



# ProMedico

PISMO ŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W KATOWICACH

czerwiec 2012 nr 193

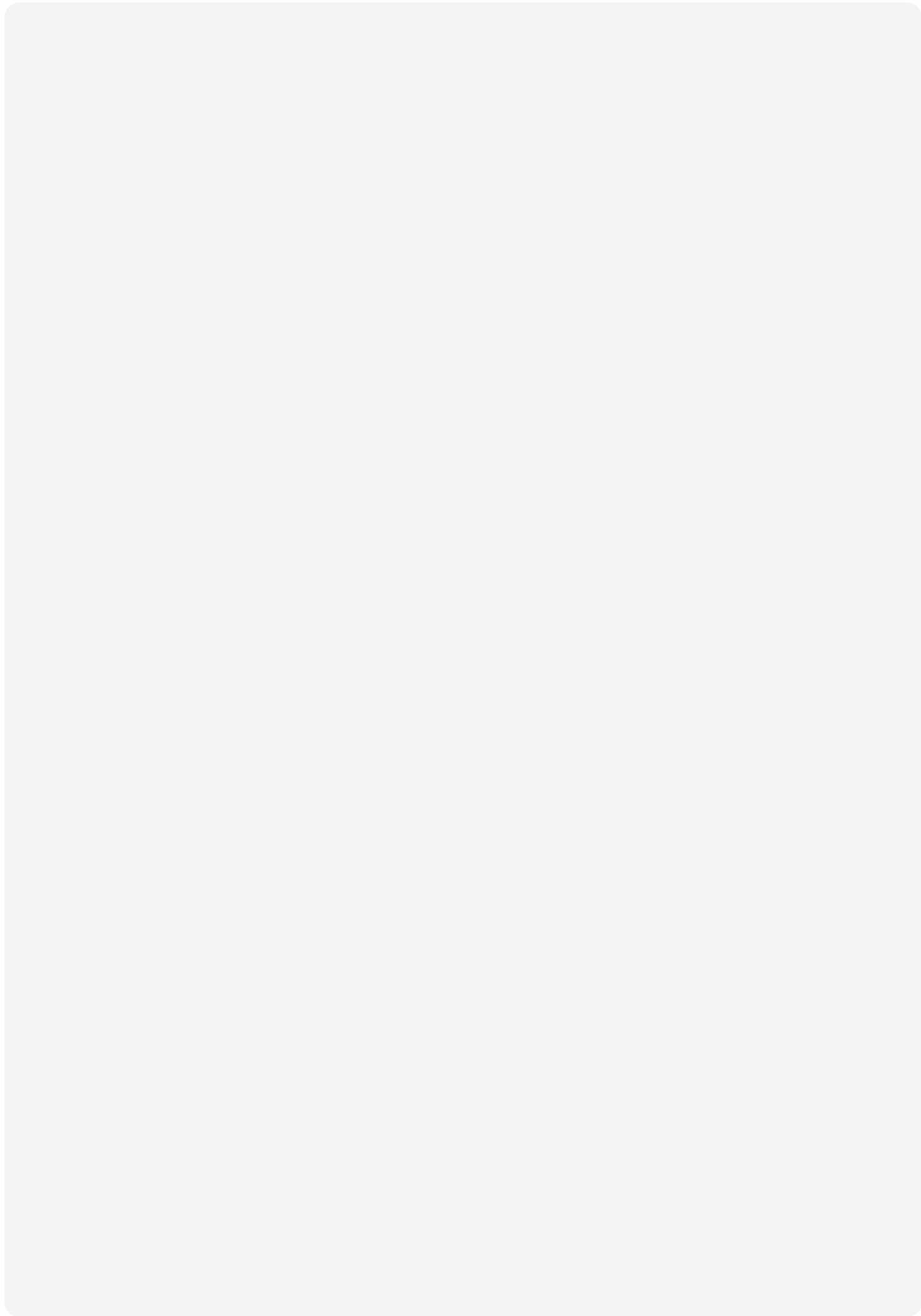
ISSN 1232-8693



► **Abolicja  
odsetkowa  
od zaległych składek**  
str. 4

► **Jak  
ubiegać się  
o specjalizację**  
str. 6

► **Rozmowa  
z dr. Kazimierzem  
Swobodą**  
str. 20





# Z mojego punktu widzenia

Na stronie NFZ znalazłem informację, że pomyślnie zakończono rekrutację na stanowisko młodszego specjalisty na (cytuję pełną nazwę) „Departamencie Gospodarki Lekami w Wydziale Analiz i Monitorowania Refundacji Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia”. Na razie to tylko specjalista młodszy, poszukiwania starszego i głównego trwają. Ich zespolone specjalistyczne siły na pewno pozwolą Centrali jeszcze bardziej zasłużyć na miano „wszechpotężnego kontrolera”. Kto wie, może NFZ stanie się bohaterem jednego z filmów z gatunku „social fiction” o utopijnej rzeczywistości, w której kontrola staje się narzędziem władzy?

Nie składamy broni! Nasze interwencje w Śląskim Oddziale Wojewódzkim NFZ dotyczące problemów z kontrolami świadczeniodawców zakończyły się pomyślnie. Od 1 maja br. planowe kontrole mają być już przeprowadzane po uprzednim zawiadomieniu, a każdy świadczeniodawca, u którego będzie przeprowadzana kontrola planowa, zostanie poinformowany o terminie jej realizacji trzy dni przed jej rozpoczęciem – faksem oraz listownie. To nie jest jeszcze wiele, zwłaszcza na ogrom pozostałych spraw biurokratycznych, z którymi musimy się zmierzyć, ale cieszymy się z każdego sukcesu naszych wysiłków dla „cywilizowania” warunków pracy lekarzy i lekarzy dentyków.

Nie pamiętam, kiedy tak często byliśmy zmuszeni do poszerzenia znajomości pojęcia „absurdus”, jak w związku z wypisywaniem w ostatnich miesiącach recept lekarskich, określanych przez wielu decydentów „czekiem na pieniądze NFZ”. Absurdem naj-

większym, do jakiego nas doprowadzono, jest to, że ludzie kształconych przez wiele lat, posiadających elitarną wiedzę, trzeba znów mozolnie uczyć wypisywania recept, pomimo iż wypisali ich niekiedy dziesiątki tysięcy! Wiele energii, czasu, wysiłku, wkłada się w szkolenia, kursy, pisma, komunikaty, które mają pomóc nam przepisać choremu lek, bo nie jesteśmy w stanie tego zrobić zgodnie z ustawą i dziesiątkami aktów wykonawczych. O tym musimy głośno mówić, nie tylko w „swoim”, lekarskim gronie. Dlatego 16 maja zorganizowałem kolejną konferencję prasową, tym razem wspólnie z przedstawicielami organizacji pacjentów, by poprzez media dotrzeć z naszymi wspólnymi racjami do opinii społecznej. Od „mieszania w systemie” nasza rzeczywistość wcale nie staje się słodsza. Co będzie w następnych kwartałach, skoro wartość świadczeń wykonanych w śląskich szpitalach ponad ustalone w kontraktach limity w I kwartale br. stanowi niewiele mniej niż za cały 2011 rok?

9 maja br. wraz z przedstawicielami organizacji lekarskich i pracodawców spotkaliśmy się w Oddziale Śląskiego Narodowego Funduszu Zdrowia. W imieniu naszej organizacji oraz około tysiąca świadczeniodawców i lekarzy, którzy upoważnili nas pisemnie, przedstawiliśmy dyrektorowi SÓW NFZ pismo z wnioskiem o pilne dokonanie zmian w umowach zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami w zakresie recept refundowanych i w planowanych z dniem 1 lipca nowych umowach (aneksach) z indywidualnymi lekarzami. Dyrektor zapewnił nas, że zarówno wobec świadczeniodawców, jak

i lekarzy, którzy złożyli wnioski, „nie będą podejmowane żadne działania niezgodne z obowiązującym prawem”.

Spotkałem się ostatnio po raz kolejny z Koleżankami i Kolegami, którzy w ostatniej sesji osiągnęli najlepsze wyniki podczas Lekarskiego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego. Wspólnie zastanawialiśmy się, jakie wsparcie dla najlepszych może zapewnić samorząd, by mogli dalej razem z nami realizować swoje zawodowe plany. Nasze możliwości są ograniczone, ale musimy okazać im wiele przychylności, bo jak się okazuje, nie mają jej w nadmiarze...

