

PISMO ŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W KATOWICACH



Lekarze w akcji charytatywnej: Operacja Ghana

str. 27

► **Nowi specjaliści wśród lekarzy i lekarzy dentystów w sesji wiosennej 2014**
str. 7-10

► **Chory z bólem przewlekłym**
str. 12-13

► **Zaufanie społeczne do lekarzy**
str. 15-19

► **Pro Medico postscriptum**
str. 28-31

Komunikat Pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów ŚIL

LEKARZU! PRZYJDŹ! ZADZWOŃ! NAPISZ E-MAILA!

JEŚLI SAM MASZ PROBLEM

**jeśli Twój kolega lekarz ma problem, jeśli Twoja żona, Twój mąż lekarz ma problem
jeśli Twoja mama, tato,
cóрка 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,
pełnomocnik@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...



Z mojego punktu widzenia

Procedury, punkty, pieniądze – obok niedofinansowania, niedoszacowania i niedookreślenia wyznaczają kształt polskiej ochrony zdrowia. 15 kwietnia 2011 r. Sejm uchwalił ustawę o działalności leczniczej. To w niej pojawiły się sformułowania typu: „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego” czy „przedsiębiorca”. Zgłaszane wówczas uwagi o dalekosiężnych zagrożeniach wynikających z patologii języka przechodziły decydom obok uszu. Dobrze znane słowa „szpital”, „poradnia”, „leczenie”, „chory”, zastąpiono urzędniczą, pozbawioną empatii „nowomową”, wzbogacaną systematycznie o kolejne terminy i określenia, co pozwala zaciemniać prawdziwą istotę relacji lekarz – pacjent. Nie tak dawno byłem świadkiem, jak przedstawicielka NFZ mówiła do lekarzy o oferowanych „nowych produktach”, jakby była pracownikiem telefonii komórkowej albo banku – to porównanie chyba bliższe. Taki język odczłowiecza to, co jest fundamentalnie ludzkie. Lekarze wtłoczeni zostali w tryby biurokracji typowej dla centralnie zarządzanych przedsiębiorstw, zalani potopem przepisów i papierologii, a ekonomia stała się przymusem myślenia w codziennej pracy. A przecież zadaniem lekarzy jest troszczyć się o swoich chorych, a zadaniem urzędników tworzyć takie warunki, abyśmy mieli wystarczającą ilość czasu i możliwości, by zająć się chorymi w jak najlepszy sposób. Jesteśmy i chcemy być lekarzami, a nie buchalterami! Kiedy więc zarzuca się lekarzowi, że „jest biznesmenem” – to jest to co najmniej dwuznaczne i trudno się dziwić, że oburzyło nasze środowisko. To nie jedyny przykład wypowiedzi ministra zdrowia, w której jasno widać, że rzecz idzie o przekonanie opinii społecznej o odpowiedzialności lekarzy tak-

że za błędy administracyjno-organizacyjne. Tymczasem politycy przypominający „ja jako lekarz...” i bezpardonowo atakujący środowisko medyczne, często też zapominają, że wykonując funkcję publiczną nie mogą czuć się zwolnieni z obowiązku przestrzegania fundamentalnych reguł swojego zawodu, w tym przepisów KEL.

11 lutego br. przypada Światowy Dzień Chorego, ustanowiony przez Jana Pawła II w 1992 r. Przypomina nie tylko o dotkniętych bólem i chorobą, ale i o powołaniu lekarzy, którzy w ogromnej większości robią wszystko, co się da, żeby otoczyć cierpiących opieką, jaka tylko jest możliwa. Dlatego tak potrzebne jest i nam, i chorym, wzajemne zaufanie, stale, niestety, podważane przez polityków i media. Wydarzenia związane z wprowadzaniem pakietu onkologicznego pokazały, że po raz kolejny próbowano zantagonizować pacjentów i lekarzy, by za pomocą socjotechniki, tendencyjnych relacji i pseudoinformacji wmówić naszym chorym, że winni destabilizacji w ochronie zdrowia jesteśmy my. Dlatego m.in. wydaliśmy w ŚIL Informator dla pacjentów, starając się w sposób jasny i przejrzysty zdjąć z lekarzy odium winy za chaos w ochronie zdrowia. Planujemy kolejne wydania. Raz jeszcze zachęcam gorąco do wykorzystania Informatora w gabinetach, poradniach, na oddziałach szpitalnych. Informator winien nam ułatwić pracę poprzez zwolnienie z konieczności osobistego przekazywania naszym, często zdezorientowanym, pacjentom zawartych w nim treści.

Nadal staramy się poszerzać różne formy wsparcia dla Koleżanek i Kolegów, wprowadzając szereg korzystnych zmian dla człon-

ków ŚIL, m.in. w funduszach pożyczkowych i na kształcenie (szczegóły na naszej stronie internetowej pod datą 28.10.2014 r.). Wprowadziliśmy też nowy zasiłek z tytułu narodzin dziecka. Wiemy, jak trudno pogodzić życie zawodowe z rodzinnym. Niektórzy mawiają, że „najbardziej pracowitą specjalizacją jest być żoną lekarza lub mężem lekarki”, wyrzeczenia i trudności dotyczą przecież i naszych Rodzin. Na najbliższym posiedzeniu ORL (już po zamknięciu tego numeru PM) zostanie przedstawiony mój projekt przyjęcia w ŚIL „Karty Dużej Rodziny”, polegający na wsparciu wielodzietnych rodzin lekarskich.

Na początku stycznia br. odszedł Tadeusz Konwicki, pisarz, który jak nikt inny umiał pokazać, na czym polega relatywizm moralny i rozpad elementarnych pojęć dobra i zła, w kraju ubezwłasnowolnionym przez system nakazowo-rozdziałczy. Pisał też pięknie o Kresach i ich mitologii, o kraju dzieciństwa, dojrzewania. W grudniu ub.r. zmarł światowej sławy polski dyrygent, Jerzy Semkow, urodzony w bliskim mi Radomsku, gdzie w szkole średniej byłem uczniem Jego Ojca. Pożegnaliśmy też wybitnego poetę Stanisława Barańczaka i reżysera Krzysztofa Krauze. To niepowetowane straty dla polskiej kultury i dla wielu z nas. Wielka literatura, film, muzyka i poezja stały się częścią naszej tożsamości. **„Całe życie żyliśmy jakby na walizkach. Tysiące przeżyć, niepewności, załamania. Ciągła prowizorka, tymczasowość, byle do jutra. A kiedyś zacznie się prawdziwe życie. No i masz. Przychodzi starość i gdzie to prawdziwe życie?”** (T. Konwicki „Kalendarz i klepsydra”)

Konwicki

W numerze:

Z mojego punktu widzenia	1	Zaufanie społeczne do lekarzy – badania CBOS	17-19
Od redakcji	2	Spotkania	20
Z działań samorządu	3-5	Biegli sądowi. Echa publikacji	21
Pakiet onkologiczny	3	Z teki rzecznika	21-22
Oświadczenie prezesa ORL w sprawie pakietu onkologicznego	3	Kursy i konferencje	23
Uchwała ORL w sprawie zasiłku z tytułu urodzenia dziecka	5	Symbole pamięci	25
Komunikat skarbnika ŚIL w sprawie składek	5	XI Europejskie Dni Naczyniowe	25
Apel ORL w Katowicach do Prezesa Rady Ministrów	5	Muzeum Historii Medycyny – rozmowa z prof. Zygmuntem Woźniczka	26
Lekarze o pakiecie – sonda	6	Operacja Ghana	27
Nowi specjaliści wśród lekarzy i lekarzy dentystów w sesji wiosennej 2014	7-10	Andrzejki stomatologiczne	27
Prawo medyczne	11	Pro Medico postscriptum	28-29
Leczenie bólu	12-13	Lekarz biegły sądowy	29
Uwaga, depresja	14	Centrum im. prof. W. Starzewskiego	29
Zaufanie społeczne. Rozmowa z dr. hab. n. med., dr. n. hum. Sławomirem Letkiewiczem	15-16	Sport	30-31
Zaufanie społeczne. „Czwarta władza” – felieton	16	Notatki z podróży	31
		Literatura	31
		...cum grano salis. Felieton	32-33
		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 wewnętrz-
nych 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 Kształce-
nia 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 Zawo-
dowej 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 Informacyj-
no-prasowy
biuletyn@izba-lekarska.org.pl
mediasil@izba-lekarska.org.pl

► **32 60 44 262** – Ogłoszenia i rekla-
my 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 Okrę-
gowego Sądu Lekarskiego w Kato-
wicach

**Okręgowa Rada Lekarska
uprzejmie informuje, że
XXXV Okręgowy Zjazd Lekarzy
odbędzie się
28 marca 2015 r. o godz. 9.00
w Domu Lekarza w Katowicach,
ul. Grażyńskiego 49 a**

Od redakcji

W sztuce niesłusznie dziś zapomnianego Helmuta Kajzara „+++ trzema krzyżkami” jest scena, w której Tato gorąco namawia małego Syna, by ten skoczył z muru wprost w jego objęcia. „Boję się tatusiu, to wysoko – skocz synku, skocz, ja cię złapię”. Więc mały ufnie skacze, lądując na ziemi. „A mówiłem ci, żebyś nigdy nikomu nie ufał, Adasiu!”. Graliśmy ten spektakl w krakowskim studenckim Teatrze 38, w czasach, gdy brak zaufania społeczeństwa do państwowych struktur był podstawą całego systemu, a dramaturg wskazywał na zagrożenia totalitaryzmu. Mimo że system inny, dziś też trudno nam zaufać wielu politykom czy medialnym przekazom. W tym numerze „Pro Medico” piszemy o fundamentalnym zaufaniu społecznym, które w Polsce ciągle maleje: zaufaniu do lekarzy. Co jest główną przyczyną i jakie niesie to zagrożenia – o tym w kilku artykułach na dalszych stronach.

Od września 2014 r. pismo ukazuje się też w odnowionej wersji internetowej, w formie e-gazety. Nowoczesne i przystępne w czytaniu „Pro Medico – postscriptum” jest wzbogacone o dodatkowe artykuły. Polecamy Państwu uwadze niepublikowane w wersji „papierowej” teksty: **wydanie wrześniowe**: dr. **Ryszarda Szozdy** „Biegli, biegli” o cyklu szkoleń w ŚIL (str. 20), o wystawach: dr. **Stefana Augusta** i **eksponatów historii medycyny na SUM oraz „Prawie podwójna korona Medyka-Zabrze”** (str. 22, 23, 24); **wydanie październikowe**: rozmowa z dr. **Przemysławem Waluchem** i relacje sportowe (str. 23-26); **wydanie listopadowe**: **Lekarz w medialnym świecie, Jubileusz 85 urodzin prof. Franciszka Kokota**, relacja z **XI spotkania Polskiego Klubu Chirurgii Endokrynologicznej w Koszęcinie, sport** (str. 29-32); **wydanie grudniowo-styczeniowe** artykuły: „**Ekonomia dla stomatologa**” (str. 30), o konferencji „**Postępy w arytmologii i energoterapii**” przygotowanej przez zespół I katedry i Kliniki Kardiologii SUM i o konkursie „**Photoart-Medica 2014**” oraz o **niektórych sukcesach członków ŚIL** (str. 28-31).

„Pro Medico – postscriptum” jest dostępne na stronie internetowej ŚIL, w zakładce PRO MEDICO, bieżące numery.

Zapraszamy do lektury obu wydań. ●

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

KOMUNIKAT DZIAŁU INFORMACYJNO-PRASOWEGO ŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

► Pakiet onkologiczny

W listopadzie 2014 roku samorząd lekarski zintensyfikował działania związane z planowanym wprowadzeniem od stycznia 2015 roku pakietu onkologicznego. ORL bardzo krytycznie oceniała projekt pakietu i zasady jego wprowadzania, co wyraziła w swoim Apelu do Prezesa Rady Ministrów z 17 grudnia 2014 r., w którym czytamy m.in.: „Rada zaznacza, że pakiet onkologiczny w obecnym kształcie jest niedopracowany, zarówno ze względów organizacyjnych, jak i finansowych. Nie zostały uwzględnione zgłaszane postulaty medycznych środowisk specjalistycznych w tworzeniu przepisów regulujących funkcjonowanie pakietu, a także nie przeprowadzono żadnego programu pilotażowego” (pełna treść Apelu znajduje się na str. 5). Apel ten był kolejnym głosem ŚIL, który stanowi uzupełnienie, potwierdzenie i kontynuację wcześniejszych opinii zawartych m.in. w stanowisku Prezydium ORL, w którym zwrócono uwagę, że: „do dzisiaj nie jest precyzyjnie określona sytuacja związana z wydatkami przeznaczonymi na planowane zmiany systemowe. Finansowanie pakietu onkologicznego z pewnością będzie wiązać się z koniecznością poniesienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia dodatkowych środków, a obecnie brak jest dostatecznych informacji ze strony Ministerstwa Zdrowia, jak i Funduszu, pozwalających na ustalenie wysokości kosztów wdrożenia pakietu onkologicznego i wskazania źródła jego finansowania” (Stanowisko z 3 grudnia 2014 r.). W grudniu ub.r. doszło do spotkania w siedzibie ŚIL dr. **Jacka Kozakiewicza**, prezesa ORL, z dr. **Mariuszem Wójtowiczem**, prezesem Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia Województwa Śląskiego – PZ, którego głównym tematem była kwestia pakietu onkologicznego i problemów mogących się pojawić po 1 stycznia 2015 r. w wyniku jego wprowadzenia. Kilka dni później, 20 grudnia w Zabrze, prezes ORL uczestniczył w kolejnym spotkaniu z przedstawicielami Porozumienia Zielonogórskiego oraz licznej grupy lekarzy rodzinnych w sprawie kontraktowania świadczeń na rok 2015, ze szczególnym uwzględnieniem pakietu onkologicznego. W jego trakcie prezes ORL przedstawił także stanowisko samorządu dotyczące najważniejszych problemów polskiej ochrony zdrowia.

W związku z trudną sytuacją, która zaistniała w pierwszych dniach stycznia – według danych Porozumienia Zielonogórskiego 1500 placówek pozostało zamkniętych, a 5000 lekarzy POZ nie podjęło pracy – i chaosem wynikającym z przedłużających się negocjacji prowadzonych przez przedstawicieli środowiska lekarskiego z Ministerstwem Zdrowia, a także wieloma wypowiedziami ministra zdrowia, prezes Jacek Kozakiewicz 2 stycznia br. wydał oświadczenie skierowane do lekarzy, członków Śląskiej Izby Lekarskiej. Prezes stwierdził w nim, iż „wobec licznych medialnych wypowiedzi ministra zdrowia i przedstawicieli resortu oraz w trosce o godne warunki wykonywania zawodu lekarza, uważam za niedopuszczalne przerzucanie odpowiedzialności na lekarzy za wdrożenie pakietu obciążonego licznymi wadami organizacyjno-finansowymi.” Uznał także, że medialna krytyka inspirowana przez przedstawicieli resortu skierowana pod adresem środowiska lekarskiego jest „krzywdząca i nieuzasadniona”, a winą za niekorzystne skutki wprowadzenia pakietu nie można obciążać lekarzy. Nie uwzględniono bowiem licznych postulatów środowisk medycznych, w których wskazywano na zawarte w pakiecie niedopracowane i niosące ryzyko dla funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce założenia. W tych gorących dniach prezes ORL często wypowiadał się w mediach, przedstawiając postulaty lekarzy, informując opinię publiczną o zagrożeniach, jakie wynikają ze sposobu wprowadzania pakietu onkologicznego.

Czwartego stycznia ocenę ministerialnym działaniom wystawił w swoim stanowisku Konwent Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich konstatując m.in.: „odpowiedzialność za zaistniałą

sytuację ponosi minister zdrowia, który całkowicie zignorował pojawiające się od wielu miesięcy stanowiska wszystkich środowisk medycznych. Konwent uważa za niedopuszczalne przerzucanie przez ministra zdrowia odpowiedzialności na lekarzy za wdrożenie pakietów, obciążonych licznymi wadami organizacyjno-finansowymi. Konwent zwraca uwagę, że wprowadzanie w błąd opinii publicznej przez ministra zdrowia i manipulowanie informacjami (np. zarzucanie Porozumieniu Zielonogórskiemu zerwanie rozmów) negatywnie wpływa na relacje między lekarzami a ich pacjentami.”

W święto Trzech Króli wznowione zostały negocjacje lekarzy w Ministerstwie Zdrowia, przerwane 29 grudnia. Po wielogodzinnych rozmowach 7 stycznia obie strony doszły do porozumienia, co zaowocowało podjęciem pracy przez lekarzy, którzy dotychczas nie zgodzili się podpisać umów z NFZ na wykonywanie świadczeń w zakresie POZ na 2015 r. Szczegóły porozumienia nie zostały jednak podane do publicznej wiadomości. ●

Oświadczenie

Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach

„W nawiązaniu do stanowiska Prezydium ORL w Katowicach z dn. 03.12.2014 r. i apelu Okręgowej Rady Lekarskiej z 17 grudnia 2014 r. dotyczącego pakietu onkologicznego, wobec licznych medialnych wypowiedzi ministra zdrowia i przedstawicieli resortu oraz w trosce o godne warunki wykonywania zawodu lekarza, uważam za niedopuszczalne przerzucanie odpowiedzialności na lekarzy za wdrożenie pakietu obciążonego licznymi wadami organizacyjno-finansowymi. Wprowadzenie pakietu, przy poszanowaniu celu, w jakim został on ustalony, nie powinno odbywać się kosztem pozostałych pacjentów oraz doprowadzać do zmniejszenia wydatków na leczenie i świadczenia opieki zdrowotnej w pozostałych zakresach. Przypominam, że pakiet zostaje wprowadzany bez uwzględnienia zgłaszanych licznych postulatów środowisk medycznych. Krzywdząca i nieuzasadniona jest zatem powszechna medialna krytyka przedstawicieli resortu zdrowia pod adresem środowiska lekarskiego.

Prezes

Okręgowej Rady Lekarskiej
Jacek Kozakiewicz

► Nierzetelna reklama w prokuraturze

W związku z wprowadzającą w błąd reklamą dotyczącą produktu leczniczego „Varico Vain”, gwarantującego jakoby „skuteczne i trwałe wyleczenie żylaków”, która była publikowana m.in. w „Dzienniku Zachodnim” (12.12.2014 r.), prezes ORL, **Jacek Kozakiewicz**, podjął decyzję o skierowaniu zawiadomienia do odpowiednich instytucji. 29 grudnia 2014 r. Śląska Izba Lekarska wystąpiła do Głównego Inspektora Farmaceutycznego z wnioskiem o zbadanie dopuszczalności reklamy tego produktu leczniczego. Jednocześnie z uwagi na to, że reklama wprowadza w błąd, przez co można uznać, że jest ona czynem nieuczciwej konkurencji oraz może stanowić oszustwo lub usiłowanie oszustwa, w tym samym dniu o sprawie powiadomiona została również katowicka prokuratura. ●

Agapy wigilijne



Grudzień to tradycyjny czas spotkań opłatkowych, które dają niepowtarzalną okazję integracji środowiska lekarskiego. Wiele organów ŚIL, komisji i zespołów organizuje dla swoich członków tego rodzaju nieformalne spotkania. W tym roku w świątecznej atmosferze spotkali się członkowie Okręgowej Rady Lekarskiej wraz z pracownikami Biura ŚIL, zespół Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, członkowie Okręgowego Sądu Lekarskiego, Komisji Bioetycznej ŚIL, Komisji ds. Etyki, Finansowej, ds. Kultury, Socjalno-Bytowej. Komisja ds. Emerytów i Rentistów zorganizowała z kolei „opłatek” dla ponad 120 koleżanek i kolegów seniorów. Także poza murami Domu Lekarza miały miejsce wigilijne agapy, np. w Szpitalu Miejskim w Sosnowcu czy Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu. Już po raz dziesiąty takie spotkanie zorganizowała Delegatura Bytomska, przy której od stycznia 2009 roku funkcjonuje prężnie działający Klub Lekarza Seniora w Bytomiu. Na uroczystym obiedzie w auli Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 zgromadziło się kilkudziesięciu lekarzy i lekarzy dentystów, którym życzenia świąteczne i noworoczne złożył gość specjalny, **Damian Bartyła**, prezydent Bytomia. W spotkaniach tych uczestniczyli także reprezentanci władz śląskiego samorządu, wraz z prezesem ORL **Jackiem Kozakiewiczem**. ●

Grudniowe posiedzenie ORL

- Na posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej, które odbyło się 17 grudnia, podjęto uchwałę w sprawie terminu wiosennego XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Katowicach. Decyzją Rady Zjazd odbędzie się w sobotę 28 marca 2015 r.
- Rada wysłuchała i przyjęła także sprawozdania skarbnika ORL, dr. **Jerzego Rdesa** z wykonania budżetu za 10 miesięcy 2014 r. Członkowie Rady zaakceptowali także propozycje skarbnika dotyczące przesunięć budżetowych.
- Ponadto członkowie ORL podjęli uchwałę w sprawie wprowadzenia po raz pierwszy zasiłku dla lekarzy członków ŚIL – rodziców nowo narodzonych dzieci (pełna treść uchwały na stronie obok).
- Na zakończenie posiedzenia prof. **Zygmunt Woźniczka**, historyk z Uniwersytetu Śląskiego, wygłosił wykład o patronie Domu Lekarza, doktorze **Andrzeju Mielęckim** z okazji przypadającej w 2014 r. 150 rocznicy jego urodzin.
- Gościem grudniowego posiedzenia ORL, połączonego z agapą wigilijną był także prof. **Ryszard Poręba**, który przywołał świąteczny nastrój bardzo interesującą prelekcją na temat historii kołody. ●

W skrócie:

- 26 listopada dr **Andrzej Postek**, członek Prezydium ORL, uczestniczył w spotkaniu zorganizowanym przez Śląski Urząd Wojewódzki, dotyczącym problemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
- 2 grudnia dr **Krystian Frey**, sekretarz Prezydium ORL, spotkał się z **Ruslanem Romanyszynem**, dyrektorem ds. rozwoju Ogólnopolskiej Fundacji Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym w sprawie współpracy w ramach polsko-ukraińskiego programu szkolenia ukraińskich lekarzy i pielęgniarek w polskich szpitalach.
- 6 grudnia w Warszawie miały miejsce krajowe obchody 25-lecia odrodzenia samorządu lekarskiego w Polsce. W uroczystościach wzięła udział delegacja przedstawicieli Śląskiej Izby Lekarskiej, w której skład weszli m.in. członkowie ŚIL zasiadający w organach Naczelnej Izby Lekarskiej. Podczas obchodów wręczone zostały odznaczenia państwowe ośmiu medykom z całego kraju, w tym dwóm lekarzom ze Śląska. Krzyże Zasługi otrzymali dr **Mieczysław Dziedzic** (Złoty) i dr **Krzysztof Zaorski** (Brązowy).
- 9 grudnia wiceprezes ORL, dr **Rafał Kielkowski** był gościem konferencji zorganizowanej w Ustroniu przez Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej (STOMOZ) „Aktualne problemy i nowe wyzwania w ochronie zdrowia”.
- 10 grudnia odbyło się posiedzenie Komisji Finansowej z udziałem prezesa ORL, dr. **Jacka Kozakiewicza**, w trakcie którego został omówiony budżet ŚIL za 10 miesięcy 2014 roku.
- 12 grudnia odbyło się ostateczne z cyklu szkoleń zorganizowanych przez ŚIL dla biegłych sądowych oraz lekarzy i lekarzy dentystów kandydatów do pełnienia tej funkcji, na zakończenie którego prezes ORL wraz z Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej, dr. **Tadeuszem Urbanem**, wręczyli uczestnikom kursu certyfikaty.
- Komisja Bioetyczna przy Śląskiej Izbie Lekarskiej w Katowicach, pod kierunkiem prof. **Krystyna Sosady**, zainicjowała i zorganizowała w Warszawie w dniach 14-15 grudnia Ogólnopolską Konferencję Komisji Bioetycznych w Polsce. Na spotkaniu jednogłośnie wypracowano wspólne stanowisko w sprawie współpracy i rozliczeń finansowych pomiędzy Komisjami.
- 15 grudnia odbyło się posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej, której przewodniczył dr **Piotr Grzesik** z udziałem prezesa ORL. W jego trakcie Komisja z zadowoleniem przyjęła informacje uzyskane od skarbnika ORL, dr. **Jerzego Rdesa** w sprawie wykonania budżetu ŚIL za dziesięć miesięcy 2014 roku. W czasie spotkania omówiono także plany budżetu na 2015 r.
- 16 grudnia w Centralnym Szpitalu Klinicznym w Katowicach odbyła się uroczystość złożenia kwiatów pod tablicą upamiętniającą lekarzy i pielęgniarki oraz innych pracowników medycznych, którzy ofiarnie niesli pomoc górnikom rannym w czasie pacyfikacji Kopalni „Wujek” 16 grudnia 1981 r. Gospodarzem uroczystości był prof. **Grzegorz Opala**, a jednym z zaproszonych gości prezes ORL, dr **Jacek Kozakiewicz** (więcej na ten temat na str. 25).
- 16 grudnia w Domu Lekarza odbył się koncert wigilino-noworoczny zorganizowany przez Komisję ds. Kultury, w którym udział wzięli „Muzykujący Lekarze” oraz Chór Śląskiej Izby Lekarskiej CAMES.
- 22 grudnia miało miejsce spotkanie w siedzibie ŚIL prezesa ORL z prezesem Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. **Januszem Szulikiem**, podczas którego omówiono bieżące zagadnienia dotyczące ubezpieczeń lekarzy, planów śląskiego samorządu lekarskiego w tym zakresie oraz możliwości współpracy.
- Prezes ORL objął swoim patronatem Koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy z towarzyszeniem chóru, który odbył się 6 stycznia w Auli Akademii Muzycznej w Katowicach. ŚIL była także jednym ze sponsorów tego wydarzenia. Po koncercie jego wykonawcy, wśród których była także grające pierwsze skrzypce





dr **Magdalena Dąbrowska**, otrzymali gratulacje i podziękowania od prezesa ORL.

7 stycznia Prezydium ORL z upoważnienia Okręgowej Rady Lekarskiej, które zostało wydane w listopadzie 2014 r., podjęło decyzję o wyłonieniu obrońców z urzędu spośród członków ŚIL, z których pomocy będą mogli korzystać lekarze i lekarze dentyści, wobec których w naszej Izbie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Obrońcami zostali ustanowieni dr **Józef Andrzejewski**, **Gabriela Muś** i **Stefan Kopocz**. ●

Anna Zadora-Świderek

we współpracy z dr. Krystianem Freyem, sekretarzem ORL

UCHWAŁA Nr 86/2014

Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach z dnia 17 grudnia 2013 r.

w sprawie: zasiłku z tytułu narodzin dziecka

Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach, na podstawie art. 25 pkt. 4 i 5 w związku z art. 5 pkt. 19 i 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2009 r. Nr 219, poz. 1708), postanawia:

§1

Ustanowić zasiłek z tytułu narodzin dziecka w wysokości 1.000,00 zł dla lekarzy i lekarzy dentyistów – członków Śląskiej Izby Lekarskiej.

§2

Zasiłek, o którym mowa w §1, przyznawany jest z tytułu żywo narodzonego po 1 stycznia 2015 r. dziecka. Zasiłek przyznawany jest przez Komisję Socjalno-Bytową Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach po spełnieniu przez uprawnionych lekarzy i lekarzy dentyistów następujących warunków:

- wniosek o przyznanie i wypłatę zasiłku należy złożyć w ciągu trzech miesięcy od urodzenia się dziecka,
- do wniosku należy dołączyć kopię aktu urodzenia dziecka, z którego wynika, że wnioskodawca jest rodzicem dziecka,
- warunkiem otrzymania zasiłku jest opłacanie składek członkowskich na bieżąco i nieposiadanie w tej kwestii zażalenia na rzecz ŚIL.

