać języka korzyści. To są proste, choć trudne w realizacji, struktury werbalne. Zamiast mówić: „nie rób tego”, pytamy „w jakim celu pan to robi?”, „jak mogę panu pomóc?” Wspomniane taktyki wywodzą się z mądrości Wschodu. Podob-

Lekarzom przydałoby się aikido

ciąg dalszy ze str. 23 ►►

no do Gandhiego przyszedł kiedyś płatny morderca, wyciągnął rewolwer i powiedział: „zabiję cię”. Gandhi zapytał: „dlaczego to robisz?” Człowiek powiedział mu: „bo nie mam na życie”. Gandhi w tym momencie roztkliwił się. Płatnemu mordercy rewolwer wypadł z rąk. Rozumiem, że lekarz, który przyjmuje 24 pacjenta w ciągu dnia może nie mieć siły, by znaleźć w sobie duchowość Gandhiego, ale pewne ćwiczenia sztuki aikido mogą mu się okazać przydatne. W sytuacji agresji pacjenta nie możemy go karać, lepiej potraktować go jak bezradne dziecko – przykucnąć przy nim i zapytać: „dlaczego?”

– Zatem o jakich zasadach należy pamiętać, mając do czynienia z osobą agresywną?

– Na zmniejszenie prawdopodobieństwa agresji ze strony pacjenta może wpłynąć naturalny autorytet lekarza. Spójność wewnętrzna manifestująca się w postawie lekarza spowoduje, że pacjent zastanowi się, zanim zachowa niestosownie. Z badań tzw. neuronauki wynika, że wpływ ma sposób zachowania lekarza, jego ton głosu, postawa ciała (sztywna i wyprostowana, lub zrelaksowana i skoncentrowana). Podkorowo, na poziomie pierwotnych impulsów, z poziomu dziecięco-zwierzęcego pacjent czyta z sylwetki lekarza, czy ma siłę wewnętrzną, czy może sam jest człowiekiem zestresowanym lub napiętym, dumnym lub wyższościowym. Sylwetka lekarza wpływa w dużym stopniu na to, jak pacjent go odbiera, jak będzie się potem wobec niego zachowywał. Możemy też mówić o trzech uniwersalnych momentach w trakcie spotkania pacjenta z lekarzem, które mają szczególny wpływ na to, jak pacjent zachowuje się w tej relacji, na ile czuje się rozumiany, na ile będzie współpracował i przestrzegał zaleceń.

Pierwszy element to pierwsze wrażenie – moment dostrojenia się lekarza do pacjenta. Jedni oczekują bardzo rzeczowej rozmowy, inni wymagają bardziej empatycznego podejścia. Pierwsi szukają rozwiązania, a drudzy poszukują pocieszenia. Z każdym z tych pacjentów należy od początku inaczej rozmawiać. Lekarze z dużym doświadczeniem wyczuwają, z którym pacjentem mają do czynienia i potrafią nawiązać rozmowę „jego językiem”.

Drugi moment – moim zdaniem, bardzo ciekawy – dotyczy trybu podejmowania decyzji. Otóż są pacjenci, którzy potrzebują przedyskutować nie tylko kwestie podjętej kuracji, ale także to, dlaczego taka diagnoza jest przyjęta przez lekarzy, dlaczego i jakie badania mają być podjęte. Są tacy, którzy chcą mieć wpływ na to,

jaką decyzję podejmie lekarz. Są w końcu i tacy, którzy wolą, by lekarz arbitralnie zdecydował za nich. Co ciekawe, z badań wynika, że nie ma dowodów na wyższość podejścia partnerskiego nad podejściem bardziej apodyktycznym. Wszystko zależy od tego, z jakiego rodzaju oczekiwaniami pacjenta mamy do czynienia, od wycucia lekarza i jego umiejętności wczucia się w rolę. Natomiast jak rozpoznać „styl decyzyjny pacjenta”? Można go wysondować pytaniem: „czy pani chciałaby jeszcze jakichś informacji?”, „czy pani chce, bym objaśnił powody mojej decyzji?” – jedni będą chcieli być szczegółowo informowani – inni zadeklarują gotowość do działania bez potrzeby wyjaśnień.

Wypalenie zawodowe lekarzy bierze się także z poczucia bezradności – dokładnie z tego samego źródła, z którego wynika agresja pacjenta.

Trzeci ważny moment dotyczy podsumowania. Z badań wynika, że przeciętny człowiek z wiadomości czy serwisów informacyjnych jest w stanie zapamiętać 1-3 informacje – najczęściej pogodę i wynik meczu. Podobnie rzecz się ma z pacjentem, nie zapamięta więcej niż 2-3 wskazania. Jeśli lekarz przekazuje zbyt wiele informacji dotyczących badań, leków, trybu życia i nie podsumuje całości jakimś prostym schematem, to pacjent się w tym zgubi. Zacznie się wznagać u niego poczucie bezradności, które może doprowadzić do biernej agresji, zapomni o wskazaniach, nie dostosuje się do nich, będzie źle współpracował z lekarzem. Podsumowując: najważniejsze jest pierwsze wrażenie i nastawienie lekarza, jego postawa duchowa. Potem dostrojenie, tryb podejmowania decyzji oraz podsumowanie – adekwatne do możliwości poznawczych pacjenta, tak proste, jak to możliwe.

– Rozmawiamy o tym, jak lekarz może obronić się przed agresją... Ale podstawowe pytanie powinno brzmieć: jak pomóc pacjentowi, by potrafił nad sobą panować?

– By pomóc pacjentowi panować nad sobą, musimy zdawać sobie sprawę, że w chwili gniewu jest on na poziomie regulacji podkorowej. To znaczy, działają mechanizmy, które dzielą świat na „obcy – swój”, „wrogi – przyjazny”, które opar-

te są na uproszczonym, atawistycznym obrazie świata i rzeczywistości. Panowanie nad sobą jest natomiast funkcją kory przedczołowej. By pomóc pacjentowi panować nad sobą, trzeba przede wszystkim przeprowadzić go z poziomu programu „gadziego mózgu” na poziom programu ludzkiego mózgu. W związku z tym, w momencie wystąpienia agresji z pewnością nie ma sensu apelowanie o spokój. W takim momencie należy wykonać jakiś gest, który będzie początkowo dostrojony do tego pierwotnego poziomu. Stąd pomysł podniesienia dłoni i donośne powiedzenie: „stop!”. To może także być powstanie samemu zza biurka lub otwarcie okna, by było chłodniej w pomieszczeniu. Po-

zornie te gesty nie mają pragmatycznego znaczenia, ale dają możliwość bycia z pacjentem na tym samym poziomie emocji, by następnie zrobić pauzę. Taki moment „stopklatki” otwiera pole do rozmowy. Jeżeli nie doprowadzimy tej do przerwy – pacjent nie ma szansy wrócić do poziomu, w którym będzie się kontrolować. Chciałbym jeszcze raz podkreślić, że w sytuacji wzburzenia nie ma żadnego sensu tłumaczenie czy odwoływanie się do wyższych wartości lub kultury osobistej. Jest taka zasada w teorii inteligencji emocjonalnej, mówiąca że nie łąta się zatopionej łódki. Najpierw zatopioną łódkę należy wydobyć na powierzchnię, osuszyć i dopiero załatać, by mogła płynąć dalej. Podobnie trudno podejmować dyskusje i negocjować z kimś, kto jest zatopiony w swych emocjach.

– W jaki sposób radzić sobie na co dzień ze stresem i napięciem wynikającym z kontaktów z trudnym pacjentem?

– W Polsce jest wiele badań nad jakością życia pacjentów niedowidzących, ze stwierdzeniem rozsianym, ze schorzeniami krążenia etc. Natomiast mamy bardzo niewiele badań nad jakością życia lekarzy i tym samym nad ich poziomem wypalenia zawodowego. Jest tylko kilka doniesień, z których wynika, że poziom wypalenia zawodowego polskich lekarzy jest nie mniejszy i nie większy niż światowy. Światowy zaś jest bardzo wysoki. W Wiel-