Serdecznie gratuluję Profesorowi Przemysławowi Jałowieckiemu, nowemu rektorowi SUM, oraz Wszystkim wybranym wraz z Nim P.T. Prorektorom, Dziekanom i Prodziekanom. Mam nadzieję na dobrą współpracę z samorządem lekarskim i wspieranie naszych działań, zwłaszcza w zakresie szkolenia podyplomowego.

Zbliża się czas urlopowych wyjazdów. Leszek Kołakowski w „Mini wykładach o maxi sprawach” wyjaśnia: „Nie, nie dla wiedzy podróżujemy. Nie po to też podróżujemy, by na chwilę z codziennych trosk się wyrwać i o kłopotach zapomnieć (...) Nie żądza wiedzy nas gna, ani ochota ucieczki, ale ciekawość, a ciekawość, jak się zdaje, jest osobnym popędem, do innych niesprowadzalnym”. Życzę wspaniałych i niezapomnianych przeżyć podczas wakacyjnych dni.

## W numerze:

Z mojego punktu widzenia	1	Felieton: Czy jest gorzej?	11
Felieton „Święta polskie”	2	Echa publikacji:	12
Z działań samorządu: NFZ będzie zapowiadał swoje kontrole	3	Restrukturyzacja – słowo wytrych	13
Zdali najlepiej	3	Król jest nagi	14
Abolicja odsetkowa	4	Stomatologia a palenie	17
Akcja informacyjna	4	Naukowo i uroczyście	19
Dofinansowania	4	Sukces naukowy i organizacyjny	20
Zmiany w rejestrze praktyk lekarskich	5	Służba zdrowia to niestety niespokojne wody rozmowa z dr. Kazimierzem Swobodą	22
Jak ubiegać się o specjalizację – rozmowa z Jolantą Wrońską ze Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego	6	Sport	22
Laur Śląskiej Laryngologii	8	Zarząd PTA ze Śląska	23
Z teki rzecznika	9	W pogoni za przeznaczeniem cz. II	24
Naszą kreską	9	Postscriptum do „Świadectwa moralności” – cd.	25
Lex medica	10	Notatki z podróży	28
		Wspomnienia	30
		Ogłoszenia i reklamy	30

# Święta polskie: czerwiec

Zakwita raz, tylko raz...

W czerwcu kwitnie już sporo, m.in. kruszyna, jasnota biała, śnieguliczka, facelia, trojeść amerykańska, trędownik bulwiasty, macierzanka piaskowa, żmijowiec, lipa szerokolistna, a czasem i wąskolistna. Tylko raz w roku, właśnie w czerwcu zakwita kwiat paproci. „Alibabki” wyjaśniały, że jest biały i pachnie „tak, że ach!”, w dalszych zwrotkach uzupełniając, że jest to zapach piotłunu i wanilii. Nazwę czerwiec wzięto od owada czerwia. W średnio-wiecznej Polsce ten pluskwiak miał duże znaczenie gospodarcze jako źródło czerwonego barwnika, którym farbowano tkaniny. Stąd też i nazwa czerwonego koloru.

**21 czerwca** słońce wszędzie już o 4.14, by świecić nam aż do 21.00, co daje najdłuższy, trwający 16 godz. 46 min. dzień w roku.

**24 to Światowy Dzień Chorych na Osteoporozę, a 27 – Światowy Dzień Walki z Cukrzycą.**

**Dzień Ojca 23** czerwca zbiegnie się z **Nocą Świętojańską** (23/24) zwaną Nocą Kupały, kupalną, kupalnocką, kupałą (na pograniczu polsko-ukraińskim), sobótką lub sobótkami (zachodnia i środkowa Polska) Święto wody i ognia, słońca i księżycy, dobrobytu, urodzaju, płodności i szczęścia. I tak naprawdę to nie Walentynki, tylko Sobótki są naszym słowiańskim świętem zakochanych. Kościół katolicki znalazł temu pierwiej pogańskiemu świętu patrona, św. Jana, stąd druga nazwa.

Jak dochowujemy tradycji? A) rozpalamy ognisko B) skaczemy przez ogień (zakochana para trzyma się za ręce, co zapewni szczęśliwą miłość) C) śpiewamy miłosne pieśni, z przewiazaną u pasa bylicą. Warto ją potem powiesić w domu, to ziele ma chronić od wszelkich uroków i nieszczęść. D) puszczamy na wodę wianki, wiązane sznurkiem lub nitką do płaskiej deski, w środku umieszczając zapaloną świeczkę. Są wróżbą szczęśliwego małżeństwa, jeśli wianek wyłowi kawaler. E) kąpiemy się. Według wierzeń ludowych wystarczy wytarzanie się w rosie, by ciało zapewnić powabność. Oskar Kolberg podaje, że tylko „młodsze kobiety tańczyły, starsze siedziały w ciszy”, ale nie musimy przecież być wierni tradycji aż do bólu!

Maria Ochorowicz-Monatowa w czerwcu polecała szczególnie nacisk położyć na śniadania. „Śniadanie skromne” ok. 1910 roku: paszteciki z mózgu (nie podaje czyjego?), szczipak po żydowsku, potrawa z pulardy z rakami, duszona kalarepka. Dla porównania, wykwinny poranny posiłek dla całej rodziny: węgorz a la Pompadour, chruściele pieczone, kotlety z trufkami, puree z zielonego groszku, kompot. Chruściele to oczywiście ptaki. A trufle, jak podają polscy mikolodzy, znaleźć dziś można w okolicach Częstochowy. Rośnie tam „trufła wgłębiona” (cokolwiek to znaczy). W podłożu musi występować węgiel wapnia, a do rozwoju grzyba potrzebna jest bliska obecność dębu. To powinno ułatwić poszukiwania.

Jan Kochanowski „Pieśń Świętojańską o Sobótce” zaczął tak: „**Gdy słońce Raka zagrzewa, a słowik więcej nie śpiewa, Sobótkę, jako czas niesie, zapalono w Czarnym Lesie**”. Pada w niej też przestroga: „**Dzieci, rady mej słuchajcie, ojcowski rząd zachowajcie. Święto niechaj świętem będzie, tak bywało przed tym wszędzie**”.

Konstanty Ildefons Gałczyński, jak wielu poetów, też pisał o magii czerwca. Do wiersza dodano opracowanie na gitarę i tak wszedł do repertuaru pieśni ogniskowych, harcerskich i biesiadnych:

„Ja jestem noc czerwcową,  
królowa jaśminowa,  
Zapatrzcie się w moje ręce,  
wsluchajcie się w śpiewny chód...”  
(Ballada o nocy czerwcowej)

Słynne opowiadanie o nocy czerwcowej napisał Jarosław Iwaszkiewicz (Noc czerwcową, 1976 r.), potem przerobił na dramat, ponoć specjalnie dla Andrzeja Wajdy, który w 2002 zrealizował spektakl Teatru Telewizji. Fabuła jest oparta na pamiętnikach Józefy Szembekowej, której matka, Joanna Moszyńska, zakochała się w oficerze armii carskiej. To był też głos w dyskusji o obowiązkach patriotycznych. Główne role zagraли Beata Fudalej i piękny (aż szkoda, że nie nasz) Aleksander Domogorow.

Czerwiec w historii Polski już zawsze kojarzył się będzie z Poznaniem '56. W czasie tego „robotniczego powstania” zginęło 57 osób. To wtedy, wieczorem 29.06., w przemówieniu radiowym padły słynne słowa Józefa Cyrankiewicza: „**Każdy prowokator czy szaleniec, który odważy się podnieść rękę przeciw władzy ludowej, niech będzie pewny, że mu tę rękę władza ludowa odrąbie!**”

Na czwartek, 7 czerwca, dokładnie 60 dni po Wielkanocy, przypada **Boże Ciało**, Święto Ciała i Krwi Pańskiej, ustanowione ku czci Najświętszego Sakramentu. (To dzień wolny od pracy.) Uwiecznił je m.in. nieoceniony autor nabożnych pieśni, Franciszek Karpiński (1741-1825):

Zróbcie mu miejsce, Pan idzie z nieba, pod przymiotami ukryty chleba!  
Zagrody nasze widzieć wychodzi i jak się dzieciom Jego powodzi.  
(Na procesyją Bożego Ciała)

Od 1952 roku **1 czerwca** obchodzimy Dzień Dziecka. Więc na zakończenie fragment wiersza Joanny Kulmowej, wraz z najlepszymi życzeniami dla wszystkich Czytelników – Mam i Tatów oraz Ich Dzieci. Niech nam rosna zdrowo.