§3

W przypadkach nieuregulowanych w uchwale, wniosek lekarza lub lekarza dentyisty pozostawia się do decyzji Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach.

§4

Realizację uchwały powierza się Komisji Socjalno-Bytowej ORL w Katowicach.

§5

Nadzór nad realizacją niniejszej uchwały powierza się Skarbnikowi ORL w Katowicach.

§6

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.

Prezes

Okręgowej Rady Lekarskiej
Jacek Kozakiewicz

Sekretarz

Okręgowej Rady Lekarskiej
Krystian Frey

UWAGA

Komunikat dotyczący składek

Koleżanki i Koledzy!

Uprzejmie informujemy, że mimo sprzeciwu oraz intensywnych działań podejmowanych przez Śląską Izbę Lekarską, od 1 stycznia 2015 r., zgodnie z uchwałą nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2014 r., obowiązuje składka członkowska w podwyższonej wysokości tj:

- 60 zł miesięcznie dla lekarza i lekarza dentyisty
- 10 zł miesięcznie dla lekarza stażysty.

Zwolnienia z opłacania składki dla:

- lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy ukończyli 75 lat,
- lekarzy i lekarzy dentyistów skreślonych z rejestru członków Śląskiej Izby Lekarskiej,
- lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy poza rentą lub emeryturą (w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach) nie osiągały przychodów z tytułu wykonywania zawodu i innych źródeł zgodnie z ustawą o podatku dochodowym od osób fizycznych,
- zwolnienie traci moc z momentem osiągnięcia dodatkowych przychodów.

Lekarze i lekarze dentyści, którzy mają zwolnienia lub obniżenia składki członkowskiej przyznane przed 1.01.2015 r., zachowują te prawa jako nabyte do czasu zdarzenia, które skutkuje powstaniem obowiązku opłacania składek członkowskich w myśl nowej „uchwały składkowej”.

Składka winna być uregulowana w miesiącu, którego dotyczy. Od zaległych składek członkowskich nalicza się odsetki ustawowe. Wszelkie zmiany mające wpływ na wysokość składki powinny być niezwłocznie zgłaszane do Śląskiej Izby Lekarskiej. Szczególnie dotyczy to osób, które mają obniżoną lub zniesioną składkę, gdyż może to skutkować utratą wcześniej nabytych praw.

Jerzy Rdes

Skarbnik Okręgowej Rady Lekarskiej
i Dział Finansowo-księgowy ŚIL

APEL

Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach z dnia 17 grudnia 2014 r. do Prezesa Rady Ministrów

Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach apeluje do Prezesa Rady Ministrów o wstrzymanie wprowadzenia w życie pakietu onkologicznego.

Rada zaznacza, że pakiet onkologiczny w obecnym kształcie jest niedopracowany, zarówno ze względów organizacyjnych jak i finansowych. Nie zostały uwzględnione zgłaszane postulaty medycznych środowisk specjalistycznych w tworzeniu przepisów regulujących funkcjonowanie pakietu, a także nie przeprowadzono żadnego programu pilotażowego.

W dalszym ciągu wątpliwości budzą kwestie dotyczące źródła finansowania pakietu onkologicznego i brak zapewnienia odpowiedniej wysokości środków finansowych.

W związku z powyższym, Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach zwraca uwagę, że wejście w życie pakietu onkologicznego, nie poprawiając istotnie warunków leczenia pacjentów onkologicznych, może pogorszyć szanse leczenia wszystkich innych chorych potrzebujących pilnej diagnostyki i terapii.

Prezes

Okręgowej Rady Lekarskiej
Jacek Kozakiewicz

Sekretarz

Okręgowej Rady Lekarskiej
Krystian Frey

Lekarze o pakiecie – sonda

W dniach 2-5 stycznia br. (a więc jeszcze przed końcem negocjacji) zapytaliśmy o ocenę sytuacji kilkoro lekarzy ŚIL. Sonda nie jest już aktualna, ale stanowi signum temporis warunków, w jakich pracowali na początku roku lekarze POZ.

LEKARZE O PAKIECIE ONKOLOGICZNYM

Lekarz rodzinny z Gliwic:

Moja przychodnia, która mieści się w Gliwicach, jest dziś (5.01.2015) zamknięta. Jesteśmy zreszezeni w Porozumieniu Zielonogórskim i nie podpisaliśmy kontraktu z NFZ. Nikt z moich kolegów nie podpisał. Nawet nie wyobrażam sobie, jak przy tak ogromnej dezinformacji i braku informacji w ogóle można wdrożyć tak duże zmiany. Nie czujemy się, jako lekarze rodzinni, w pełni kompetentni do tego, by diagnozować choroby nowotworowe, a wytyczne przekazane przez Ministerstwo Zdrowia są skrajnie niejasne. Brakuje rzetelnej informacji, brakuje szkolenia i brakuje środków finansowych. Przy tak dużych zmianach nie może panować tak ogromny chaos.

Kierownik POZ z Chorzowa:

Moja przychodnia podpisała kontrakt z NFZ, co nie zmienia faktu, że jesteśmy zbulwersowani stanowiskiem i sposobem przekazywania informacji przez pana ministra Arłukowicza. Pan minister nie reprezentuje naszego środowiska, a nawet szkodzi mu. Nie zdecydowaliśmy się na niepodpisanie kontraktu, bo nie chcemy pozostawić naszych pacjentów bez opieki, przysięgaliśmy im pomagać i leczyć – to nadal będziemy robić. Będziemy pracować jak dotychczas, niezależnie od narzuconych nam nowych zasad. Gdybyśmy chcieli prowadzić pacjentów ściśle według karty onkologicznej, na leczenie zostałoby jeszcze mniej czasu, a tacy pacjenci go nie mają. Nowe przepisy, naszym zdaniem, nie zostały przygotowane przez lekarzy – praktyków, osoby, które na co dzień wiedzą, jak wygląda nasza praca.

Lekarka POZ z Zawiercia:

Podpisaliśmy kontrakt z Funduszem, bo nasza placówka jest bardzo duża. Nie mam żadnych informacji o pakiecie onkologicznym i w sprawie danych używanych w karcie onkologicznej. Sprawdziłam wykaz badań, jakie nam umożliwiono – jest żaden. Zupełnie niewystarczający dla diagnostyki pacjentów onkologicznych. Czuję się za to obrażona i zniesmaczona stanowiskiem oraz wypowiedziami ministra Arłukowicza. Bez komentarza pozostawię jego stosunek do środowiska lekarskiego. Czy pakiet zadziała? Nie wiem. Nie potrafię sobie wyobrazić, jak ma to wyglądać w rzeczywistości. Wciąż słucham tylko wypowiedzi opartych na teorii, niemających nic wspólnego z praktyką, i czasami oglądam jakieś piękne

PS

7 stycznia br. ogłoszono, że po kolejnej turze kilkunastogodzinnych negocjacji między przedstawicielami Porozumienia Zielonogórskiego, a Ministerstwem Zdrowia obie strony porozumiały się. Jednak nie wystąpiły na wspólnej konferencji prasowej, by przedstawić warunki, na jakich do tego doszło. Do chwili zamknięcia tego numeru, tj. 9 stycznia, próżno szukać oficjalnego podsumowania przebiegu i finału rozmów. Bezpośrednim następstwem porozumienia jest zmiana zarządzenia NFZ dotyczącego podstawowej opieki zdrowotnej, w którym uwzględniono niektóre wynegocjowane warunki (m.in. wzrost stawki bazowej za pacjenta do 140,04 zł, wprowadzenie przez Fundusz umów z lekarzami na czas nieokreślony czy konieczność informowania o kontrolach w przychodniach z przynajmniej 48-godzinny wyprzedzeniem).

Z kolei prasa codzienna, publikując teksty dotyczące tej sprawy, skupiła się głównie na trzecim – nieuczestniczącym bezpośrednio w rozmowach, ale najważniejszym podmiocie konfliktu: pacjencie. Wystarczy zacytować tytuły: „Co zgoda da pacjentom”, „Czy pacjenci przetrzymają” (Gazeta Wyborcza), „Porozumienie. Gabinety otwarte” (Rzeczpospolita).

rysunki, „strzałeczki” mające nas przekonać do zasadności wprowadzanych zmian.

Lekarz rodzinny z Chorzowa:

Moja placówka – duża w rejonie Chorzowa, podobnie jak wszystkie, które znam – podpisała kontrakt z Funduszem. Pracujemy jak dotąd, choć nie ukrywam, że jest nerwowa atmosfera. Mam więcej pracy związanej z wystawianiem skierowań, jeszcze więcej czasu poświęca się papierom, a nie pacjentom. Zupełnie, jakby leczenie w zakresie POZ nie było istotne, a liczyli się tylko specjaliści. Przyznam, że nic nie wiem o pakiecie, informacje zdobywam pocztą pantoflową, nie było żadnego szkolenia, ani nawet instruktarzu wypełnienia kart dla pacjentów onkologicznych. Tak więc moja praca po 1 stycznia 2015 r. przebiega na zasadzie polegania na intuicji. Uważam, że w obecnej sytuacji obie strony sporu powinny zrobić krok do przodu, ponieważ pacjent nie może w takich okolicznościach być kartą przetargową. Co do skrócenia kolejek – pakiet tej kwestii nie rozwiąże. Nawet bez wprowadzanych zmian, lekarze traktują pacjentów onkologicznych priorytetowo, a szpitale robią wszystko, co w ich mocy, by maksymalnie skrócić czas diagnostyki i jak najszybciej rozpocząć terapię. Do takiej ścieżki postępowania pakiet nie jest potrzebny. Reagować w takich przypadkach należy natychmiast – i na Śląsku, w mojej opinii, tak właśnie dotąd było. A teraz, przy wprowadzonych zmianach i kompletnej dezinformacji, musimy działać, ufając, póki co, tylko swemu doświadczeniu.

Lekarz POZ ze Świętochłowic:

Przychodnia, która mnie zatrudnia, podpisała kontrakt z NFZ, wiem, że nasz pracodawca przeprowadził szkolenie z pakietu onkologicznego dla lekarzy, którzy chcieli wziąć

w nim udział. Muszę przyznać, że dla mnie wciąż jest w tym pakiecie wiele niejasności i niewiadomych, jeśli będę przyjmował pacjentów według nowych zasad, postaram się wszelkie informacje uzyskać od mojego pracodawcy. W naszym środowisku panuje teraz duży rozdźwięk jeśli chodzi o ocenę pakietu, jedni podpisują, drudzy nie, trzeci w imieniu pracowników... Gdybym sam miał decydować, umowy z Funduszem nie podpisałbym. Leczenie pacjentów onkologicznych – w mojej opinii – powinno być podyktowane doświadczeniem i intuicją lekarza, a nie schematami tworzonymi przez ludzi niemających na co dzień kontaktu z pacjentem i jego problemami. Zachowanie ministra natomiast uważam za aroganckie, po prostu.

Lekarz rodzinny z Rudy Śląskiej:

Pracuję w POZ, który podpisał umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Pewnie jak wszędzie, także u nas panuje od początku nowego roku chaos, wynikający z dezinformacji. To, co wiemy już na pewno, to fakt, że w zakresie zaproponowanych nam stawek nie da się wykonać wszystkich świadczeń, jakie narzucił nam resort.

Nasi lekarze byli co prawda na szkoleniu „z pakietu” w Katowicach, ale wątpliwości pozostały. Nikt nie wybrał się natomiast do Warszawy, bo uznaliśmy, że skandalicznym pomysłem było ściąganie tylu lekarzy do stolicy, zamiast zorganizować przyjazd kilku ekspertów na Śląsk. No i ponad wszystko boli nas, gdy pan minister nazywa lekarzy biznesmenami. Takiej sytuacji jeszcze nie było, to oburzające. ●

Oprac. Aleksandra Wiśniewska
współpraca AZŚ, GO

Imiona i nazwiska rozmówców
– do wiadomości Redakcji

Nowi specjaliści wśród lekarzy i lekarzy dentystów w sesji wiosennej 2014



foto: Anna Zadora-Swiderek

Dr Jerzy Rdes, skarbnik ORL i wiceprezes Rafał Kielkowski z kierownikami i nowymi specjalistami z radiologii i diagnostyki obrazowej – 7 listopada 2014 r.

W październiku i listopadzie 2014 r. w Domu Lekarza – siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej – po raz kolejny wręczono dyplomy nowym specjalistom. Zgodnie z tradycją, sala audytoryjna katowickiego Domu Lekarza wypełniła się bohaterami spotkań, którzy na uroczystości przybyli z kierownikami specjalizacji, rodzinami, dziećmi i przyjaciółmi. W sesji wiosennej egzaminy zdało stu siedemdziesięciu siedmiu lekarzy z kilkudziesięciu dziedzin medycyny, zarówno lekarskich, jak i dentystycznych.

Gratulacje specjalistom oraz kierownikom specjalizacji złożyli przedstawiciele Prezydium ORL w Katowicach: dr **Jacek Kozakiewicz** – prezes, dr **Rafał Kielkowski** – wiceprezes, dr **Danuta Korniak** – zastępca sekretarza, dr **Jerzy Rdes** – skarbnik oraz członkowie Prezydium: dr **Jan Cieśliski**, dr **Grzegorz Góral**, dr **Danusz Heyda** i prof. **Krystyn Sosada**, (także konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej)

Zgodnie z tradycją, w uroczystościach wzięło udział wielu wybitnych gości m.in. prof. **Krystyna Olczyk** – prorektor ds. kształcenia podyplomowego SUM, doc. **Damian Czyżewski** – prorektor ds. klinicznych SUM i konsultant wojewódzki w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej, prof. **Jerzy Wojnar** – prodziekan ds. studenckich SUM, konsultant wojewódzki w dziedzinie immunologii klinicznej, **Jolanta Wrońska** – kierownik oddziału ds. kształcenia podyplomowego pracowników ochrony zdrowia, doc. **Małgorzata Baumert** – przewodnicząca oddz. śląskiego Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, prof. **Marek Hartleb** – przewodniczący oddziału śląskiego Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego, doc. **Marek Jasiński** – konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii, prof. **Anna Obuchowicz** – konsultant wojewódzki z dziedziny pediatrii, dr **Henryk Potyrcha** – wiceprezes Zarządu Oddziału i członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, dr **Jadwiga Pyszkowska** – konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej, dr **Michał Roleder** – członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, dr **Ryszard Szozda** – przewodniczący oddziału śląskiego Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy, doc. **Wojciech Ścierański** – konsultant wojewódzki w dziedzinie otorynolaryngologii oraz dr **Wojciech Wawrzyniak** – konsultant wojewódzki w dziedzinie radiologii

i diagnostyki obrazowej oraz przewodniczący oddziału śląskiego Polskiego Towarzystwa Radiologicznego.

Prezes ORL w Katowicach – Jacek Kozakiewicz – przypomniał zgromadzonym o możliwości uhonorowania pracy i wysiłku ich Mistrzów i Nauczycieli poprzez złożenie wniosku o nadanie tytułu „Zasłużonego Nauczyciela Lekarzy”. Nowe wyróżnienie katowickiej ORL trafiło już w ręce dydaktyków z niebagatelnym dorobkiem: prof. **Ireny Krupki-Matuszczyk** i dr **Haliny Książek-Bąk**.

Witając lekarzy i lekarzy dentystów przybyłych na uroczystości, prezes Jacek Kozakiewicz apelował:

– Zwracam się do Was z gorącą prośbą, abyśmy w tych trudnych czasach, w jakich przyszło nam pracować w polskiej ochronie zdrowia, w tej trudnej rzeczywistości ekonomicznej, gdzie króluje przede wszystkim pieniądz, procedury i punkty, byśmy nie zatracili tego, co w naszym zawodzie lekarskim jest najcenniejsze. My, jako lekarze, mniej czy bardziej doświadczeni, wiemy, że medycyna z poziomu łóżka całkiem inaczej wygląda niż z poziomu gabinetów dydaktycznych. Pewnie znacie myśl dr. Władysława Biegańskiego, który powiedział, że aby być dobrym lekarzem, trzeba być dobrym człowiekiem. Uważam, że ta sentencja sprawdza się w życiu. Życzę, by nie brakowało Wam cierpliwości, empatii, życzliwości i spokoju w kontaktach z chorymi – powiedział.

Dwa blisko dwugodzinne spotkania wypełniły gratulacje i słowa wdzięczności skierowane do kierowników specjalizacji, nowych specjalistów oraz towarzyszących im rodzin. Na ich zakończenie wyświetlono fragmenty wywiadów z nestorami śląskiej medycyny, zebranych w wydawnictwie „Dziedzictwo Hippokratesa”. Po wyjściu z sali bohaterowie uroczystości jeszcze długo, przy częstunkach, toczyli rozmowy w kulisach... ●

Kierownicy specjalizacji oraz lekarze i lekarze dentyści, którzy uzyskali specjalizację w sesji wiosennej 2014 r.

kierownik	specjalista
Anestezjologia i intensywna terapia	
dr n. med. Jarosław Mamak	dr Radosław Kula
dr Agnieszka Reifland-Kabata (OIL Kraków)	dr Dariusz Gajniak
dr hab. n. med. Lech Krawczyk	dr Anna Wróbel
dr n. med. Ewa Musioł	dr Zofia Turyk-Swaryczewska
dr n. med. Szczepan Bołdys	dr Agnieszka Toron
prof. dr hab. n. med. Przemysław Jałowiecki	dr Tomasz Byrczek
dr Sławomir Domagała	Jadwiga Siemek-Mitela
Balneologia i medycyna fizykalna	
dr Jadwiga Bierowiec (DIL Wrocław)	dr Iwona Stadnicka
Chirurgia klatki piersiowej	
prof. dr hab. n. med. Marek Rokicki	dr n. med. Irena Janicka
Chirurgia ogólna	
prof. dr hab. n. med. Marek Motyka	Rajmund Ratman
dr Izabela Woźniczko	Sławomir Kaźmierczuk
Chirurgia onkologiczna	
dr Barbara Hofman (BIL Bielsko-Biała)	Maciej Wiglus
prof. dr hab. n. med. Adam Maciejewski	Jarosław Jędrzychowski
dr n. med. Rafał Muchacki (BIL Bielsko-Biała)	dr hab. n. med. Bogdan Chmiel
dr n. med. Stanisław Półtorak	dr n. med. Łukasz Krakowczyk
dr n. med. Stanisław Półtorak	dr Marcin Zeman
Chirurgia stomatologiczna	
dr n. med. Piotr Sporysz	dr Lucyna Kucza-Tatarczyk
Chirurgia szczękowo-twarzowa	
prof. dr hab. n. med. Iwona Niedzielska	dr Maciej Nowiński
Choroby płuc	
dr Ewa Lisiecka (BIL Bielsko-Biała)	dr Marzena Kociołek
prof. dr hab. n. med. Władysław Pierzchała	dr n. med. Szymon Skoczyński
prof. dr hab. n. med. Jerzy Kozielski	dr Maciej Nowak
dr n. med. Roman Rauer	dr Marzena Cholewa
prof. dr hab. n. med. Dariusz Ziara	Katarzyna Brodawka
Choroby wewnętrzne	
dr Witold Niziński	dr Magdalena Chrobak
dr Grzegorz Pifczyk	dr Łukasz Otremba
dr n. med. Beata Poprawa	Jarosław Góra
dr Romana Złotoś-Adamczyk	Anna Kowol

prof. dr hab. n. med. Bogdan Marek	Dominika Czipionka
prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła	dr n. med. Jolanta Blicharz-Dor-niak
dr n. med. Michał Bula	dr Anna Mrozik
dr Anna Zakrzewska	dr Katarzyna Matysik-Kuźnik
prof. dr hab. n. med. Jerzy Wojnar	dr Paulina Czajka-Francuz
dr n. med. Joanna Straszeczka	dr Monika Machalica
dr Tomasz Kampik	dr Karol Holona
prof. dr hab. n. med. Andrzej Więcek	dr Natalia Słabiak-Błaż
dr Przemysław Ramos	dr Katarzyna Noras
dr Joanna Kowalik-Karóń	dr Jarosław Zdrzałik
dr n. med. Zygmunt Szwed	dr Jerzy Bieńkowski
dr Adam Kieres	dr Damian Majcher
dr n. med. Witold Szkróbka	dr Magdalena Drożdż
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Muc-Wierzoń	dr Wojciech Chmielewski
dr n. med. Beata Reszka	dr Wiesława Bryzik-Wechowska
dr hab. n. med. Radosław Lenarczyk	dr Joanna Boidol
dr Grażyna Kaczmarczyk	dr Wioletta Karóń
Choroby zakaźne	
dr n. med. Barbara Oczko-Grzesik	dr Anna Żurek
Dermatologia i wenerologia	
dr hab. n. med. Beata Bergler-Czop	dr Renata Halik-Kajdy
dr n. med. Iwona Rogala-Poborska	dr n. med. Magdalena Kolanko
Diabetologia	
dr n. med. Mariola Minkina-Pędras	dr Agnieszka Białczyk
prof. dr hab. n. med. Janusz Gumprecht	dr n. med. Katarzyna Nabrdalik
dr n. med. Iwona Pietrzak (OIL Łódź)	Anna Broma-Kondrat
dr Iwona Petrulewicz-Salamon (BIL Bielsko-Biała)	Monika Mazur-Jamrozik
dr n. med. Henryk Rudzki	dr Barbara Baryła-Koprowska
dr Justyna Nowak-Gawlikowska	dr Jadwiga Zawada
	Grzegorz Krzyżowski
Endokrynologia	
prof. dr hab. n. med. Piotr Skałba	dr n. med. Anna Dąbkowska-Huć
prof. dr hab. n. med. Beata Kos-Kudła	Agnieszka Haczek-Kluczevska
dr n. med. Kornelia Hasse-Lazar	dr Magdalena Girek-Bączewska
Farmakologia kliniczna	
prof. dr hab. n. med. Bogusław Okopień	dr Ewa Górnik-Właszczuk

Gastroenterologia

prof. dr hab. n. med. Marek Hartleb	prof. dr hab. n. med. Krzysztof Jonderko
prof. dr hab. n. med. Marek Hartleb	dr n. med. Magdalena Gawron-Kiszka
dr Waldemar Mucha (WIL Warszawa)	dr Sergiusz Lendor
dr Bolesław Jasiński	dr Tomasz Walentek

Geriatrya

dr Gabriela Radwan	dr Katarzyna Hornowska-Suchoń
dr n. med. Agnieszka Batko-Szwaczka	dr Jan Hoffmann

Ginekologia onkologiczna

	dr Beata Rembielak-Stawecka
--	-----------------------------

Hematologia

dr Ryszard Wichary	dr Beata Hawranek
dr Anna Waclawik	dr Robert Liwoch

Hipertensjologia

dr hab. n. med. Teresa Nieszporek	prof. dr hab. n. med. Robert Krysiak
--------------------------------------	---

Immunologia kliniczna

prof. dr hab. n. med. Maciej Siedlar (OIL Kraków)	dr Elżbieta Papuga-Szela
--	--------------------------

Kardiocirurgia

prof. dr hab. n. med. Marek Deja	dr Piotr Janusiewicz
prof. dr hab. n. med. Marek Deja	dr n. med. Marcin Malinowski
dr n. med. Roman Przybylski	dr Adam Partyka
dr n. med. Roman Przybylski	dr Joanna Śliwka

Kardiologia

prof. dr hab. n. med. Krystian Wita	dr n. med. Tomasz Bochenek
dr n. med. Barbara Kuśnierz	dr Małgorzata Omylińska-Grabarczyk
dr n. med. Barbara Kuśnierz	dr n. med. Izabela Świtalska-Janiczek
dr n. med. Barbara Kuśnierz	dr Piotr Szczeponek
dr n. med. Barbara Kuśnierz	dr n. med. Aleksander Włodarczyk
dr n. med. Brygida Przywara-Chowaniec	dr Dorota Jachym
dr Leszek Radziszewski	dr Patrycja Nowak-Majda
dr Elżbieta Wądek	dr n. med. Aleksandra Dobrowolska
dr n. med. Anna Rybicka-Musialik	dr Magdalena Mizia
prof. dr hab. n. med. Michał Tendera	dr n. med. Aleksandra Michalewska-Włodarczyk
dr n. med. Sergiusz Motyka	dr Piotr Gołębski
dr Leszek Radziszewski	dr Danuta Łoboda

prof. dr hab. n. med. Andrzej Lekston	dr Leszek Goliszek
dr n. med. Iwona Woźniak-Skowierska	dr Maciej Turski
dr n. med. Teresa Zielińska	dr n. med. Aleksandra Woźniak
prof. dr hab. n. med. Mariusz Gąsior	dr Mateusz Tajstra
dr n. med. Barbara Monastyrka-Cup	dr Przemysław Żurek
dr Wojciech Bluszcz	dr n. med. Adam Golda
dr n. med. Krzysztof Wilczek	dr n. med. Anna Kazik

Medycyna nuklearna

dr n. med. Andrea D'Amico	dr n. med. Tomasz Gawlik
---------------------------	--------------------------

Medycyna paliatywna

dr Barbara Kopczyńska	dr Katarzyna Czekajska-Zarębska
dr n. med. Tatiana Pietrzyńska	dr Elżbieta Szulakowska

Medycyna pracy

dr Krystyna Kostyra	dr n. med. Ali Akel
---------------------	---------------------

Medycyna ratunkowa

dr Piotr Stryjewski (OIL Częstochowa)	dr Michał Poprawa
dr Marzena Pęczak (OIL Częstochowa)	dr Marek Warzecha

Medycyna rodzinna

dr Teresa Pardela-Gilowska (BIL Bielsko-Biała)	dr Barbara Ratka
dr n. med. Ireneusz Szymczyk	dr Piotr Drwał
prof. dr hab. n. med. Witold Lukas	dr Joanna Janecka
dr Agnieszka Buchelt (OIL Częstochowa)	dr Anna Maroń
dr Jolanta Smoliło-Żabińska	dr Konrad Żabiński
dr Henryk Domański	dr Beata Sikora
dr Mirosława Opilska-Smak	dr Sylwia Kruk

Nefrologia

prof. dr hab. n. med. Andrzej Więcek	dr n. med. Łukasz Nowak
prof. dr hab. n. med. Jan Duława	dr Katarzyna Legierska
prof. dr hab. n. med. Jan Duława	dr Agata Fryźlewicz-Moska

Neonatologia

dr hab. n. med. Małgorzata Baumert	dr n. med. Małgorzata Fiala
---------------------------------------	-----------------------------

Schwerpunkt Neonatologie - Neonatologia

	Doktor der Medizin Anita Pierończyk
--	--

Neurochirurgia

dr hab. n. med. Adam Rudnik	dr Marek Zdeb
-----------------------------	---------------