►►► kiej Brytanii około 40 proc. lekarzy miewa symptomy wypalenia zawodowego. Wypalenie zaś polega na tym, że człowiek, który wczoraj był zaangażowany, dziś staje się cyniczny, wrogi i zgorzkniały. By do tego nie dopuścić, trzeba rozpoznawać pierwsze symptomy, niepokoić powinny nas: sącząca się irytacja, niechęć wyjścia z domu do pracy, niechęć do pacjentów, trudności z zaśnięciem, skłonność do objadania się i nadużywania używek. To częściowo także pierwsze symptomy zespołu depresyjnego, jednak z badań wynika, że wypalenie nie jest tym samym. Do wypalenia zawodowego prowadzą dwie ścieżki: pierwsza (rzadsza), to ścieżka indywidualna, subiektywna lekarzy, którzy traktują swoją rolę zbyt idealistycznie, którzy za wiele obiecują sobie i pacjentom, osoby mocno zaangażowane – świeżo po studiach czy specjalizacji (zwłaszcza lekarze leczący choroby przewlekłe, onkologowie, pediatrzy). Im większa idealizacja roli, tym większe bywa rozczarowanie prowadzące do wypalenia. Jednak z badań ostatnich lat wynika, że wypalenie zawodowe lekarzy bierze się także z poczucia bezradności – dokładnie z tego samego źródła, z którego wynika agresja pacjenta. Bezradność u lekarzy związana jest najczęściej z niedomaganiem systemowymi, z małym poczuciem kontroli i wpływu na to, co można zrobić dla pacjentów, w jakich schematach leczyć, do jakich środków mieć dostęp, kombinacji biurokratycznej, etc. Jest jeszcze czynnik dezaprobaty i braku szacunku, który spotykamy m.in. w me-

diach, gdzie każde niedopatrzenie lekarza trafia na pierwsze strony prasy, zaś osiągnięcia i zasługi – jeśli w ogóle – publikuje się na stronach końcowych. Nie można zapomnieć o nadmiarze pracy, trudnościach godzenia roli zawodowej z osobistą, rodzinną. Sumowanie się tych wszystkich czynników może prowadzić do wypalenia zawodowego. Optimistycznie mogą jednak zacytować wyniki nowych badań nad stresem,

wiadomość. Dobra natomiast jest taka, że w pakiecie pytań tego badania było pytanie, czy uważasz, że stres jest szkodliwy dla zdrowia? Duża część odpowiedziała, że tak. Jednak były osoby, które odpowiedziały, że nie. Proszę wyobrazić sobie, że ci, którzy zmarli w grupie z najwyższym poziomem stresu należeli do tych, którzy uważali stres za szkodliwy dla zdrowia. Prawie wszyscy z grupy nieuwzględniających stresu za szkodliwy, pomimo że oceniali jego poziom bar-

Na poziomie pierwotnych impulsów pacjent czyta z sylwetki lekarza, czy ma siłę wewnętrzną, czy może sam jest człowiekiem zestresowanym lub napiętym, dumnym lub „wyższościowym”.

przeprowadzonych przez amerykańskich naukowców: Kellera i innych. Badanie wykonano na olbrzymiej grupie blisko kilkudziesięciu tysięcy zdrowych osób. Osiem lat temu zapytano respondentów, czy mają poczucie, że stres w ich życiu i pracy jest na poziomie niskim, średnim, czy wysokim. Okazało się, że po ośmiu latach, gdy odtworzono przeżywalność w tej grupie, blisko 30 proc. badanych określających poziom stresu jako bardzo wysoki już nie żyło, albo chorowało przewlekłe. To jest zaś

dzo wysoko, przeżyli. To coś niebywałego. To może oznaczać, że nastawienie jest jeszcze silniejsze, niż samo działanie stresu. Brzmi to prawie ezoterycznie. W tym kontekście przypomina mi się wschodnie powiedzenie, że „człowiek raczej dostaje to, czego oczekuje, niż to, czego potrzebuje”. Praca nad swoim nastawieniem, pomimo tego że świat jest jaki jest, pomaga w przyjmowaniu trudności i przekierowaniu energii w pozytywną stronę. Pamiętajmy o tym, napotykając „trudnych pacjentów”. ●

Lekarz vs. funkcjonariusz publiczny

W debacie publicznej wielokrotnie podnoszono temat nadania zawodowi lekarza statusu funkcjonariusza publicznego (podmiotu, który z uwagi na szczególną pozycję zawodową lub posiadane kompetencje korzysta na gruncie polskiego prawa karnego ze specjalnej ochrony prawnej).

W art. 222 Kodeksu karnego czytamy: „Kto narusza nietykalność cielesną funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy przybranej podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat trzech.”

Od 1 stycznia 2012 roku ochroną przewidzianą dla funkcjonariuszy publicznych objęto zawód pielęgniarzek i położnych. Za ich znieważenie podczas wykonywania obowiązków służbowych grozi kara określona przepisami K.k. Wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentystry, podobnie jak wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej narażone jest na agresję ze strony pacjentów, rozwiązania legislacyjne dla tych pierwszych nie doczekały się jednak

pomyślnego finału, choć samorząd zawodowy czyni starania, by ochrona prawna należała się także lekarzom. Już dziś, w pewnych okolicznościach, ustawa chroni lekarzy (określanych w tym kontekście mianem „podmiotów korzystających z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego”).

W art. 44 czytamy: „Lekarzowi, który wykonuje czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w przypadku udzielania pierwszej pomocy przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu”.

O komentarz w sprawie poprosiliśmy Biuro Prasowe Naczelnej Izby Lekarskiej: „Naczelna Rada Lekarska wykonała działania, do których zobowiązywała ją uchwała X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 roku występując do Ministerstwa Sprawiedliwości w sprawie objęcia lekarzy i lekarzy dentystrów podczas wykonywania czynności zawodowych ochroną przewidzianą dla funkcjonariuszy publicznych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

Ministerstwo Sprawiedliwości wyraźnie zaznaczyło, że lekarze i lekarze dentyści są objęci ochroną dla funkcjonariuszy publicznych przewidzianą w ustawie Kodeksu karnego. Kwestia ta została jednoznacznie uregulowana w art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, gdzie przyznaje się ochronę prawno-karną należąca funkcjonariuszowi publicznemu temu lekarzowi, który udziela pomocy doraźnej lub udziela pomocy w przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Należy natomiast podkreślić, że o ile lekarz jest objęty ochroną dla funkcjonariuszy publicznych w wymienionych przypadkach wynikających z art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, o tyle lekarz nie jest funkcjonariuszem publicznym z racji wykonywania zawodu” – podsumowuje Katarzyna Strzałkowska, rzecznik prasowy NIL. ●

Aleksandra Wiśniowska

Lekarz do bicia?

Rękoczynny, agresywne gesty, a może „tylko” niewybredne słownictwo? W gabinetach lekarskich nierzadko rozgrywają się sceny rodem z filmu grozy. Jakie doświadczenia mają śląscy lekarze stykający się z pacjentem tracącym nad sobą kontrolę?

Dentystka pracująca w NZOZ-ie:

– W gabinecie stomatologicznym często mam do czynienia z pacjentami wzbudzonymi emocjonalnie. Podejrzewam, że to strach potęguje w nich skrajne emocje, dlatego staram się być wyrozumiała i cierpliwa. Miałam jednak przypadek, kiedy na umówioną ekstrakcję przyjechał pacjent, który chwilę przed wejściem do gabinetu wypalił papierosa. Po przywitaniu grzecznie poprosiłam, by umył zęby (zaoferowałam darmową, jednorazową szczoteczkę z pastą), pouczyłam też, że palenie źle wpływa na gojenie się rany i że nie powinien być palić, ani przed, ani po zabiegu. Moje słowa wzbudziły gniew, nie obszedło się bez wulgaryzmów pod moim adresem, pacjent splunął na podłogę w gabinecie i z hukiem trzaskając drzwiami, opuścił pomieszczenie. Czulałam się totalnie bezradna. Przyznam, że nie wiem, czy jeszcze kiedyś pozwolę sobie na zwrócenie uwagi... Może lepiej było nie reagować.

Lekarz ginekolog:

– Po całonocnym dyżurze w szpitalu zgodziłem się przyjąć jeszcze kilka pacjentek w poradni. Po konsultacji jednej z nich wypisałem druk ZLA, na którym błędnie (pewnie przez zmęczenie) wpisałem datę końca obowiązywania zwolnie-

nia. Nieświadomy pomyłki poprosiłem pacjentkę, by sprawdziła poprawność danych – potwierdziła. Po blisko dwóch godzinach do gabinetu zapukał rozwścieczony mąż tej pacjentki i w bardzo niewybrednych słowach skomentował moją pomyłkę oraz swoją konieczność ponownego przyjazdu do poradni. Byłem zaskoczony drastycznym przebiegiem rozmowy, przyznam – sam podniosłem ton głosu, wstałem z krzesła i kazałem mu wyjść, w odpowiedzi usłyszałem inwektywy, z kitła zerwano mój imienny identyfikator i powiedziano, „gdzie mogę go sobie włożyć”. Potem usłyszałem już tylko trzask drzwi. Nie zdałem sprawy swoim przełożonym, uznałem, że szkoda zachodu. Może to mój błąd.

Kierowniczka NZOZ:

– Kilka razy wzywaliśmy Policję. Raz był to pacjent, jak się okazało, niezrównoważony psychicznie, innym razem pod wpływem alkoholu. To były typowe agresje, z waleniem w biurko, przewróceniem lampy itd. Częściej spotykamy się ze słownymi awanturami, obrażaniem personelu, krzykiem i wyzwiskami. Trudno za agresję uznać jawowite i złośliwe uwagi, ale te są najczęstsze i bolą równie mocno.

Not. Aleksandra Wiśniewska, Grażyna Ogródowska

Z punktu widzenia lekarza pierwszego kontaktu

Coś więcej, niż pociąg do kolejek

(...) Czy pamiętacie Państwo starą anegdotę o przykrótkiej kołdrze? Kiedy pewnemu legendarnemu władcy marży nogi lub głowa – w zależności od tego, jak naciągał przykrycie – Hodża Nasreddin, nadworny mędrzec, uderzył w stosownej chwili bambusem po nogach króla...