Podobno z tego się wyrasta,  
podobno z czasem się zmienia.  
Ty się nie zmieniaj, już taki zostań,  
ty nie wyrastaj z marzenia.  
(Nie wyrastaj z marzenia)

Grażyna Ogrodowska



## ▶ NFZ będzie zapowiadał swoje kontrole

Z inicjatywy prezesa ORL **Jacka Kozakiewicza** 11 kwietnia w siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej odbyło się spotkanie przedstawicieli Prezydium ORL z **Zygmuntem Kłosą**, dyrektorem Śląskiego Oddziału NFZ. W rozmowach uczestniczyli również **Halina Borgiel-Marek** – wiceprezes ORL oraz **Rafał Kielkowski** – członek Prezydium ORL. Spotkanie zostało poświęcone m.in. proceduram przeprowadzania przez NFZ kontroli świadczeniodawców. Szczególnie wiele uwagi poświęcono problemom zgłaszanym przez lekarzy, a dotyczącym bardzo krótkich terminów zawiadomienia o kontrolach lub niezawiadomiania o nich wcale, a także celom kontroli, jej zakresowi oraz wnioskowi pokontrolnym. W wyniku tego spotkania udało się uzyskać porozumienie i zapowiedź, że od 1 maja br. wszystkie planowe kontrole w ŚOW NFZ będą przeprowadzane po wcześniejszym zawiadomieniu świadczeniodawcy, z co najmniej trzydniowym wyprzedzeniem. ●

## ▶ Zdali najlepiej

Kwietniowe posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej rozpoczęło się od spotkania z lekarzami, członkami ŚIL, którzy osiągnęli najlepszy wynik z LEP-u i LDEP-u w tegorocznej sesji wiosennej. – *Szóstą kadencję samorządu lekarskiego realizujemy w duchu integracji rodziny lekarskiej; wspierając najlepszych, torując drogi dla najmłodszych i nie zapominając o naszych Mistrzach i Nauczycielach. Chcąc dalej postępować na drodze sukcesu zawodowego i naukowego, czego Wam z całego serca życzę, musicie zachować pamięć o dokonaniach poprzedników. Po kilkudziesięciu latach pracy zawodowej oglądając się wstecz z całą pewnością zobaczycie, że było warto* – powiedział prezes ORL **Jacek Kozakiewicz**, gratulując młodym lekarzom w imieniu samorządu lekarskiego.

Wyróżnieni lekarze otrzymali z rąk prezesa nagrodę pieniężną w wysokości 1000 zł oraz książki z cyklu powstałej niedawno „Biblioteki Historycznej Śląskiej Izby Lekarskiej”: „Lwów w czasach trudnych. Notatki naocznego świadka” prof. Tadeusza Ceypka oraz „Pożytki z filozofii” prof. Szczepana Łukasiewicza.

\*\*\*

**dr Aleksandra Gładysz:** *Bardzo chciałabym podziękować za zaproszenie na dzisiejsze spotkanie. Jestem przekonana, że to wyróżnienie będzie dla mnie dodatkową motywacją do dalszego rozwoju i poszerzania wiedzy.*

**dr Marcin Kubeczko:** *Chciałbym podziękować za to wyróżnienie, przede wszystkim Panu Bogu, od którego pochodzi wszelkie dobro, bliskim za cierpliwość i wyrozumiałość oraz nauczycielom od których mogłem, mogę i w dalszym ciągu będę mógł się uczyć. W przyszłości chciałbym się specjalizować w onkologii lub hematologii. Teraz jestem w połowie stażu i widzę, jak mało wiem i jak dużo jeszcze przede mną.*

**dr Maciej Wybraniec:** *Bardzo się cieszę, że dane mi było po raz drugi gościć na posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej w związku z osiągniętym przeze mnie wynikiem z Lekarskiego Egzaminu Państwowego. Tym razem udało mi się poprawić wcześniejszy rezultat i uzyskać najwyższą liczbę punktów spośród lekarzy, członków Śląskiej Izby Lekarskiej. W mojej opinii, wysoki wynik zawdzięczam głównie wiedzy zdobytej podczas studiów. W mniejszym stopniu przypisuję go przygotowaniu przed egzaminem. Zakres materiału jest bowiem ogromny i nie sposób w krótkim czasie opanować wszystkich zagadnień na zadowalającym poziomie. Paradoksalnie, podczas drugiego podejścia do LEP poświęciłem mniej czasu na przygotowanie niż przy pierwszej próbie. Większy dystans, odpowiednia ilość snu i duża doza optymizmu opłaciły się. Aktualnie*

### Komunikat nr 88/2012 dla świadczeniodawców w sprawie informowania o przeprowadzeniu kontroli planowej

Śląski Oddział Wojewódzki NFZ uprzejmie informuje, że od dnia 1 maja 2012 r. każdy świadczeniodawca, u którego będzie przeprowadzana kontrola planowa, zostanie poinformowany o terminie jej realizacji trzy dni przed jej rozpoczęciem. Informacja ta zostanie przekazana faksem oraz listownie. Powyższe rozwiązanie ma na celu umożliwienie przygotowania się świadczeniodawcy do kontroli, a tym samym stworzenie zespołowi kontrolującemu optymalnych warunków do przeprowadzenia postępowania kontrolnego.



foto.: Anna Zadóra-Swiderek

Prezes ORL wraz z młodymi lekarzami i lekarzami dentykami, którzy w sesji wiosennej uzyskali najlepszy wynik z LEP i LDEP.

#### LEP:

**dr Maciej Wybraniec** – 171 punktów (85,5%),

1 miejsce w ŚIL i 5 w kraju

**dr Marcin Kubeczko** – 169 punktów (84,5%),

2 miejsce w ŚIL i 6 w kraju

**dr Justyna Pytel** – 165 punktów (82,5%),

3 miejsce w ŚIL i 10 w kraju

#### LDEP:

**dr Aleksandra Gładysz** – 155 punktów (79,9%),

1 miejsce w ŚIL i 8 w kraju

**dr Marek Pala** – 152 punktów (78,35%),

2 miejsce w ŚIL i 11 w kraju

**dr Eliza Skrzyczek-Wielgus** – 151 punktów (77,84%),

3 miejsce w ŚIL i 12 w kraju

*jestem w trakcie odbywania stażu podyplomowego w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach-Ochojcu. Chociaż przez okres studiów (na WL Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum (UJCM) w Krakowie oraz University of California Los Angeles (UCLA), Kalifornia, USA) wiązałem swoją przyszłość z medycyną zabiegową, obecnie mam nadzieję rozpocząć specjalizację w dziedzinie kardiologii. ●*

## ► Abolicja odsetkowa

XXXI Okręgowy Zjazd Lekarzy zobowiązał ORL do wypracowania rozwiązań pozwalających Śląskiej Izbie Lekarskiej odzyskać zaległe składki od lekarzy i lekarzy dentystów, którzy nie wywiązują się z tego ustawowego obowiązku. W związku z powyższym członkowie Okręgowej Rady Lekarskiej na posiedzeniu, które odbyło się 18 kwietnia, zdecydowali o **jednorazowym umorzeniu odsetek zadłużonym członkom śląskiego samorządu, którzy w okresie do 30 września br. uregulują swoje zobowiązania wobec izby.** (Więcej na ten temat poniżej.) ●

## ► Akcja informacyjna

W kwietniu Śląska Izba Lekarska przeprowadziła akcję informacyjną w związku z kontrowersyjnymi zapisami w umowach NFZ z lekarzami na wystawienia recept refundowanych. Jest to dalszy ciąg trwającej od niemal roku kampanii na rzecz wprowadzenia przejrzystych przepisów prawnych dotyczących zasad przepisywania pacjentom leków refundowanych i ochrony lekarzy przed nadmiernymi sankcjami wynikającymi z błędnego wystawienia recept. Na stronie internetowej izby opublikowany został wzór wniosku o zmianę warunków umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, który lekarze mogli przysłać do siedziby

Śląskiego Oddziału NFZ w Katowicach oraz do biur ŚIL. Na stronie zamieszczono również prezentację „Recepty – aktualny stan prawny”, będącą syntetycznym przedstawieniem problemów i niebezpieczeństw, jakie grożą lekarzom, którzy podpiszą umowy z NFZ w obecnym kształcie. ●

## ► Dofinansowania

Śląska Izba Lekarska dofinansuje wydanie monografii „Niezwykła więź Kresów Wschodnich i Zachodnich...”. Książka zostanie wydana przez Uniwersytet Śląski i będzie zawierała wiele nieznanych dotąd faktów i zdjęć pochodzących z archiwów IPN, które dotyczą zamordowania przez hitlerowców polskich profesorów na Wzgórzach Wuleckich we Lwowie, w lipcu 1941 roku. W książce znajdzie się również relacja z ubiegłorocznej ceremonii odsłonięcia w krypcie Katedry Chrystusa Króla w Katowicach tablicy upamiętniającej te tragiczne wydarzenia.