Neurologia

dr Jolanta Wadas	dr Beata Grzebieniak
dr Katarzyna Kosarz-Lanczek	dr Małgorzata Cierniak

ciąg dalszy ze str. 9 ►►►

dr Jacek Sołtyk	dr Justyna Woźnicka
dr Urszula Borek	dr Ewa Borysewicz
dr n. med. Paweł Gruenpeter	dr Szymon Gacek
dr n. med. Maciej Grechuta	dr Łukasz Gabryś
dr Tomasz Pieniżek	dr Agnieszka Stepańczak
dr Ruta Plaza	dr Mirosława Rudzińska
Okulistyka	
dr Mirella Jaksz	dr Przemysław Okoń
dr n. med. Ewa Herba	dr Agnieszka Mądry
dr n. med. Ryszard Klepacki (BIL Bielsko-Biała)	dr Magdalena Adamczyk-Frystacka
dr n. med. Sławomir Bolek	dr Ewa Włoszczyńska
dr hab. n. med. Mariola Dorecka	dr Ewa Kraszewska
Ortodoncja	
dr n. med. Katarzyna Becker (BIL Bielsko-Biała)	dr Karolina Chrapla
dr n. med. Janusz Kalukin (OIL Kraków)	dr Alina Stępnik-Mardzyńska
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	
dr n. med. Krzysztof Moćko	dr Maciej Pisarczyk
dr n. med. Sławomir Wroński	dr Jarosław Pecold
Otorynolaryngologia	
dr n. med. Grażyna Sznicer-Trybalska	dr Elżbieta Drzewiecka
Pediatrica	
dr n. med. Franciszek Halkiewicz	dr Wojciech Pelc
dr Maria Kampa-Gałązka	dr Agnieszka Paczyńska-Domagała
dr n. med. Anna Janik-Moszant	dr Joanna Bulsa
dr n. med. Anna Janik-Moszant	dr Aleksander Matyl
dr n. med. Piotr Adamczyk	dr Anna Wachowiak
dr n. med. Małgorzata Firek-Pędras	dr Anna Kret
Położnictwo i ginekologia	
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Sadowski	dr Małgorzata Nycz-Reska
prof. dr hab. n. med. Ryszard Poręba	dr n. med. Filip Doktorowicz
dr Stanisław Kućma	dr n. med. Michał Michalski
dr Stanisław Kućma	dr Marek Ciepiela
dr n. med. Przemysław Binkiewicz	dr Adam Gryszka
dr n. med. Tadeusz Kapek	dr Anna Wajda
prof. dr hab. n. med. Anita Olejek	dr Piotr Stołtny
dr n. med. Iwona Kozak-Darmas	dr Iwona Gabriel
Protetyka stomatologiczna	
dr n. med. Tomasz Lipski	dr Magdalena Jaroszuk-Rogal
Psychiatria	
dr n. med. Karina Badura-Brzoza	dr Natalia Pasierb

dr n. med. Anna Rusek	dr Joanna Trzaskowska-Lipska
dr Roman Janiczek	dr Miłosz Kotarba
dr Ewa Becelewska (OIL Częstochowa)	dr Krzysztof Knefel
dr n. med. Michał Błachut	dr Marek Frączek
dr Aleksandra Witek-Józefoska	dr Maria Kajdas
Radiologia i diagnostyka obrazowa	
dr Ewa Smyk	dr Monika Otremba
dr n. med. Wojciech Stech	dr Tomasz Miśta
dr Piotr Ulbrych	dr Mateusz Grządział
dr Miłosz Zbroszczyk	dr Łukasz Mazurek
dr hab. n. med. Katarzyna Gruszczyńska	dr Zofia Mandrela
dr Hanna Borowiak	dr Sylwia Legierska
dr hab. n. med. Ewa Kluczevska	dr Paweł Bożek
dr n. med. Wojciech Wawrzynek	dr Karolina Kukawska-Sysio
dr Andrzej Zaleski	dr Wojciech Szewczyk
dr hab. n. med. Joanna Pilch-Kowalczyk	dr Justyna Sumera
dr Anna Kozicz	dr Edyta Skorek-Rączka
dr n. med. Wojciech Wawrzynek	dr Dominik Sieroń
dr n. med. Jolanta Myga-Porosiło	dr Magdalena Serafin
dr Jerzy Wróbel	dr Adam Ryszczuk
Radioterapia onkologiczna	
prof. dr hab. n. med. Rafał Suwiński	dr Łukasz Michalecki
Rehabilitacja medyczna	
dr n. med. Irena Dyner-Jama	dr Jerzy Piotrowski
dr Jolanta Janowska-Fabianowicz	dr Agata Komenda-Nicer
dr Iwona Chwalba-Michalska	dr Justyna Klecz-Cichoń
Reumatologia	
dr n. med. Maria Głowacka-Kulesz	dr Dorota Kowalska-Żurkowska
dr n. med. Tomasz Dziewit	dr Monika Kołodziej
dr Małgorzata Szarzyńska-Ruda	dr n. med. Elżbieta Semik-Grabarczyk
Stomatologia zachowawcza z endodoncją	
dr n. med. Arkadiusz Dziedzic (OIL Kraków)	dr Monika Tysiąc-Miśta
prof. dr hab. n. med. Marta Tanasiewicz	dr Agata Trzcionka
Urologia	
dr n. med. Jerzy Michalak (LIL Lublin)	dr Mateusz Łukomski
Zdrowie publiczne	
dr n. med. Józef Kurek	dr Małgorzata Rasała-Tomczyk
dr n. med. Józef Kurek	dr Ireneusz Ryszkiel
prof. dr hab. n. med. Małgorzata Muc-Wierzoń	dr Karolina Żurek

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

Nowe obowiązki nałożone na lekarzy prowadzących praktyki lekarskie

W związku z wdrożeniem do polskiego porządku prawnego dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej zmieniono m.in. ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Nowelizacja ta weszła w życie 15 listopada 2014 r. i nałożyła na lekarzy prowadzących praktyki lekarskie nowe obowiązki.

Aktualne informacje o rodzaju działalności leczniczej oraz zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych, wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej oraz wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością (**cennik**) należy umieścić w sposób widoczny w miejscu udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej (art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej). Na

mocy dotychczas obowiązujących przepisów informacje te powinny być również zawarte w regulaminie organizacyjnym praktyki.

Znowelizowana ustawa wprowadziła **obowiązek udostępniania na wniosek pacjenta następujących informacji:**

- szczegółowych informacji na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacji dotyczących stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod;
- niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia;
- informacji objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczącym tego podmiotu (art. 14 ust. 2 i 4 ustawy o działalności leczniczej).

Informacji tych należy udzielić w terminie do 14 dni.

W uzasadnieniu projektu rządowego załączono, że obowiązujące do 14 listopada 2014 r. brzmienie przepisów (nakazujące udostępnianie informacji w sposób zwyczajowo przyjęty) nie jest wystarczające dla właściwej implementacji dyrektywy. Celem tej nowelizacji jest zapewnienie właściwego udostępniania pacjentom informacji, które mogą być dla nich istotne. Oprócz tego, dodano art. 24 a, który wskazuje, że na wniosek pacjenta należy na rachunku wyszczególnić zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne. Wprowadzono również zakaz różnicowania opłat za udzielane świadczenia zdrowotne pod kątem obywatelstwa lub państwa zamieszkania pacjenta. ●

Ewa Bebiot
Zespół Radców Prawnych ŚIL

Zmiany w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty obowiązujące od 1 stycznia 2015 r.

► W ZAKRESIE ODBYWANIA SPECJALIZACJI, W SZCZEGÓLNOŚCI W TRYBIE REZYDENTURY

Ustawą o budżecie (tj. ustawą z dnia 5 grudnia 2014 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej – Dz. U. z 2014 r., poz. 1877) oprócz przeznaczenia środków na sfinansowanie staży podyplomowych i rezydentury, dokonano kilku istotnych zmian w zasadach odbywania przez lekarzy i lekarzy dentystów specjalizacji.

Po pierwsze, w dodanym do ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty przepisie art. 16a wskazano, że rezydenturę może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty. Ponadto wprowadzono, że lekarz nie może złożyć ponownego wniosku o odbywanie rezydentury, jeżeli uzyskał potwierdzenie realizacji programu. Obowiązujące do końca grudnia 2014 r. przepisy umożliwiały lekarzowi, który odbył szkolenie specjalizacyjne i uzyskał od kierownika specjalizacji potwierdzenie realizacji programu specjalizacji, ponowne rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury. Dodatkowo przewidziano zapis, na mocy którego lekarz, który został zakwalifikowany do odbywania rezydentury, nie może złożyć ponownego wniosku o jej odbywanie, za wyjątkiem przypadku, gdy posiada on orzeczenie lekarskie o istnieniu przeciwwskazań do kontynuowania

dotychczasowej specjalizacji. Tym samym zmiana odbywanej rezydentury jest możliwa jedynie w przypadku zdrowotnych przeciwwskazań, uniemożliwiających jej kontynuowanie. Lekarz, który dwukrotnie został zakwalifikowany do odbywania rezydentury, nie może złożyć kolejnego wniosku o odbywanie specjalizacji w tym trybie.

Po drugie zmieniły się zasady zmiany miejsc odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury. Obecnie będzie to możliwe dopiero po upływie roku od dnia zakwalifikowania się do odbywania tego szkolenia. Ograniczenie nie dotyczy sytuacji, gdy jednostka, w której lekarz specjalizuje się, ulegnie likwidacji lub przestanie spełniać wymagania niezbędne do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego.

Co więcej, ustawa o budżecie nie zawiera przepisów intertemporalnych, umożliwiających określenie kręgu lekarzy, których wprowadzone zmiany będą dotyczyć. Z uwagi na brak wskazanej regulacji, przyjąć należy, że nowe rozwiązania dotyczą wszystkich lekarzy, a więc również tych, którzy zostali zakwalifikowani do odbywania szkolenia specjalizacyjnego na podstawie przepisów obowiązujących do końca grudnia 2014 r.

► W ZAKRESIE WYSTAWIANIA RECEPT LEKARSKICH

Ustawa wprowadzająca pakiet onkologiczny i antykolejkowy (ustawa z dnia 22 lipca

2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. z 2014 r., poz. 1138), umożliwiła wystawianie recept lekarskich w celu kontynuacji leczenia bez dokonania osobistego badania pacjenta. Powyższa sytuacja, tzw. zaoczne wystawienie recepty pacjentowi, jest możliwa wyłącznie w przypadku kontynuacji prowadzonego już przez lekarza leczenia. Tym samym w dokumentacji medycznej pacjenta powinny znaleźć się wcześniejsze adnotacje o zaordynowaniu pacjentowi danych leków lub wpisy o wystawieniu zleceń na dany wyrób medyczny. Wystawione w takim trybie recepty lub zleczenia na wyroby medyczne mogą zostać przekazane osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zleczenia, przedstawicielowi ustawowemu pacjenta albo osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy lekarzowi, że recepty lub zleczenia mogą być odebrane przez taką osobę trzecią, bez szczegółowego jej określania. Zarówno upoważnienie, jak i oświadczenie pacjenta, należy odnotować w jego dokumentacji medycznej lub do niej dołączyć. W dokumentacji medycznej zamieszcza się również informację o wystawieniu „zaocznej” recepty lub zleczenia oraz informację, komu zostały one przekazane. ●

Katarzyna Różycka
radca prawny
Zespół Radców Prawnych ŚIL

Chory z bólem przewlekłym

Ból przewlekły definiowany jest najczęściej jako ból trwający ponad trzy miesiące od wystąpienia lub ponad trzy miesiące od wygojenia uszkodzonych tkanek. Często w badaniach dodatkowych nie znajduje się odchyleń mogących uzasadniać występowanie bólu czy jego natężenia.

Podstawową funkcją bólu jest rola ostrzegająca i ochronna. Ma ostrzegać o zagrażającym uszkodzeniu tkanek i wyzwać takie odruchy i zachowania, by ograniczyć do minimum skutki tego uszkodzenia. Ból przewlekły takiej roli już nie pełni. Ze względu na podobieństwo zaburzeń fizjologicznych, psychologicznych i społecznych zależnych od czasu trwania i natężenia bólu, a nie od przyczyny bólu, powszechna się opinia, że ból przewlekły nie powinien być traktowany jako objaw, ale jako odrębna jednostka chorobowa. Wśród wielu zaburzeń występujących u chorych z bólem przewlekłym, często występuje depresja (wtórnie do bólu przewlekłego), niepokój, rozdrażnienie. Pojawiają się przewlekłe zmęczenie, zaburzenia snu, łaknienia (najczęściej utrata). Zmniejsza się aktywność fizyczna. Większość chorych nie jest w stanie pracować zawodowo, traci dochody. Pojawiają się problemy ekonomiczne, socjalne i rodzinne utrudniające leczenie bólu przewlekłego.

Istnieją różne klasyfikacje bólu. W zależności od podłoża patofizjologicznego, ból jest dzielony na receptorowy i niereceptorowy.

Ból receptorowy jest wywoływany aktywnością nocycceptorów (receptorów bólowych) przez bodźce uszkodzające (np. uraz, stan zapalny, proces chorobowy). Ból receptorowy może być dalej dzielony na somatyczny i trzewny. Ból somatyczny pochodzi z receptorów zlokalizowanych w skórze, tkance podskórnej i błon śluzowych (ból somatyczny powierzchowny) oraz z mięśni, ścięgien, stawów, powięzi i kości (ból somatyczny głęboki). Taki ból jest najczęściej łatwy do zlokalizowania, może towarzyszyć mu promieniowanie bólu do innych okolic, może występować nadmierna wrażliwość bolesnej okolicy na bodźce mechaniczne czy zwiększone napięcie mięśni szkieletowych.

Źródłem bólu trzewnego są receptory znajdujące się w sercu, płucach, żołądku, jelitach, trzustce, wątrobie, pęcherzyku żółciowym, nerkach i pęcherzu moczowym. Ból ten jest najczęściej rozlany, trudny do zlokalizowania. Mogą mu towarzyszyć osłabienie, nudności i wymioty, nadmierne pocenie się.

Ból niereceptorowy może być związany z uszkodzeniem lub chorobą układu nerwowego (ból niereceptorowy neuropatyczny) lub może być odnoszony do

Ból przewlekły prowadzi do pogorszenia jakości życia chorego, ale jest również poważnym problemem społecznym. Na podstawie badań epidemiologicznych szacuje się, że w Polsce przewlekły ból dotyka około 27% populacji.



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

takiego uszkodzenia (ból niereceptorowy psychogeny).

Ból neuropatyczny może mieć charakter ciągły, piekący lub napadowy, przeszywający o charakterze „uderzenia” prądem. Często towarzyszą mu różne zaburzenia czucia – parestezja, dyzestezja, allodynia, hyperalgezia.

Rozróżnienie, czy u danego chorego występuje ból receptorowy, neuropatyczny, czy mieszany – receptorowo-neuropatyczny, ma znaczenie praktyczne. W zależności od rodzaju bólu, należy w terapii stosować leki o różnych mechanizmach działania. W bólu receptorowym dobry efekt jest osiągany po podaniu nieopiodowych leków przeciwbólowych i/lub opiodów. W bólu neuropatycznym najczęściej jest konieczne włączenie do terapii leków przeciwpadaczkowych.

Terapia bólu nie powinna być prowadzona bez postawienia rozpoznania. Niezależnie od rodzaju bólu przewlekłego leczenie powinno być wielokierunkowe i wielodyscyplinarne. Jeżeli to możliwe, powinno być wdrożone leczenie przyczynowe (np. leczenie operacyjne). Poza farmakoterapią powinny być uwzględnione psychologiczne, fizykalne oraz inwazyjne metody leczenia bólu.

W leczeniu bólu przewlekłego u chorych na nowotwór i w bólu przewlekłym nie-

nowotworowym zalecane jest stosowanie leków zgodnie z drabiną analgetyczną WHO. Drabina analgetyczna WHO jest schematem wyboru i dawkowania leków przeciwbólowych w zależności od nasilenia dolegliwości. Pierwszy stopień drabiny analgetycznej zakłada stosowanie w bólu o niewielkim lub umiarkowanym natężeniu nieopiodowych leków przeciwbólowych. W razie nieskuteczności tych leków i/lub silniejszych dolegliwości należy przejść na drugi stopień i dołączyć tzw. słabe opioidy. W przypadku utrzymujących się dolegliwości konieczne jest przejście na trzeci stopień i zastosowanie silnych opiodów. Na każdym stopniu terapia powinna być uzupełniana tzw. koanalgetykami i/lub inwazyjnymi metodami leczenia bólu.

Do nieopiodowych leków przeciwbólowych należą niesteroidowe leki przeciwzapalne oraz paracetamol, metamizol, nefopam i flupirtyna.

Do „słabych” opiodów zaliczane są kodeina, dihydrokodeina i tramadol. W grupie „silnych” opiodów znajdują się morfina, oksykodon, fentanyl, buprenorfina, tapentadol i metadon.

Do koanalgetyków należą leki przeciwdepresyjne (trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne oraz wybiórcze inhibitory wychwyty zwrotnego noradrenaliny i se-



▶▶▶ rotoniny), leki przeciwpadaczkowe i steroidy.

Przy wyborze leku konieczne jest uwzględnienie chorób współistniejących, przeciwwskazań i możliwości wystąpienia działań niepożądanych.

W grupie nieopiodowych leków przeciwbólowych najbezpieczniejszymi są paracetamol i pyralgina, pod warunkiem nieprzekraczania zalecanych dawek maksymalnych. Stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych wiąże się z występowaniem wielu objawów niepożądanych i powikłań, między innymi ze strony przewodu pokarmowego (owrzodzenia w błonie śluzowej żołądka i dwunastnicy, enteropatia, krwawienia z górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego), układu krążenia (ostry zespół wieńcowy, udar mózgu, zastoinowa niewydolność krążenia, podwyższone ciśnienie krwi) i nerek (nefrotoksyczność i niewydolność nerek). Niesteroidowe leki przeciwzapalne należy stosować ze szczególną ostrożnością w grupie wiekowej >65 roku życia – w najmniejszej skutecznej dawce i tak krótko, jak to możliwe. Absolutnie przeciwwskazane jest łączenie dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Nie prowadzi to do większej skuteczności leczenia, a zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań.

O ile stosowanie opioidów w bólu u chorych na nowotwór, mimo że nadal zbyt rzadkie, jest akceptowane, to ordy-

nowanie tych leków w leczeniu bólu pochodzenia nienowotworowego nie jest powszechnie przyjęte. Z opioidami jest związanych wiele nieprawdziwych opinii mówiących, że „stosowanie morfiny oznacza, że śmierć jest blisko”, „morfinę podaje się tylko w raku”.

Po raz pierwszy zasady terapii opioidami w bólu nienowotworowym zostały opublikowane przez Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu w 1994 roku, a Polskie Towarzystwo Badania Bólu wydało swoje zalecenia w 2004 roku. U pacjentów z przewlekłym bólem nienowotworowym właściwie zakwalifikowanych do leczenia opioidami można uzyskać zmniejszenie natężenia bólu do wartości akceptowalnych oraz wynikającą z tego poprawę jakości życia i funkcjonowania w życiu codziennym.

Rozpoczęcie leczenia opioidami w bólu przewlekłym pochodzenia nienowotworowego należy rozważyć, gdy chory odczuwa stały ból, trwający dłużej niż trzy miesiące, o znacznym natężeniu (6 lub wyższym w skali NRS – numerycznej skali bólu od 0 do 10) oraz metody leczenia przyczynowego lub inne farmakologiczne są nieskuteczne i/lub związane z nasilonymi objawami niepożądanymi. Do przeciwwskazań do stosowania opioidów należą: zespół uzależnienia alkoholowego, choroby psychiczne oraz uzależnienie od opioidów lub innych leków (np. benzodiazepiny) w wywiadzie.

Zalecane jest stosowanie preparatów doustnych o przedłużonym działaniu lub form do podawania przezskórnego. Leki o przedłużonym działaniu są dawkowane dwa razy dziennie, w stałych odstępach co 12 godzin, bez oczekiwania na wystąpienie bólu. Plastry uwalniające opioidy przezskórnym działają 72 lub 96 godzin. Preparaty krótko działające mogą i powinny być stosowane w bólach przebijających. **Opioidy nie są lekami pozbawionymi działań niepożądanych. Do najczęściej występujących należą zaparcia, nudności, wymioty, sedacja, senność i splątanie.** Rzadziej występuje dysforia i świąd skóry. Przy zbyt wysokim dawkowaniu może rozwinąć się depresja oddechowa. Włączając do leczenia opioidy, lekarz powinien zlecić rozpoczęcie profilaktyki zaparć, nie czekając na ich wystąpienie. Nudności i wymioty występują najczęściej w początkowym okresie leczenia i ustępują w wyniku tolerancji po około 5-10 dniach. Przy przewlekłym stosowaniu opioidów mogą pojawiać się zaburzenia immunologiczne i hormonalne. Może też wystąpić hiperalgezia poopiodowa.

Zjawisko powstawania bólu jest patofizjologicznie bardzo złożonym procesem. Wynika z tego konieczność stosowania farmakoterapii polimodalnej – równoległego podawania kilku leków przeciwbólowych o różnych mechanizmach działania oraz koanalgetyków. W sytuacjach trudnych, gdy pomimo leczenia nie uzyskujemy oczekiwanego zmniejszenia bólu, warto skorzystać z pomocy poradni leczenia bólu i skierować tam chorego. ●

Dr n. med. Andrzej Daszkiewicz
Zakład Badania i Leczenia Bólu
Katedry Anestezjologii, Intensywnej
Terapii i Medycyny Ratunkowej
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach

Komunikat

**Komisja ds. Emerytów
i Rencistów
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Katowicach
serdecznie zaprasza wszystkich
Lekarzy Emerytów
i Rencistów
na
spotkanie wielkanocne**

które odbędzie się
24 marca 2015 r. o godz. 14.00
w Domu Lekarza
Zgłoszenia przyjmuje
Pani Katarzyna Fulbiszewska
pod nr. tel. 32 60-44-254
lub 60-44-200.

Poradnie Leczenia Bólu z certyfikatami Polskiego Towarzystwa Leczenia Bólu na terenie województwa śląskiego:

1. BYTOM:

NZOZ NEURON

CERTYFIKAT PTBB: od dnia 26.05.2011

2. CHORZÓW:

NZOZ „ATOMED” PORADNIA LECZENIA BÓLU

CERTYFIKAT PTBB: od dnia 24.06.2008

3. DĄBROWA GÓRNICZA:

PORADNIA LECZENIA BÓLU SN ZOZ „PANACEUM”

CERTYFIKAT PTBB: od dnia 19.08.2013

4. KATOWICE:

PORADNIA LECZENIA BÓLU SP Centralnego Szpitala Klinicznego
im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

CERTYFIKAT PTBB: od dnia 16.06.2000

5. KATOWICE:

PORADNIA LECZENIA BÓLU, NZOZ Centrum Medyczne Graniczna

CERTYFIKAT PTBB: od dnia 28.10.2013

6. RYBNIK:

PORADNIA LECZENIA BÓLU, Niepubliczny Specjalistyczny ZOZ „ALGOS”

CERTYFIKAT PTBB: od dnia 19.03.2008

7. TYCHY:

PORADNIA LECZENIA BÓLU PRZEWLEKŁEGO NZOZ

CERTYFIKAT PTBB: od dnia 16.06.2000

8. ZABRZE:

PORADNIA LECZENIA BÓLU, SP Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

CERTYFIKAT PTBB: od dnia 10.01.2012

9. ZABRZE:

PORADNIA LECZENIA BÓLU, NZOZ „OPIFER”

CERTYFIKAT PTBB: od dnia 19.03.2008

Weź się w garść...?

23 lutego jest Ogólnopolskim Dniem Walki z Depresją. Szacuje się, że 350 milionów osób na świecie cierpi na depresję, prawie milion każdego roku odbiera sobie życie, kolejnych 20 milionów podejmuje próbę samobójczą. Według WHO, depresja jest czwartym najpoważniejszym problemem zdrowotnym na świecie. Czy depresję łatwo zdiagnozować? Jak duży jest to problem na Śląsku? I w końcu: na jaką opiekę psychiatryczną mogą liczyć chorzy z naszego regionu?

O komentarz poprosiliśmy prof. dr hab. n. med. Irenę Krupkę-Matuszczyk, psychiatrę, kierownika Katedry Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Ochojcu, przewodniczącą Oddziału Śląskiego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.



Prof. dr hab. n. med.

Irena Krupka-Matuszczyk:

Często słyszę pytanie: czy depresja jest chorobą?, a może jest to lenistwo i wystarczy takiej osobie powiedzieć „weź się w garść”? Do takiego stanu rzeczy przyczyniają się mity i powszechnie przyjęte opinie na temat depresji, która należy do najczęściej występujących poważnych schorzeń w świecie. Cierpią na nią osoby prowadzące różny tryb życia, niezależnie od wieku. Choć choroba ta może powodować znaczne upośledzenie w funkcjonowaniu społecznym (rodzinnym i zawodowym), obecnie możliwości jej diagnozowania i leczenia są znacznie większe niż np. przed 20 laty.

Aby prawidłowo rozpoznać depresję (w ICD 10=klasyfikacja obowiązująca, zaburzenia nastroju mieszczą się w kategorii diagnostycznej F 30-39) należy pamiętać, że jest ona zespołem objawów, i że depresja to nie tylko obniżony nastrój (poczucie smutku, przygnębienia lub „zalamania”), który trwa co najmniej przez dwa tygodnie. Może jej towarzyszyć niezdolność do odczuwania przyjemności (anhedonia), wycofanie się z kontaktów społecznych, utrata zainteresowań, męczliwość, osłabienie, zmiany apetytu (spadek wagi lub przeciwnie – jej wzrost), zaparcia, suchość w ustach, zaburzenia snu (zgłasza 75% chorych), wczesnoporanne budzenie się lub przerywanego snu po północy oraz zmiany nasilenia objawów w ciągu doby z lepszym samopoczuciem w godzinach wieczornych. Ponadto przez chorych zgłaszane są: bóle głowy, niepokój wewnętrzny, zwłaszcza w okolicy przedsercowej, obniżenie libido i lęk, spadek zainteresowań, skupienia uwagi, pogorszenie pamięci. Mogą pojawić się depresyjne treści myślenia: braku poczucia własnej wartości, pewności siebie, winy i grzeszności, nieuleczalnej choroby i myśli samobójcze.

Raport wojewody śląskiego o zdrowiu psychicznym za rok 2013 potwierdza ogólnopolskie tendencje wzrostu zachorowań na depresję. Jak wynika ze sprawozdań jednostek psychiatrycznych, co dziesiąty chory wykazuje pełnoobjawową depresję, wśród 189 tys. leczonych psychiatrycznie. Cierpienie, jakim jest depresja, pogarsza lub nawet uniemożliwia wykonywanie pracy zawodowej i funkcjonowanie w rodzinie, co często powoduje, że cała rodzina choruje.

Warto podkreślić, że wszystkie Poradnie Zdrowia Psychicznego w naszym regionie służą fachową pomocą diagnostyczną i terapeutyczną. Istnieją specjalistyczne oddziały leczenia zaburzeń afektywnych, w Katowicach w naszym oddziale klinicznym w GCM i w Centrum Psychiatrii w Szopienicach.

Najważniejsze to pamiętać, że dla utrzymania dobrej kondycji psychicznej ważne jest przestrzeganie diety bogatej w owoce, jarzyny i różnego rodzaju ziarna, ograniczyć spożywanie żółtego sera i żywności o długim okresie przydatności do spożycia, picie soków kartonowych. Wskazana jest aktywność fizyczna oraz intelektualna. ●

Komunikat



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



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

Z dr. hab. n. med., dr. n. hum. (filozofem i etykiem) Sławomirem Letkiewiczem rozmawia Aleksandra Wiśniowska

To na lekarzy spada główna doza niezadowolenia społecznego

– W najnowszym rankingu zaufania pacjentów do lekarzy, który jesienią opublikował periodyk „New England Journal of Medicine”, Polska znalazła się na ostatnim miejscu. Zaskoczył Pana ten wynik?

– Rankingi nie zawsze są obiektywne, dlatego trudno mówić o zaskoczeniu. Trzeba umieć się do nich zdystansować i dokonać porównania z własnymi obserwacjami. Jednak „New England Journal of Medicine” to renomowany, najstarszy periodyk medyczny, więc myślę, że badanie było przeprowadzone rzetelnie. Nie rozumiem jednak, dlaczego akurat polscy lekarze zajęli ostatnie miejsce pod względem zaufania, jakim obdarzają ich pacjenci. Ciekaw jestem, czy badaniu poddano pacjentów prywatnych gabinetów lekarskich, w tym bardzo renomowanych, czy też prywatnych szpitali. Może wyniki rankingu byłyby inne? Nie można wykluczyć również takiej możliwości, że wynik badania to obraz naszej niedofinansowanej społecznej opieki zdrowotnej, ale czy w innych krajach, szczególnie postkomunistycznych, rzeczywiście jest inaczej?