Nie wiem czy Donald Tusk wzorował się na tej postaci, zapowiadając swego czasu konsekwencje wobec lekarzy, którzy będą „utrudniali życie pacjentom”. Podobnie jak wcześniej Ludwik Dorn, który chciał nas „brać w kamasze”. Nie byłoby to aż tak zło-wieszczo sarkastyczne, gdyby nie fakt, że królem jest pacjent, nie medyk. To pacjenta będą – w najlepszym wypadku – bolały pięty po takiej lekcji gospodarności, jaką chce nas uraczyć dowolny reformator służby zdrowia, przelewający z pustego w próżne...

► PORADY WYSOKIEJ KOMPETENCJI

Szukanie oszczędności to limitowanie ilości zakontraktowanych porad. Nie oszukujemy się: wielu specjalistów chętnie podjęłoby się otworzyć szerzej drzwi gabinetów, mając zagwarantowane godziwe wynagrodzenie. Nie uciekam przy tym od pytania czy więcej rzeczywiście znaczyłoby lepiej? Albo sensowniej? Pamiętajmy jednak – w wolnej gospodarce, opartej o zdrową ekonomię, to popyt i podaż regulują rynek. Gospodarowanie pieniędzmi w publicznej służbie zdrowia w oczywisty sposób nie jest „wolne”... Zaś dysproporcja między popytem a ofertą aż nadto rzuca się w oczy. Skoro wypłynął temat realnego zapotrzebowania na porady wysokiej kompetencji, zastanówmy się: czy lekarz pierwszego kontaktu w wielu przypadkach nie mógłby odciążyć wąsko wyspecjalizowanych kolegów? Oczywiście tak. Ale wymaga to spełnienia szeregu warunków! Po pierwsze, taki „frontowy



żołnierz Esculapa" musi być dobrze wyszkolony i solidnie wyposażony. Nie tylko w polskiej rzeczywistości szkolenia są drogie. (...) A jeśli mimo tych trudności lekarz podstawowej opieki zdrowotnej posiadał rozległą wiedzę i ciągle ją doskonalił? I w świetle tej wiedzy chce leczyć racjonalnie, jak przystało na epokę Evidence Based Medicine? Czy może pokierować swego podopiecznego na badanie EKG metodą Holtera? Albo echokardiografię? Bądź tomografię komputerową? Takie opcje są dla niego równie fantastyczne, jak... pół godziny czasu dla pacjenta. W imię „racjonalizacji wydatków na diagnostykę”. Nie pozostaje mu nic innego, niż wypisanie skierowania do kolejki... Tfu, do specjalisty. Z drugiej strony, nie łudźmy się: nawet najlepszy kurs – dajmy na to, oglądania dna oka – nie zastąpi tysięcy godzin doświadczenia, jakiego nabywa okulista. Koncepcja lekarza rodzinnego jest zapewne słuszna, ale upatrywanie w niej genialnego środka na zmniejszenie zapotrzebowania na wizyty specjalistyczne, trąci grzechem pychy. Choć nie wyklucza przydatności oftalmoskopu w gabinecie przeskolonego „pezetowca”... Tylko kto go powinien zakupić?

▶ KTO „ROBI TŁOK” W POCZEKALNIACH?

Trudno jest zbudować zaufanie pacjenta do lekarza POZ, bo przecież przez wiele lat miał nieskrępowany dostęp do specjalisty (z którym spotykał się w „pierwszym kontakcie”) i zgodnie z „socjalistyczną tradycją” wychodzi z założenia, że... jego nienaruszalnym prawem jest leczenie u „fachowca”. Będzie się domagał skierowania do pulmonologa z powodu zapalenia oskrzeli czy do kardiologa z powodu „kłucia w sercu”. A lekarzom – uderzmy się w pierś – często brak odrobiny asertywności. Wpadamy w błędne koło: ulegając łatwo presji pacjenta, niejako przyznajemy mu rację; sugerujemy, iż brak nam kompetencji. Na kolejnej wizycie zapewne zamiast usłyszeć o dokuczliwych objawach, wysłuchamy kolejnego żądania pokierowania tu czy tam. Paradoksalnie, długie kolejki nieco ograniczają taki proceder. Niestety, finalny efekt jest zły... Ten, kto powinien uzyskać pomoc specjalisty niezwłocznie, czeka. Lub rezygnuje. Ten, komu taka pomoc jest zbyt cenna – „robi tłok” w poczekalniach... Stary, sprawdzający się niegdyś zwyczaj dopisywania na skierowaniu „pilne”, w praktyce często nie funkcjonuje. Tu znów musimy się pokajać: bywa, że nadużywamy tego zwrotu. Czasem z powodu nalegania pacjentów, którym nie potrafimy odmówić. Naciskają, bo kolejki są długie. Błędne koło. A czasem – z niewiedzy czy konkretny problem jest rzeczywiście pilny. Wraca więc kwestia szkoleń; dodam, że potrzebne są również seminaria z zakresu komunikacji z pacjentem. Kwestia czasu poświęconego choremu...

Oszczędzanie na kształceniu w sektorze zdrowia to również ograniczanie miejsc na uniwersytetach medycznych. Skutki? Najmniejsza liczba lekarzy w przeliczeniu na jednego mieszkańca w UE (raport OECD „Health at Glance: Europe 2012”). A przecież nie brakuje chętnych do podjęcia studiów medycznych, chcieliby się rzec: mimo wszystko...

▶ PÓŁ GODZINY DLA PACJENTA JAKO EKSTRAWAGANCJA

Czy postulowane przeze mnie pół godziny dla pacjenta to ekstrawagancja? Może... Ale dokładne, spokojne zebranie wywiadu, poparte szczegółowym badaniem fizykalnym, pozwala często uniknąć niepotrzebnych testów dodatkowych, które generują koszty, nakręcając spiralę deficytu i wydłużając czas do rozpoczęcia terapii. A rozmowa z pacjentem na temat profilaktyki? Trybu życia? „Lepiej zapobiegać, niż leczyć”. Jak osiągnąć zmianę zachowań? Wie o tym każdy ksiądz, gromadząc wiernych co tydzień na kazaniu. Nie rzuca „poczytajcie sobie na ten temat w Biblii”, nie odsyła do stron internetowych. Woli przekaz bezpośredni, bo jest on po prostu skuteczniejszy... I przeznaczają na to czas, mając za sobą dwa tysiące lat doświadczenia potężnej instytucji. Przyzna-

ję: nadal pół godziny może wydawać się przesadą. Do momentu, kiedy przypomnimy sobie o obowiązku prowadzenia dokumentacji, na którą składa się coraz więcej... papierów. No tak... Ten tekst piszę na komputerze. Ale większość spraw w gabinecie „załatwiam” długopisem... W Internecie co chwila pojawiają się nowe informacje o rozpędzającej się informatyzacji w służbie zdrowia. Tyle, że „rozpędzającej się” o wiele wolniej, niż nieszczerne „Pendolino”. Czy stworzenie spójnego, elektronicznego systemu, gwarantującego sprawny przepływ informacji – o tym na przykład, że pacjent zapisany jest w kilku kolejkach do tożsamych specjalistów – usprawniłoby, trzymając się (nomen omen) kolejowej terminologii, zawiadywanie ruchem? Oczywiście, że tak. Uprościłoby szereg czasochłonnych czynności, jak wypisywanie skierowań, zaświadczeń, recept? Niewątpliwie. A czy kosztuje? No cóż. W perspektywie przynosi zysk. Ale wpięć należy zainwestować...

▶ AKCELERATOR, NIE HAMULEC

Niestety, biurokracja również narasta synchronicznie z poszukiwaniem oszczędności... Żeby NFZ nie zakwestionował zasadności zalecanego przez nas – dodajmy: refundowanego – leczenia, musimy wypisywać w kartotekach szereg sformułowań, przypominających mowę adwokacką. Udowadniamy, że pacjent nie symuluje i że my – jesteśmy absolwentami medycyny, nie wielbładami. Albo wyłudzacami. Do tego pod groźbą kar dołączamy „materiał dowodowy” w postaci konsultacji specjalistów. Czasem rzeczywiście potrzebnych, czasem stanowiących jedynie formalność. Taką, która wydłuża kolejki... Skoro już jednak zasada pozyskiwania pisemnych konsultacji została niejako wymuszona, spróbujmy uczynić z niej akcelerator, nie hamulec! Potrzeba do tego pewnego zaangażowania ze strony konsultanta. Niech nie ogranicza swoich informacji do ustalenia rozpoznania, lecz uzupełni je (w miarę możliwości) cennymi wskazówkami: Jak prowadzić leczenie – nie „jednostki chorobowej”, od tego są podręczniki – ale konkretnego pacjenta? Co powinno w jego przypadku nas niepokoić? Jak modyfikować terapię w zastrzeżeniach? Kiedy zlecać badania kontrolne? Tak poinstruowany lekarz rodzinny poczuje się o wiele pewniej i być może poradzi sobie w sytuacjach, w których korci go wystanie chorego po kolejną opinię...