W kwietniu na posiedzeniu Prezydium ORL zapadła również decyzja o dofinansowaniu uczestnictwa w Zjeździe Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc w Wiśle trzem lekarzom polskiego pochodzenia, obywatelom Białorusi. ●

oprac. Anna Zadora-Świderek

# Uwaga - składki! Komunikat

## ABOLICJA ODSETKOWA OD ZALEGŁYCH SKŁADEK

### Koleżanki i Koledzy!

Śląska Izba Lekarska, realizując swoje ustawowe zadania, m.in. występując w obronie godności zawodu lekarza oraz interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu, prowadząc wiele form doskonalenia zawodowego, sprawując pieczę nad należyty i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza, kierując pomoc materialną do lekarzy i ich rodzin – dokłada należnych starań w zarządzaniu posiadany majątkiem i środkami finansowymi.

W VI kadencji samorządu lekarskiego podjęliśmy wiele nowych przedsięwzięć, naszym ważnym celem jest dalsze integrowanie środowiska lekarskiego, wspieranie najmłodszych Koleżanek i Kolegów, torowanie dróg dla najlepszych, a także należąca troska o naszych Seniorów.

Aby móc wykonywać powierzone nam zadania i realizować nowe cele, potrzebne są odpowiednie środki finansowe, zarówno własne, pochodzące ze składek, jak i zewnętrzne (m.in. środki unijne, darowizny, dotacje). **Dziękujemy P.T. Wszystkim Koleżankom i Kolegom, którzy regularnie opłacają składki członkowskie.**

Niestety są wśród nas Koleżanki i Koledzy notorycznie uchylający się od opłacania składki członkowskiej. Powoduje to w konsekwencji pomniejszenie naszych

możliwości adresowanych do Koleżanek i Kolegów wywiązujących się z obowiązku, zwłaszcza, że jesteśmy zmuszeni do przekazywania 15% odpisu do Naczelnej Izby Lekarskiej od wszystkich członków, także tych nieopłacających. Jak policzyliśmy, w latach 2009-2011 r. nasze straty związane z opłacaniem wielostopniowej korespondencji do uchylających się od płacenia składek Koleżanek i Kolegów (m.in. potwierdzeń salda, przypomnień, upomnień) oraz z powodu konieczności przekazania 15% do Naczelnej Izby Lekarskiej, wyniosły aż 241.179,39 zł. Te straty pokrywają Ci z nas, którzy wywiązują się z obowiązku członkowskiego! Powody zaległości są z pewnością różne. Nie chcemy do nich wracać, pragniemy rozwiązań, które usprawnią funkcjonowanie naszego samorządu i zmniejszą niepotrzebne straty. XXXI Okręgowy Zjazd Lekarzy w dniu 31 marca 2012 roku podjął Uchwałę Nr 13 w sprawie zaległych składek członkowskich. Realizując Uchwałę Okręgowego Zjazdu Lekarzy, apelujemy do wszystkich P.T. Koleżanek i Kolegów o uregulowanie składek w nieprzekraczalnym terminie do 30 września 2012 roku.

**WOBEC TYCH, KTÓRZY DOKONAJĄ W WW. TERMINIE SPŁATY ZALEGŁYCH SKŁADEK, POSTANOWILIŚMY ANULOWAĆ JEDNORAZOWO ODSETKI. TO WYJĄTKOWA SZANSA NA UREGULOWANIE NALEŻNOŚCI.**



Mamy nadzieję, że wszyscy zdążą w tym czasie i nie będziemy zmuszani do kosztownych działań administracyjnych.

**WOBEC TYCH, KTÓRZY NIE SKORZYSTAJĄ Z TEJ SZANSY – ABOLICJI ODSETKOWEJ, BĘDIEMY ZMUSZENI PODJĄĆ PRZEWIDZIANE PRAWEM KROKI, A TAKŻE OGRANICZYĆ PRZYWILEJE WYNIKAJĄCE Z PRZYNALEŻNOŚCI DO SAMORZĄDU.** ●

# KOMUNIKAT

## PREZESA ORL JACKA KOZAKIEWICZA Z DNIA 9 MAJA 2012 r.

9 maja br. w siedzibie Oddziału Śląskiego Narodowego Funduszu Zdrowia odbyło się spotkanie przedstawicieli organizacji lekarskich i pracodawców z **Zygmuntem Kłosą**, dyrektorem oddziału Funduszu. W rozmowie razem ze mną uczestniczyli: dr **Maciej Niwiński** z Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, dr **Mariusz K. Wójtowicz** ze Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” i dr **Jacek Przybyło** ze Stowarzyszenia Lekarzy Praktyków. W trakcie spotkania, na podstawie upoważnienia wydanego przez świadczeniodawców i indywidualnych lekarzy, przedstawiono Dyrektorowi ŚÓW NFZ

listę wniosków o pilne dokonanie zmian w umowach zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami w zakresie dot. recept refundowanych i w planowanych z dniem 1 lipca nowych umowach (aneksach) z indywidualnymi lekarzami dot. wystawiania recept refundowanych. Do tutejszego oddziału NFZ dotarło dotychczas około tysiąca wniosków o zmianę warunków umów na udzielanie świadczeń. W trakcie spotkania uzyskano od dyrektora ŚÓW NFZ zapewnienie, że zarówno wobec świadczeniodawców, jak i lekarzy, którzy złożyli wnioski, nie będą podejmowane żadne działania niezgodne z obowiązującym prawem.

Pragnę przypomnieć P.T. Koleżankom i Kolegom, że wszystkie informacje dotyczące działań śląskiego samorządu lekarskiego i innych organizacji lekarskich w tej bulwersującej nasze środowisko sprawie, są na bieżąco aktualizowane i dostępne na stronie internetowej ŚIL oraz za pośrednictwem Newslettera, do którego gorąco zachęcam się zapisać.

W najbliższym czasie planujemy także przesyłanie informacji bezpośrednio na posiadane adresy e-mailowe lekarzy i lekarzy dentyistów.

(...)

**Jacek Kozakiewicz**  
prezes ORL w Katowicach

## ► Zmiany w rejestrze praktyk lekarskich

### Koleżanki i Koledzy!

Przypominamy, że zgodnie z art. 208 pkt. 2 ustawy o działalności leczniczej w terminie do 30.06.2012 r. należy zarejestrować praktykę wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w celu udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umów z podmiotami leczniczymi (kontraktami).

Zgodnie z art. 20, miejscem wezwania nie może być przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, zatem od 01.07.2012 r. nie będzie można wykonywać świadczeń zdrowotnych na podstawie umów kontraktowych w ramach praktyki wyłącznie

w miejscu wezwania (potocznie „praktyki na wezwanie”).

W celu dokonania rejestracji praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego należy złożyć w Śląskiej Izbie Lekarskiej:

- 1) wniosek (dostępny na naszej stronie internetowej w zakładce DOKUMENTY POTRZEBNE DO...);
- 2) wpis do ewidencji działalności gospodarczej pobrany ze strony [www.ceidg.gov.pl](http://www.ceidg.gov.pl);

Numer PKD powinien być zgodny z rodzajem praktyki: 86.21.Z Praktyka lekarska ogólna, 86.22.Z Praktyka lekarska

specjalistyczna, 86.23.Z Praktyka lekarska dentyści.

W przypadku posiadania w pozycji: firma przedsiębiorcy lub w pozycji: adres zapisu: „na wezwanie” itp., należy ten zapis usunąć lub dodać zapis: „praktyka w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego”;

- 3) umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej: podmiotu wykonującego działalność leczniczą bądź lekarza wykonującego zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 4) potwierdzenie dokonania opłaty za wpis (72 zł). ●

### Towarzystwa naukowe Oddział Śląski Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy

17 kwietnia 2012 r. odbyły się wybory nowych władz Oddziału Śląskiego Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy.