– Wobec tego jak wytłumaczyć to niepokojące zjawisko? Czy w ogóle jest możliwa efektywna współpraca lekarza z pacjentem bez zaufania?

– Nie wydaje mi się, by polscy lekarze byli outsiderami pod względem zaufania pacjentów. Ufam, że większość moich kolegów to znakomici lekarze rodzinni i wysokiej klasy specjaliści, którzy obdarzeni są altruizmem, życzliwością dla pacjentów, współczuciem i bardzo szeroko rozumianym poszanowaniem dla drugiego człowieka. Natomiast, jak w każdej populacji zawodowej, tak wśród lekarzy czasem pojawiają się jednostki, które nigdy nie powinny trafić do naszej korporacji. Ze względu na doniosłość zawodu lekarskiego, media w szczególności sposób nagłaśniają te przypadki. Opieka zdrowotna w Polsce boryka się z różnymi problemami, z których główny to jej finansowanie. Nie należy zapominać, że obecnie placówki opieki zdrowotnej, czyli szpitale, przychodnie, placówki zajmujące się rehabilitacją, opieką terminalną i inne, to samodzielne firmy, które są na własnym rozliczeniu. Muszą na siebie zarobić, opłacić czynsz, podatek, pensje, ubezpieczenie zdrowotne itd. Trudno powiedzieć, czy pacjenci rozumieją, co to są procedury finansowane przez NFZ, a te – jak wiemy – są kluczem do postępowania lekarskiego. Często lekarz inaczej widziałby proces diagnostyczno-terapeutyczny, ale niestety – procedury wymagają innego postępowania. Wina spada na lekarza. Tam, gdzie brakuje pieniędzy, tam są problemy i emocje. Lekarze za niższą kwotę muszą przyjąć większą, a w praktyce każdą ilość pacjentów. Kolejki, pośpiech, budzą niezadowolenie chorych i podważają autorytet lekarzy. Przecież pacjenci nie rozmawiają na co dzień z pracownikami NFZ, tylko z lekarzami i personelem medycznym. Na lekarzy zatem spada główna doza niezadowolenia społecznego.

Do tego należy dodać, że status materialny naszej profesji znacznie się podniósł, co może budzić niezadowolenie społeczne wobec codziennych niedostatków opieki medycznej. Jednak praca jest ciężka i odpowiedzialna. Powinna być poparta właściwym wynagrodzeniem. Natomiast podstawą skutecznej współpracy lekarza z pacjentem – o którą Pani pyta – jest zaufanie, nie tylko pacjenta do lekarza, ale również lekarza do pacjenta. Bez tego diagnoza może być nietrafna i leczenie nieskuteczne. Implikuje to szereg problemów dla pacjenta i lekarza.

– Mimo to, rok 2014 można uznać za obfity w sukcesy polskiej medycyny, choć nie zabrakło wydarzeń, które poddały w wąt-



fot.: Z archiwum S. Letkiewicza

Doc. Sławomir Letkiewicz jest przewodniczącym Głównej Komisji Rewizyjnej Polskiego Towarzystwa Bioetycznego, pracownikiem Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej Polskiej Akademii Nauk we Wrocławiu.

pliwość etyczne kompetencje lekarzy w naszym województwie. Najgłośniejsze jednak dyskutowano o etyce w kontekście klauzuli sumienia... Czy etykę można pojmować na różne sposoby? Poddawać ją społecznym przepychankom?

– Etykę można pojmować na różne sposoby. Różne organizacje mają swoją etykę (Kodeksy Etyczne, pisane i niepisane) – nawet te przestępcze. Ta sama etyka, która jest honorowana przez jedną grupę, w ocenie innych grup może być odebrana jako niezgodna z prawem czy nawet zbrodnica.

– A jeśli chodzi o etykę lekarza wobec pacjenta?

– Jeśli mowa o etyce lekarza w stosunku do pacjenta, to istnieje jedna etyka, która pojmowana jest w jedyny sposób, pozostający w zgodzie z funkcjonującymi w medycynie aksjomatami takimi jak: „primum non nocere” i „salus aegroti suprema lex”. W dzisiejszych czasach zdarza się, że u podstaw nauk zasilaających medycynę akceptowane są i skutecznie funkcjonują paradygmaty, które są niezgodne z założeniami aksjologicznymi, jakim była i jest podporządkowana medycyna. W związku z tym, w celu zabezpieczenia w stosunku do pacjentów działań wyłącznie moralnych, rodzi się konieczność wdrażania aksjomatu o znaczeniu uniwersalnym, którym jest zasada: „godność człowieka najwyższą wartością w świecie przyrody”.

Odpowiedzialność za popełnione czyny ponosi lekarz i tym samym jemu grozi kara za ograniczenie lub przekroczenie kompetencji. Odpowiedzialność jest moralna, karna, cywilna, tak więc sprawa jest poważna. Na straży działań lekarskich pod względem etycznym stoją Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL), Deklaracja Helsińska, ustawa o zawodzie lekarza, Kodeks karny, Kodeks postępowania cywilnego. KEL, mimo że jest zbiorem zasad etyczno-deontologicznych, ma moc prawną, ponieważ szereg ustaw (w tym ustawa

To na lekarzy spada główna doza niezadowolenia społecznego

ciąg dalszy ze str. 15 ►►

o zawodzie lekarza) odwołuje się do niego. W związku z tym wykracza poza granice zobowiązania wyłącznie etyczno-moralnego. Nad czym tu debatować?

– Powróćmy jeszcze do kwestii zaufania. W tym kontekście najczęściej porusza się temat otoczenia administracyjno-prawnego wokół zawodu lekarza. Biurokracja, komputeryzacja, nowoczesne technologie stawiają rozum ponad wrażliwością i empatią. Zgodzi się Pan z tak postawioną tezą?

– Profesor Józef Bańka, czołowy polski filozof, zajmujący się między innymi wpływem procesu technicyzacji na człowieka, już w 1981 roku stwierdził, że: „(...) skoro budujemy wieżowce, to projektować należy coraz lepsze windy”. Chodzi o to, że ludzkość musi liczyć się z tym, że z jednej strony myśl techniczna jest katalizatorem postępu, z drugiej zaś strony musi wiedzieć, że skutki własnych wynalazków może odczuć również na sobie. Bańka stwierdził również, że: „człowiek występuje wobec techniki dwojako: raz jako twórca i sprawca postępu, innym razem jako ofiara owych niekontrolowanych i przez samego siebie nieprzewidywanych oddziaływań”. Zdolność adaptacyjna człowieka do produktów procesu technicyzacji jest jednym z najbardziej

istotnych problemów związanych z tym procesem. Konsekwencją procesu technicyzacji są skutki społeczne, często niekorzystne dla człowieka, ponieważ procesy te nie zawsze „żyją” w zgodzie z człowiekiem i na tej płaszczyźnie często dochodzi do sytuacji konfliktowych. Problemy, o których tu mowa, dotyczą również lekarzy.

– Tymczasem oczekiwania społeczne wobec zawodów zaufania publicznego są coraz wyższe. Zawód lekarza – bo o nim mówimy – wysoko ustawia poprzeczkę, może za wysoko? Może za często zapominamy, że lekarz to także człowiek?

– Zawód lekarza to elitarne zajęcie i trzeba je wykonywać w należyty sposób. Do właściwego wykonywania zawodu lekarza należy wyróżniać się odpowiednimi cechami charakteru, do których można zaliczyć m.in.: altruizm, obowiązkowość, uczciwość, współczucie, tolerancję, czy szeroko rozumiane poszanowanie dla drugiego człowieka. W stosunku do osób, które cechują się wymienionymi wartościami nie ma mowy o żadnej „poprzeczce”. Ustawianie jakiegokolwiek może być równoznaczne z wymuszaniem właściwego podejścia lekarza do pacjenta i narzucaniem właściwych postaw moralnych, które powinny wynikać z cha-

rakteru lekarza i właściwie ukształtowanego sumienia.

Oczywiście, że nie wolno zapominać, że lekarz to także człowiek, ale należy mieć na uwadze fakt, że nie jest mechanikiem ciała ludzkiego. Decyduje o zdrowiu i życiu człowieka. Jeżeli kandydat na lekarza czuje, że się nie nadaje, że nie podoła ciężkiej pracy – powinien zrezygnować. Najlepiej jeszcze przed rozpoczęciem studiów.

– Na koniec rozmowy odwróćmy temat. Zaufanie pacjentów do lekarzy w Polsce oscyluje na rekordowo niskim poziomie, a co z zaufaniem lekarzy do pacjentów?

– Myślę, że jest podobnie. Proszę zobaczyć, co dzieje się na portalach internetowych, gdzie bezkarnie lekarze, znakomici specjaliści są dosłownie opluwani i znieważani przez swoich pacjentów. Sypią się obelgi, krytyka diagnostyki, terapii, kosztów. Każdy może napisać, co zechce. W ostatnich czasach te sprawy zostały uporządkowane w sposób prawny, ale „stare” wpisy pozostały. Portale mogą, na życzenie osoby poszkodowanej, użyć danych osoby obrażającej, ale często unikają tego. Na zaufanie zatem należy zasłużyć. Pacjent, który potrafi to zrobić, może liczyć na dobry kontakt z lekarzem, a co się z tym wiąże – na właściwą diagnozę i skuteczną terapię. ●

„CZWARTA WŁADZA”

Po raz pierwszy nazwa „czwarta władza” została „konsekrowana” w czasach napoleońskich i od tego czasu, czyli od ponad dwustu lat, przypisana jest do dziennikarskiego grona. Jak silna jest „czwarta władza”? Otóż ogromnie! Choćby dlatego, że do niej należy, mniej czy bardziej prawdziwe, kreowanie rzeczywistości, a także ogłód i pogląd na historię. Dziennikarstwo to bardzo trudny zawód. Dziennikarze należą do grupy zawodowej nielubianej, a nawet czasem bardziej niż nielubianej, ale także do pożądanej, a nawet mocno pożądanej właśnie dlatego, że mają przełożenie na tworzenie rzeczywistości, a nawet faktów z faktów. Dziennikarze często dzieli się dość płynnie na różne grupy: politycznych, śledczych, tematycznych, felietonistów, a także dziennikarzy branżowych, do których należy zaliczyć piszących medyków i piszących o medycynie. Piszący o medycynie nie mają łatwego zadania. Sądzę, że wynika to z barier istniejących między trzema grupami: lekarzy piszących, zawodowych dziennikarzy piszących i społeczeństwa czytającego o medycynie.

Pierwsza grupa, a więc lekarze piszący o problemach medycznych, przypominają czasem proboszcza w kościele, który do nielicznej grupki wiernych mówi, że jest źle, bo tak mało ludzi chodzi do kościoła. Druga grupa, zawodowcy piszący o medycynie, znają podstawową zasadę dziennikarstwa, że jest mniej ciekawym zdarzenie opisujące pogryzienie dziecka przez psa niż pogryzienie psa przez dziecko.

Kolejdy szukają więc tzw. tematów medialnych, dramatycznych i w konsekwencji chętnie czytanych przez ludzi oczekujących ataku na całą medycynę, a zwłaszcza ludzi medycyny: lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów czy salowe. O odbiorcach tej tematyki można powiedzieć, używając terminologii medycznej, że nie wystarcza już płynąca z artykułu krew żylna, ale pulsować musi krew tętnicza. Trzecią i najważniejszą grupą jest społeczeństwo. Społeczeństwo ludzi zdrowych i chorych. Społeczeństwo, które wiedzę na temat medycyny czerpie właśnie z czwartej władzy i to właśnie „czwarta władza” umożliwia tworzenie



dalszych zdarzeń, bytów prawdziwych i nieprawdziwych. Czy na „czwartą władzę” można się obrazić? Otóż twierdę, że ochrona zdrowia nie może obrażać się na to, co o nas piszą. Trudno dziwić się pacjentom szukającym negatywnych artykułów o medycynie, ponieważ z przyczyn niezależnych od jakości opieki lekarskiej w kraju czy poza nim, niektórzy z nich nie mogą odejść od nas zdrowi, bo medycyna nie ma boskich możliwości. Informacja dla pacjenta i jego rodziny, która o tym mówi, stymuluje doskonale znany w psychologii chronologiczny ciąg reakcji na zdarzenie niedobre i niepożądane: 1. kto winien, 2. co jeszcze można zrobić, 3. akceptacja. Oczywiście oczy i pióra „czwartej władzy” skierowane są przede wszystkim na punkt pierwszy i musimy to w naszym medycznym świecie zrozumieć. ●

**Prof. zw. dr hab. n. med. dr h. c.
Aleksander Sieroń**

Zaufanie społeczne do lekarzy – wyniki CBOS

Centrum Badania Opinii Społecznej przedstawiło rezultaty badań, które dotyczyły opinii respondentów o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy. Poziom zaufania społecznego maleje, a przyczyny są zarówno subiektywne, jak i związane z ochroną zdrowia w naszym kraju.

Poprzednie badania były prowadzone przez CBOS w 2001 r. a na przestrzeni trzynastu lat zaszły pewne zmiany w doświadczeniach i poglądach opinii publicznej. Niewątpliwym wpływ na to miał gwałtowny rozwój nowych mediów jako narzędzi interaktywnej wymiany informacji oraz szeroki dostęp do internetu jako miejsca upowszechniania treści i czerpania informacji, co w znaczącym stopniu wpłynęło na zwiększenie świadomości społecznej.

Małgorzata Omyła-Rudzka, autorka opracowania wysuwa główny wniosek z badań sondażowych:

„Wprawdzie znaczna grupa respondentów zetknęła się w swoim życiu z błędami medycznymi, co trzeci deklaruje, że sam ich doświadczył, a większości zdarza się zasięgać dodatkowej opinii u innego lekarza i szukać informacji o chorobach i leczeniu w różnych źródłach, to jednak zdecydowana większość ankietowanych ufa swoim lekarzom. Jednocześnie ogromna większość wyraża pozytywne opinie na temat jakości pracy personelu medycznego, z którym miała styczność, twierdząc, że pracownicy służby zdrowia popełniali błędy bardzo rzadko bądź nigdy.”

Wnioski płynące z innych publikacji badawczych są bardziej niepokojące.

► NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

Dla przykładu można podać wyniki badań opublikowane przez **New England Journal of Medicine**, z których wynika, iż **Polska znajduje się na ostatnim miejscu w rankingu zaufania opinii publicznej do lekarzy.**²

Badanie zostało przeprowadzone w latach 2011-2013 w ramach International Social Survey Programme realizowanego w 29 krajach przez instytuty naukowe i badawcze w poszczególnych państwach. Wysokim poziomem zaufania społecznego mogą pochwalić się lekarze ze Szwajcarii, Holandii, Dani, Wielkiej Brytanii, Finlandii, Francji i Turcji. Dolną listę rankingową zaufania zamykają Chorwaci, Amerykanie, Bułgarzy, Rosjanie oraz my – Polacy. **W przypadku naszego kraju mamy do czynienia z zaufaniem do lekarzy na poziomie 43%. Niewielki jest także poziom zadowolenia z wizyt lekarskich. W Polsce zadowolonych z wizyty medycznej jest 23% badanych respondentów, co daje nam 25 miejsce w grupie 29 badanych krajów.**³

► EUROPEAN TRUSTED BRANDS

Te niepokojące wyniki potwierdzają wcześniejsze dane z badań European Trusted Brands przeprowadzane co roku przez Readers Digest, które wskazują, że poziom zaufania do lekarzy dynamicznie w Polsce maleje. **W 2011 roku wskaźnik ten był na poziomie 73%, a w 2014 roku spadł do 56%.**⁴

Skąd taki problem w Polsce?

Tłumaczy psycholog i socjolog, **Weronika Ślęzak-Tazbir**, pracownik Instytutu Socjologii Uniwersytetu Śląskiego. W latach 2012-2013 prowadziła zajęcia z socjologii na Wydziale Lekarskim Śląskiego Uniwersytetu Medycznego:

„Przyczyn niskiego zaufania względem zawodu lekarskiego w polskim społeczeństwie jest wiele i są one złożone. Niektóre przyczyny

mają charakter bardziej obiektywny, wynikają z pewnych „twardych” wskaźników, inne subiektywne, gdy odnosimy się przede wszystkim do indywidualnych doświadczeń pacjentów. Jeśli chodzi o tzw. czynniki „twarde”, strukturalne, to wiążą się one przede wszystkim z fatalną organizacją opieki zdrowotnej w kraju – kolejne rządy nie osiągnęły właściwie żadnych postępów w naprawianiu systemu, poza zwiększaniem panującego chaosu, dezinformacji i rozproszenia odpowiedzialności. Po drugie, oczywiście czynniki materialne – stałe niedofinansowanie, ale też docierające coraz częściej informacje świadczące o marnotrawstwie. Po trzecie – znaczne zróżnicowanie poziomu świadczonych usług medycznych pomiędzy placówkami. Pacjenci wiedzą, które szpitale są wiodące i te cieszą się znacznie większym zaufaniem niż przeciętne lub wręcz słabe placówki, zwykle umiejscowione na prowincji.

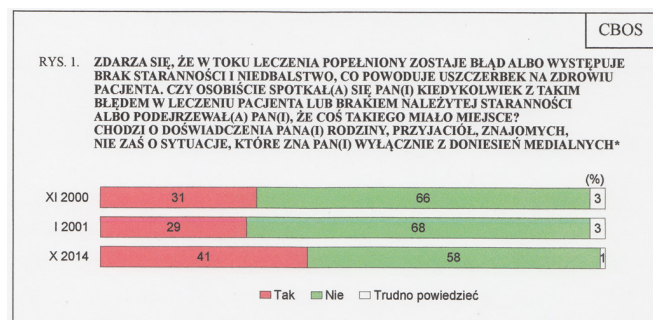
Te „twarde” przyczyny uzupełnia całe spektrum czynników „miękkich”, związanych z subiektywną oceną, płynącą zwykle z indywidualnych doświadczeń. Mieści się tutaj zarówno surowo oceniana fałszywa solidarność zawodowa, „krycie” błędów lekarskich, niskie odszkodowania, ale także niskie umiejętności komunikacyjne, traktowanie pacjentów przedmiotowo i wciąż dominujący biomedyczny model zdrowia, na którym opiera się cała współczesna medycyna, zgodnie z którym zdrowie fizyczne można przywrócić za pomocą terapii medycznej, która ma podstawy naukowe, bez zagłębiania się w psychikę i osobowość.

Postępująca specjalizacja powoduje, że lekarz nie patrzy na pacjenta jak na całościowy organizm, ale zajmuje się poszczególnymi dolegliwościami osobno, nie wnikając w ich interakcje. Np. w prywatnej, sieciowej przychodni lekarz internista powiedział pacjentce mającej wiele dolegliwości, że podczas jednej wizyty może wysłuchać tylko o dwóch z nich, a z następnymi będzie mógł się zapoznać podczas kolejnej wizyty! Pacjent jest „przypadkiem”, „jednostką chorobową”, „numerem”. Blok operacyjny przypomina fordowską taśmę produkcyjną. Coraz większa racjonalizacja wprowadzana do placówek medycznych zaczyna przypominać klasyczny już fast food. Obniżeniu zaufania nie służą także media, coraz bardziej poszukujące taniej sensacji. Zdrowie dotyczy wszystkich, więc trudno o bardziej populistyczny materiał, niż kolejny skandal w służbie zdrowia, czy to związany z brakiem interwencji, czy z błędem lekarskim, czy też z korupcją. Praktycznie codziennie media donoszą o jakiejś tragedii ludzkiej, która dokonała się albo za przyczyną lekarza, albo pogotowia ratunkowego, albo fatalnej organizacji w służbie zdrowia. O sukcesach informuje się sporadycznie, kiedy mają one nieprzeciętny kaliber i ocierają się o pojęcie cudu, co również bardzo dobrze się sprzedaje, jak chociażby ostatnie zdarzenie z udziałem Adasia uratowanego z głębokiej hipotermii, czy też przeszczepu twarzy. Jakże inaczej wyglądałyby codzienne wiadomości, gdyby zaczynały się od informacji na temat wszystkich przeprowadzanych codziennie z sukcesem operacji medycznych i tyśięcy lekarzy z poświęceniem służących pacjentom w nawet najbardziej zapomnianych, prowincjonalnych placówkach.”

Z raportu CBOS wynika, iż większość badanych nie zetknęła się w swoim bezpośrednim otoczeniu z problemem błędu w leczeniu, niemniej jednak dwie piąte respondentów zadeklarowało, że spotkało się z taką sytuacją.⁵

Zaufanie społeczne do lekarzy – wyniki CBOS

ciąg dalszy ze str. 17 ►►

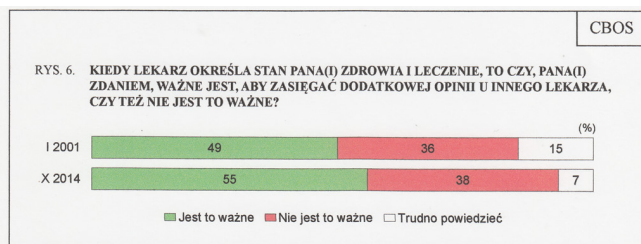


* Ostatnie zdanie: „Chodzi o doświadczenia Pana(i) rodziny, przyjaciół, znajomych, nie zaś o sytuacje, które zna Pan(i) wyłącznie z doniesień medialnych” zostało dodane w roku 2014.

RYS. 1. (str. 2 opracowania CBOS)

Do tej drugiej grupy częściej zaliczają się osoby lepiej wykształcone, mieszkające w większych miejscowościach. Występowanie takich sytuacji często także deklarują osoby młode (grupa wiekowa 18-24 lata oraz 25-34 lata) oraz niezadowolone z warunków materialnych swoich gospodarstw domowych. Dodatkowo, co siódmy ankietowany – mniej więcej co czwarty rodzic – zadeklarował, że pomyłki i błędy lekarskie dotyczyły jego dzieci. Powyższe dane wskazują, iż obecnie częściej niż w 2001 roku ankietowani deklarują, iż spotkali się z sytuacją błędu lekarskiego zarówno wobec siebie, jak i swoich dzieci. Przed trzynastoma laty twierdził tak co czwarty badany, dziś już co trzeci.

Badania CBOS pokazują także, iż ponad połowa badanych uznaje za ważne zasięgnięcie dodatkowej opinii u innego lekarza. Wskaźnik ten uległ podwyższeniu w porównaniu do 2001 roku, jednak stosunkowo niewielki respondentów praktykuje tę zasadę zawsze bądź często.



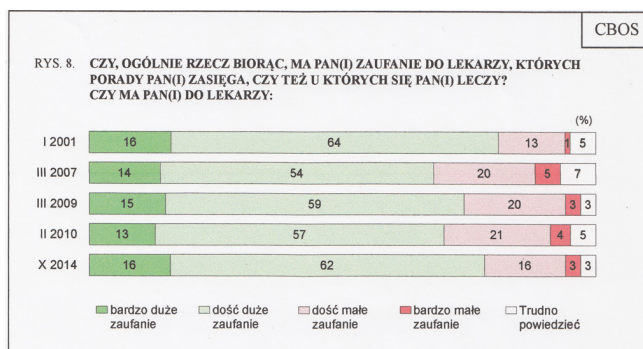
RYS. 6. (str. 7 opracowania CBOS)

Częstszą potrzebę uzupełniających konsultacji medycznych dostrzegają ankietowani lepiej wykształceni, którzy osobiście bądź niebezpośrednio zetknęli się z problemem błędu medycznego. Ciekawym jest, iż taką potrzebę częściej uznają za niezbędną kobiety oraz respondenci w wieku 25-54 lata, zdecydowanie rzadziej zaś badani gorzej wykształceni, mieszkający w mniejszych miejscowościach, gorzej oceniający warunki materialne swoich gospodarstw domowych, starsi, niekorzystający regularnie z internetu oraz osoby, które nie doświadczyły błędów medycznych, ani nie zetknęły się z nimi w swoim najbliższym otoczeniu.

Zaznaczyć należy także, iż prawie 70% badanych poszukuje informacji o stanie zdrowia w takich środkach jak książki, czasopisma i przede wszystkim internet, który także i pod tym względem oferuje ogromne możliwości w nabywaniu wiedzy, także tej niegdyś uchodzącej za specjalistyczną. Dane pokazują, iż – w porównaniu z 2001 rokiem – zwiększa się liczba pacjentów poszukujących takich informacji w źródłach innych niż osoba kolejnego lekarza. Chorzy coraz częściej próbują leczyć się „na własną rękę” oraz sprawdzać kompetencje lekarza. Z jednej strony jest to zjawisko

pozytywne, obrazuje trend społeczeństwa obywatelskiego, świadomego swoich praw i racji, posiadającego narzędzia do kontroli własnej sytuacji zdrowotnej, z drugiej zaś – pacjenci mający wątpliwość co do słuszności stawianej diagnozy i propozycji leczenia należą do osób obdarzających lekarzy mniejszym zaufaniem, które z kolei w bezpośredni sposób wpływa na relację lekarz – pacjent.

Wspomniane zaufanie to słowo – klucz w zawodzie lekarza. To ono niejednokrotnie determinuje rezultaty leczenia i buduje prawidłową komunikację w procesie wychodzenia z choroby. Badania CBOS wskazują, iż 78% badanych ufa swoim lekarzom. W porównaniu z 2001 rokiem nastąpił, co prawda, niewielki spadek tegoż zaufania, ale na niższym poziomie plasowało się ono w latach 2007-2010. Z analizy wynika, iż stosunkowo dużym zaufaniem obdarzają lekarzy osoby starsze biorące udział w badaniu (powyżej 65 roku życia) oraz ankietowani w przedziale wiekowym 25-34. Zauważalna jest także tendencja, iż osoby lepiej wykształcone rzadziej darzą lekarzy bardzo dużym zaufaniem, częściej zaś przejawiają stosunek umiarkowany.



RYS. 8. (str. 11 opracowania CBOS)

Pozytywnym wydaje się także wynik, iż zdecydowana większość respondentów – rodziców darzą zaufaniem medyków, którzy leczą ich dzieci.⁶ W porównaniu z danymi sprzed trzynastu lat zauważa się, iż nastąpił niewielki spadek procentowy zaufania rodziców do lekarzy swoich dzieci, niemniej jednak nie są to dane bardzo rozpięte. Sytuacja ta napawa optymizmem z uwagi na fakt, iż rodzice często są przewrażliwieni na punkcie zdrowia swoich dzieci, pragną otrzymać informację pewną i wiarygodną, nawet za cenę jej potwierdzenia w kilku źródłach. Ich zaufanie do grupy zawodowej lekarzy wydaje się więc cenne.

W dobie społeczeństwa informacyjnego przekształca się także świat medycyny. Często spotyka się już jej wymiar w przestrzeni wirtualnej: e-gabinety, e-porady, e-rejestracje. Proces oddzielenia jakiegokolwiek sfery życia od nowych mediów wydaje się już niemożliwy, co dotyczy także aspektu zdrowia i choroby. Internet uchodzi za źródło wiedzy wszelakiej. Za jego pomocą, niemal poprzez jedno kliknięcie myszką, uzyskujemy dostęp do opinii o danym lekarzu, jego rekomendacji albo antyrekomendacji wystawionej przez internautów, otrzymujemy możliwość autodiagnozowania i niemal samoleczenia. Badania przeprowadzone przez CBOS⁷ potwierdzają, iż Polacy traktują internet jako ważny kanał wymiany informacji także o błędach medycznych. Najwięcej publikacji na ten temat pojawia się w społecznościach oraz na forach dyskusyjnych, które stanowią platformę wymiany doświadczeń i opinii internautów. Czy powszechny dostęp do internetu sprawił, że pacjenci mają większą świadomość błędów i zaniedbań medycznych czy też przyczynił się do zjawiska negatywnego – leczenia się społeczeństwa „na własną rękę”?