▶ ŻYCZENIOWE MYŚLENIE

Na koniec: czy bólecza kolejek do poradni specjalistycznych da się rozwiązać bez „dosypania” pieniędzy w sektor zdrowia publicznego? Powołam się jeszcze raz na stworzony przez OECD i Komisję Europejską raport „Health at a Glance: Europe – 2012”. Wydatki na ochronę zdrowia wynosiły w Polsce 1068 euro (per capita) w 2010 roku. To cztery razy mniej niż w Norwegii i Szwajcarii, trzy razy mniej niż w Niemczech, dwa razy mniej niż we Włoszech. Nie lepiej przedstawia się sprawa z perspektywy innej statystyki: odsetek PKB wydawany na szeroko pojęte zdrowie wynosi dla Polski 7% (środki prywatne i publiczne). Tylko w państwach bałtyckich i w Rumunii jest niższy. W Holandii wynosi 12%, we Francji i Niemczech 11,6%. Przy średniej dla UE na poziomie 9%. Nie twierdzę, że gospodarowanie tym, czym dysponujemy, jest optymalne. Możemy to i owo usprawnić. Ale oczekiwanie, że w ten sposób osiągniemy nowy „cud nad Wisłą”, przypomina pragnienie zaoszczędzenia połowy baku paliwa poprzez bardziej ekonomiczną technikę jazdy, w trasie ku oczekiwany przez wszystkich standardom. To myślenie życzeniowe, któremu blisko jest do wiary w magię i gusła. ●

Wojciech Bednarski

Sprostowanie

Autorem reportażu „Chodzenie po bagnach wciąga”, zamieszczonego we wrześniowym numerze PM jest Pan doktor Łukasz Lubelski, a nie, jak napisaliśmy, Tadeusz. Autora i czytelników przepraszamy.

Dobra osobiste

Lekarze coraz częściej sygnalizują w naszym biurze prawnym problemy związane z ochroną ich dóbr osobistych. Problematyka nie jest prosta, w praktyce często okazuje się, że do naruszenia dóbr osobistych nie dochodzi lub pomimo naruszenia, dochodzenie praw przed sądem jest utrudnione.

Dobra osobiste podlegają ochronie w kilku aktach prawnych, jednak chciałbym skupić się na ochronie wynikającej z kodeksu cywilnego (k.c.).

Kodeks cywilny w art. 23 wylicza dobra osobiste człowieka: zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania, twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska, które podlegają ochronie.

Wyliczenie to jest przykładowe, a orzecznictwo sądowe wypracowało jeszcze katalog innych dóbr osobistych podlegających ochronie. Zgodnie z art. 24 k.c. ten, czyje dobro osobiste zostaje zagrożone cudzym działaniem, może **żądać zaniechania tego działania**, chyba że nie jest ono bezprawne oraz tego, by osoba, która dopuściła się naruszenia, dopełniła czynności potrzebnych do **usunięcia jego skutków**, w szczególności, by złożyła oświadczenie odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie. Może **żądać zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty** odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny, jeżeli wskutek naruszenia dobra osobistego została wyrządzona szkoda majątkowa, poszkodowany również może żądać jej naprawienia.

Aby doszło do naruszenia dóbr osobistych, muszą zostać spełnione łącznie trzy przesłanki: **istnienie dobra osobistego, zagrożenie lub naruszenie tego dobra, bezprawność jego zagrożenia lub naruszenia.**

O ile fakt opublikowania zniesławiającego artykułu w prasie dotyczącego danego lekarza nie rodzi problemów dowodowych, o tyle jeśli z naruszeniem dobra osobistego mamy do czynienia np. na korytarzu szpitalnym, sprawa nie jest już taka łatwa, gdy odtworzenie danego zachowania lub treści wypowiedzi, ma miejsce na podstawie zeznań stron i świadków. Ponadto dochodzenie roszczeń możliwe jest jedynie, gdy możemy zidentyfikować podmiot, który dopuszcza się naruszenia, jak i podmiot, którego naruszenie dotyczy. Warto powołać orzeczenie Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 24 maja 2002 r., I ACa 1459/01, w którym to Sąd stwierdził, że



foto: Obraz licencjonowany przez Depositphotos.com/Drukarnia Chroma

Naruszenie dobrego imienia może mieć miejsce też poprzez rysunek, fotografię, a nawet gest.

Każdy przypadek naruszenia dóbr osobistych musi być poddany indywidualnej analizie.

„Okoliczność, że w notatce prasowej nie wymieniono nazwiska powoda ani jego miejsca zamieszkania, nie uchyla naruszenia jego czci i dobrego imienia, jeżeli treść notatki pozwala na identyfikację osoby powoda w jego środowisku”.

► Dобра OSOBISTE GRUPY OSÓB

Należy przychylić się do poglądów, z których wynika, że **ochrona przysługuje wówczas, gdy każdą osobę z tejże grupy można zidentyfikować, a sama grupa w sobie jest niewielka**. Ponadto **obraźliwa wypowiedź musi odnosić się do poszczególnych członków danej grupy, a nie grupy samej w sobie**. Nie można zatem wykluczyć przyznania roszczeń poszczególnym lekarzom, pod adresem których padło stwierdzenie, że „wszyscy lekarze z oddziału X w szpitalu Y biorą łapówki” (*ale już nie wobec stwierdzenia w mediach „lekarze biorą łapówki” – przyp. redakcji*).

► NARUSZENIE CZCI I DOBREGO IMIENIA

W praktyce lekarze najczęściej wskazują na naruszenia czci oraz ich dobrego

imienia. Naruszenie to może przejawiać się w różnych formach np. w wypowiedzi ustnej, pisemnej, lub przekazanej za pośrednictwem innego nośnika informacji. Naruszenie może nastąpić w artykule prasowym, w wywiadzie, książce, audycji radiowej, telewizyjnej, Internecie. Naruszenie może także mieć miejsce poprzez rysunek, fotografię a nawet gest.

Nie wdając się w szczegółową analizę konstrukcji prawnej naruszenia dóbr osobistych, na koniec należy stwierdzić, że ocena, czy nastąpiło naruszenie dobra osobistego, nie może być dokonana według indywidualnej wrażliwości zainteresowanego, lecz przede wszystkim według **obiektywnej społecznej miary i oceny rozsądnego, uczciwie myślącego człowieka**. Niewątpliwie każdy przypadek naruszenia dóbr osobistych musi być poddany indywidualnej analizie. ●

**Radca prawny
Śląskiej
Izby Lekarskiej
Jakub Frakowski**

Mikrofony, kamery, dyktafony, czyli lekarz w medialnym świecie

Czytelnicy, słuchacze, telewidzowie czy internauci bardzo lubią wywiady, a nawet tylko krótkie wypowiedzi dające namiastkę obcowania z autorytetem, ważną osobą, która ma coś interesującego do przekazania. Z pewnością do tego grona zaliczają się lekarze, bo to w ich ręce oddajemy to, co najcenniejsze: zdrowie i życie. Tak w najprostszy sposób można wytłumaczyć niesłabnące zainteresowanie światem medycznym w mediach. „Zaraz, ale obraz lekarzy jest przekłamany, jesteście albo cudotwórcami, albo przestępcami!” – zauważył kiedyś, podczas spotkania w Śląskiej Izbie Lekarskiej, Pan Profesor **Jerzy Arendt**. Niewątpliwie miał rację. Infotainment przyniósł nam bowiem zmianę priorytetów: bardziej liczy się sposób przedstawienia informacji: ma być krótko, prosto i atrakcyjnie. Zdarza się, niestety, że część rozrywkowa odbywa się kosztem przekazywania faktów. Można nad tym ubolewać, ale zmienianie medialnych reguł gry nie jest rolą ani lekarzy, ani specjalistów z zakresu polityki wizerunkowej. Warto jednak umiejętnie zastosować się do zaistniałej sytuacji tak, aby powstały materiał stał się początkiem udanej współpracy i swoistej medyczno-medialnej symbiozy.

Rozmowa przed kamerą. Zawsze stresująca, emocjonująca, ujawniająca czasem wiele niedoskonałości (językowych, wizerunkowych). Jednym słowem: trudna. Jeśli jest to jedynie nagranie – zawsze można poprosić o powtórzenie (nie należy jednak tej możliwości nadużywać z uwagi na ograniczony czas, jakim zwykle dysponuje ekipa reporterska), jeśli jest to „wejście na żywo” – szans na powtórkę nie będzie. Warto z pewnością zadbać o ubiór: stonowany, bez kolorów zbliżonych do ludzkiego ciała (np. brązowy, beżowy), jeśli zaś lekarz występuje w kitlu – trzeba pamiętać, by nie krępował on ruchów. W zestawie obowiązkowym powinien znaleźć się także... puder sypki – nie tylko w przypadku pań, ale i panów. Dlaczego? Stres, połączony z ciepłem skierowanym w stronę rozmówcy np. z lampki umocowanej na kamerze, mogą spowodować, że twarz osoby wypowiadającej się będzie wyglądała jak spocona. Jest to wyjątkowo niekorzystny efekt. Ważne jest także ustawienie względem kamery, a także tło, które udzielający wywiadu ma za sobą (najlepiej neutralne, ale nie całkiem statyczne). Unikajmy także potencjalnej kryptoreklamy (np. banneru ustawionego za plecami, logo producenta odzieży). Przed rozpoczęciem wywiadu obie strony muszą wiedzieć, o czym chcą rozmawiać. Na pewno wywiad „o wszy-

Jak Cię widzą – tak Cię piszą. Prawda stara jak świat, powtarzana od pokoleń. Dziś warto jednak dodać: jak Cię sfilmują, nagrają – tak będziesz wyglądać...