#### Zarząd Oddziału:

przewodniczący: dr n. med. Ryszard Szozda  
wiceprzewodnicząca: dr Anna Hom  
sekretarz: dr Patrycja Jaklik-Żołądź  
skarbnik: dr Zbigniew Ugarenko  
członkowie: dr n. med. Natalia Pawlas  
dr Katarzyna Storch-Grajek  
dr Beata Werner

#### Komisja Rewizyjna:

przewodniczący: dr n. med. Jan Kłopotowski  
członkowie: dr Marta Drzewiecka-Bombała  
dr n. med. Jacek Gawron

#### Delegaci na Walne Zgromadzenie Delegatów PTMP:

dr n. med. Jan Kłopotowski  
dr n. med. Ryszard Szozda

#### delegatem „rezerwowym” została

dr Patrycja Jaklik-Żołądź

**Ryszard Szozda**

### POSZUKIWANI KANDYDACI NA BIEGŁYCH SĄDOWYCH

**Sąd Okręgowy w Gliwicach poszukuje kandydatów na lekarzy sądowych z następujących specjalizacji: chirurgia naczyniowa, diabetologia, dermatologia, ginekologia, kardiologia, onkologia, okulistyka, reumatologia, neurochirurgia, endokrynologia, nefrologia, ortopedia.**

Warunkiem wpisania na listę biegłych sądowych lekarzy, zgodnie z przesłankami z § 12 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2005 roku w sprawie biegłych sądowych (Dz. U. z 26 stycznia 2005 r. Nr 15, poz. 133) jest to, iż biegłym może być ustanowiona osoba, która:

- korzysta z pełni praw cywilnych i obywatelskich,
- posiada teoretyczne i praktyczne wiadomości specjalne w danej gałęzi nauki, techniki, sztuki, rzemiosła, a także inne umiejętności, dla której ma być ustanowiona,
- daje rękojmię należytego wykonywania obowiązków biegłego,
- wyrazi zgodę na ustanowienie jej biegłym.

Posiadanie wiadomości specjalnych powinno być wykazane dokumentami lub innymi dowodami. Ocena, czy posiadanie wiadomości specjalnych zostało dostatecznie wykazane, należy do prezesa.

Dodatkowe informacje znaleźć można na stronie internetowej Sądu Okręgowego w Gliwicach [www.gliwice.so.gov.pl](http://www.gliwice.so.gov.pl) w zakładce Informacje/Biegli sądowi oraz pod telefonem 32 33 80 042 w Oddziale Administracyjnym w Sądzie Okręgowym w Gliwicach.

**SSO Ewa Dawczak-Schaefer**  
Wiceprezes Sądu Okręgowego  
w Gliwicach

Rozmowa z Jolantą Wrońską, kierownikiem Oddziału ds. Kształcenia Poddyplomowego Pracowników w Ochronie Zdrowia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego

# Jak ubiegać się o specjalizację?



foto: Anna Zadora-Świderek

**Anna Zadora-Świderek: Co powinien zrobić lekarz, który chce specjalizować się w wybranej dziedzinie medycyny?**

**Jolanta Wrońska:** Lekarz musi złożyć wniosek o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego w wybranej dziedzinie medycyny do jednego z trzech podmiotów: wojewody właściwego ze względu na obszar województwa, gdzie chciałby tę specjalizację odbywać, do ministra obrony narodowej lub wyznaczonej przez niego jednostki organizacyjnej albo do ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Wniosek ma formę elektroniczną, trzeba go wygenerować i pobrać ze strony internetowej wojewody. Lekarz po jego wypełnieniu i podpisaniu musi go złożyć do naszego oddziału. Do wniosku o rozpoczęcie specjalizacji należy dołączyć w trybie rezydentury: oświadczenie dotyczące odbywania specjalizacji, kserokopię dyplomu ukończenia studiów, kserokopię Prawa Wykonywania Zawodu Lekarza/Lekarza Dentysty, kserokopię świadectwa złożenia Lekarskiego/Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego, kserokopię dokumentu, na podstawie którego cudzoziemiec niebędący obywatelem Unii Europejskiej przebywa w Polsce, zaświadczenie o średniej ocen uzyskanej w okresie studiów oraz wstępną akceptację jednostki szkolącej.

W przypadku, gdy lekarz chciałby odbywać specjalizację w innym trybie niż rezydentki, tzw. trybie pozarezydentki, powinien dołączyć te same dokumenty, które wymieniałam wyżej. Jest jednak pewna różnica, lekarz może przedłożyć kserokopię świadectwa LEP/LDEP albo zamiast niego zaświadczenie o ocenach uzyskanych na egzaminie specjalizacyjnym w zakresie odpowiedniej specjalizacji (I lub II stopnia albo Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego) oraz zaświadczenie z zakładu pracy o wymiarze czasu pracy ze wskazaniem, na jaki okres została zawarta umowa o pracę. Konieczna jest również zgoda kierownika jednostki organizacyjnej w zależności od wyboru sposobu

odbywania specjalizacji. W przypadku ubiegania się o uzyskanie dodatkowych punktów należy dołączyć: kserokopię dyplomu uzyskania stopnia naukowego doktora nauk medycznych, potwierdzenie udziału w publikacji w czasopiśmie naukowym, zaświadczenie z zakładu pracy o okresie zatrudnienia w jednostce, w której ma się odbywać szkolenie specjalizacyjne, o posiadaniu co najmniej trzyletniego okresu zatrudnienia.

**Jaka jest procedura przyznawania miejsc specjalizacyjnych?**

Postępowanie kwalifikacyjne składa się z oceny formalnej wniosku o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego oraz postępowania konkursowego, w którym uwzględnia się, w przypadku lekarza występującego o rozpoczęcie specjalizacji w trybie rezydentury, wynik LEP albo LDEP. Natomiast w przypadku lekarza, który występuje o rozpoczęcie specjalizacji w trybie pozarezydentki, wynik LEP/LDEP, a posiada odpowiednią specjalizację I lub II stopnia bądź tytuł specjalisty, wynik jaki uzyskał z tego egzaminu oraz punkty dodatkowe. Na tej podstawie tworzymy listy lekarzy zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w poszczególnych dziedzinach, ich liczba jest zgodna z liczbą przyznaczonych w danym postępowaniu miejsc i listą lekarzy niezakwalifikowanych.

**Jeśli lekarz złoży wniosek o odbywanie specjalizacji w trybie rezydentki i w danym postępowaniu nie uzyska miejsca, to czy może starać się o odbywanie tej specjalizacji w innym trybie?**

W momencie, kiedy lekarz składa wniosek o rozpoczęcie specjalizacji, określa w nim tryb, w jakim tę specjalizację będzie realizował. Po złożeniu wniosku może zmieniać swoją decyzję, ale tylko do czasu upływu terminu ich składania, czyli przy najbliższym naborze, do 30 września. W trakcie postępowania nie ma już możliwości zmiany decyzji. Przepisy nie dopuszczają, aby wnioskodawca, który nie został zakwalifikowany do specjalizacji w trybie rezydentki, mógł zostać skierowany do odbywania specjalizacji w trybie pozarezydentki, na miejsca niewykorzystane w ramach tej samej specjalizacji.