W OPINII LEKARZY



dr n. med. Piotr Kusiak

Zjawisko to próbuje tłumaczyć dr n. med. **Piotr Kusiak**, specjalista ortopeda traumatolog, starszy asystent, pracujący na Oddziale Chirurgii Urazowo-ortopedycznej Szpitala Miejskiego w Sosnowcu:

„Internet jest źródłem nieograniczonej wiedzy, w tym również wiedzy medycznej. Należy jednak bardzo umiejętnie z tego korzystać, poddając krytycznej analizie uzyskane informacje. Nie uważam, że powszechny dostęp do internetu podwyższył świadomość błędów medycznych u naszych pacjentów i szerzej patrząc – społeczeństwa. W zdecydowanej większości wymiana informacji na temat zaniechań medycznych na forach i dyskusjach internetowych „naładowana” jest bardzo silnym, złym ładunkiem emocjonalnym, pozbawionym podstaw merytorycznych. Jakakolwiek próba rzeczowej analizy zdarzenia zupełnie nie jest dopuszczana do toczącej się dyskusji. Patrząc na problem z innej strony, to osoby rzeczywiście zainteresowane dogłębnym spojrzeniem na rozpatrywany problem znajdują rzetelną informację, czy ich choroba była właściwie leczona. Polacy od zawsze mieli tendencję do samoleczenia, czego przykłady znajdujemy w utworach literackich z różnych epok. Obecnie nie ma chyba organu w ciele człowieka, którego nie moglibyśmy wspomóc suplementem diety. Internet tylko ułatwił dostęp do preparatów i terapii stosowanych w samoleczeniu.”

Podobne zdanie ma dr **Mateusz Hanslik**, specjalista ortopeda traumatolog, pracujący na Oddziale Chirurgii Urazowo-ortopedycznej Szpitala Miejskiego w Sosnowcu:

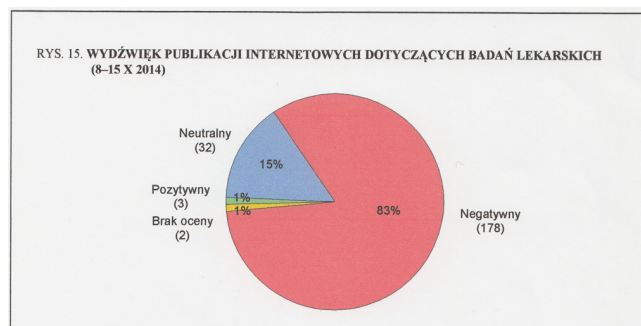


dr Mateusz Hanslik

„Część lekarzy wykorzystuje portale społecznościowe do promowania swojej kliniki lub samego siebie, jest to sposób na dotarcie do dużej liczby pacjentów. Stwarza to jednak zagrożenie, że lekarze będą postrzegani jak każdy inny dostawca usługi, który konkuruje na rynku. A tak chyba nie jest? Pierwszy człon zdania nie wyklucza drugiego. Oczywiście pacjenci, jak wszyscy inni, mają dostęp do internetu. Sprawia to, że dowiadują się o błędach medycznych oglądając filmy, czytając czasem fachowe artykuły. Jednakże nie oznacza to, że ta wiedza może ich uchronić przed leczeniem się „na własną rękę” przez internet. Zdecydowana większość pojawiających się w internecie publikacji o lekarzach i procesie leczenia ma charakter negatywny bądź neutralny. Niezwykle rzadko pojawiają się publikacje mające wydźwięk pozytywny odnośnie badań lekarskich.”

„Część lekarzy wykorzystuje portale społecznościowe do promowania swojej kliniki lub samego siebie, jest to sposób na dotarcie do dużej liczby pacjentów. Stwarza to jednak zagrożenie, że lekarze będą postrzegani jak każdy inny dostawca usługi, który konkuruje na rynku. A tak chyba nie jest? Pierwszy człon zdania nie wyklucza drugiego. Oczywiście pacjenci, jak wszyscy inni, mają dostęp do internetu. Sprawia to, że dowiadują się o błędach medycznych oglądając filmy, czytając czasem fachowe artykuły. Jednakże nie oznacza to, że ta wiedza może ich uchronić przed leczeniem się „na własną rękę” przez internet. Zdecydowana większość pojawiających się w internecie publikacji o lekarzach i procesie leczenia ma charakter negatywny bądź neutralny. Niezwykle rzadko pojawiają się publikacje mające wydźwięk pozytywny odnośnie badań lekarskich.”

INTERNET



RYS. 15. (str. 17 opracowania CBOS)

Sytuacja ta wydaje się niepokojąca, ponieważ zaburza obiektywny ogląd rzeczywistego stanu rzeczy, na domiar złego stanowi wyznacznik mediów bulwarowych, dla których podstawowym

kryterium jest sensacja i wzbudzenie emocji, a o to najłatwiej w przypadku informacji negatywnych i kontrowersyjnych. Z drugiej jednak strony, można usprawiedliwić taką reakcję społeczną faktem, iż lekarz jest zawodem zaufania publicznego i każdy błąd w sztuce godzi w fundamentalne ludzkie wartości, jakimi są życie i zdrowie, stąd też wszelkie nieprawidłowości są nagłaśniane i piętnowane.

Czy faktycznie internet, jako przestrzeń komunikacji i platforma wymiany opinii, stał się swoistym epicentrum krytyki lekarzy i narzędziem zniszczenia ich autorytetu zawodowego?

„Przez to, że ludzie mogą się na forach wypowiadać anonimowo – a przynajmniej tak im się wydaje, bo IP komputera jest widoczne – uwalniają wszystkie negatywne emocje, które w Polsce są bardzo silne względem lekarzy. „Hejtowanie” jest nagminne, co nie dziwne, skoro tylko 20% ludzi jest zadowolonych z wizyty lekarskiej. Czy niszczy to autorytet lekarzy? Raczej fora internetowe nie są opiniotwórcze. Służą głównie „wylaniu się” i „wygadaniu” pokrzywdzonych” – komentuje dr Mateusz Hanslik.

Dr n. med. Piotr Kusiak zaznacza dodatkowo:

„W zdecydowanej większości dyskusji na forach internetowych lekarze przedstawiani są od złej strony. Jednostkowe przypadki odwołane są do całego środowiska lekarskiego. Uczestnicy w ogóle nie są zainteresowani zobaczeniem problemu od drugiej strony, jak tę samą sytuację postrzegają lekarze. Cała nieudolność systemu opieki zdrowotnej w dyskusjach tych przypisana jest odpowiedzialności lekarzy. Prestiż zawodowy cierpi na tym, niszczona jest bardzo delikatna relacja pomiędzy chorym a jego lekarzem prowadzącym. Bo jak zbudować wzajemne zaufanie, jeśli tyle złych zdań napisano w internecie na temat lekarzy? Medycyna jest sztuką i właśnie sztuką jest, mimo tak niesprzyjającego czasu, zbudować tę niewidzialną relację pomiędzy lekarzem a chorym. Czego sobie i innym życzę”.

Joanna Wójcik

Opracowano na podstawie: Omyła-Rudzka Małgorzata, Komunikat z badań CBOS, Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy, Centrum Badania Opinii Społecznej, nr 165/2014, Warszawa 2014.

Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (293) przeprowadzono metodą wywiadów bezpośrednich (face-to-face) wspomaganych komputerowo (CAPI) w dniach 9-15 października 2014 roku na liczącej 919 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski. Komunikat powstał we współpracy z firmą Newspoint.

¹Omyła-Rudzka Małgorzata, Komunikat z badań CBOS, Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy, Centrum Badania Opinii Społecznej, nr 165/2014, Warszawa 2014. Badanie „Aktualne problemy i wydarzenia” (293) przeprowadzono metodą wywiadów bezpośrednich (face-to-face) wspomaganych komputerowo (CAPI) w dniach 9-15 października 2014 roku na liczącej 919 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski. Komunikat powstał we współpracy z firmą Newspoint.

²<http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Polska-na-ostatnim-miejsku-w-rankingu-zaufania-do-lekarzy>, 146018,14.html [dostęp na dzień: 20.12.2014 r.]

³Tamże,

⁴<http://www.termia.pl/Polscy-pacjenci-stracili-zaufanie-do-lekarzy>, 14885.html [dostęp na dzień: 20.12.2014 r.]

⁵Wszystkie przedstawione w tym opracowaniu informacje statystyczne pochodzą ze źródła: Omyła-Rudzka Małgorzata, Komunikat z badań CBOS, Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy..., dz. cyt.

⁶Tj. 73% respondentów.

⁷Rusin Aleksandra, Internet o błędach medycznych, W: Omyła-Rudzka Małgorzata, Komunikat z badań CBOS, Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy..., dz. cyt., rozdział powstał we współpracy z firmą Newspoint, a wykorzystane w nim dane pochodzą z systemu Newspoint monitorującego prawie 6 tys. portali polskich i blisko 100 tys. zagranicznych. Analizę przeprowadzono w okresie 8-15 października 2014 roku.

Potrzebujemy słowa i obecności

Pierwsze spotkanie integracyjne lekarzy – seniorów z terenu miasta Tychy ze studentami medycyny odbyło się 29 grudnia 2014 w Tychach.

Głównym celem spotkania było wręczenie listów gratulacyjnych prezesa ORL tym lekarzom z Tychów, którzy ukończyli 85 rok życia. Przy okazji spotkanie dało możliwość zapoznania się lekarzy seniorów ze studentami medycyny mieszkającymi w pobliżu miasta. Dodatkowym celem tej nowej inicjatywy jest ułatwienie chętnym studentom realizacji porozumienia o współpracy zawartego 11 czerwca 2014 r. pomiędzy ŚIL a SUM w sprawie niesienia pomocy potrzebującym lekarzom – seniorom.

W krótkim wstępie, pani **Marta Lampert**, reprezentująca samorząd studencki, nie ukrywając swych emocji powiedziała między innymi: „Tak wielu rzeczy student nie może nauczyć się z podręczników lub wykładów... Tego wszystkiego można dowiedzieć się od naszych mądrych i doświadczonych lekarzy – seniorów. Przyszły lekarz bardzo potrzebuje swojego mistrza i mentora.”

A oto kilka mądrych sentencji, które usłyszeliśmy od naszych mistrzów w trakcie tego spotkania w miłej poświadczonej atmosferze: „W codziennej działalności samorządu lekarskiego, my, jako seniorzy, **czujemy ciepło ze strony Śląskiej Izby Lekarskiej**” (prof. **Gerard Jonderko**)

„My akurat mamy szczęście i dobrą opiekę ze strony naszych rodzin, ale wciąż **potrzebujemy słowa i obecności** czyli tego samego, czego pacjent potrzebuje od swojego lekarza” (prof. **Szczepan Łukasiewicz**).

„Pacjent po operacji nie może zniknąć z oczu chirurga. W poradni powinien go nadal prowadzić ten sam chirurg, który go zoperował. To



ważne nie tylko dla pacjenta, ale przede wszystkim dla samego chirurga, gdyż pozwala mu to na stały rozwój jego rzemiosła” (dr **Ludwik Straszewski**).

„Każdy chirurg powinien być chociaż raz sam zoperowany” (prof. **Szczepan Łukasiewicz**).

„Kiedy młody znajomy zapytał mnie ostatnio, jak się miewam, to odpowiedziałem mu, że świetnie. **Przecież starym jest się tylko raz.** Ja się bardzo cieszę, że **przeżywałem i przeżyłem**, bo znam wielu takich, którzy nie przeżywali, albo nie przeżyli” (prof. **Szczepan Łukasiewicz**).

„Lekarz to nie zawód, to stan lekarski” (dr **Ludwik Straszewski**).

„Musimy pozostać elitą intelektualną i towarzyską. Musimy się więc nazywać szanować i nauczyć tego szacunku studentów i młodych lekarzy” (dr **Joanna Straszewska**).

Czy podobne spotkania staną się naszą nową tradycją? ●

Janusz Michalak

członek Okręgowej Rady Lekarskiej

Komunikat

Szkolenia biegłych sądowych (II edycja luty - marzec)

odbędą się w siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach, ul. Grażyńskiego 49

20.02.2015 godz.15.00

Otwarcie: dr n. med. **Jacek Kozakiewicz**, dr n. med. **Tadeusz Urban**, dr n. med. **Adam Dyrda**, dr n. med. **Ryszard Szozda**

• **Wstęp:** Kim jest biegły sądowy? – psychologia biegłego sądowego (dr n. med. **Ryszard Szozda**)

Prawa i obowiązki biegłych sądowych w postępowaniu sądowym i przygotowawczym (**Piotr Mirek**, sędzia Sądu Apelacyjnego w Katowicach)

– Biegły sądowy w sprawach cywilnych oraz opiniowanie lekarskie dla potrzeb wydziałów cywilnych (dr hab. **Krzysztof Markiewicz**, sędzia Sądu Rejonowego w Katowicach)

• **27.02.2015 godz.15.00**

– Biegły sądowy w sprawach z zakresu prawa pracy i ubezpieczeń społecznych oraz opinie dla potrzeb wydziałów pracy oraz wydziałów pracy i ubezpieczeń społecznych (**Jolanta Pietrzak**, sędzia Sądu Apelacyjnego w Katowicach)

– Opinia lekarska w oczekiwaniu adwokata/radcy prawnego (**Marcin Nowak**, adwokat, przedstawiciel Okręgowej Rady Adwokackiej)

• **6.03.2015 godz. 14.00**

– Biegły sądowy w sprawach karnych oraz opinie dla potrzeb wydziałów karnych (**Piotr Mirek**, sędzia Sądu Apelacyjnego w Katowicach)

– Wynagrodzenia biegłych sądowych, koszty sądowe, biegli a VAT (**Aldona Kawalec**, księgowa, Sąd Okręgowy Katowice)

Karta pracy biegłego jako integralna część rachunku biegłego (dr n. med. **Ryszard Szozda**)

• **13.03.2015 godz.14.00**

– Biegły sądowy w postępowaniu przygotowawczym oraz opinie dla potrzeb postępowania przygotowawczego (**Mariusz Gózd**, prokurator Prokuratury Apelacyjnej w Katowicach)

– Opiniowanie dla potrzeb wydziałów rodzinnych (**SSR Anna Kulis**)

– Biegły w sprawach o błąd medyczny oraz opinie dla potrzeb Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Sądu Lekarskiego

– podsumowanie problemu (dr n. med. **Tadeusz Urban**, dr **Stefan Stencel**)

Podsumowanie szkolenia/łącznie 20 godz. wykładów

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerem telefonu: 32 60 44 225 lub drogą elektroniczną: kursy@izba-lekarska.org.pl

W sprawie biegłych w postępowaniu przed sądami

W listopadowym numerze „Pro Medico” (nr 217) ukazał się artykuł Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, dr. n. med. Tadeusza Urbana w sprawie biegłych.

Rzecz, jak rozumiem, dotyczy nie tylko odpowiedzialności zawodowej, ale też sądownictwa powszechnego. Artykuł budzi szereg uwag polemicznych, przede wszystkim dlatego, że postulaty dr. Urbana wyprzedzają oczekiwaną w najbliższym czasie ustawę o biegłych, która odpowie na wiele poruszonych tam spraw. Uwagi Rzecznika wkraczają ponadto w obszar sądownictwa powszechnego, a nie zawodowego, w którym problem powoływania biegłych wprawdzie także istnieje, ale nie jest tak dotkliwy i wyraźny, jak w sądach powszechnych, gdzie przewlekłość postępowania jest ogólnie znaną bolączką i jest przedmiotem licznych wystąpień medialnych. Jest to jednak obszar leżący poza odpowiedzialnością zawodową, której problematyka wiąże się przede wszystkim z naruszeniem norm etycznych. Ostatnie uregulowania prawne (ustawa o izbach

lekarskich, 2009 r.) rozszerzyły zadania sądownictwa zawodowego, zwłaszcza w rozumieniu postępowania dyscyplinarnego (przewinienia zawodowe). Dlatego postulat Rzecznika iż, cyt. „*Samorząd lekarski może stać się gwarantem jakości opinii medycznych szczególnie określających leczenie*” – wydaje się być przedwczesny i naruszający zasadę rozdziału sądownictwa zawodowego od powszechnego. Ocena ewentualnych błędów lekarskich lub przekroczenia przez lekarza ryzyka zawodowego – nadal praktycznie, a nie tylko teoretycznie – pozostaje domeną sądów powszechnych, a nie zawodowych. Obowiązuje nas ciągle aktualna zasada prawa rzymskiego – *Nemo iudex idoneus in propria causa* – nikt nie jest odpowiednim sędzią we własnej sprawie. Jej naruszenie łatwo może powodować zarzut stronnictwa i braku obiektywizmu.



W odniesieniu do szkolenia w zakresie opiniowania sądowo-lekarskiego, to może okazać się ono wartościowe dla tych kolegów, którzy jako specjaliści różnych dziedzin (medycyna pracy, traumatologia, medycyna ratunkowa) mieli już do czynienia ze współpracą z sądami. W tych przypadkach przypomnienie reguł opiniowania oraz pojęć i określeń ustawowych, może okazać się pożyteczne. Natomiast szkolenie lekarzy niemających za sobą ukończonej żadnej specjalizacji, będzie zapewne bezwartościowe. ●

Prof. dr n. med. Władysław Nasiłowski
emer. kierownik Katedry
Medycyny Sądowej ŚIAM



O biegłych ciąg dalszy

Cieszę mnie, że poruszony w numerze 217 „Pro Medico” temat znaczenia szkolenia lekarzy do pełnienia funkcji biegłych z zakresu medycyny wywołał szerszy wydzźwięk w naszym środowisku. Dzisiaj, zamiast felietonu, chciałbym szerzej odnieść się do kwestii poruszanych przez Szanowanego Pana profesora dr. n. med. **Władysława Nasiłowskiego** w echem mojej publikacji. Wydaje się niezbędnym szersze wyjaśnienie podnoszonego przeze mnie tematu, aby nie budzić u Czytelników niepotrzebnych wątpliwości.

Przepisy prawne regulujące zakres kompetencji organów prowadzących postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej samorządu lekarskiego ujęte w ustawie o izbach lekarskich jasno precyzują definicję przewinienia zawodowego. Art. 53 tejże ustawy z roku 2009 precyzuje, iż przewinieniem zawodowym jest każde naruszenie przepisów dotyczących wy-

Art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej

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

Art. 53 Ustawy o izbach lekarskich

Członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, zwane dalej „przewinieniem zawodowym”.

konywania zawodu lekarza, jak i Kodeksu Etyki Lekarskiej.

W sprawach podejrzanych o popełnienie błędu medycznego, czyli inaczej mówiąc nieprawidłowego postępowania lekarskiego w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, niezależnie od siebie i równolegle mogą być prowadzone postępowania w prokuraturach, sądach powszechnych

i biurach rzeczników. Różnica polega jedynie na tym, że w postępowaniach karnych nieprawidłowe leczenie bądź diagnostyka musi wyczerpywać znamiona popełnienia przestępstwa. Najważniejsze w procedurze karnej jest istnienie związku przyczynowo-skutkowego między nieprawidłowym działaniem lekarza a zaistnieniem niekorzystnego dla pacjenta skutku.

ciąg dalszy na str. 22 ►►►

O biegłych ciąg dalszy

ciąg dalszy ze str. 21 ►►►

Natomiast w odpowiedzialności zawodowej wystarczy stwierdzenie jedynie niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną działania lekarza. Nieznajomość tego faktu budzi u wielu lekarzy kontrowersje polegające na tym, że umorzenie postępowania przez prokuratora lub uniewinniający wyrok sądu karnego nie wyklucza postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej oraz skazującego wyroku sądu lekarskiego.

Bezpowrotnie skończyły się czasy, kiedy sąd lekarski mógł kojarzyć się jedynie z pewną formą sądu koleżeńskiego. Dzisiaj cytowana przez Pana Profesora ustawa szczegółowo wskazuje zakres i metody postępowania, tak instytucji rzecznika, jak i OSL. Naruszenie przez lekarza norm etycznych, szczególnie w odniesieniu do art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej, jest tożsame z naruszeniem art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty i to warunkuje postępowanie i odpowiedzialność w zakresie popełnienia błędu medycznego (przewinienia zawodowego). O ile postępowania w ramach odpowiedzialności zawodowej prowadzone są przez lekarzy specjalistów, którym nieobce są zasady leczenia w zakresie prowadzonego postępowania, o tyle w postępowaniach karnych sprawy rozpatrywane są wyłącznie przez prawników, którzy wiedzy medycznej nie posiadają. O ich stosunku do kwestii popełnienia błędu medycznego decydują stwierdzenia zawarte w opiniach sporządzanych przez biegłych sądowych, którymi muszą być lekarze. W związku z powyższym zacytowana przez Pana Profesora zasada prawa rzymskiego *Nemo iudex idoneus in propria causa* nie może dotyczyć podejrzenia o stronniczość opinii wydawanych przez lekarzy w sprawach o leczenie, ponieważ nikt inny takiej opinii wydać nie może. Aby sprostać wymogom cytowanej maksymy, powołuje się biegłych niezwiązanych z ośrodkiem prowadzącym leczenie, częstokroć sięgając do

specjalistów z odległych zakątków kraju. Nie podlega wątpliwości, że opinie dotyczące oceny postępowania lekarskiego muszą być uczciwe, obiektywne i spełniające wszelkie wymogi formalne. I aby temu sprostać, uważam, że należy dołożyć wszelkich starań, aby osoby, które opiniują, lub mają w przyszłości pełnić funkcję biegłych poza wiedzą merytoryczną i doświadczeniem zawodowym posiadały również wiedzę dotyczącą umiejętności sporządzania opinii oraz rozróżniały najważniejszą rzecz: jak ma wyglądać opinia sporządzana na potrzeby konkretnych instytucji do tego uprawnionych.

Od dwóch lat bierzemy udział, jako samorząd lekarski, w konsultowaniu projektu ustawy o biegłych sądowych. Z inicjatywy Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach i Okręgowej Izby Adwokackiej w Katowicach w ramach tzw. konsultacji społecznych tego projektu, dnia 2 września 2013 r. zorganizowaliśmy spotkanie z udziałem dwóch wiceministrów sprawiedliwości, dyrektorów departamentów ww. ministerstwa oraz teoretyków prawa, prezesów sądów okręgowych, prokuratorów okręgowej i apelacyjnej prokuratury. Wówczas podnieśliśmy zastrzeżenia do projektu tejże ustawy. Obecnie projekt ten trafił do Sejmu, ale nie uwzględniono w nim zgłoszonych wówczas zastrzeżeń. Aktualnie zastrzeżenia te zostały uwzględnione w dwóch pierwszych punktach stanowiska Naczelnej Rady Lekarskiej oceniającego ten projekt. Kwestionujemy dopuszczenie do roli biegłych z zakresu medycyny osób z trzyletnim doświadczeniem zawodowym. Podnosimy również kwestię dopuszczenia samorządu do funkcji biegłego instytucjonalnego. Na obecnym etapie projekt zakłada, iż biegłym instytucjonalnym może być wyłącznie instytucja zatrudniająca ekspertów, a nie instytucja która – jak nasz samorząd – stowarzysza olbrzymią rzeszę ekspertów. Oczywiście można czekać na pojawienie się nowej ustawy mając nadzieję, że tak istotne dla nas kwestie zostaną w niej prawidłowo ujęte. Życie natomiast toczy się dalej i tylko bierne czekanie nie poprawi sytuacji lekarzy, którzy podejrzani są o popełnienie błędów medycznych i drżą o to, aby opinia lekarzy – ekspertów oceniających ich postępowanie była uczciwa, dobrze sporządzona, a – co najważniejsze – nie była bezpodstawnie krzywdząca. Jedną z najbardziej przygnębiających kwestii w mojej praktyce rzecznika jest narastająca liczba lekarzy posuwających się do pozornie absurdałnego kroku samooskarżenia się przed rzecznikiem. Ten pozorny absurd spowodowany jest jedynie próbą uzyskania innej, rzetelnej opinii ponie-

waż w postępowaniach karnych grożą im poważne wyroki wyłącznie na podstawie opinii sporządzonych w sposób krzywdzący, a organy prowadzące postępowanie ze względów proceduralnych (przewlekłość postępowania, koszty itp.) nie chcą dopuścić opinii innych biegłych. Trudno zgodzić się z tym, że widząc, jak wielu kolegów cierpi z powodu niefrasobliwości lekarzy pełniących funkcję biegłego nie będziemy starali się poczynić żadnych kroków, aby tę sytuację zmienić i uzdrowić. Tylko perfekcyjnie wykonane opinie mogą zagwarantować lekarzom podejrzanym o popełnienie błędu medycznego uczciwe procesy.

W prawie karnym utarło się, że najlepsze opinie sporządzają zakłady medycyny sądowej. Myślę, że z tym stwierdzeniem można polemizować. Nikt nie kwestionuje wyłączności opiniowania sądowo-lekarskiego ww. instytucji, w sprawach np. o zabójstwo, identyfikacji zwłok, przyczyn zgonu itd. Natomiast do opiniowania w zakresie popełnienia błędów medycznych, czyli oceny poprawności leczenia, wymagana jest częstokroć bardzo specjalistyczna wiedza lekarska w poszczególnych specjalnościach, poparta odpowiednim doświadczeniem zawodowym. Można wyobrazić sobie na przykład bardzo doświadczonego chirurga wydającego opinię na temat operacji laparoskopowej, jakiej nigdy osobiście nie wykonywał, a wiek emerytalny osiągnął w momencie rozwoju tejże techniki. Czy ta opinia może wyczerpać znamiona uczciwie sporządzonej? Szkoda, że zamieszczony poprzednio artykuł nie spowodował literackiego uaktywnienia się kolegów, którzy gehennę walki z krzywdzącymi ich opiniami przed sądami powszechnymi prowadzili – w sposób mniej lub bardziej udany – przez wiele, wiele lat. Może jednak zechcą podzielić się swoim doświadczeniami, chociaż wiem, że może to być trudne ze względu na ich traumatyczny charakter. Jesteśmy już po pierwszej edycji szkolenia, które chyba spotkało się z dobrym odbiorem, a udział w nim wzięli bardzo doświadczeni i utytułowani lekarze. Obawy Pana Profesora, jakoby to szkolenie było skierowane do bardzo młodych lekarzy, uważam za niepotrzebne, ponieważ tak jak i Pan Profesor uważam, że skorzystali z niego Ci, którzy już opiniują lub chcieliby swoją wiedzę i doświadczenie wykorzystać dla dobra sprawy. Jedyną instytucją skupiającą wybitnych specjalistów i doświadczonych lekarzy z wszystkich specjalności medycznych, jest izba lekarska i trudno tak wielkiego potencjału nie wykorzystać w słusznej sprawie. ●

Ogłoszenie

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

► 16.02.2015 (poniedziałek) godz. 15.30

Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)

KOMUNIKACJA NIEWERBALNA W KONTAKCIE Z PACJENTEM (PRACA Z WŁASNĄ GŁOSEM, INTONACJĄ)

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

► 19.02.2015 (czwartek) godz. 16.00

Kurs doskonalący

OCHRONA I KONTROLA WIZERUNKU LEKARZA W INTERNECIE. CZY ISTNIEJE LEK NA „HEJT” W SIECI?

► 20.02.2015 (piątek) godz. 15.00

Kurs doskonalący

SZKOLENIE PODSTAWOWE DLA KANDYDATÓW NA BIEGŁYCH SĄDOWYCH I BIEGŁYCH SĄDOWYCH

Uwaga: kurs składa się z czterech części (terminy: 20.02.2015, 27.02.2015 godz. 15.00, 06.03.2015 godz. 14.00, 13.03.2015 godz. 14.00)

► 07.03.2015 (sobota) godz. 10.30

Konferencja interdyscyplinarna

„PRZEWLEKŁA I MASYWNA UTRATA KRWI. POSTĘPOWANIE W KRWOTOKACH – NAJNOWSZE TRENDY”

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

► 09.03.2015 (poniedziałek) godz. 15.30

Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)

LEKARZ W SYTUACJI KONFLIKTU – UMIEJĘTNOŚCI NEGOCJACJI

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

► 10.03.2015 (wtorek) godz. 16.00

Kurs doskonalący

ELEMENTY POLITYKI BEZPIECZEŃSTWA DANYCH OSOBOWYCH W GABINECIE LEKARSKIM

► 11.03.2015 (środa) godz. 15.30

Kurs doskonalący – warsztaty praktyczne

(wymagany formularz zgłoszeniowy)

NAGŁE STANY ZAGROŻENIA ŻYCIA U DZIECI

W trakcie kursu prelekcje przeplatane są ćwiczeniami praktycznymi. Tematyka obejmuje większość nieurazowych, nagłych stanów zagrożenia życia u dzieci. Koszt uczestnictwa – 50 zł.