Doktor Łukasz Drzyzga podczas jednego z briefingów w Centrum Okulistyki.

kim i niczym” będzie porażką. Trzeba znaleźć tzw. klucz, czyli kierunek rozmowy. Dobrze jest wcześniej przygotować listę pytań tworzących zarys wywiadu. Dziennikarz musi reagować na odpowiedzi rozmówcy i stawiać także nieplanowane pytania, czasem takie, które nie należą do wymarzonych. Nie jest jednak dobrym pomysłem udzielanie wywiadu przez telefon. Trudno wtedy jednoznacznie określić intencje pytającego, a nawet tożsamość dziennikarza (nie mamy przecież pewności z kim rozmawiamy).

Odrębną kwestią pozostaje rozmowa nagrywana na potrzeby radia. Szczególnie ważne stają się tu: ton głosu, odpowiednie tempo mówienia (zbyt szybkie sprawia, że mamy wrażenie chaosu i niezrozumienia, zbyt wolne – że rozmówca tak naprawdę nie ma ochoty na dzielenie się informacjami z odbiorcą). Jeśli np. w szpitalu będzie realizowany dłuższy materiał (tzw. relacja reporterska) z pewnością pojawi się prośba o „dźwięki” np. charakterystyczne dla sali operacyjnej, po-

czekalni, gabinetu zabiegowego itd. Warto pomyśleć o tym wcześniej i przygotować się na taką ewentualność. Jeśli lekarz zostaje zaproszony do studia radiowego, by porozmawiać na żywo – warto przygotować się na to, że zadawane pytania będą celowo „podgrzewały atmosferę”, będą kontrowersyjne. Nie może to jednak wyprowadzić rozmówcy z równowagi. Zasada jest jedna: im więcej emocji wywołuje temat – tym więcej pokładów cierpliwości trzeba uruchomić. Trzeba wreszcie pamiętać, że rozmowa na antenie radiowej czy telewizyjnej to nie wykład dla profesjonalistów, ale strumień informacji płynący do odbiorcy, który nie posiada medycznego wykształcenia. Unikamy zatem skomplikowanych sformułowań, trudnych nazw czy określeń rodem z literatury fachowej. Jeśli ich użycie jest konieczne – wyjaśniamy natychmiast ich znaczenie. ●

Anna Ginal

(autorka jest rzecznikiem prasowym Uniwersyteckiego Centrum Okulistyki i Onkologii SP Szpitala Klinicznego SUM w Katowicach)

Postępy w chirurgii endokrynologicznej – spotkanie chirurgów w Koszęcinie

XI Spotkanie Polskiego Klubu Chirurgii Endokrynologicznej zorganizowane przez prof. dr hab. n. med. Jacka Gawrychowskiego – kierownika Katedry i Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej – miało miejsce 18-20 września br. w siedzibie Zespołu Pieśni i Tańca „Śląsk” im. Stanisława Hadyny – w Koszęcinie.

Ceremonię otwarcia konferencji uświetniła obecność wicewojewody śląskiego **Andrzeja Pilota**, Jego Ekscelencji ks. biskupa **Gerarda Kusza** oraz prorektora ds. klinicznych SUM w Katowicach prof. **Damiana Czyżewskiego**. Obecni byli też krajowi konsultanci: ds. chirurgii ogólnej – prof. **Grzegorz Wallner** oraz ds. chirurgii onkologicznej – prof. **Krzysztof Herman**. Wykład inauguracyjny pt. *To myśl i doświadczenie są motorem postępu* wygłosił nestor polskich chirurgów – prof. **Tadeusz Tołłoczko**, jeden z twórców chirurgii endokrynologicznej w Polsce

Spotkanie poprzedził kurs ultrasonografii tarczycy, który prowadzili znakomici specjaliści w tej dziedzinie: prof. prof. **Marek Ruchała**, **Bogdan Marek**, **Dariusz Kajdaniuk**.

Tematem, wokół którego toczyły się obrady klubu, były postępy w chirurgii endokrynologicznej. Jak podkreśla inicjator i organizator spotkania – prof. **Jack Gawrychowski** – udało się tym razem zaprosić wielu wybitnych ekspertów, nie tylko z dziedziny chirurgii, ale również biologii molekularnej, histopatologii, diagnostyki obrazowej oraz innych specjalności klinicznych. Interdyscyplinarny charakter zjazdu obrazuje także szeroka tematyka obrad, jakie objęły sesje wokół postępów w diagnostyce chorób tarczycy, przytarczyc i nadnerczy, ponadto rzadkich nowotworów endokrynnych. Omawiano też rolę neuromonitoringu we współczesnej chirurgii tarczycy i przytarczyc, a także wpływ chorób tarczycy, przytarczyc i nadnerczy na inne schorzenia ogólnoustrojowe i ciążę. Wśród podjętych w ramach obrad zagadnień znalazł się także zawsze mało popularny temat powikłań po operacji tarczycy i przytarczyc.

W ramach spotkania odbyły się dwie Konferencje Okrągłego Stołu, koncentrujące się wokół kontrowersji związanych z dylematem: chirurgia klasyczna czy małoinwazyjna w operacjach endokrynologicznych, a także lymphadenektomia w leczeniu operacyjnym raka tarczycy – czy, kiedy i w jakim zakresie?

Program naukowy spotkania odbywającego się w pięknej scenerii pałacu w Ko-



Prof. Jacek Gawrychowski wręcza Medal Okolicznościowy Klubu Chirurgii Endokrynologicznej prof. Tadeuszowi Tołłoczko.

szęcinie uświetniły też znakomite występy artystów światowej sławy Zespołu „Śląsk”.

► PROMOCJA KSIĄŻKI

W trakcie obrad odbyła się też promocja książki „Choroby tarczycy i przytarczyc. Diagnostyka i leczenie” pod red. prof. prof. **Jacka Gawrychowskiego** i **Barbary Jarzęb** (wyd. Medipage) – przegląd najnowszych osiągnięć w diagnostyce i leczeniu chorób tarczycy i przytarczyc oraz związany z tym postęp w leczeniu chirurgicznym chorych.

Od połowy XIX wieku, kiedy Francuska Akademia Medycyny stała się inicjatorem wprowadzenia całkowitego zakazu operacji tarczycy, minęło z górą 160 lat. Zwrot w tej dziedzinie medycyny nastąpił dopiero na przełomie XIX i XX wieku, kiedy to w 1909 r. Nagrodę Nobla za pracę na temat fizjologii, patologii i chirurgii tarczycy otrzymał **Theodor Kocher**, uważany za ojca współczesnej chirurgii tego gruczołu. Od tego czasu dokonał się znaczny postęp w rozwoju embriologii i patomorfologii badań biochemicznych tarczycy, nieco później także i przytarczyc. Dokładne poznanie anatomii i fizjologii tych gruczołów, wreszcie ewolucja w zakresie ustalania wskazań do operacji, jak i rozwój technik operacyjnych sprawiły, że postępowanie chirurgiczne w tym zakresie stało się w miarę bezpieczne, wciąż jednak nie pozbawione możliwości powikłań.

Książka ma charakter interdyscyplinarny, gdyż nie należy zapomnieć, że chirurgia tarczycy i przytarczyc wchodzi w zakres kształcenia każdego chirurga ogólnego, wymaga jednak od niego podstawowej

wiedzy w zakresie endokrynologii. I odwrotnie, każdy endokrynolog winien też znać zasady kwalifikowania chorych do operacji z powodu różnych chorób tarczycy i przytarczyc, winien też znać podstawy postępowania przed-, śród- i pooperacyjnego. Przecież rozwój badań nad tarczycą i przytarczycami spowodował coraz częstsze rozpoznawanie chorób w tym zakresie, a tym samym wzrost odsetka osób wymagających leczenia operacyjnego, także we wczesnym stadium ich zaawansowania.

Książka przeznaczona jest dla chirurgów, również endokrynologów, ale też lekarzy innych specjalności – chorób wewnętrznych, pediatrii, patomorfologii, radiologii, anestezjologii, laryngologii. Aby zoperować chorego, nie wystarczy już być nawet najlepszym operatorem, należy posiadać wiedzę, którą współcześnie może zagwarantować jedynie zespołowa praca lekarzy wielu specjalności, pozwalająca na zachowanie ciągłości procedowania w zakresie diagnostyki i leczenia. Choroby tarczycy i przytarczyc to choroby ogólnoustrojowe, zwrócono więc uwagę na współistnienie z nimi schorzeń krążenia, chorób metabolicznych nerek, psychiatrycznych, wpływu, jaki wywierają na ciążę i rozwój płodu.