**Można natomiast wystąpić o przyznanie dodatkowej rezydentury w przypadku, kiedy w danym postępowaniu zostaną niewykorzystane miejsca rezydentki w innych dziedzinach.**

Tak, niewykorzystane miejsca szkoleniowe objęte rezydenturą w dziedzinach, którymi lekarze są mniej zainteresowani, wojewoda może dodatkowo przyznać lekarzom, którzy brali udział w postępowaniu kwalifikacyjnym. Kryteria, jakie decydują o przyznaniu dodatkowych miejsc szkoleniowych to: zajęcie kolejnego najwyższego miejsca na liście rankingowej uwzględniającej wszystkie dziedziny medycyny, posiadanie odpowiedniej liczby miejsc szkoleniowych w wybranej przez lekarza dziedzinie medycyny, uzyskanie opinii konsultanta wojewódzkiego i złożenie wniosku we wskazanym terminie. Wojewoda może dodatkowo przyznać miejsca szkoleniowe, w trybie rezydentki i pozarezydentki, nie później niż do dwóch miesięcy od dnia zakończenia danego postępowania kwalifikacyjnego. >>>



▶▶▶ **W województwach często są znaczne różnice w ilości przyznanych miejsc rezydentckich w poszczególnych dziedzinach. Czy lekarz ze Śląska może starać się o rezydenturę w innym województwie np. opolskim, widząc, że tam jest więcej miejsc np. z wybranej przez niego interny?**

Oczywiście, jest taka możliwość. Lekarz składa wniosek w województwie, na obszarze którego specjalizację chce realizować. Powodem podjęcia takich działań jest brak jednostek uprawnionych do prowadzenia specjalizacji w określonej dziedzinie czy brak wolnych miejsc szkoleniowych. Istotną przyczyną składania wniosków w innych województwach jest również przyznanie większej liczby miejsc rezydentckich. Daje to lekarzom większe szanse na zdobycie upragnionej specjalizacji. Należy pamiętać, iż lekarz może odbywać w tym samym okresie tylko jedno szkolenie specjalizacyjne.

**Czy te same zasady odbywania specjalizacji obowiązują również lekarzy mających specjalizację pierwszego stopnia, którzy pragną uzupełnić swoje wykształcenie?**

Lekarz posiadający I stopień specjalizacji może złożyć wniosek o rozpoczęcie specjalizacji tylko w trybie pozarezydentckim, w dziedzinach podstawowych.

Ministerstwo Zdrowia zapowiadało wprowadzenie zmian, które umożliwią uzyskanie tytułu specjalisty przez lekarza posiadającego specjalizację I stopnia na podstawie odpowiedniego dorobku zawodowego i naukowego w danej dziedzinie medycyny i dopuszczenie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego. Duża grupa lekarzy jest zainteresowana taką formą uzupełnienia swojego wykształcenia i dostajemy wiele pytań dotyczących planowanych zmian, ale na takie rozwiązanie trzeba jeszcze poczekać. ●

## ▶ Wybrane informacje

Przed postępowaniem kwalifikacyjnym minister zdrowia określa i ogłasza na swojej stronie internetowej liczbę miejsc szkoleniowych dla lekarzy, którzy będą odbywać szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentckim w poszczególnych dziedzinach medycyny, z podziałem na województwa na podstawie zapotrzebowania zgłoszonego przez wojewodów, uwzględniającego wolne miejsca szkoleniowe, potrzeby zdrowotne obywateli oraz dostępność świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny na obszarze danego województwa.

Natomiast wojewoda ogłasza liczbę miejsc szkoleniowych nieobjętych rezydenturą dla lekarzy w poszczególnych dziedzinach medycyny, z uwzględnieniem miejsc szkoleniowych dla lekarzy bez specjalizacji oraz lekarzy posiadających odpowiednią specjalizację.

Lekarz składa wniosek o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w wybranej dziedzinie medycyny w terminach do dnia 28 lutego lub do dnia 30 września każdego roku odpowiednio do:

- ▶ wojewody właściwego ze względu na obszar województwa, na terenie którego zamierza odbywać szkolenie specjalizacyjne;
- ▶ Ministra Obrony Narodowej lub wyznaczonej przez niego jednostki organizacyjnej – w przypadku lekarzy będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej oraz pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej;
- ▶ ministra właściwego do spraw wewnętrznych – w przypadku lekarzy pełniących służbę lub zatrudnionych w podmiotach leczniczych, utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

**Szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury może odbywać wyłącznie lekarz nieposiadający I lub II stopnia specjalizacji lub tytułu specjalisty.**

**W przypadku ubiegania się o uzyskanie dodatkowych punktów w trybie pozarezydentckim w postępowaniu kwalifikacyjnym należy dołączyć:**

- ▶ kserokopię dyplomu uzyskania stopnia naukowego doktora nauk medycznych;
- ▶ potwierdzenie udziału w publikacji w czasopismach naukowych zamieszczonych w wykazie czasopism sporządzonym przez ministra właściwego ds. nauki dla potrzeb oceny parametrycznej jednostek naukowych, (potwierdzenie udziału w publikacji wydaje Główna Biblioteka Lekarska i jej oddziały oraz biblioteki uczelni medycznych);
- ▶ zaświadczenie z zakładu pracy o okresie zatrudnienia w jednostce, w której ma się odbywać szkolenie specjalizacyjne o posiadaniu co najmniej trzyletniego okresu zatrudnienia lub stosunku służbowego do dnia rozpoczęcia postępowania kwalifikacyjnego tj. do dnia 28 lutego lub 30 września, zgodnego z kierunkiem specjalizacji, w pełnym wymiarze czasu pracy.

Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadza się dwa razy w roku w terminach: od 1 marca do 31 marca oraz od dnia 1 października do dnia 31 października.

Szczegółowe informacje można uzyskać na stronie [www.katowice.uw.gov.pl](http://www.katowice.uw.gov.pl) oraz pod numerem telefonu 32 253-04-26 wew. 131, 134. ●

### Delegatura Tyska Śląskiej Izby Lekarskiej - uzupełnienie sprawozdań zjazdowych

#### Członkowie Delegatury:

1. Andrzej Robert Gina – Przewodniczący Delegatury
2. Katarzyna Wilk
3. Maciej Niwiński
4. Robert Repeć
5. Dawid Hadasik
6. Marek Krawczyk
7. Marcin Siwy

W roku 2011 Delegatura Tychy Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach współpracowała z Polskim Towarzystwem Lekarskim Koło w Tychach oraz Organizacją Terenową OZZL.

Zaliczki pobierane z kasy Śląskiej Izby Lekarskiej rozliczane są w wyznaczonych terminach i wydatkowane są na bieżące potrzeby Delegatury. Wszyscy członkowie Delegatury czynnie uczestniczą w zebraniach, na których omawiane są problemy środowiska lekarskiego.

Sekretariat Delegatury czynny jest codziennie, dla Kolegów lekarzy udostępniamy internet, fax i kserokopiarkę. Delegatura utrzymuje stały kontakt z placówkami wchodzącymi w jej skład.

**Przewodniczący Delegatury Tyskiej  
Andrzej Gina**

# Laur Śląskiej Laryngologii

Podczas posiedzenia Śląsko-Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologicznego – Chirurgów Głowy i Szyi, które odbyło się 26 kwietnia br. w „Domu Lekarza”, wręczone zostały kolejne „Laury Śląskiej Laryngologii”. W gronie laureatów tego prestiżowego wyróżnienia znaleźli się doktorzy nauk medycznych: **Janina Filipczyk (Katowice)**, **Bogdan Kochanowski (Opole)** i **Jan Stolaronek (Tychy)**. Prowadzący zebranie przewodniczący Oddziału PTORL dr hab. **Jarosław Markowski** przypomniał sylwetki bohaterów spotkania, zasłużonych dla śląskiej otorynolaryngologii lekarzy, a także przedstawił w telegraficznym skrócie historię wyróżnienia.

„Laur Śląskiej Laryngologii” został po raz pierwszy wręczony w 2004 roku, a jego pomysłodawcą był obecny prezes Śląskiej Izby Lekarskiej dr n. med. **Jacek Kozakiewicz** – specjalista laryngolog. Laur przyznawany jest laryngologom oraz innym osobom i instytucjom, posiadającym szczególne zasługi dla otorynolaryngologii śląskiej, zarówno w lecznictwie zamkniętym, jak i otwartym. Ustanowienie wyróżnienia spotkało się z dużym zainteresowaniem w całym kraju. W 2010 roku Walne Zebranie Delegatów podczas Ogólnopolskiego Zjazdu Towarzystwa postanowiło je wpisać do Statutu, co stworzyło szansę powołania podobnego wyróżnienia w innych oddziałach towarzystwa. Wzorem Oddziału Śląsko-Opolskiego ustanowiono ostatnio „Laur Mazowieckiej Laryngologii”.

– *Te wydarzenia świadczą, że nasza decyzja z 2004 roku była słuszna i oczekiwana przez środowisko laryngologów. To miłe, że nasz pomysł się upowszechnił i spotkał z aprobatą także władz ogólnokrajowych towarzystwa* – powiedział prezes ORL **Jacek Kozakiewicz**, przewodniczący Kapituły Lauru, wręczając wyróżnienie doktor **Janinie Filipczyk** i doktorowi **Janowi Stolaronkowi**. Ceremonię uświetnił gość specjalny, laureatka pierwszego Lauru Śląskiej Laryngologii – dr n. med. **Maria Błaszczczyńska**.