Czas trwania: 7 godzin dydaktycznych
Kierownik naukowy dr n. med. Ludwik Stołtny
Koordynator warsztatów praktycznych dr Janusz Michalak

► 16.03.2015 (poniedziałek) godz. 15.30 – brak miejsc

Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA JAMY BRZUSZNEJ W TEORII I PRAKTYCE –

KURS PODSTAWOWY

Czas trwania: wykład – 4 godziny dydaktyczne, ćwiczenia – 3 spotkania po 5 godzin dydaktycznych. Wykład odbędzie się w Domu Lekarza w Katowicach. Ćwiczenia odbędą się w Szpitalu Miejskim w Rudzie Śląskiej-Bielszowicach. Kurs kierowany jest do lekarzy bez doświadczenia w diagnostyce USG
Kierownik naukowy dr Marek Potempa

Kurs doskonalący – warsztaty praktyczne

(wymagany formularz zgłoszeniowy)

NAGŁE STANY ZAGROŻENIA ŻYCIA Z PRZYZYNY SERCOWO-NACZYNIOWYCH

W trakcie kursu prelekcje przeplatane są ćwiczeniami praktycznymi. Koszt uczestnictwa – 50 zł
Terminy:

► 17.03.2015 (wtorek) godz. 15.30 – brak miejsc

► 13.04.2015 (poniedziałek) godz. 15.30

► 14.05.2015 (czwartek) godz. 15.30

Czas trwania: 7 godzin dydaktycznych
Kierownik naukowy dr n. med. Wojciech Rychlik
Koordynator warsztatów praktycznych dr Janusz Michalak

► 21.03.2015 (sobota) godz. 9.00

Konferencja

„ŚLĄSKA WIOSNA INTERNISTYCZNA”

Współpraca: Oddział Śląski Towarzystwa Internistów Polskich
Kierownik naukowy prof. dr hab. n. med. Grzegorz Cieślak

► 25.03.2015 (środa) godz. 16.00

Kurs doskonalący

DOKUMENTACJA MEDYCZNA W ŚWIELE OBOWIĄZUJĄCYCH PRZEPISÓW I JEJ ROLA W POSTĘPOWANIACH MEDYCZNYCH

Kierownik naukowy dr Stefan Kopoczek

► 26.03.2015 (czwartek) godz. 15.45

Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)

RESUSCYTACJA KRAŻENIOWO-ODDECHOWA NOWORODKÓW I NIEMOWLĄT

Czas trwania: wykład – 5 godzin dydaktycznych, ćwiczenia – 7 godzin dydaktycznych. Po wykładzie uczestnicy zostaną podzieleni na małe grupy warsztatowe do ćwiczeń resuscytacji z zastosowaniem manekinów i sprzętu ratunkowego. Koszt dla członków ŚIL – 50 zł, dla pozostałych osób – 300 zł.

Kierownik naukowy: dr hab. n. med. Iwona Maruniak-Chudek
Koordynator warsztatów praktycznych dr Janusz Michalak

► 14.04.2015 (wtorek) godz. 16.00

Kurs doskonalący

NIETYDOLNOŚĆ SERCA – JAK MOŻE POMÓC ELEKTROKARDIOLOGIA (dla lekarzy POZ)

Kierownik naukowy prof. Krzysztof Gołba

► 17.04.2015 (piątek) godz. 15.30

Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)

RESUSCYTACJA KRAŻENIOWO-ODDECHOWA DOROSŁYCH

Czas trwania: wykład – 6 godzin dydaktycznych, warsztaty praktyczne – 7 godzin dydaktycznych. Po wykładzie uczestnicy zostaną podzieleni na małe grupy warsztatowe do ćwiczeń resuscytacji z zastosowaniem manekinów i sprzętu ratunkowego. Koszt uczestnictwa – 50 zł.

Każdy z uczestników wykładu weźmie udział w jednym spotkaniu warsztatowym. Terminy spotkań warsztatowych podane zostaną do wyboru w dniu wykładu.

Kierownik naukowy prof. dr hab. n. med. Hanna Misiólek
Koordynator warsztatów praktycznych dr Janusz Michalak

Kurs doskonalący – warsztaty praktyczne

(wymagany formularz zgłoszeniowy)

POSTĘPOWANIE Z DZIECKIEM PO CIĘŻKIM URAZIE

Terminy:

► 21.04.2015 (wtorek) godz. 15.30

► 25.05.2015 (poniedziałek) godz. 15.30

Koszt uczestnictwa – 50 zł. Czas trwania: 7 godzin dydaktycznych
Kierownik naukowy dr n. med. Ludwik Stołtny
Koordynator warsztatów praktycznych dr Janusz Michalak

► 24.04.2015 (piątek) godz. 16.00

Kurs doskonalący

KILKA SPOSOBÓW NA PRZEGRANIE SPRAWY PRZEZ LEKARZA W SĄDZIE

Kierownik naukowy dr Stefan Kopoczek

► 27.04.2015 (poniedziałek) godz. 16.00

Kurs doskonalący

ZAKAŻENIA WIRUSAMI HEPATOTROPOWYMI – DIAGNOSTYKA I LECZENIE

Kierownik naukowy prof. dr hab. n. med. Anna Boroń-Kaczmarek

► 20.05.2015 (środa) godz. 15.00

Kurs doskonalący

SCHOROZENIA DEMIELINIZACYJNE OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO U DZIECI – OBRAZ KLINICZNY I RADIOLOGICZNY, NOWOCZESNA DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA ORAZ PROGNOZA

Kierownik naukowy dr n. med. Ilona Kopyta

► 22.05.2015 (piątek) godz. 16.00

Kurs doskonalący

PRAWA I OBOWIĄZKI LEKARZA – REZYDENTA

Kierownik naukowy dr Stefan Kopoczek

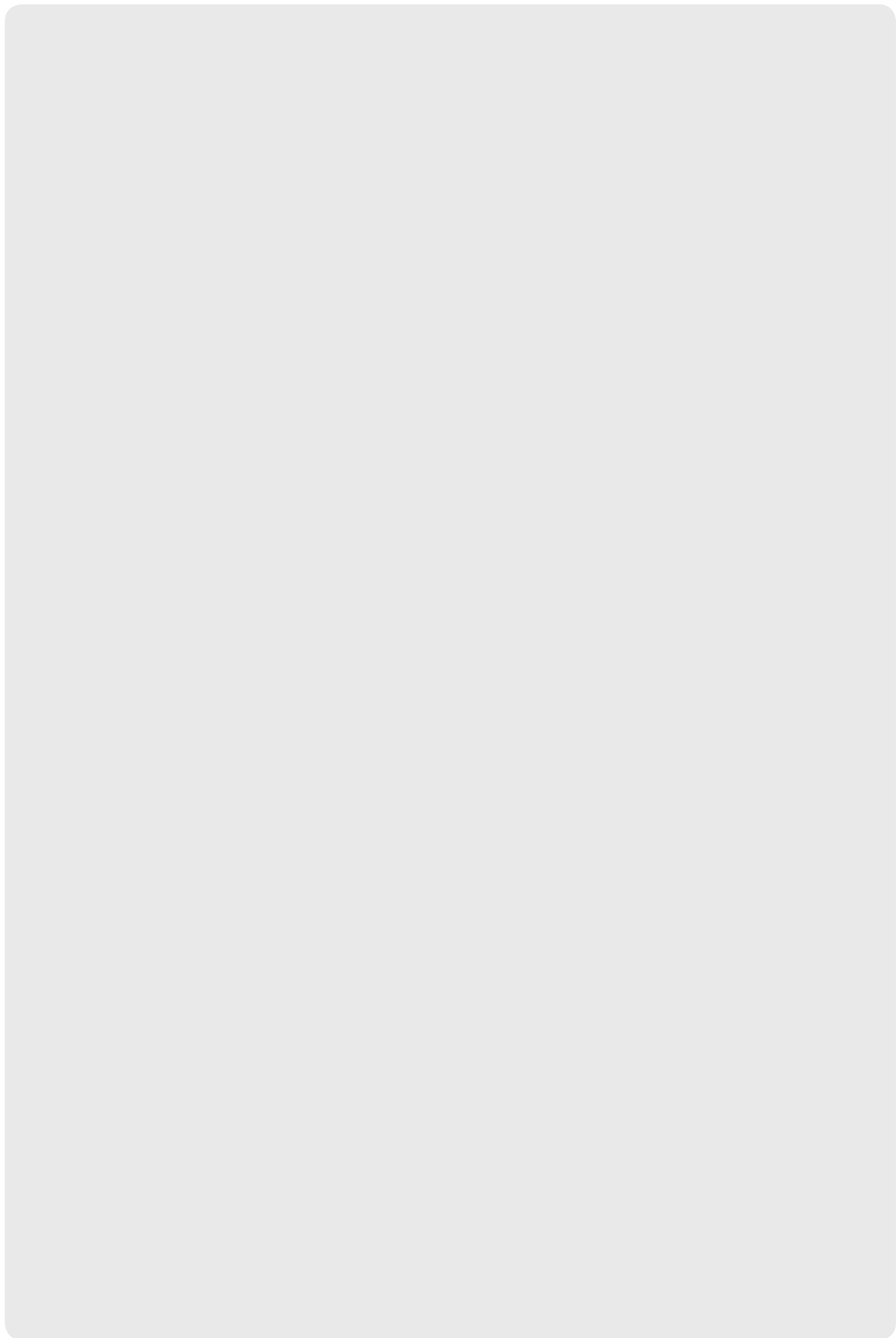
► 10.06.2015 (środa) godz. 16.00

Kurs doskonalący

EVIDENCE-BASED MEDICINE – JAK ROZUMIEĆ MEDYCYNĘ OPARTĄ O DOWODY NAUKOWE

Kierownik naukowy dr n. med. Krzysztof Siemianowicz

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



Symbole pamięci

16 grudnia 2014 r. w Centralnym Szpitalu Klinicznym Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach odbyła się uroczystość złożenia kwiatów pod tablicą upamiętniającą wspaniałą postawę lekarzy, pielęgniarek i pozostałych pracowników ochrony zdrowia, organizujących pomoc górnikom rannym 16 grudnia 1981 r. w czasie pacyfikacji strajku w KWK „Wujek”.

Uroczystość poprowadził przewodniczący Stowarzyszenia „Solidarność i Pamięć” prof. **Grzegorz Opala**, który także współorganizował pomoc dla górników z „Wujka”. Jak podkreślił, tablica znajdująca się w CSK powinna być symbolem pamięci o wszystkich pracownikach ochrony zdrowia, nie tylko w czasie pacyfikacji KWK „Wujek”, ale w całym okresie stanu wojennego.

Pamięć o tamtych wydarzeniach przywołał w swoim przemówieniu również JM Rektor SUM prof. dr hab. n. med. **Przemysław Jałowicki**, który w imieniu władz Uczelni wraz z prorektorem ds. nauki prof. dr hab. n. med. **Janem Dułąwą** złożył kwiaty pod tablicą. W imieniu Śląskiego samorządu lekarskiego wieniec złożył także prezes ORL w Katowicach – **Jacek Kozakiewicz**, któremu towarzyszyli prof. **Stanisław Nowak** oraz dr **Krystyna Rożek-Lesiak**. Podpisy na szarfach brzmiały: *Czyste i prawe zachowam życie swoje i sztukę swoją...; Solidarnym i Wiernym przysiędże Hippokratesa, Śląska Izba Lekarska*. Wśród licznie zgromadzonych osób byli m.in.: prorektor ds. studiów i studentów prof. dr hab. n. med. **Joanna Lewin-Kowalik**, prorektor ds. szkolenia podyplomowego prof. dr hab. n. med. **Krystyna Olczyk**,



W imieniu Śląskiego samorządu lekarskiego wystąpił prezes ORL Jacek Kozakiewicz, po prawej prof. Grzegorz Opala.

przedstawiciele władz Wydziału Lekarskiego w Katowicach oraz dyrekcji CSK, delegacja górników z KWK „Wujek”, wiceprezydent Katowic **Bogumił Sobuła**, przedstawiciel Rzecznika Praw Obywatelskich, ksiądz prałat dr **Stanisław Puchała** – kapelan Śląsko-Dąbrowskiej Solidarności, oraz przedstawiciele samorządu studenckiego. Dr Jacek Kozakiewicz powiedział między innymi:

– Można odnieść wrażenie, że w momencie przemian w latach 80. ubiegłego wieku, kiedy nadeszła „Solidarność”, byliśmy lepszym społeczeństwem, bo bardziej pomocnym, wielkodusznym, skłonnym do poświęceń. Dziś czasem zapominamy, że nic nie jest nam dane na zawsze, także wolność i pokój. ●

SUM, AW

Pracownicy Śląskiego Uniwersytetu Medycznego na XI Europejskich Dniach Naczyniowych

W dniach 28-30.11.2014 r. w malowniczej miejscowości Ugiate Trevano położonej 50 km od Mediolanu, niedaleko jeziora Como, odbyły się 11 Europejskie Dni Naczyniowe (11th European Angiology Days). Do wygłoszenia wykładów zostali zaproszeni wybitni angiologodzy z Europy, m.in.: **Lynda Allouche, Mariella Catalano, Gregoris Gerotziafas, Oscar Maleti, Nicolas Neaume, Luc Moraglia, Pavel Poredos, Aleksander Sieroń i Jean-Claude Wautrecht**.

Prof. Aleksander Sieroń przedstawił wykład na temat wykorzystania Oxybarii S w leczeniu ran przewlekłych i stopy cukrzycowej. Oxybaria S to pionierska metoda polegająca na synergistycznym oddziaływaniu aplikowanego miejscowo tlenu hiperbarycznego i ozonu. Umożliwia to uzyskanie zwiększonego stężenia

tlenu w tkance, a więc lepsze gojenie przy równoczesnym wykorzystaniu bakteriobójczego działania ozonu, co sprzyja utrzymaniu czystości bakteriologicznej rany, czyli także wpływa na jej lepsze gojenie. Metoda ta została opracowana w Katedrze i Oddziale Klinicznym Chorób Wewnętrznych, Angiologii i Medycyny Fizykalnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Bytomiu, kierowanej przez prof. Sieronią i uzyskała Gran Prix 63 Targów Wynalazczości, Badań Naukowych i Nowych Technologii BRUSSELS INNOVA 2014 w Brukseli, jako europejski wynalazek roku 2014.

Wykład prof. Sieronii cieszył się dużym zainteresowaniem, a po jego zakończeniu toczyła się burzliwa dyskusja. Prof. Aleksander Sieroń został zaproszony do prowadzenia sesji pt. „VAS Projects: Papers”, a dr hab. **Agata Stanek** prowadziła sesję

pt. „Educational Section for Patients: Questions to the European Experts”.

Ponadto prof. Sieroń i niżej podpisana od dwóch lat biorą czynny udział w zebraniach członków Zarządu European Union of Medical Specialists Division of Angiology/Vascular Medicine oraz Vascular Independent Research and Education European Organization (VAS) Teams: Educational/Research/Awareness Teams. Podczas tegorocznego sympozjum dr hab. Agata Stanek została wybrana także do VAS Scientific Team.

W ramach współpracy z VAS w dniach 20-23 marca 2014 w Zgorzelcu, w ramach XX edycji Międzynarodowego Dnia Inwalidy byliśmy organizatorami Europejskich Dni Naczyniowych w Polsce z przewodnim hasłem „Nigdy więcej amputacji z przyczyn naczyniowych”. ●

dr hab. n. med. **Agata Stanek**



prof. Zygmunt Woźniczka

O planach związanych z organizacją Muzeum Medycyny i Farmacji z prof. Zygmuntem Woźniczką rozmawia Anna Zadora-Świderek

To nie będzie magazyn starych łóżek

– Prezes ORL jest pomysłodawcą utworzenia na Śląsku Muzeum Medycyny. Pomysł ten podchwyciła Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach. Jak to się stało, że również Pan zaangażował się w ten projekt?

– Zaangażowałem się dzięki namowię prezesa, Jacka Kozakiewicza, którego poznałem i którego bardzo cenię. Jestem historykiem, który zajmuje się historią najnowszej. Łużno wiąże się to z medycyną, ale warsztat naukowy jest ten sam, niezależnie od tematu. Pomysł utworzenia Muzeum Medycyny jest bardzo dobry. Potrzebna jest tylko jego profesjonalna organizacja z pomocą historyków i muzealników, a to wymaga dużych nakładów. Z tego powodu zaproponowałem, żeby rozpocząć jego organizację od czegoś mniejszego. Powinno się w Izbie Lekarskiej powołać mały dział, komórkę złożoną z dwóch, trzech osób, które zajęłyby się inwentaryzacją śląskich zabytków związanych z historią medycyny. Ich zadaniem byłoby również zbieranie relacji od znanych lekarzy i ludzi związanych z medycyną oraz zabezpieczanie i dygitalizowanie archiwów rodzinnych. To ułatwi nam przygotowanie ekspozycji, gdy już pozyskamy większe środki i siedzibę. Do budowy muzeum niezbędne są miejsce i eksponaty, ale najważniejsze jest zaangażowanie ludzi i koncepcja...

– Jaka wobec tego jest obecna koncepcja placówki, jak ma wyglądać planowane Muzeum?

– Docelowo będziemy dążyli do zbudowania placówki w szerokim wymiarze humanistycznej, pokazującej i promującej olbrzymi dorobek śląskiej, jak i polskiej medycyny oraz farmacji, na tle przemian ogólnokrajowych i światowych w szerokim kontekście kulturowym. Muzeum winno być instytucją będącą w twórczym dialogu pomiędzy zgromadzonymi w niej zbiorami, a otaczającą ją rzeczywistością. Ma się koncentrować nie tylko na gromadzeniu, ochronie i eksponowaniu zbiorów czy kształtowaniu wrażliwości estetycznej zwiedzających, ale ma być przede wszystkim płaszczyzną współpracy środowiska medycznego ze środowiskami kultury i nauki całego regionu. W działalności Muzeum Medycyny i Farmacji będzie można wprowadzić wiele z form tzw. „muzeum otwartego”, co pozwoli łączyć funkcje edukacyjne z działaniami muzealnymi. Misją kultury jest dotarcie

z jej przekazem do jak największego kręgu odbiorców. Obecnie znaczenia nabrał nie sam fakt „istnienia” dzieła, ale sposób jego „zaistnienia” w świadomości potencjalnych odbiorców. W tej sytuacji muzeum powinno ze swoim przekazem docierać jak najszerzej, winno inspirować dyskusję dotyczącą szeroko rozumianego zdrowia współczesnego człowieka we współczesnym świecie. Tworzyć wokół siebie aktywną społeczność odbiorców. Chcielibyśmy, aby zwiedzający wchodzili w rolę „użytkowników” prezentowanych w muzeum wystaw i mieli możliwość interpretowania ich treści. W ten sposób kreowałyby dopasowane do swoich potrzeb komunikaty, którymi mogliby się także dzielić między sobą. Muzeum powinno być też ważnym w regionie podmiotem edukacji, który tworzy treści i organizuje niezależnie własną ofertę edukacyjną. W działalności tej będziemy wykorzystywać zarówno zbiory muzealne, jak i wiedzę, kwalifikacje oraz zdolności pracowników muzeum. Podsumowując: to nie ma być muzeum, które będzie „magazynem starych łóżek” – taka formuła już się przeżyła.

– Uważa Pan, że Śląsk jest najlepszym miejscem dla takiej placówki?

– Tak, dlatego, że Górny Śląsk to „fabryka” osiągnięć medycznych. Z tym regionem związali się m.in. prof. Zbigniew Religa, prof. Marian Zembala, prof. Grzegorz Opała, tu przeprowadzano pierwsze w Polsce przeszczepy serca, ale i jedne z pierwszych w skali Europy czy świata. Tu łączą się duże potencjały intelektualny, ludnościowy i piękne tradycje. Medycyna śląska jest, o czym nie można zapominać, kontynuacją medycyny łowickiej – jednej z najlepszych w ówczesnej Polsce i Europie. Na Śląsku osiedliła się bowiem grupa lekarzy z Kresów, którzy tutaj budowali zręby Akademii Medycznej, czyli dzisiejszego Uniwersytetu Medycznego. Silne były tu również wpływy medycyny niemieckiej. Wszystko to tworzy ciekawą całość.

– Czym Pan, jako historyk i naukowiec, tłumaczy fakt, że choć powstają w naszym kraju różnego rodzaju nowoczesne placówki muzealne, nie powstało do-

tychczas muzeum medycyny z prawdziwego zdarzenia, którym moglibyśmy się szczycić?

– Można żartować, że z jednej strony dobrze, że nie powstało, bo my teraz możemy je zbudować! A mówiąc poważnie: nie wiem dlaczego. Co prawda są w Polsce takie mikromuzea medycyny przy akademiach medycznych, ale one nie mogą się równać z wielkimi muzeami w Berlinie, Pradze, Kijowie czy Moskwie. Wszędzie w Europie już są, natomiast w Polsce trzeba by dopiero zbudować. To może być w perspektywie wspólne przedsięwzięcie Śląska i reszty kraju, forma integracji środowiska medycznego w skali ogólnopolskiej. Jednocześnie ten projekt ma pokazać śląską ziemię, nie tylko przez pryzmat kopalń i mitu śląskości, tak pięknie pokazanego w filmach Kazimierza Kutza. Dzisiaj ten Śląsk nie stoi we mgle, nie stoi „godką”, ale wiedzą i nauką, wśród których prym wiedzie właśnie medycyna.

– Projekt takiej inicjatywy, by być zrealizowanym, wymaga poparcia autorytetów. Kogo udało się już pozyskać dla tej idei?

– Bardzo wiele osób, zarówno wśród polityków, chociażby prof. Jerzego Buzka, jak i z kręgów naukowych: rektorów i władze uczelni wyższych, w tym Śląskiego Uniwersytetu Medycznego i Uniwersytetu Śląskiego, a także władze samorządowe np. prezydentów miast. Problem polega jednak na braku środków. Najlepszym sposobem na ich pozyskanie wydaje się wystąpienie o granty europejskie. Najpierw jednak dobrze byłoby przekonać do tej idei Polską Akademię Umiejętności, Polską Akademię Nauk oraz towarzystwa naukowe. Tak duże przedsięwzięcie ma szansę realizacji, gdy wezmą w nim udział środowiska medyczne, humanistyczne, ale i władze województwa, które zobaczą w nim element promocji regionu. Wylansujmy Śląsk jako kolebkę i bastion medycyny. Jest to o tyle ważne, że widzimy to muzeum, jak już wspominałem, przez pryzmat łączenia medycyny z szerokim spektrum humanistycznym. Medycyna, która wzbogaca, kształtuje i tworzy człowieka nowoczesnego. ●

Dr hab. prof. nadzw. Zygmunt Woźniczka urodził się 14 września 1954, jest pracownikiem Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach – historyk. Zajmuje się najnowszą historią Polski, w szczególności zagadnieniami powojennej emigracji, podziemia oraz Górnego Śląska i Zagłębia Dąbrowskiego. Autor ponad 100 publikacji.

akcje charytatywne

Operacja Ghana



Dr Michał Pasierbek: zoperowaliśmy 95 pacjentów w dziewięć dni.

Trzech lekarzy (z Zabrze, Bielska-Białej i Siedlec) pojechało do szpitala Shekhinah w mieście Tamale, dla najbiedniejszych z biednych. Każdy z zoperowanych przez nich pacjentów otrzymał szansę na nowe życie.

Wróciliśmy do Polski w tym samym składzie, w którym wyjeżdżaliśmy do Afryki we wrześniu 2014 r., tj. dr **Sławomir Kozieł** (organizator i kierownik wyprawy, na Czarnym Łądzie po raz siódmy), dr n. med. **Kryspin Mitura** i autor tekstu. Trochę czasu zajęło nam „ogarnięcie się” po powrocie, ale pracujemy już w swoich szpitalach na pełnych obrotach.

W Ghanie spędziliśmy 2,5 tygodnia. Mieszkaliśmy i pracowaliśmy na terenie szpitala Shekhinah w mieście Tamale. Szpital ten został stworzony przez dr. **Abdulaia** dla najbiedniejszych z biednych. Łącznie zoperowaliśmy 95 pacjentów w 9 dni. Operowaliśmy zatem krótko, ale bardzo intensywnie. Wykonaliśmy 106 procedur chirurgicznych, przede wszystkim przepuklin pachwinowych. Główną stosowaną przez nas metodą operacyjną była metoda Lichtensteina. Operowaliśmy tylko i wyłącznie w znieczuleniu miejscowym, ponieważ nie dysponowaliśmy nie tylko obecnością i kwalifikacjami anestezjologa, ale również jakimkolwiek sprzętem do znieczulenia ogólnego. Zatem do dyspozycji mieliśmy strzykawki pełne lignokainy z dodatkiem adrenaliny oraz sporą ilość sprzętu chirurgicznego, który w dużej mierze przywieźliśmy sami. Razem dostarczyliśmy ok 150 kg narzędzi, opatrunków, płynów dezynfekcyjnych czy rękawic, co w sumie kosztowało nas w czasie odprawy celnej na ghanijskiej ziemi sporo nerwów i nie tylko... Zwracał uwagę niski poziom czystości pacjentów oraz wysoki próg bólu i wytrzymałości większości z nich. W czasie naszego pobytu, poza mniej istotnymi powikłaniami jak krwiaki, odnotowaliśmy jedno poważniejsze następstwo pod postacią zropienia rany pooperacyjnej, co wymagało eksplanacji siatki przepuklinowej w ostatnim dniu naszego pobytu. Jednakże poza powyższym

jesteśmy bardzo usatysfakcjonowani rezultatami naszych wysiłków. Na miejscu uświadomiono nam, że każdy pacjent wyleczony to szansa dla jego rodziny na normalne życie, ponieważ większość pacjentów chorych na przepuklinę to mężczyźni, którym choroba uniemożliwia pracę fizyczną, a tym samym możliwość utrzymania rodziny.

Wyjazd do Afryki (w ramach urlopu) w celu pomocy innym wymagał wielu poświęceń (szczególnie ze strony naszych rodzin), wyrzeczeń, przezwyciężenia wielu lęków oraz zebrania sporych funduszy. Większość wydatków związanych z organizacją i transportem pokryliśmy z własnej kieszeni, jednak w wypełnieniu naszej misji pomogli nam ludzie dobrej woli (wpłacając pieniądze m.in. przez portal polakpotrafi.pl), a także Beskidzka Izba Lekarska oraz NASZA Śląska Izba Lekarska. Za wszystkie datki i każdą pomoc materialną i niematerialną jeszcze raz serdecznie w imieniu pacjentów dziękujemy. Ponadto dziękujemy naszym rodzinom za cierpliwość, pomoc i wsparcie, jakiego nam udzielili.

W czasie wolnym od operacji udało nam się zobaczyć Cape Cost (słynna twierdza, gdzie przetrzymywano schwytanych tubylców przed wywiezieniem ich na plantacje Ameryki), las deszczowy Kakum czy Park Mole, gdzie można spotkać dzikie afrykańskie zwierzęta w naturze.