Wzajemna współpraca endokrynologii i chirurgii to już nie tylko potrzeba, ale wręcz wymóg. Należy pamiętać, iż uprawianą od początków bytomskiej kliniki, chirurgię endokrynologiczną rozwinął, zmarły w 1998 r., prof. **Jan Skrzypek**. To on był twórcą zespołu chirurgii endokrynologicznej w Bytomiu, był też Nauczycielem stanowiącym wzór postępowania dla kolejnych pokoleń chirurgów zajmujących się tą dziedziną chirurgii. ●

Jubileusz 85-lecia urodzin prof. Franciszka Kokota

Prof. dr hab. n. med. Franciszek Kokot, nestor śląskiej medycyny i wybitny nefrolog, skończył 85 lat. Z tej okazji podczas rozpoczynającego się 27 listopada w Katowicach 14. Katowickiego Seminarium „Postępy w nefrologii i nadciśnieniu tętniczym” życzenia dostojnemu jubilatowi złożyli m.in. przedstawiciele władz Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach i Szpitala Klinicznego im. A. Mielęckiego SUM.

Prof. zw. dr hab. n. med. dr h. c. multi Franciszek Kokot należy do najwybitniejszych polskich uczonych o międzynarodowej sławie. Jest autorem i współautorem ok. 640 publikacji oryginalnych i ponad 200 poglądowych, członkiem rzeczywistym Polskiej Akademii Nauk i Polskiej Akademii Umiejętności, doktorem honoris causa dziesięciu uczelni, członkiem honorowym wielu europejskich towarzystw nefrologicznych. Był twórcą, a w latach 1975-2000 kierownikiem Katedry i Kliniki Nefrologii (obecnie Katedra i Klinika Nefrologii, Endokrynologii i Chorób Przemiany Materii). W latach 1980-1982 był prorektorem ds. szkolenia podyplomowego, a w okresie 1982-1984 rektorem Śląskiej Akademii Medycznej. Jako nauczyciel akademicki, profesor i rektor, prof. Kokot miał istotny wpływ na kształcenie studentów i większości absolwentów Uczelni przez kilkadziesiąt lat. Jako czło-



Życzenia dla Jubilata składa prof. dr hab. n. med. Jan Duława.

nek Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów miał wpływ na kształcenie kadr naukowych w całej Polsce w latach 1979-2006. Jako autor podręczników oddziałuje na wszystkich studentów medycyny w kraju i lekarzy specjalizujących się w chorobach wewnętrznych i nefrologii.

W imieniu całej społeczności akademickiej najserdeczniejsze życzenia zdrowia i radości czerpanej z wielobarwnej palety zainteresowań oraz dobrych wspomnień, złożył Panu Profesorowi JM Rektor SUM prof. dr hab. n. med. **Przemysław Jałowiecki**:

– W imieniu Senatu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, wszystkich pracowników oraz własnym, proszę przyjąć podziękowania za

wieloletnią, pełną zaangażowania pracę naukową i dydaktyczną oraz za wiedzę i doświadczenie przekazywane przez Pana Profesora całym pokoleniom studentów i młodych pracowników nauki. Każde działanie Pana Profesora, wyróżniające się zawsze rzetelnością i poczuciem obowiązku, sprawiło, że zyskał Pan ogromne uznanie wśród współpracowników i wychowanków. Dziś otacza Pana grono wiernych uczniów, pełnych wdzięczności za okazywaną im przez lata troskę i osobistą sympatię. Wyrażam głęboką nadzieję, że w dalszym ciągu będziemy mogli korzystać z przychylności i życiowej mądrości Pana Profesora – powiedział rektor. (...) ●

Agata Kalafarska

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Plażowej - Niechorze 2014

Dwa srebra – kategoria kobiet i MIXT!

Reprezentacja Śląskiej Izby Lekarskiej, jak co roku, tak i tym razem była licznie reprezentowana. W najbardziej prestiżowej kategorii OPEN reprezentowały ŚIL w tym roku aż cztery pary: **Wojciech Kusak** i **Adam Mroczka**, **Przemysław Rosak** i **Michał Fatyga**, **Szymon Zuber** i **Jan Franke**.

Jak co roku, turniej był bardzo mocno obsadzony, bowiem w kategorii OPEN wystartowało aż 20 par plażowych, podzielonych na cztery grupy, z których tylko po dwie drużyny z każdej grupy awansowały do dalszych rozgrywek.

Niestety, w tym roku pogoda w pierwszym dniu zasadniczych rozgrywek grupowych kategorii OPEN okazała się mało łaskawa dla siatkarki. Wiał bardzo silny wiatr, który uniemożliwiał grę na normalnym poziomie, gra była bardzo przypad-

12-15.06.2014 r. odbyły się VIII już z kolei Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Plażowej w Niechorzu.

kowa i nie pozwalało to zaprezentowanie piękna tej dyscypliny sportu – niestety żadna z naszych par nie dostała się do fazy pucharowej...

W kategorii kobiet w tym roku reprezentowała nas tylko jedna para – **Monika Ziemianek** i **Paula Dudek**, które po zaciętej grze zdobyły srebrny medal.

W kategorii mixt natomiast wystartowało pięć par (**Małgorzata/Wojciech Kusak**, **Monika Ziemianek/Adam Mroczka**, **Agata Skibińska-Zuber/Szymon Zuber**, **Paula Dudek/Jan Franke**, **Julita/Michał Fatyga**). Po fantastycznej grze srebrny medal zdobyła para Monika Ziemianek/Adam Mroczka.

Na koniec tradycyjnie już, chcielibyśmy złożyć podziękowania dla prezesa Śląskiej Izby Lekarskiej dr. n. med. **Jacka Koza-kiewiczza** oraz przewodniczącego Komisji Sportu i Rekreacji ŚIL dr. **Jerzego Pabisa** za wszelką pomoc i wsparcie, jakiego nam udzielają.

Dopinguje nas to do odnoszenia kolejnych sukcesów sportowych. Miejmy nadzieję, że okazane wsparcie finansowe pozwoli również zachęcić i zmobilizować jeszcze większą liczbę zawodników do udziału w zawodach i podjęcia zmagania sportowych, zarówno na hali, jak i na piasku. ●

Wojciech Kusak

XII Igrzyska Lekarskie w Zakopanem (wrzesień 2014)

Jak co roku, w Zakopanem odbyły się Igrzyska Lekarskie, i jak co roku wystartowała w nich reprezentacja ŚIL. Nasi reprezentanci wzięli w turnieju siatkówki halowej oraz plażowej (kategorie: męska OPEN, żeńska, mixt). Nasi wszechstronni siatkarze tradycyjnie również startowali w innych dyscyplinach sportowych.

► TURNIEJ SIATKÓWKI HALOWEJ

Na hali, po obronie tytułu mistrzowskiego w Mistrzostwach Polski w Opolu (kwiecień 2014), chcieliśmy za wszelką cenę udowodnić, iż kolejne sukcesy naszej reprezentacji nie są przypadkowe. Losowanie sprawiło, iż dostaliśmy się do Grupy B wraz z Łodzią, Mińskiem – Centrum Onkologicznym oraz drużyną Poznań/Częstochowa. Grupę A stanowiły drużyny: Szczecina, Mińska – Polonii, i Opola/Bielska-Białej/Wrocławia. W naszej grupie, po przegranej z Łodzią i wygranych z pozostałymi drużynami, zajęliśmy drugie miejsce, które pozwoliło nam walczyć dalej, w półfinale. Pary półfinałowe tworzyły: ŚIL Katowice – Szczecin oraz Łódź – Opole/Bielsko-Biała/Wrocław. Po zaciętym półfinałowym pojedynku z drużyną ze Szczecina, w którym wygraliśmy w tie-breaku, w finale przyszło nam się spotkać z drużyną z Łodzi, która z kolei gładko pokonała rywali z mieszanej drużyny Opole/Bielsko-Biała/Wrocław. Tym sposobem ponownie spotkaliśmy się



Reprezentacja ŚIL w siatkówce halowej.

w finale z Łodzią, podobnie, jak podczas MPL w Opolu.

Finał toczył się bardzo podobnie jak kilka miesięcy temu i ponownie wyszliśmy zwycięsko w tie-breaku, wygrywając „na przewagi”!

Skład reprezentacji ŚIL: **Wojciech Kusak (K), Monika Ziemianek, Adam Mroczka, Adam Kabiesz, Szymon Zuber, Łukasz Polczak, Jan Franke, Przemysław Waluch.**

► TURNIEJ SIATKÓWKI PLAŻOWEJ

W kategorii OPEN zgłosiły się dwie nasze pary: **Wojciech Kusak/Adam Mroczka** oraz **Szymon Zuber/Wojciech Luboń.**

Turniej rozgrywany był „systemem brazylijskim”. Oznacza to, iż druga porażka eliminuje zespół z dalszych rozgrywek. Do finału dotarła nasza para Zuber/Luboń, ale niestety uległa obrońcom tytułu, parze **Pustelnik/Patkowski.** Tegoroczne srebro, po zeszłorocznym brązcie pary Kusak/Mroczka to kolejny dowód na to, iż nasi „plażowicze” reprezentują stałą, wy-

soki poziom rozgrywek w tej dyscyplinie. W kategorii Pań team **Monika Ziemianek/Paula Dudek** w ekstremalnych warunkach zdobyły złoty medal, poprawiając swój zeszłoroczny wynik (srebro). Jakby tego było mało, w kategorii mixt nasze doborowe teamy, występujące odpowiednio w zestawieniach **Ziemianek/Zuber, Dudek/Kusak** zdominowały rozgrywki, toccząc na zakończenie bratobójczy pojedynek o złoto. Ostatecznie po zaciętym boju lepsza okazała się para Ziemianek/Zuber, pokonując w tie-breaku swoich kolegów – Paulę i Wojtkę.