Wręczenie wyróżnienia doktorowi **Bogdanowi Kochanowskiemu** zaplanowane zostało na kolejne posiedzenia oddziału, które odbędzie się 31 maja.

## Poprzedni Laureaci „Lauru Śląskiej Laryngologii” (z lat 2004–2007)

dr n. med. **Maria Błaszczczyńska**  
dr n. med. **Stanisław Dziewiszek**  
dr n. med. **Jan Jarzębski**  
dr **Andrzej Klaudel**  
dr n. med. **Zbigniew Świerczyński**  
dr **Irena Dernes-Wilczek**



Od lewej prezes ORL **Jacek Kozakiewicz**, dr dr n. med. **Janina Filipczyk**, **Maria Błaszczczyńska** i **Jan Stolaronek**.

### dr n. med. **Janina Lidia Filipczyk**

Urodziła się w Kielcach, ale od młodszych lat związana jest z Katowicami. Dyplom ukończenia Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze-Rokitnicy otrzymała 24 maja 1959 roku. Następnie podjęła pracę w Oddziale Laryngologii Szpitala Miejskiego nr 1 w Katowicach-Bogucicach. W roku 1967 zdobyła II stopień specjalizacji z laryngologii pod kierunkiem dr n. med. **Edwarda Reissa**. W latach 70. była wolontariuszem w Klinice Laryngologii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Pracowała w lecznictwie otwartym, m.in. w Obwodowej Poradni Laryngologicznej przy Hucie Baildon. Jej szerokie zainteresowania naukowe skupiły się na problemie hałasu i jego wpływu na narząd słuchu oraz powstawaniu chorób zawodowych. W 1974 roku obroniła pracę doktorską zatytułowaną „Zachowanie się czasowego ubytku słuchu u pracowników narażonych na działanie hałasu przemysłowego”. Na swojej drodze zawodowej spotkała takie sławy jak prof. **Tadeusz Ceypek**, prof. **Wacław Kuśnierczyk**, prof. **Andrzej Łępkowski** oraz prof. **Kazimierz Szymczyk**. Obecnie pracuje w poradni laryngologicznej w Katowicach. W pamięci wielu pozostaje niezwykła życzliwość Pani Doktor w stosunku do młodszych Koleżanek i Kolegów, którzy zawsze mogli liczyć na Jej wsparcie. *(Refleksję pani doktor **Janiny Filipczyk** „Wiedziałam, że chcę być lekarzem” można przeczytać w kwietniowym numerze „Pro Medico”)*

### dr n. med. **Jan Stolaronek**

Urodził się 2 stycznia 1943 r. Po ukończeniu szkoły średniej rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze-Rokitnicy. Dyplom lekarza uzyskał w 1967 r. Dwuletni staż podyplomowy odbył w Szpitalu Miejskim w Tychach, gdzie też później pracował jako asystent

Oddziału Chirurgicznego. Specjalizację z laryngologii rozpoczął w 1970 r. w Klinice Laryngologii w Katowicach jako stypendysta SDL. W latach 1971 do 1975 pracował w Oddziale Laryngologii Wojewódzkiego Szpitala w Tychach. Od 1975 do 1979 r. uczęszczał do Kliniki Laryngologii w Katowicach jako wolontariusz, jednocześnie pracując w poradni laryngologicznej. Od września 1979 r. do lutego 1981 r. pracował w Klinice Laryngologii Wieku Rozwojowego kierowanej przez doc. **Andrzeja Łępkowskiego**, a w marcu 1980 r. razem z Panem Docentem przeszedł do pracy w III Klinice Laryngologii w Katowicach-Ochojcu. Od 1994 r. ordynator Oddziału Laryngologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 1 w Tychach. Pierwszy stopień specjalizacji z laryngologii uzyskał w 1972 r., a drugi w 1975 r., tytuł doktora nauk medycznych w 1983 r.

W latach 1974 do 1979 kilkakrotnie przebywał w Klinice Laryngologii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie na kursach z zakresu mikrochirurgii ucha. Pracując w III Klinice Laryngologii był współorganizatorem kursów z zakresu mikrochirurgii ucha. Należy zauważyć, że w 1980 r. jako pierwszy w Polsce opisał pierwotną gruzlicę ucha środkowego u czteroletniego dziecka i wydał swoje obserwacje drukiem. Pod jego kierunkiem dziesięcioro lekarzy uzyskało pierwszy stopień specjalizacji z zakresu laryngologii, a dziewięcioro lekarzy – drugi. Powszechnie znana jest niezwykła życzliwość Pana Doktora w stosunku do młodszych Koleżanek i Kolegów, którzy zawsze mogli liczyć na Jego pomoc i radę.

Według niego wielką korzyścią dla lekarza jest dobry nauczyciel. „Można kilka książek przeczytać i nie dowiedzieć się tego, co w jednym zdaniu powie nauczyciel” – twierdzi. Takim nauczycielem dla niego był profesor **Andrzej Łępkowski**. ●

oprac. **Anna Zadora-Świderek**



# Zgoda buduje...

## Przypadek:

Stomatolog przeprowadził u pacjentki leczenie protetyczne. Pacjentka wykonaną protezę umieściła w miejscu dla niej przeznaczonym, ale za wykonaną pracę nie zapłaciła. Rozpoczęła natomiast krytykę odebranej protezy, choć nie przeszkadzało to oczywiście w jej użytkowaniu. Sprawa ta trafiła między innymi do biura OROZ. Po zasięgnięciu opinii biegłych, którzy orzekli, że proteza jest wykonana prawidłowo, rzecznik prowadzący sprawę umorzył ją. Pacjentka jednak odwołała się do Sądu Lekarskiego, który postanowienie rzecznika uchylił do ponownego rozpatrzenia. Koledzy wchodzący w skład sądu doszukali się braku pisemnej zgody pacjentki na leczenie protetyczne, co stanowiło podstawę decyzji o uchyleniu postanowienia. Stomatologowi przedstawiono zarzuty i stanę on przed sądem. Sprawa prowadzona jest poza Śląską Izbą Lekarską.

Zgoda buduje... To taki slogan z dawnych i minionych lat, ale również jakże trafne stwierdzenie w przypadku świadomej zgody pacjenta na leczenie. Zgoda w tym wypadku buduje płaszczyznę porozumienia pomiędzy stronami procesu leczenia, pacjentem i lekarzem. Zgoda jest to akceptacja przez pacjenta drogi do osiągnięcia założonego i pożądanego przez niego celu, czyli poprawy jego stanu zdrowia. Osiągnięcie zgody jest oczywiście uzależnione od zrozumiałej dla niego informacji o sposobach postępowania. Uzyskanie zgody pacjenta na leczenie jest bezspornie warunkiem jego prowadzenia. Jeśli pacjent się nie zgadza, lub nawet sprzeciwia, to trudno sobie wy-

ustna forma zgody na większość czynności, które wykonywali lekarze w trakcie leczenia i to z reguły wystarczało. Myślę, że wówczas nawet więcej czasu poświęciliśmy na rozmowy z pacjentami niż to dzieje się dzisiaj, bo też więcej go mieliśmy. Zmieniły się czasy, zmieniły relacje między pacjentami i ich lekarzami. Gdzieś chyba bezpowrotnie zagubiliśmy to coś, co nazywamy zaufaniem, zaufaniem działającym w obie strony. Stąd też coraz częściej sięgamy do pisemnego potwierdzenia uzyskanej, czy chyba lepiej: ustalonej zgody. Natychmiast rodzi się kolejne pytanie. Kiedy forma pisemna jest niezbędna? I tu zadanie ułatwia nam artykuł 34 ustawy o zawodach lekarza

Przepisy ustawy o zawodzie lekarza statuują obowiązek uzyskania zgody pacjenta nie precyzując jednocześnie treści oświadczenia woli pacjenta.