To, co przeżyliśmy, na zawsze pozostanie w nas. Nie tylko doświadczenia chirurgiczne, ale także podróżnicze. Udowodniliśmy sobie, że można pomagać innym nawet w najdalszych zakątkach świata. I to powoduje, że wróciliśmy już nie pełni obaw, ale wiary, że uda nam się ponownie stworzyć coś dobrego, a może i naszą akcją zachęcić kolejne osoby do kreatywnego działania. ●

dr Michał Pasierbek

Operacja Ghana została objęta patronatem medialnym „Pro Medico”.

Nasze Andrzejki Stomatologiczne

...czyli pierwsze koty za płoty

Odetchnęliśmy z ulgą, tyle przygotowań, godzin przy komputerze, dyskusji, dziesiątki telefonów, wspólne ustalenia, chwile niepokoju i obaw. Okazało się jednak, że pomysł jest trafiony, jednym słowem strzał w dziesiątkę! „Andrzejki” odbyły się w przyjemnej i spokojnej atmosferze.

Były merytoryczne i sympatyczne. Na to wskazuje wnikliwa analiza ankiet, które wypełnili uczestnicy. Zostaliśmy ocenieni na piątkę. W spotkaniu wzięło udział około 60 stomatologów. Gościliśmy wiceprezów trzech okręgowych izb lekarskich, oraz kolegów lekarzy dentystów z samorządów innych izb. Godziny wykładów miały szybko i pozostawiły niedosyt wiedzy. W przerwach zadawano wykładowcom pytania oraz omawiano możliwości techniczne zaprezentowanych urządzeń stomatologicznych, firma patronująca zachęcała do pogłębiania wiedzy poprzez czytanie fachowych czasopism. Wieczorne spotkania zintegrowały w pełni uczestników. Nikt nie czuł się samotny, wymieniano się doświadczeniami, wspominało, omawiano, dyskusjom nie było końca. Gwiazdą wieczoru był satyryk **Andrzej Poniedziałki**, jego autorski monolog zawierał liczne akcenty stomatologiczne. Cóż dodać: Andrzej uświetnił Andrzejki. W drugim dniu po panelu wykładowym, ażeby dopełnić tradycji, odbyło się tradycyjne lanie wosku z interpretacją w gwarze góralskiej, przy dźwiękach regionalnej kapeli. Górski pejzaż stanowił piękne tło dla zmagani naukowych oraz towarzyskich spotkań także tych po latach. Można było zawrzeć również nowe znajomości, a w przerwie między wykładami pójść na spacer, wieczorem zaś odstresować się w takt muzyki. Dla każdego coś miłego. W czasie rozmów z kolegami otrzymaliśmy wiele słów zachęty do organizacji kolejnych podobnych przedsięwzięć. Klamka zapadła – wyjazdowe spotkania szkoleniowo-integracyjne stomatologów będą cykliczne! Zapraszamy za rok na Andrzejki 2015, przygotowania zostały już rozpoczęte.

PS

Wiele osób pytało nas, dlaczego na spotkaniu nie pojawił się przedstawiciel ŚOW NFZ? Pomimo dwóch pisemnych zaproszeń, nikt z naszego Oddziału Funduszu Zdrowia nie przyjechał na spotkanie z lekarzami dentystami. Być może w przyszłym roku zaszczyci nas swoją obecnością?

Z koleżeńskimi pozdrowieniami, w imieniu Komisji Stomatologicznej ŚIL ●

**wiceprzewodnicząca
Aleksandra Sommerlik-Biernat**



Pierwsza tego typu inicjatywa

W dniach 14, 21 listopada i 5, 12 grudnia ubiegłego roku zorganizowaliśmy pierwsze szkolenie dla lekarzy, którzy chcieliby zostać biegłymi (ekspertami), czy to dla potrzeb naszej Izby (i izb lekarskich w ogóle), czy dla potrzeb sądów powszechnych (jako biegli ad hoc lub biegli „stali”), dla tych, którzy są już biegłymi (ale chcieliby usystematyzować swoją wiedzę) i dla lekarzy orzeczników ZUS (którzy chcieliby zapoznać się z problemem – są bowiem często „po przeciwnej stronie barykady” w stosunku do biegłych). W szkoleniu wzięli udział także przedstawiciele zakładu medycyny sądowej – opiniujący w bardzo wielu sprawach – oraz grono konsultantów wojewódzkich z różnych dziedzin medycyny. Uczestnikami szkolenia byli nie tylko członkowie Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach.

Nasza impreza edukacyjna rozpoczęła się powitaniem uczestników przez prezesa ORL dr. n. med. **Jacka Kozakiewicza**, OROZ dr. n. med. **Tadeusza Urbana**, przewodniczącego OSL dr. n. med. **Adama Dyrde** oraz przeze mnie – organizatora i kierownika naukowego szkolenia. Wskazywaliśmy na potrzebę zorganizowania takiego szkolenia i genezę projektu podkreślając, że praca w charakterze eksperta Izby i/lub biegłego sądowego to kolejne pole działalności lekarzy, które winno zostać jak najszybciej zagospodarowane. Z kolei ja (jako kierownik naukowy i organizator szkolenia) wskazałem na korzyści z nabycia tej wiedzy, która nie jest z reguły dostępna dla przedstawicieli świata lekarskiego.

Właściwe szkolenie rozpoczął mój wykład „Kim jest biegły sądowy? Psychologia biegłego sądowego”. Jego przesłaniem było wskazanie na zakres obowiązków biegłego w aspekcie cech osobowościowych kandydata na biegłego.

Kolejny wykład „Prawa i obowiązki biegłych sądowych w postępowaniu sądowym i przygotowawczym” przedstawił sędzia Sądu Apelacyjnego **Piotr Mirek**. Omówił szczegółowo prawa i obowiązki biegłych, wynikające ze stosownych przepisów prawnych i wskazał na liczne przykłady stosowania przepisów w praktyce. Ostatnie w tym dniu wystąpienie należało do dr. hab. **Krystiana Markiewicza** – jednocześnie sędziego Sądu Rejonowego. Przedstawił on wykład „Biegły sądowy

w sprawach cywilnych oraz opiniowanie lekarskie dla potrzeb wydziałów cywilnych”. Omówił problematykę wynikającą z tytułu wykładu w sposób bardzo jasny i czytelny dla słuchaczy w aspekcie spraw cywilnych, przedstawiając jednocześnie oczekiwania sędziów dotyczące opiniowania w tym zakresie. Formuła wykładu sprowadziła się nie tylko do podania przez wykładowcę faktów, ale do dyskusji ze słuchaczami.

21 listopada ubiegłego roku odbyło się kolejne spotkanie. Pierwsze wystąpienie należało do sędzi Sądu Apelacyjnego **Jołanty Pietrzak**, która wygłosiła wykłady

Mirek wykładami „Biegły sądowy w sprawach karnych” oraz „Opinie dla potrzeb wydziałów karnych”. Wykładowca w sposób jasny i przystępny omówił problemy dotyczące wskazanych w tytułach prelekcji spraw, wyjaśniając wiele zawiłych kwestii, o których wyjaśnienie nie pokusili się inni wykładowcy, a w przypadku szkoleń organizowanych w Sądach Okręgowych dla biegłych – właściwie nikt.

Kolejne dwa wykłady to „Wynagrodzenia biegłych sądowych, koszty sądowe, biegli a VAT” przedstawione przez księgową z Sądu Okręgowego w Katowicach **Aldonę Kawalec** oraz „Karta pracy biegłego

Należy wskazać, że wysoki poziom merytoryczny szkolenia zawdzięczamy nie tylko wykładowcom, ale także życzliwości Prezesa i Wiceprezesa Sądu Apelacyjnego w Katowicach i Prokuratora Apelacyjnego w Katowicach, którzy wsparli naszą inicjatywę.

„Biegły sądowy w sprawach z zakresu prawa pracy i ubezpieczeń społecznych” oraz „Opinie dla potrzeb wydziałów pracy oraz wydziałów pracy i ubezpieczeń społecznych”. Pani sędzia w sposób bardzo przystępny opisała oczekiwania sędziów w obu tych aspektach. Dość zawiły w gruncie rzeczy problem, bardzo często nierozumiany przez obecnie opiniujących biegłych, przedstawiła – na ile to możliwe z racji tematyki – w sposób jasny i czytelny, posługując się także licznymi przykładami orzecznictwa w aspekcie swojej bogatej praktyki sądowej.

Kolejnym wykładowcą był adwokat **Marcin Nowak** – przedstawiciel Okręgowej Rady Adwokackiej. Jego wykład różnił się od poprzednich. Postarał się przedstawić to, czego oczekuje adwokat i radca prawny od opinii biegłego i wskazał, jakie wady opinii najczęściej spotyka w swojej praktyce. Wykład był prowadzony w formie dyskusji z uczestnikami, szczególnie tymi, którzy są już biegłymi.

5 grudnia ubiegłego roku spotkanie rozpoczął sędzia Sądu Apelacyjnego **Piotr**

jako integralna część rachunku biegłego” – był to mój wykład autorski wynikający z 25-letniej praktyki orzeczniczej. Uczestnicy wysłuchali tych kwestii z zainteresowaniem, bowiem gentlemani o pieniądzu nie mówią, ale pieniądze są bardzo istotne.

12 grudnia ubiegłego roku był ostatnim dniem szkolenia. Serię wykładów rozpoczął prokurator Prokuratury Apelacyjnej **Mariusz Gózd** wykładami „Biegły sądowy w postępowaniu przygotowawczym” oraz „Opinie dla potrzeb postępowania przygotowawczego”. W sposób także bardzo ciekawy i nacechowany poczuciem humoru oraz dystansem do problemu, wykładowca podkreślił różnice w opiniowaniu i oczekiwania organów przygotowawczych, czyli prokuratury i policji.

Kolejnym wykładowcą była sędzia Sądu Rejonowego **Anna Kulis**: „Opiniowanie dla potrzeb wydziałów rodzinnych”. Przedstawiła w sposób bardzo ciekawy problematykę opiniowania w tym zakresie.

Ostatnie dwa wystąpienia należały do wiceprzewodniczącego OSL lek. **Stefana** ►►

►►► **Stencła**, który podsumował problematykę omawianą w trakcie wykładów, w odniesieniu do problematyki opiniowania w aspekcie błędów medycznych. Z punktu widzenia rzecznika odpowiedzialności zawodowej podsumowania dokonał dr n. med. **Tadeusz Urban**.

Po zakończeniu programu szkolenia certyfikaty uczestnictwa wręczył prezes ORL. Otrzymały je osoby, które wzięły udział we wszystkich czterech dniach szkolenia. Prezes wyraził nadzieję, że uczestnicy, którzy ukończyli szkolenie staną się załącznikiem „korpusu ekspertów” Izby Lekarskiej,

a po uchwaleniu nowej ustawy pomogą Izbie stać się „biegłym instytucjonalnym”, o ile oczywiście zaistnieje taka możliwość. **Podkreślić należy, że osoby, które nie uczestniczyły w całym programie szkolenia będą mogły – w celu uzyskania certyfikatu – uzupełnić braki w drugiej edycji, która odbędzie się na przełomie lutego i marca 2015 r.**

Zorganizowanie takiego szkolenia było pierwszą tego typu inicjatywą podjętą przez izbę lekarską. Informacje przedstawilem Ministerstwu Sprawiedliwości. Należy także wskazać, że wysoki poziom

merytoryczny szkolenia zawdzięczamy nie tylko wykładowcom, ale także życzliwości Prezesa i Wiceprezesa Sądu Apelacyjnego w Katowicach i Prokuratora Apelacyjnego w Katowicach, którzy wsparli naszą inicjatywę – za co bardzo dziękujemy. ●

Dr n. med. Ryszard Szozda
Kierownik naukowy kursu
dla kandydatów na biegłych i biegłych,
przewodniczący Zespołu
ds. orzekania i opiniowania
sądowo-lekarskiego ŚIL w Katowicach

szpitale

Centrum imienia prof. Wojciecha Starzewskiego



W Zabrze otwarto Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka, imienia twórcy śląskiej szkoły ginekologii i położnictwa, miejsce kompleksowej opieki ginekologiczno-położniczej (28.10.2014).

Budowa placówki pochłonęła ponad 40 mln zł. Inwestycję sfinansowało miasto Zabrze przy wsparciu Wojewódzkiego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej. Centrum zostało połączone z dotychczasowym budynkiem zabrzańskiego Szpitala Miejskiego. Nie tylko matka będzie tu pod stałą kontrolą lekarzy, także nowo narodzone dziecko zostanie otoczone opieką oddziału neonatologicznego, nawet po opuszczeniu szpitala. W jednostce będą dostępne wszelkie rodzaje znieczuleń stosowanych podczas porodu, pacjentki będą mogły skorzystać z konsultacji psychologicznych, dietetycznych, diabetologicznych, poradni laktacyjnej i kardiologicznej. Przy szpitalu działalność będzie prowadziła także szkoła rodzenia. CZKiD jest także pierwszym w regionie ośrodkiem laparoskopowego leczenia endometriozы. W uroczystości otwarcia Centrum samorząd lekarski reprezentował prezes ORL w Katowicach – **Jacek Kozakiewicz**. ●

Oprac. **Aleksandra Wiśniowska**

Brązowy medal Medyka Zabrze

Ostatecznie w meczu o III miejsce Medyk Zabrze pokonał BIL Bydgoszcz, a w meczu o I miejsce Lekarze z Przemyśla pokonali lekarzy zespołu Białystok-KPPMK 2, zdobywając po raz pierwszy tytuł Mistrza Polski 2014 r.

XX edycja Mistrzostw Polski Lekarzy w Halowej Piłce Nożnej „Mielec 2014” (22-23 listopada 2014 r.), jak co roku, cieszyła się dużym zainteresowaniem lekarzy – piłkarzy. Do turnieju przystąpiło 16 zespołów z całej Polski, na czele z ubiegłorocznymi zwycięzcami, zespołami KPPMK 1 i Medyka Zabrze. Drużyny zostały podzielone na dwie grupy:

Grupa A:

Klub PPMK 1
Białystok-KPPMK 2
Rzeszów
OIL Łódź
Silesia
Toruń
Przemyśl
Olsztyn

Grupa B:

Medyk Zabrze
WIL Warszawa
BIL Bydgoszcz
Kielce
Old Med Podkarpacie
Częstochowa
Medicus Lublin
OIL Warszawa

Ostatecznie w meczu o III miejsce Medyk Zabrze pokonał BIL Bydgoszcz, a w meczu o I miejsce lekarze z Przemyśla pokonali lekarzy zespołu Białystok-KPPMK 2, zdobywając po raz pierwszy tytuł Mistrza Polski 2014 r. ●

lek. **Zbigniew Bober**

Z Zabrza na Nordkapp

► NAJBARDZIEJ WYSUNIĘTY NA PÓŁNOC EUROPY SKRAWEK ZIEMI, ZWANY PRZYŁĄDKIEM PÓŁNOCNYM

Skandynawia nie jest zbyt popularnym kierunkiem wyjazdów turystycznych z Polski. Pogląd, że zawsze jest tam zimno, ciągle pada, a pobyt wiąże się z wysokimi kosztami, skutecznie zniechęca do wybrania krajów Półwyspu Skandynawskiego jako miejsca spędzenia wakacji. Spróbuję przekonać Czytelników „Pro Medico”, że warto zamienić plaże włoskie, greckie lub hiszpańskie na fińskie jeziora i norweskie fiordy.

W Norwegii byłem dwukrotnie, w tym raz na rowerze, ale nie dotarłem zbyt daleko, bo zaledwie do wysokości Drogi Trolu, a Finlandii dotąd nigdy nie odwiedziłem. Pierwszy problem przy planowaniu tej podróży dotyczył dojazdu do granic Finlandii; optymalny jest transport morski, ale od pewnego czasu nie kursują promy na trasie Gdynia – Helsinki. Zatem musieliśmy skorzystać z nieco uciążliwej opcji przejazdu przez całą Polskę i kraje nadbałtyckie przez Litwę, Łotwę i Estonię do Tallina (1300 km), by tam zaokrętować się na prom do stolicy Finlandii.

► NAANTALI, RAUMA, OULU, KOŁO PODBIEGUNOWE

Z Helsinek udaliśmy się w kierunku Turku do Naantali, malowniczego miasteczka nad brzegiem morza. To ulubione miejsce pobytu z małymi dziećmi, gdyż znajduje się tu park rozrywki Muumimaailma (Kraina Muminków). Dalej zwiedziliśmy miasto Rauma, które szczyci się najlepiej zachowaną starówką w całej Skandynawii, liczącą kilkadziesiąt drewnianych domów. Ten rejon Finlandii jest dość mocno zaludniony, a napisy są dwujęzyczne, bo 20 proc. mieszkańców posługuje się językiem szwedzkim. To echa historii, bowiem Finlandia była przez stulecia pod panowaniem Królestwa Szwecji. Z kierunku wschodniego nacierała Rosja, co wywarło ogromny wpływ na losy mieszkańców tych ziem. Tak naprawdę Finlandia jako niezależne państwo liczy niecałe 100 lat, a wpływy obce są widoczne w architekturze, języku lub zwyczajach.

Z wybrzeża Bałtyku ruszyliśmy na północ, bo naszym celem było dotarcie na najbardziej wysunięty na północ Europy skrawek ziemi zwany Przylądkiem Północnym (Nordkapp). Drogi w Finlandii są bardzo dobre, choć raczej wąskie, a do tego w zasadzie w każdej, nawet najmniejszej wiosce, na kierowców czyha fotoradar. Wokół po horyzont pojawiają się niezliczone malownicze jeziora rozdzielane lasami. Stopniowo, wraz z pokonywanymi kilometrami, początkowo płaski krajobraz zastępowały pagórki, a aut na drodze było coraz mniej. Prawie na samym końcu Zatoki Botnickiej spędziliśmy dzień w malowniczym mieście Oulu, ośrodku



Wioska świętego Mikołaja.

uniwersyteckim. A stamtąd już blisko było do koła podbiegunowego znajdującego się nieopodal Rovaniemi. Dotarliśmy tam wieczorem, dlatego było prawie całkowicie pusto, co jeszcze potęgowało oddziaływanie magii tego miejsca. Najważniejsza jest tu symboliczna linia wyznaczająca przebieg koła podbiegunowego (Napapiiri). W wiosce świętego Mikołaja z głośników cały rok dochodzą dźwięki kołęd, a w specjalnym urzędzie pocztowym można nadać przesyłki z unikatowym stemplem, z czego chętnie skorzystaliśmy.

► NAJDIKSZA KRAINA EUROPY

Z Karigasniemi, miejscowości na granicy Finlandii z Norwegią, na Nordkapp było już tylko 343 km. Krajobraz robił się coraz bardziej surowy, miejsce drzew zajęły krzewy i trawy. Pojawiły się renifery, swobodnie poruszające się po całym terenie, także po drogach, co wymaga sporej uwagi i ostrożności. Co ciekawe, renifery w Finlandii zupełnie ignorowały człowieka i pozwalały się do siebie zbliżyć na niewielką odległość, a w Norwegii były płochliwe. Zupełnie nieoczekiwanie w stadach renów trafiały się także białe osobniki.

Północna część Finlandii to Laponia. To jest jedna z najdalszych krain Europy. Rdzenni mieszkańcy Laponii są Samowie, znani raczej jako Lapończycy. Cała populacja tego ludu zamieszkuje także Norwegię, Rosję i Szwecję – łącznie 75.000 osób. Ich językiem posługuje się już tylko niewielka część Samów, ale pieczołowicie są kultywowane ich odrębne tradycje i zwyczaje. Końcowy fragment drogi na Nordkapp biegnie prawie zupełnie pustymi drogami, a krajobraz przypomina, że wkroczyliśmy w nieogóscin-

ny rejon północnych rubieży Europy. Było coraz zimniej, temperatura nie przekraczała 5-6 stopni.

► PRZYŁĄDEK PÓŁNOCNY

Sam Przylądek Północy to skrawek ziemi otoczony morzem. Płaski teren znajduje się 300 m nad poziomem morza, co zwiększa majestat tego miejsca. Wjazd jest płatny. Przed kilku dziesięcioleciami zbudowano tam dla licznie przybywających z całego świata turystów okazały obiekt mieszczący ekspozycje, wystawy, sklepy i restauracje. Świadomość, że na północ rozciąga się bezkresne, zimne morze, z całą mocą daje poczucie, jak małym pyłkiem jest człowiek w obliczu potęgi przyrody. Mieliśmy sporo szczęścia co do pogody, było parę stopni powyżej zera, nie wiało zbyt mocno, a widoczność sięgała kilku kilometrów. Jeden z moich znajomych dotarł na Nordkapp w lipcu i zastał temperaturę -3 stopnie! Poza tym koniec sierpnia to już końcówka sezonu, dzięki czemu turystów nie było zbyt wielu, co umożliwiało kameralne podziwianie majestatycznego otoczenia. Odległość z Zabrza na Nordkapp wyniosła 3306 km.

► WIELKI POWRÓT PRZESZŁOŚCI

Z Przylądka Północnego rozpoczęliśmy wielki powrót w kierunku południa Skandynawii i Polski. Malowniczymi drogami przez górskie przełęcze i nadmorskie wioski dotarliśmy na Lofoty. To cudowny archipelag norweskich wysp leżących daleko za kołem podbiegunowym. Dzięki ciepłemu Golfstromowi klimat jest tam łagodny, a temperatury zimą nie odbiegają od tych w Polsce. Także latem odczuwa się ten wpływ, czego doświadczy-

liśmy. Lofoty to magiczna kraina; tamtejsze wioski i miasteczka wyglądają, jakby zostały żywcem przeniesione z południa Europy. Są tam piaszczyste plaże, a wokół turkusowego morza wyrastają góry przekraczające wysokość tysiąca metrów. Wyspy są połączone mostami lub tunelami, a każda kolejna odsłona przebija swym urokiem wcześniej podziwiane miejsca. Po opuszczeniu Lofotów skierowaliśmy się do Narwiku, nigdy niezamarzającego portu. O Narwik toczyły się w 1940 roku zacięte walki z Niemcami, a o znaczącym udziale polskich żołnierzy świadczy ekspozycja w miejscowym Muzeum Wojny, w którym część napisów jest w języku polskim. Narwik został całkowicie zniszczony, stąd nie ma tam zupełnie tradycyjnej, drewnianej zabudowy, jak w całej Skandynawii. Dalej kierowaliśmy się na południe coraz bardziej ruchliwą drogą, mijając kolejne fiordy i lodowce Północy. Za Trondheim skręciliśmy bardziej na zachód, by zobaczyć Drogę Atlantyczną, łączącą Molde z Kristiansund. Licząca 8 km droga prowadzi

przez otwarte morze, a mosty są przerzucone przez liczne, małe wysepki. Ten przejazd robi duże wrażenie, a cała inwestycja – poza aspektem praktycznym dla mieszkańców tych rejonów – to przykład, jak człowiek okiełznał przyrodę. Na południe od Trondheim zaczyna się kraina wspaniałych fiordów z chyba najpiękniejszym fiordem Geiranger. Dotarliśmy tam pod wieczór, pokonując pod górę najeżoną serpentynami Drogę Trolu, co biorąc pod uwagę, że ciągnęliśmy przyczepę kempingową nie było wcale łatwe. Do Geiranger zjeżdża się słynną Drogą Orłów, z której rozciąga się oszałamiający widok na okolicę. W samej miejscowości było cicho i pusto, koniec sezonu był aż nadto widoczny!

► CAŁA TRASA: 8000 KM

Skandynawia to idealne miejsce dla miłośników dzięki przyrody, rzadko spotykanej w Europie kontynentalnej. Jak najlepiej się zatopić w miejscowy krajobraz? My zawsze ciągniemy przyczepę kempingową, co daje

poczucie wolności i niezależności. Stajemy, gdzie chcemy i kiedy chcemy, a zarazem mamy komfort, którego nie zapewni namiot. W krajach skandynawskich można zatrzymać się na noc wszędzie (o ile nie ma odpowiedniego zakazu). Spędzaliśmy wieczory w całkowitej ciszy nad brzegiem jezior i wysoko w górach. Raz udało się nam nawet dostrzec zorzę polarną, co o tej porze roku jest rzadkością.

Nasz urlop przypadł na drugą połowę sierpnia i na początku mieliśmy letnie temperatury, które systematycznie spadały w drodze na północ. Oczywiście w tym czasie nie ma już białych nocy, ale dnia przybywało wraz z pokonywanymi kilometrami. Cała trasa wyniosła prawie 8000 km, co dało ponad 400 km dziennie. Warto było się nieco pomęczyć; pozostają wspomnienia, urzekające filmy i fantastyczne zdjęcia. ●

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Pluskiewicz

Dom jak okręt stary



Dr n. med. **Ryszard August** – absolwent Śląskiej Akademii Medycznej, specjalista chorób wewnętrznych i nefrologii, pracuje w NZOZ Centrum Dializ w Zawierciu. Autor wielu tekstów podróżniczych, publikowanych w „Pro Medico”, wydał m.in. w 2007 r. książkę „Nida, rzeka zakręcona” (wyd. Piątek Trzynastego) o trójkącie Białej Nidy, Czarnej Nidy i Wiernej Rzeki – prawdziwego raju dla kajakarzy, związanej tematycznie z Jego pasją – kajakarstwem. Jest też autorem opowiadań drukowanych w dziale literackim „Nowego Zagłębia”: „Wariatka”, „Wycieczka strat”, „Prugern” i innych. Zajmuje się fotografią.

Podbuczyny

Drewniany jodłowy skrzypiący dom jak okręt stary
Na szerokim morzu kwiatów, mchów i traw płynący
Nikt nie wie skąd i dokąd podąża za jakież to kary
Z żaglami firanek w oknach otwartych powiewający
Kiedyś falami dzikimi z win, malw i bzu smaganych
Czeka na wiatry dogodne a my na jego pokładzie
W półcieniu, w półśnie para ludzi na wpół ubranych
Jak rozbitkowie w cieniu strzépów żagla się kładzie
Zjedliśmy pół beczki soli osłodzonej pocałunkami
Drapimy rany stare i nowe każdy sobie i wzajemnie
Sól na to sypiemy potem wargami po ziarnku zbieramy
Czekamy na ruch firanek żeby odpłynąć potajemnie
Przed zmrokiem trzeba zdążyć podchodzi tu las potem

Najpierw zapachem zielonym ostrożnie się skrada
Następnie szumem przychodzi już odważniej z łomotem
Do swoich braci na płask leżących nieżyjących gada
Skłoni się i zaduma nad losem odchodzi przed dniem
Więc wstaje z brudnych starych myśli barłogu
Wypiorę te brudy stare szerokim uśmiechem
Otwieram drzwi staję na nowych wydarzeń progu
Czuję wiatr w plecy silniejszy z każdym oddechem
Ruszący łapiemy świeży wiatr w firanki i dłonie
Żałoga ożyła poprawiła łachmany oczy wypatruje
Okręt zostawia ślad jak pług ciągnięty przez konie
Już szczęście go nie minie bo płynie nie dryfuje
Zostają po nas groby jak szalupy ratunkowe
Z krzyżykiem z tymi co nie ma dla nich ratunku
Ale wyciągamy z bocianiego gniazda życia nowe
Wkładane w ciemną noc przez Boga w podarunku
Po żółtych falach jesieni wpływamy na białe morze
Łódź się wokół kadłuba zaciska byle nie stanąć teraz
Zgrabiali szukamy choć falki w zielonym kolorze
Nią dopłyniemy do wiosny i lata a potem jeszcze raz
Dobijemy do Góry Bukowej wezmę twoją dłoń...

Ryszard August

Tekst publikujemy za zgodą Redakcji czasopisma „Nowe Zagłębie”
www.nowezaglebie.pl



Fot.: R. August

...cum grano salis

Wszystkiego dobrego! (oprócz zdrowia)

Składanie życzeń „ZDROWIA” nie ma logicznego uzasadnienia. Deprecjonowanie i degradowanie zawodu zaufania publicznego, jakim nadal jest zawód lekarza, nie wyjdzie nikomu NA ZDROWIE.