Na uwagę zasługują fakt, iż między zmaganiem na parkiecie i piasku nasi Siatkarze i Siatkarki zdobywali szereg medali w innych konkurencjach, w których mogli startować w przerwach między rozgrywkami siatkarskimi – wśród nich prym wiodła lekkoatletyka.

Po raz kolejny składamy podziękowania Śląskiej Izbie Lekarskiej za wsparcie, jakiego od lat nam udziela. Dziękujemy! ●

Siatkarze

Wojciech Kusak

XII Igrzyska Lekarskie

Tegoroczne XII Igrzyska Lekarskie odbyły się we wspaniałej atmosferze. Do grona lekarskich sportowców dołączyło wielu nowych uczestników. Najwięcej emocji dostarczyły dyscypliny drużynowe: siatkówka (zwycięzyła drużyna z Katowic), koszykówka i piłka nożna.

Wielu kibiców miały również zawody lekkoatletyczne, m.in. w sroku w dal najlepszy wynik osiągnął **Paweł Flis** – 5,46 m, a ja wśród pań w kategorii A zdobyłam brązowy medal.

W tym roku sportową rywalizację rozpoczęła również moja córka **Karolina Rokita.** Jako najmłodsza uczestniczka igrzysk w biegu na 60 m osiągnęła bardzo dobry wynik i wykazała potencjał na dobrego sportowca.

Zapraszam całe rodziny do udziału w tej corocznej imprezie. ●

Agnieszka Trzensiok-Rokita

REPREZENTACJA SIATKARZY ŚIL – Sprawozdanie z XII Igrzysk Lekarskich w Zakopanem (wrzesień 2014)

– **siatkówka halowa i plażowa + inne dyscypliny, w których startowali siatkarze**

Siatkówka halowa – 1 miejsce – ZŁOTY MEDAL!!!

Siatkówka plażowa (mężczyźni) – srebrny medal (Zuber/Luboń)

Siatkówka plażowa (kobiety) – złoty medal (Ziemianek/Dudek)

Siatkówka plażowa (mixt) – złoty medal (Ziemianek/Zuber), srebrny medal (Dudek, Kusak)

Inne dyscypliny:

Łukasz Polczak:

– złoty medal: 100 m, 200 m, 400 m,
– srebrny medal: skok w dal, skok wzwyż,

– brązowy medal: 4 x 100 m sztafeta, rzut oszczepem

Adam Kabiesz:

– srebrny medal: rzut ciężarkiem

– brązowy medal: rzut dyskiem

Jacek Barański:

– srebrny medal: rzut oszczepem, pływani 50 m – styl klasyczny, pływanie 100 m – styl dowolny

Życiowa pasja i artystyczna przygoda



foto: Magdalena Gawron-Kiszka

Chór Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach CAMES (łac. *Can- tus Medici ex Silesia*, czyli „Śpiew lekarzy ze Śląska”) obchodzi w 2014 r. jubileusz pięciolecia swojego powstania.

Pierwsza próba naszego chóru CAMES odbyła się w październiku 2009 r.; od tego czasu Chór skupia około 20 lekarzy różnych specjalności i członków ich rodzin oraz sympatyków, którym radość sprawia wspólne śpiewanie. Dyrygentem i opiekunem muzycznym zespołu jest **Dorota Dziełak-Szczepan**, na co dzień artystka Chóru Filharmonii Śląskiej. Od początku Chór CAMES towarzyszy ważnym wydarzeniom Śląskiej Izby Lekarskiej, nagrał płytę z jej hymnem. Uczestniczy w corocznych koncertach „Pro Memoria” – ku pamięci zmarłych kolegów lekarzy. Tradycją stały się także występy świąteczno-noworoczne w siedzibie ŚIL oraz w śląskich parafiach. Czterokrotnie chór CAMES prezentował swój repertuar podczas Festiwalu „Ave Maria” w Czeladzi (w 2012 r. razem z **Bogusławem Kaczyńskim** podczas wieczoru poświęconego Adzie Sari). W latach 2011 i 2013 był współorganizatorem Ogólnopolskich Koncertów Lekarzy, podczas których chóry lekarskie z towarzyszeniem orkiestry wykonywały „Missa Sancti Nicolai in G” Józefa Haydna oraz „Magnificat” Johna Ruttera.

Chór CAMES doskonali swoje umiejętności na warsztatach we własnym gronie oraz w gronie zaprzyjaźnionych chórów. We wrześniu tego roku, już po raz drugi, wziął udział w Ogólnopolskim Festiwalu Chórów Lekarskich. Gospodarzem była Wielkopolska Izba Lekarska i jej Chór Kameralny. Na Festiwal przyjechały chóry lekarskie z różnych stron Polski: „Medici pro Musica” – działający od ponad 20 lat w Olsztynie (najstarszy z chórów izb lekarskich), „Remedium” ze Szczecina, „Medicanto” z Opola, „Continuum” z Lublina, „Medicantus” z Warszawy. Plan trzydniowego spotkania był szczerze wypełniony. Do godzin popołudniowych odbywały się warsztaty emisyjne i próby sekcyjne (głosy męskie i głosy żeńskie osobno szlifowały partie do utworu finałowego) prowadzone przed dr **Hannę Zajączkiewicz** oraz doc. **Agnieszka Franków-Zelazny**. Wieczorami chóry prezentowały się na koncertach indywidualnych w ośrodku Caritas w Zaniemyślu i Kolegiacie w Kórniku. Zwieńczeniem Festiwalu był sobotni, wieczorny koncert w Kościele oo. Franciszkanów na Wzgórzu Przemysła w Poznaniu, gdzie wszystkie zespoły, z towarzyszeniem kwartetu smyczkowego i fortepianu, pod batutą dr **Justyny Chelmińskiej** (rezydentki w trakcie specjalizacji z interny i dyrygenta chóru z Poznania) wykonały utwór współczesnego kompozytora Ola Giejlo „Luminous Night of the Soul”. Koncert zakończył się gromkimi brawami licznie zgromadzonej publiczności oraz bismem. Wspólne śpiewanie, koncerty i spotkania zaowocowały nowymi znajomościami oraz pomysłami współpracy chórów na kolejne lata.

Chórzyści wrócili do swoich domów przekonani, że tworzą coś w rodzaju „artystycznej rodziny”, którą jednoczą wspólne przedsięwzięcia i dokonania, a ich życiowa pasja i zarazem artystyczna przygoda daje odpoczynek od codzienności oraz ogromną satysfakcję. ●

Magdalena Gawron-Kiszka

Próby Chóru ŚIL CAMES odbywają się w Domu Lekarza w każdy poniedziałek o godz. 19.00. Zapraszamy.

ANDRZEJKI STOMATOLOGICZNE

– Spotkanie szkoleniowo-integracyjne
28-30 listopada 2014

Hotel Mazowsze, Ustroń-Jaszowiec

Komisja stomatologiczna ŚIL serdecznie zaprasza do wzięcia udziału w spotkaniu. Interesujące wykłady, cenieni wykładowcy, komfortowe miejsce sprzyjające integracji i wypoczynkowi to walory naszego nowego przedsięwzięcia

ERGONOMIA – 28.11.2014 (piątek)

- Praca z pacjentem w pozycji leżącej lub siedzącej – wybór lekarza.
- Organizacja pracy w gabinecie – lupa czy mikroskop, wskazówki praktyczne.
- Wymiana instrumentów lekarz – asysta – pokaz.
- Wieczór z gwiazdą.

STOMATOLOGIA PRAKTYCZNA – 29.11.2014 (sobota)

- Brak bólu, mniejszy stres – farmakoterapia – elementy ergonomii – CAD-CAM metody pracy.
- Ochrona radiologiczna pacjenta w aspekcie praktycznym pracy lekarza stomatologa.
- Zgoda pacjenta na leczenie – fakty i mity.
- Spotkanie z przedstawicielem NFZ – omówienie kontraktowania 2014.
- Zabawa Andrzejkowa.

ZAKOŃCZENIE – 30.11.2014 (niedziela)

Możliwość uzyskania 12 punktów edukacyjnych.

Rejestracja uczestników: formularz rejestracyjny dostępny na stronie internetowej ŚIL

O prof. Relidze – po premierze filmu „Bogowie”



foto: archiwum „Pro Medico”

Prof. Zbigniew Religa, 2006 r.

2 października br. w Multikinie w Zabrze odbyła się premiera filmu „Bogowie” Łukasza Palkowskiego, w roli prof. Zbigniewa Religi wspaniały aktor Tomasz Kot. Piękny film o wycinku z życia wielkiego lekarza, który zmienił oblicze transplantologii.

13.06.2000 r. spotkało mnie wielkie wyróżnienie, gdyż jako przewodniczący Stowarzyszenia Wychowanków ŚIAM miałem okazję uczestniczyć w uroczystości nadania tytułu Honoris Causa kardiochirurgowi J.M. Rektorowi prof. Zbigniewowi Relidze. Jako lekarz zajmujący się przez wiele lat diagnostyką wad serca, również dla ośrodka łódzkiego, byłem od początku obserwatorem rozwoju śląskiej kardiologii. W 1984 roku w ŚIAM pojawił się doc. dr hab. Zbigniew Religa, człowiek o odwadze prof. Christiaana Barnarda z Kapsztadu i perfekcji prof. Dentona Cooleya z Houston i nasza kardiologia uzyskała europejski poziom.

W wielu artykułach pojawiało się pytanie: „za co kochamy prof. Religę”? Ja zastanawiam się, za co szanujemy prof. Religę? Za 16 lat twórczego przyśpieszenia. Za opanowanie szczytów lekarskiej sztuki. Za oddanie nam pełnego swojego talentu. Za godne reprezentowanie Śląska w Senacie RP. Za wizję nowego Śląska – oazy kultury, sztuki i nauki. Za heroiczną walkę o uruchomienie Śląskiego Szpitala Przyszłości. Za szczery uśmiech dla dzieci i przy łóżku chorego. Za stworzenie wspaniałej Śląskiej Szkoły Kardiologii. Za dodawanie blasku naszej ukochanej Alma Mater. Za osiągnięcia medyczne i przybliżenie nam mediolańskiej La Scali. Za sukces w plebiscycie Najwybitniejszych Ślązaków i Zagłębiaków XX wieku.

My, wychowankowie ŚIAM jesteśmy dumni, że JM rektor Zbigniew Religa został uhonorowany największym wyróżnieniem naszej wspaniałej Uczelni. Uczelnia, która na listę najwybitniejszych Ślązaków i Zagłębiaków XX wieku wprowadziła do pierwszej setki naszych doktorów honoris causa: na 8 miejscu prof. Zbigniewa Religę, na 55 prof. **Franciszka Kokota** i na 65 miejscu prof. **Kornela Gibińskiego**. Historię i sławę Uczelni tworzą wielkie nazwiska ludzi dobrze zasłużonych Ojczyźnie, do grona których zaliczamy również prof. Z. Religę. Składam najserdeczniejsze gratulacje, w imieniu wychowanków Uczelni również Szanownej Pani Rektorowej dr **Annie Relidze**, która przez lata wspólnego życia dzielnie torowała swojemu mężowi drogę na Olimp światowej nauki. Doktorowi Honoris Causa, gratulujemy tego, że zawsze miał odwagę być mądrym. Sapere Auso! ●

Zygfryd Wawrzynek

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

+6 czerwca w wieku 75 lat zmarła śp. lek. **Wiesława Klimek**. Absolwentka, rocznik 1963, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista I° z neurologii, ostatnio wykonywała zawód w formie prywatnej praktyki. Zamieszkała w Będzinie.

+27 września w wieku 76 lat zmarła śp. lek. **Zdzisława Deko**. Absolwentka, rocznik 1963, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista II° z neurologii, Delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy w I kadencji, wieloletni pracownik NZOZ „Vito-Med” Sp. z o.o. w Gliwicach. Zamieszkała w Gliwicach.

+27 września w wieku 66 lat zmarła śp. lek. **Teresa Popowicz-Kardasz**. Absolwentka, rocznik 1971, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista I° z anestezjologii i reanimacji, wieloletni pracownik Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu. Zamieszkała w Bytomiu.

+7 października w wieku 82 lat zmarł śp. dr n. med. **Mieczysław Baryluk**. Absolwent, rocznik 1955, Akademii Medycznej w Lublinie, specjalista II° z chirurgii ortopedycznej, Delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy w II kadencji oraz Zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w II kadencji, wieloletni pracownik Gliwickiego Centrum Medycznego. Zamieszkały w Gliwicach.

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

*Wielkim smutkiem
napelnia nas wiadomość o śmierci Naszej Koleżanki
dr **Teresy Popowicz-Kardasz**.*

*Odszedł Człowiek wyjątkowej dobroci,
szlachetności i wrażliwości.
Cześć Jej pamięci.*

*Pozostający w żalu lekarze i pielęgniarki
Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu*

*Szanownej Pani
Dr n. med. Grażynie Sobol-Milejskiej
wyrazy głębokiego współczucia i słowa wsparcia
z powodu śmierci*

Siostry

*składają
Pracownicy Oddziału Onkologii, Hematologii
i Chemioterapii
Górnosląskiego Centrum Zdrowia Dziecka
w Katowicach*

Dr Andrzej Mielecki

30 listopada 1864

- 17 sierpnia 1920

30 listopada br. minie 150 rocznica urodzin



fot.: Anna Zadóra-Swiderek

Obraz Zbigniewa Blukacza, który znajduje się w Domu Lekarza, wygląda jak kadr z filmu. Malarz uchwycił dr Mieleckiego w ruchu, w pół drogi, postać na obrazie idzie gdzieś, niespiesznie, ale wyraźnie ku jakiemuś celowi. Ktoś go zawołał – odwrócił tylko lekko głowę, ale jest już w pół kroku i widać, że nie zawróci.

U dołu obrazu malarz umieścił parę zdań, jakby z pospiesznie wyrwanej kartki z dziennika, albo urywane słowa kogoś, kto nie może powiedzieć już nic więcej. Słowa przysięgi „**ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy, w czystości zachowam życie moje i sztukę moją**”, tekst urywa się po zdaniu „do czyjegokolwiek wejdę domu.”

Tablica upamiętniająca patrona Domu Lekarza ma treść:

Doktor Andrzej Mielecki (1864-1920)
Działacz narodowy, patron Domu Lekarza w Katowicach
Współzałożyciel i wieloletni prezes
Towarzystwa Lekarzy Polaków na Śląsku
Zamordowany 17 VIII 1920 r. w Katowicach
przez bojówkarzy niemieckich,
gdy spieszył z pomocą rannym uczestnikom
antypolskich zamieszek.
Lekarz wierny przysiędze Hippokratesa,
aż po ofiarę własnego życia.

G.O.

szukam pracy

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

Laryngolog szuka pracy; tel. 32 440 11 81

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

Specjalista chirurg (II st.) podejmie pracę w poradni chirurgicznej w godzinach popołudniowych, w Gliwicach lub Katowicach; tel. 510 423 153, e – mail: dzw80@mp.pl

Specjalista laryngolog II^o poszukuje pracy w Katowicach lub okolicy; tel. 606 131 243

Okulista, II stopień specjalizacji, poszukuje pracy w poradni okulistycznej (kontrakt z NFZ). Preferowany rejon – Żory, Wodzisław Śląski, Rybnik i ich okolice. Kontakt mailowy: okulistyka-aga@wp.pl

Lekarz w trakcie specjalizacji z onkologii klinicznej (5 rok szkolenia) podejmie pracę w poradni onkologicznej (Katowice i okolice); tel. 516 047 080

Lekarz stomatolog szuka pracy w Gliwicach lub okolicy; tel. 605 608 782

Otolaryngolog 1st. z 35-letnim stażem poszukuje pracy na terenie Zagłębia i okolic; tel. 509 059 613

Ogłoszenia

LEKARZU! PRZYJDŹ! ZADZWOŃ! NAPISZ E-MAILA!

JEŚLI SAM MASZ PROBLEM

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

**PEŁNOMOCNIK DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
DOROTA RZEPNIEWSKA DYŻUR OSOBISTY PEŁNI W PIĄTEK
W GODZ. 16.00 – 18.00 w siedzibie ŚIL – Domu Lekarza w Katowicach**

przy ul. Grażyńskiego 49a w pokoju 501
e-mail: d.rzepniewska@izba-lekarska.org.pl,
pelnomocnik@izba-lekarska.org.pl

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

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

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

PODEJMIJ DECYZJĘ ZANIM INNI ZADECYDUJĄ ZA CIEBIE...

Reklama w Pro Medico:

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

W przypadku, gdy zleceniodawca chce otrzymać kopię zlecenia podpisaną przez reprezentantów ŚIL, prosimy przesać 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: Żywiśław Mendel, zastępca redaktora naczelnego: Grażyna Ogrodowska, redaktor: Anna Zadora-Świderek, Aleksandra Wiśniowska.

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. Górnicza 12. Druk: Mikopol

Reklamy i ogłoszenia: Bogusława Blecharz. Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń i reklam.

Redakcja zastrzega sobie prawo redagowania i skracania tekstów. Data zamknięcia numeru: 13 października 2014 r.

Materiały prasowe do następnego numeru przyjmujemy do 25 listopada, reklamy – do 27 listopada 2014 r.

Dla wszystkich lekarzy zrzeszonych w ŚIL w Katowicach pismo bezpłatne.

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



HOTEL PRO MEDICO

**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 recepcja 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.