Początkujący adwokat pochwalił się sukcesem zawodowym:

– *Proces o miedzę, który ojciec prowadził przez 50 lat, udało mi się zakończyć na jednym posiedzeniu sądu!*

– *Ale dzięki przewlekłości postępowania nasza rodzina opływała w dostatek – skwitował stary mecenas.*

Nie bez powodu przypominam tę brodatą anegdotę, bo choć mam w palestrze wielu przyjaciół, którzy raczą mnie dowcipami o konowalach, to lubię się odgryźć kauzyperdom twierdzącym, że lekarze POZ urządzają diagnostyczny tor przeszkód, by uciuć płatne punkty NFZ-u.

Cykliczna epidemia składania życzeń świątecznych i noworocznych już za nami. Jak wynika z pobieżnych obserwacji – najczęściej życzyliśmy zdrowia. To pożądane powszechnie dobro jest coraz mniej dostępne, a w wielu regionach wręcz niedostępne, za co obwinia się lekarzy z Porozumienia Zielonogórskiego. Zresztą każde porozumienie między lekarzami jest ewenementem, a dobrze rozumiana solidarność zawodowa, której nie ma – jest solą w oku rządzących. W niektórych przejawach życia gospodarczego i pod sztandarem urynkowania narzuca się lekarzom status przedsiębiorcy, a w innych odmawia się zwykłych praw obywatelskich. Ewidentnym przykładem jest zakaz zatrudnienia w odrębnych podmiotach leczniczych świadczących usługi medyczne, bo podobno jest to konflikt interesów. Narusza to zasadę wolności wyboru miejsca pracy, która dotyczy wszystkich innych zawodów.

Proces legislacyjny toczący się z pominięciem opinii samorządu lekarskiego. Wyniki sejmowych głosowań nad ustawami dotyczącymi opieki zdrowotnej nie wróżą dla nas niczego dobrego. W sferach ustawodawczo-wykonawczych państwa w sposób niewytłumaczalny rośnie rzesza rzeczników zrównania zawodu lekarza z zawodami sektora produkcyjnego i handlowo-usługowego. Przyczyną jest propagowana przez ministrów zdrowia teoria, że to lekarze są odpowiedzialni za niewydolność systemu, który wymaga uszczelnienia wskutek marnotrawienia publicznych pieniędzy. Wiadomo, że pacjenci nie marnują, więc automatycznie oskarżenie padło na lekarzy.

Równolegle do nieudolnie przeprowadzanej reformy opieki zdrowotnej, galopująco po-

stępuje pauperyzacja lekarzy jako zbiorowości, a ratunkiem jest pracoholizm.

Na przestrzeni lat konsekwentnie wprowadzono dyskryminację lekarzy pracujących poza placówkami, z którymi NFZ zawarł umowy o świadczenie usług zdrowotnych. Dokumentacja medyczna sporządzona przez tych lekarzy nie jest uznawana przez instytucje państwowe. Wprowadzono jakościowy podział na lekarzy i lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego.

Kolejne, wielokrotnie nowelizowane ministerialne przepisy, a zwłaszcza tzw. pakiet ustaw zdrowotnych byłej minister zdrowia, między innymi miały skrócić kolejki oczekujących na leczenie poprzez skierowanie do pracy większej liczby młodych lekarzy. Stąd pomysł likwidacji stażu podyplomowego oraz podwyższenie pensji dla rezydentów ponad poziom wynagrodzeń lekarzy specjalistów, co miało zapobiec emigracji zarobkowej absolwentów. Złośliwą kontrpropozycją był pomysł, aby skrócić ciążę do sześciu miesięcy, co w przyszłości zwiększy liczbę lekarzy o 33%, a tym samym skróci o 1/3 kolejki pacjentów. Zresztą już teraz na przykład na SOR-ach, czy w doraźnej diagnostyce radiologicznej, harują „wcześnieiki w zawodzie”.

Oburzające jest to, że Trybunał Konstytucyj-

wiec mogą czuć się bezkarni przerzucając winę, kwoty odszkodowań na niedoświadczonych, młodych lekarzy. W interesie szpitala jest maksymalne „umocnienie” lekarza. Dlatego, wbrew deklaracjom ministra zdrowia, ustawa działa opacznie i de facto jest wymierzona przeciwko lekarzom.

Nowa ustawa o prawach pacjenta, która miała zapewnić odszkodowania na drodze pozasądowej, jest chybiona w całości, bowiem orzeczenie komisji potwierdzającej zaistnienie zdarzenia medycznego jest jedynie podstawą do ubiegania się o kosmiczne kwoty w procesach cywilnych. Dlatego – wbrew deklaracjom ministra zdrowia, który przygotował projekt tej ustawy – działa ona opacznie i jest wymierzona przeciwko lekarzom. Wprawiające w osłupienie porady i oświadczenia rzecznika pacjentów, wygłaszane przy okazji lekarskiego protestu w sprawie recept i negocjacji lekarzy POZ, oraz groźby zastosowania kar, co najwyżej wywołują powszechną wesołość. Zresztą większość przepisów prawa medycznego z ostatnich lat zawiera obszerne katalogi kar dla lekarzy. Przykładem jest sprawozdawczość o odpadach medycznych, za której brak lekarze płacili po 10 tys. zł kary i dopiero Trybunał uznał to za bezprawie.

Dyrektorzy uprawiając „oszczędną” politykę kadrowo-płacową, mogą czuć się bezkarni, przerzucając odpowiedzialność, winę, odszkodowania, na niedoświadczonych, młodych lekarzy.

ny przyjął wykładnię, że zła organizacja pracy szpitala = wina anonimowa (sic!), a błędy lekarskie (adeptom mogą się zdarzyć) są traktowane przez orzeczników jak zdarzenie medyczne. Nowa ustawa o prawach pacjenta, która miała zapewnić odszkodowania na drodze pozasądowej, jest chybiona w całości, bowiem orzeczenie komisji potwierdzające zaistnienie zdarzenia medycznego stanowi prelude do ubiegania się o wysokie kwoty w procesach cywilnych. Wobec rozstrzygnięć Trybunału dyrektorzy uprawiają „oszczędną” politykę kadrowo-płacową, zatrudniając najmłodszych, czyli najtańszych,

Ustawa dotycząca recept, tzw. refundacyjna, narzuciła lekarzom funkcję kontrolera legitymującego uprawnienia pacjentów. Od dwóch lat ma to ułatwiać bardzo kosztowny w skali kraju e-WUŚ, czyli elektroniczna weryfikacja uprawnień świadczeniobiorców, choć było wiadomo, że nieubezpieczonych, których w zagrożeniu zdrowia trzeba diagnozować i leczyć, jest ułamek procenta. Obawa lekarzy przed karami gwarantowanymi w ustawie refundacyjnej powodowała wystawianie recept na leki z pełną odpłatnością, co dało NFZ-owi nienależną „oszczędność” 3 mld złotych. Już dzisiaj więcej uwagi przy-



▶▶▶ wiążemy do numeru pesel i kodu ICD-10 niż do nazwiska i pełnego rozpoznania choroby naszych pacjentów, bo omyłka w cyferkach może skutkować drakońską karą finansową nałożoną przez Narodowy Fundusz Zdrowia na lekarza i świadczeniodawcę. Kolejna ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia z roku 2011, wprowadzająca obowiązek dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej, to kolejny bubel prawny, który już trzykrotnie był nowelizowany. Lekarze niepotrzebnie spędzają nad klawiaturą komputera połowę czasu, który powinien być poświęcony pacjentom, gdyż przepis wejdzie w życie dopiero w 2017 roku. Autorka ustawy utrzymywała, że przez internet będzie można monitorować kolejkę do specjalisty lub umawiać się na wizytę. Kiedyś, bo dzisiaj nie widzę 80-letniej pacjentki śledzącej internetowo swoją pozycję na liście do geriatry.

Lekarze nie analizują konsekwencji nowych aktów prawnych. A szkoda, bo czekają nas niespodzianki. W orzeczeniu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z listopada 2014 r. stwierdzono, że „za pracę wykonywaną w ramach dyżurów medycznych dopełniającą czas pracy lekarza przysługuje jedynie dodatek”. Lekarz nie zyska na tym, że odbierając obowiązkowy odpoczynek za dyżury, nie wypracuje godzin z umowy o pracę. Trudno się pogodzić z opinią, że praca obsługi na stacji benzynowej w porze nocnej to takie same godziny etatowe, jak na dyżurze lekarskim. Nieodzwonne dla prawidłowego rozwoju zawodowego cztery dyżury w miesiącu, zwłaszcza w specjalnościach zabiegowych, to więcej niż połowa etatowego czasu pracy, a z dodawania wynika, że na oddział trzeba będzie wpaść tylko na tydzień w miesiącu. Dotychczas brak uzasadnienia tego rozstrzygnięcia prawnego, ale można spodziewać się problemów z obsadzeniem dyżurów w niedalekiej przyszłości.

Prawnicy nie przyjmują do wiadomości, że absolwent medycyny, wybierając swoją drogę zawodową staje na rozdrożu: albo lecnicstwo ambulatoryjne i wolne weekendy oraz święta, albo szpital i nocne dyżury. Coś za coś. Na ogół jest to decyzja na całe życie i dla szpitalników oznacza sumaryczny wyrok, tj. dyżurową „odsiadkę” przez prawie dziesięć lat pozbawienia wolności i izolacji od rodziny. Tyle dyktuje kodeks karny za całkiem konkretną, umyślną i makabryczną zbrodnię. Różnimy się od grypsujących tylko tym, że decydując się na dyżury nasza wina jest nieumyślna, bo nie wiemy, co nas czeka. Interpretacja przepisów prawa bywa pokrętna. Tak było w orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego w sprawie dr. Misia, który zapytał, czy za wieloletnią, ponadetatową pracę na dyżurach (inaczej: bezprawne, bez wyroku odosobnienie w zakładzie zamkniętym) należy mu się jakkolwiek rekompensata. Stwierdzono, że dyżurowanie, czyli nocna praca ponad godzinami etatowymi, jest dobrowolną fanaberią lekarzy szpitalnych i z tego tytułu nie należą się ani dodatkowe

pieniądze, ani odpoczynek. Bo jak przyznać prawo do odpoczynku w odległym czasie od męczącego, wyczerpującego dyżuru? Wskaźniki tzw. nadumieralności lekarzy, w porównaniu do średniej populacyjnej, już dzisiaj znane samorządowi lekarskiemu, nie były brane przez Trybunał pod rozwagę i oddalono roszczenia wielu tysięcy lekarzy. Nie dopuszczam myśli, że werdykty są konstruowane z uwzględnieniem doraźnych potrzeb i oczekiwań rządzących, ale dyżury medyczne są planowane i narzucane przez pracodawcę, więc stanowią stałą składową pracy i miesięcznego wynagrodzenia. Dyżury to 2/3 całkowitego czasu pracy lekarzy szpitalnych, natomiast wynagrodzenie stanowi znaczącą część dochodów. W innych zawodach nie zobowiązuje się z miesięcznym wyprzedzeniem pracowników do ponadetatowych godzin.

Przejawem fiskalnego egalitaryzmu wszystkich zawodów jest rygor posiadania kasy fiskalnej, który będzie nas obowiązywał od 1 marca 2015 r. Minister finansów żąda, by na paragonie dokładnie wyszczególnić nazwę usługi. Czasem po ustaleniu terminu operacji chory przychodzi do lekarza na rozmowę, która da mu wewnętrzny spokój, nadzieję na wyzdrowienie, po prostu: po otuchę. Po włączeniu kasy fiskalnej możemy być pewni,

Po włączeniu kasy fiskalnej możemy być pewni, że zaufanie pacjenta do lekarza spadnie do wartości ujemnych nawet w skali Farenheita, gdy na paragonie wpisujemy nazwę usługi: „płatna empatia”.

że zaufanie pacjenta do lekarza spadnie do wartości ujemnych nawet w skali Farenheita, zwłaszcza, że na paragonie musimy wpisać nazwę usługi: „płatna empatia”. Pocieszające może być tylko to, że tak jak nasi koledzy posługujący się kasami fiskalnymi: taksówkarze, kelnerzy, fryzjerzy, możemy mieć nadzieję na 5 złotych napiwku.

Fiskalizacja relacji pacjent – lekarz przypomina o regułach wolnego rynku, na którym lekarze nie potrafią jeszcze się odnaleźć.

Gdy izba lekarska, powołując się na kodeksowy zapis o prawie pacjenta do leczenia zgodnie z aktualną wiedzą, zakwestionowała stosowanie preparatów homeopatycznych, natychmiast urząd kontroli konkurencji wszczął postępowanie przeciwko Naczelnej Radzie Lekarskiej, podnosząc argument o wolności gospodarczej, działaniu na szkodę producentów i dystrybutorów tych tzw. leków. Samorząd włożył kij w mrowisko, a konsekwencje tego przypominały, że poza etyką, powinnościami zawodowymi i bezinteresownością Judyty, jest jeszcze świat pieniądza, towaru, produkcji, klienta i biznesu. Wydawać by się mogło, że tylko niemądre przepisy utrudniają lekarzom etyczne wyko-

Zamiast ilustracji...

GALERIA
ProMedico



Władysław Bakaliowicz, „Zaproszenie do tańca”.

Zadanie dla Czytelników: jaki jest związek tego obrazu z treścią artykułu?

nywanie zawodu, a okazuje się, że kolejną przeszkodą jest ekonomia! Głupcze! Repetytorium z terminologii: towar to pacjent, produkcja to leczenie, im więcej towa-

ru, tym większa kasa. Zatem kategorycznie należy stwierdzić, że bezmyślne składanie życzeń: ZDROWIA! – nie ma logicznego uzasadnienia, a wręcz wywołuje ewidentny konflikt interesów. Im więcej surowca (przepraszam: chorych), tym większa produkcja, a dotyczy to publicznej i prywatnej służby zdrowia. Idźmy dalej tokiem argumentacji urzędu ochrony konkurencji, który reprezentując lekarzy powinien wystąpić o delegalizację Komitetu Zwalczania Palenia Tytoniu, zaskarżyć do Trybunału ustawę o wychowaniu w trzeźwości, wycofać ustawę o zakazie „śmieciowego” karmienia, itd. Z własnej inicjatywy i we własnym interesie możemy szerzyć hasła: „Częste mycie skraca życie”, „Sport to kalectwo”, „Otyłość to rubensowski ideał”, „Piłeś? Jedź!”, „Nie piłeś, to się napij!” Wdrożenie pełnej komercjalizacji świadczeń zdrowotnych przeffancuje lekarzy na biznesmenów, ale – wbrew samobójczym inklinacjom ustawodawcy – nie takie są oczekiwania społeczeństwa. Deprecjonowanie i degradowanie zawodu zaufania publicznego, jakim nadal jest zawód lekarza, nie wyjdzie nikomu NA ZDROWIE. ●

Rohatynski

wspomnienia

Śp. Doktor Henryk Paluchiewicz

(1927-2014)

Pożegnaliśmy z żalem bliskiego nam Człowieka,
wybitnego Lekarza, utalentowanego Chirurga,
naszego Mistrza i Przyjaciela



Głęboko poruszony powiadamiam społeczność lekarską, że 31 grudnia 2014 r. odszedł na ostatni, trwający całą wieczność dyżur, Doktor Henryk Paluchiewicz, specjalista chirurg ortopeda – traumatolog. Pożegnaliśmy z żalem bliskiego nam Człowieka, wybitnego Lekarza, utalentowanego Chirurga, naszego Mistrza i Przyjaciela, z którym wspólnie przeżyliśmy jego pracowite życie, wypełnione służbą bliźniemu w potrzebie, pełnioną z oddaniem i życzliwością. Pożegnaliśmy Człowieka prawego, rzetelnego, który

był zawsze gotów do pełnienia swego powołania, ujmującego swoją dobrocią, uwrażliwionego na cierpienie. Pożegnaliśmy naszego zacnego nauczyciela i wychowawcę wielu lekarzy specjalistów ortopedów – traumatologów.

Drogę ku medycynie zainicjował studiami na Uniwersytecie im. Karola w Pradze, które zakończył w 1955 r., uzyskując dyplom doktora wszechnauk medycznych. Od 1964 r. do przejścia w stan spoczynku był ordynatorem Oddziału Ortopedyczno-Urazowego Szpitala im. Rydygiera w Katowicach. Był wyrozumiałym, a jednocześnie wymagającym przełożonym, kompetentnym lekarzem, wspierającym nas swymi światłymi radami w problemach medycznych, a nierzadko życiowych, znakomitym organizatorem, integrującym całą kadrę Szpitala. Życzliwą współpracą, otwartością, zyskał zaufanie i uznanie środowiska, w którym pracował, wyrażone powierzeniem mandatu delegata na II Okręgowy Zjazd Lekarski, powołaniem na biegłego sądowego i lekarza zaufania Państwowego Zakładu Ubezpieczeń. Był członkiem PTL i PTOiTr.

Nasz Heniuś, jak o nim mówiliśmy, to zatroskany, kochający małżonek, ojciec, dziadek i pradiadek. Jego rodzina jest silna więzami braterstwa i liczna, bo także my, jego współpracownicy – pielęgniarki, lekarze, jesteśmy jej częścią.

Nagła śmierć tak drogiego nam Człowieka pogrążyła nas w bólu i żalu. Pożegnaliśmy Go w poczuciu wielkiej, niepowetowanej straty i przeświadczeniu, że na zawsze pozostanie w naszej pamięci i sercach. Drogi Doktorze Henryku spoczywaj w pokoju w ziemi śląskiej, tej ziemi ludzi, którym z takim oddaniem całe życie służyłeś.

Cześć Twojej pamięci.

Ceremonia pożegnania odbyła się 5 stycznia 2015 r. w Katedrze Chrystusa Króla z udziałem licznych uczestników i pocztu sztandarowego Armii Krajowej, oddającego cześć swojemu porucznikowi.

Adam Materna
emerytowany ordynator
Oddziału Ortopedyczno-Urazowego
i dyrektor Szpitala
im. Ludwika Rydygiera w Katowicach

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

+18 listopada 2014 roku w wieku 68 lat zmarł w Blombergu w Niemczech śp. lek. **Aleksander Sławomir Rusek**. Absolwent, rocznik 1972, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista ginekolog-położnik, były zastępca ordynatora Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Szpitalu w Jastrzębiu Zdroju. Ostatnio zamieszkały w Blombergu. Pogrzb odbył się 16 grudnia w Jastrzębiu Zdroju.

+25 listopada 2014 roku w wieku 54 lat zmarła śp. lek. **Ewa Kurzajewska**. Absolwentka, rocznik 1984, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista I° chorób wewnętrznych. Ostatnio zatrudniona w NZOZ „Na Witosa” w Katowicach. Zamieszkała w Katowicach.

+31 grudnia 2014 roku w wieku 87 lat zmarł śp. dr n. med. **Henryk Paluchiewicz**. Absolwent, rocznik 1955, Uniwersytetu Karola w Pradze, specjalista II° z chirurgii urazowo-ortopedycznej, delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy w II kadencji, przez wiele lat ordynator oddziału Ortopedyczno-Urazowego Szpitala im. Ludwika Rydygiera w Katowicach. Zamieszkały w Katowicach.

+8 stycznia 2015 roku w wieku 60 lat zmarł śp. lek. **Wiesław Warmuz**. Absolwent, rocznik 1980, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista II° chorób wewnętrznych. Ostatnio zawód wykonywał w formie prywatnej praktyki. Zamieszkały w Miedzyrzeczu.

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

Naszemu Koledze
dr. n. med. Grzegorzowi Góralowi
członkowi Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej
w Katowicach
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci

Mamy

składają
Jacek Kozakiewicz
wraz z Okręgową Radą Lekarską
w Katowicach

Naszemu Koledze
dr. n. med. Jerzemu Dosiakowi
Przewodniczącemu Zarządu Oddziału Śląskiego
Polskiego Towarzystwa Lekarskiego
szczerze kondolencje oraz wyrazy głębokiego
współczucia
z powodu śmierci

Brata

składa
Jacek Kozakiewicz
wraz z Okręgową Radą Lekarską w Katowicach

Dla Doktora Eugeniusza Majewskiego
wyrazy współczucia po śmierci

Ojca

składa Tomasz Ludyga
z żoną
Szpitala Euromedic

Dr n. med. Marii Kniażewskiej
składamy wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Mamy

Pracownicy Oddziału Nefrologii, Pediatrii
oraz Gastroenterologii GCZD w Katowicach

Z przykrością informujemy,
iż 8 stycznia 2015 roku, zmarł po długiej chorobie

lekarz **Wiesław Warmuz**

wieloletni pracownik Szpitala Powiatowego
w Pszczynie
oraz kierownik NZOZ „Intermed” w Woli i Grzawie
Na zawsze pozostanie w naszych sercach...

Żona, Dzieci, Wnuki, Mama, Brat, Rodzina

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 18 listopada
w wieku 68 lat zmarł w Blombergu w Niemczech

Śp. lek. **Aleksander Sławomir Rusek**

Absolwent, rocznik 1972, Śląskiej Akademii Medycznej
w Katowicach, specjalista ginekolog-położnik,
były Zastępca Ordynatora Oddziału
Ginekologiczno-Położniczego w Szpitalu
w Jastrzębiu Zdroju

Przyjaciele

Komunikat

Absolwenci roku 1975

(studia 1970-1975)

Śląskiej Akademii Medycznej, Wydział Lekarski
Oddział Stomatologii.

Serdecznie zapraszamy na

spotkanie

z okazji 40-lecia ukończenia studiów

Zainteresowanych prosimy o kontakt:

Lidia Matysik-Kałamarska: tel. 32 231 02 64

Anna Stańczyk-Franieł: tel. 32 434 14 15;

e-mai: hanisia1951@wp.pl

Spotkanie odbędzie się 26 września 2015 r.
w hotelu „Kotarz” w Brennej ul. Wyzwolenia 40

Koszt 300 zł

konto: Bank PKO S.A.: 92 1240 2991 1111 0010 6077 5512

Tytuł przelewu: Zjazd stomatologia '75

szukam pracy

Specjalista anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny bólu,
z dobrą znajomością języka francuskiego, poszukuje pracy w Katowicach
i okolicy; tel. 501 227 637 lub 505 052 666

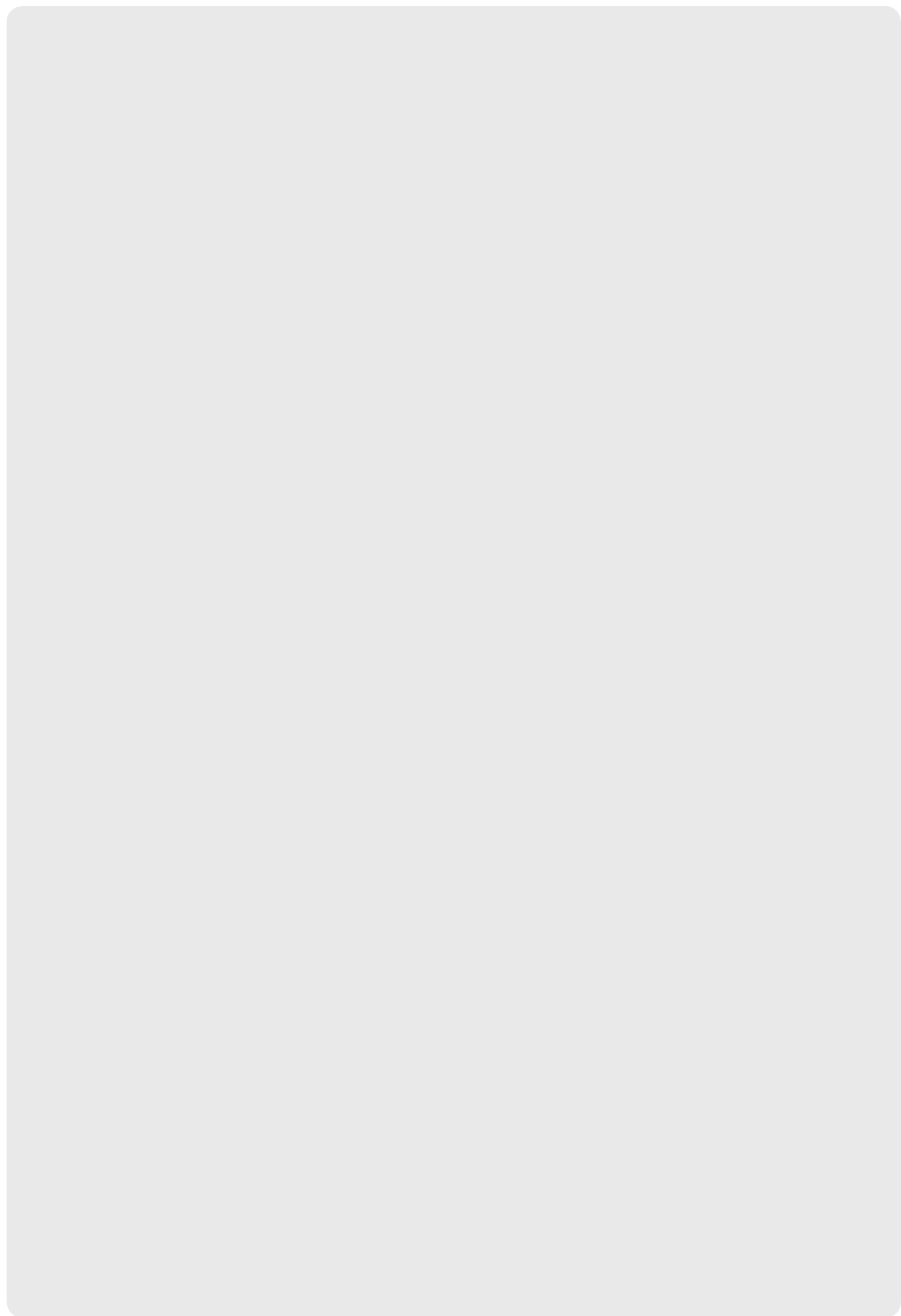
Lekarz otolaryngolog i lekarz medycyny pracy szuka dodatkowego
zatrudnienia w Tychach i najbliższej okolicy; tel. 604 544 204

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

Specjalista chorób oczu poszukuje pracy w lecznictwie ambulatoryjnym
na terenie Katowic lub w okolicy; tel. 606 553 910

Lekarz stomatolog z 11-letnim stażem pracy w kraju i za granicą szuka
pracy (NFZ + prywatnie) w okolicach Raciborza, Rybnika,
Wodzisławia Śląskiego; tel. 519 375 605, e – mail: ar1973@interia.pl

Specjalista medycyny ratunkowej i chirurgii ogólnej szuka pracy
na terenie woj. śląskiego i woj. ościennych; tel. 601 501 571



Reklama w Pro Medico:

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

W przypadku, gdy zleceniodawca chce otrzymać kopię zlecenia podpisaną przez reprezentantów ŚIL, prosimy przelać 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. Bezpłatnie zamieszczane są ogłoszenia lekarzy i lekarzy dentystów 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: 9 stycznia 2015 r.

Materiały prasowe do następnego numeru przyjmujemy do 5 lutego 2015 r., reklamy – do 4 lutego 2015 r.

Dla wszystkich lekarzy zrzeszonych w ŚIL w Katowicach pismo bezpłatne.

Okładka: Dr Sławomir Kozieł z pacjentami po operacjach
fot.: Michał Pasierbek

Warszawa
ul. Sobieskiego 102 a
pokoje dwu- i trzyosobowe

dla gości hotelowych
niezwiązanych
z samorządem lekarskim
120 zł za dobę

dla lekarzy ŚIL niezalegających
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 (recepcja 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.



**FUNDACJA
LEKARZOM SENIOROM**

KRS 0000316367

Numer Konta:

19 1050 1214 1000 0023 3784 4878

A ILE SERC ZMIĘŚCI SIĘ W TWOIM SERCU ?

Bezpłatny program do rozliczenia podatku za rok 2014, z wpisaniem numerem KRS Fundacji,
można pobrać ze strony internetowej Śląskiej Izby Lekarskiej.