obrazić (oczywiście poza pewnymi zgodnymi z prawem okolicznościami), aby lekarz takie leczenie prowadził. Dopiero na takim etapie, kiedy zgoda została osiągnięta, można rozpocząć dywagacje na temat jej formy. Dawniej regułą była

i lekarza dentysty. W tym artykule mamy nakaz formy pisemnej w odniesieniu do zabiegów operacyjnych i tych metod, które stwarzają dla pacjenta podwyższone ryzyko. Ufając w mądrość ustawodawców można wysnuć wnioski, że to podwyższone ryzyko należy rozumieć jako podobne do tego, jakie stwarza zabieg operacyjny. We wszystkich innych okolicznościach powinna wystarczyć zgoda ustna, dorozumiana lub milcząca (czyli dobrowolne poddawanie się pacjenta czynnościom leczniczym). W tych przypadkach oczywiście nie ma żadnych przesłanek do karania lekarzy pod pretekstem niedochowania formy pisemnej. Najważniejsza różnica dotyczy konieczności udowodnienia faktu wyrażenia zgody przez pacjenta na leczenie. W przypadku, gdy w dokumentacji znajduje się zgoda pisemna, lekarz zwolniony jest z obowiązku jej udowodnienia, natomiast przy jej braku to na nim spoczywa obowiązek dowodowy. Forma pisemna została zastrzeżona nie pod rygorem nieważności lecz dla celów dowodowych. Niezachowanie formy pisemnej nie prowadzi do automatycznego uznania, iż zgoda nie została wyrażona. Mam nadzieję, że błędne stanowisko naszych kolegów opisane na wstępie zostanie naprawione, a pomówiony Kolega oczyszczony z bezpodstawnych zarzutów. Jest to natomiast kolejny przykład, kiedy to nie prawnicy, ale my sami staramy się interpretować dość jasne przepisy na własną niekorzyść. ●

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5 grudnia 1996:

Art. 34. 1. Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody.

## naszą kreską - satyryczny komentarz „Pro Medico”



„Lekarz”  
rys. Rafał Sołtysek

Tadeusz Urban  
Okręgowy Rzecznik  
Odpowiedzialności Zawodowej

## LEX MEDICA

## ... ale prawo!

Politycy głoszą populistyczne hasło „aby wszyscy mieli równo”. Zbieżnie do tych deklaracji pojawiają się głosy o konieczności ograniczenia autonomii samorządów zawodowych. Natomiast różne grupy zawodowe widzą w działaniach na rzecz społeczeństwa swoją odrębność, co budzi nadzieje na specjalne traktowanie w formie wszelkiego rodzaju ulg oraz stosowania odmiennych przepisów prawnych. Vide: górnicy, wojskowi, prokuratorzy, policjanci etc., co potwierdza, że każdy zawód ma swoją specyfikę. Nasze partykularne odczucia, że zawód lekarza nieco różni się od innych tzw. umysłowych, których przedstawiciele, po zamknięciu biurka o godz. 15.00, aż do następnego dnia, nie muszą myśleć o jakości swej pracy – nie są bezzasadne, gdyż nasi pacjenci nie chcą, abyśmy byli jedynie urzędnikami.

Rówieśnicy, którzy uzyskali etaty naukowo-dydaktyczne uniwersytetu i politechniki, nie mogli się nadziwić, że za porównywalną pensję chodzą do pracy codziennie, podczas gdy oni odrabiali identyczne pensum dydaktyczne w skali roku. Ale wówczas szpital kliniczny dopłacał lekarzom akademickim marne 200 zł dodatku i kierownik kliniki wymagał codziennej obecności od raportu do 14.00 oraz zobowiązywał largam manu do dyżurów. Koledzy z innych uczelni dorabiali niezłe pieniądze na umowach z instytutami i przemysłem, a klinicyzom pozostawało dorabiać w poradni, pogotowiu i na dyżurach – w sumie circa 350 godzin miesięcznie. Dopiero dr Czesław Miś z Nowego Sącza zapytał w pozwie sądowym: ile godzin **musi** pracować lekarz w Polsce?

Zimnym prysznicem dla zatrudnionych w lecznictwie zamkniętym była Uchwała Siedmiu Sędziów pod przewodnictwem SSN Waleriana Sanetry, która w sposób niezrozumiały tłumaczyła, że izolacja od społeczeństwa i przebywanie w odosobnieniu, a więc na dyżurach przez 1/3- 1/4 życia zawodowego („wyrok” ok. 10 lat pozbawienia wolności) jest wyrazem indywidualnych fanaberii, gdyż „lekarzowi pełniącemu dyżury nie służy roszczenie o dodatkowe wynagrodzenie w razie nieudzielania przez pracodawcę odpowiednich okresów odpoczynku”. Orzeczono, że z tytułu pełnionych dyżurów nie należy się lekarzom ani kwota „misiowego” za nadgodziny, ani dodatkowy odpoczynek czyli urlop. Wówczas zgodzono się, że dyżury lekarskie wlicza się do czasu pracy, co na drodze do sprawiedliwości społecznej było małym krokiem dużej części świata lekarskiego.

Z perspektywy prawa, wyrok z 13 marca 2008 roku nie podlega dyskusji, ale z perspektywy poczucia sprawiedliwości społecznej, a zwłaszcza danych statystycznych zebranych przez śląską i dolnośląską izbę lekarską, które mówią o tym, że lekarze żyją krócej niż statystyczny obywatel kraju

– można powrócić do rozważań, czy po męczącym dyżurze jest potrzebny odpoczynek, czy się nie należy?

Żaden system opieki zdrowotnej nie zapewni pełnego pokrycia potrzeb społeczeństwa, ale też nikt z rządzących otwarcie nie przyzna, że konstrukcja systemów zmierza do ograniczenia dostępu potrzebującym do drogich świadczeń medycznych. Hasła o poprawie dostępności do świadczeń pojawiają się tylko w okresie kampanii wyborczej. Nie jest wyjątkiem NFZ (Nie ma Funduszy na Zdrowie), bo miało być 13%, a nadal jest tylko 9% nakładów na ochronę zdrowia.

W międzyczasie ministerstwem zdrowia kierowała osoba powtarzająca jak mantrę, że „system trzeba uszczelnić” czyli zlikwidować „wyciek” publicznego pieniądza przeznaczanego na leczenie chorych, co zaowocowało szeregiem przepisów i tzw. pakietem ustaw zdrowotnych, który jest zaprzeczeniem wszelkich zasad prawidłowej legislacji oraz demokratycznego państwa prawa.

Lekarz, oprócz agresji słownej i fizycznej ze strony pacjentów, stał się obiektem nieuzasadnionej agresji prawnej. Zlokalizowano miejsce przecieku uszczuplającego budżet (?), a w szczegółowych przepisach nałożono na lekarzy drakońskie kary.

Lekarz, oprócz agresji słownej i fizycznej ze strony pacjentów, stał się obiektem nieuzasadnionej agresji prawnej.

We „flagowej” ustawie o działalności leczniczej (art.101-107), pod rygorem natychmiastowej wykonalności nałożono na lekarzy karę dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za to, że o zmianie adresu lub co gorsza o zdaniem pomyślnie egzaminie specjalizacyjnym, lekarz zawiadomi organ rejestrowy po 14 dniach.

Lekarze, lekarze dentyści prowadzący indywidualne praktyki lekarskie, są posiadaczami odpadów w rozumieniu ustawy z dnia 27 kwietnia 2007 r. o odpadach (Dz. U. z 2010 r. Nr 185, poz. 1243 z późn. zm.), a w ustawie o zmianie ustawy o odpadach (Dz. U. Nr 28, poz. 145) zapisano bardziej surowe kary finansowe dla lekarzy, którzy nie złożyli w wymaganym terminie zbiorczych sprawozdań o odpadach, niż dla tych, którzy wytwarzali odpady bez wymaganej decyzji. Nałożenie kar (10 tys. zł), nieadekwatnych do stopnia naruszenia obowiązujących przepisów, wywołało oburzenie w środowiskach lekarskich i poczucie krzywdy, gdyż dotknęło kilkaset osób.

W uzgodnieniu pomiędzy resortami pojawiły się pomysły o kasach fiskalnych dla wszystkich lekarzy. Włączenie kasy fiskal-

nej, przed udzieleniem informacji o stanie chorego (też czynność lekarska!), wywołać może mieszane uczucia u świadczeniobiorcy, choć nie oburza w taksówce.

Kolejną represją ministerstwa było pozbawienie lekarzy z I stopniem specjalizacji możliwości zawierania kontraktów z NFZ, ale pod naciskiem izby lekarskiej i wobec małej liczby specjalistów, wycofano się z tego pomysłu.

Lekarzy dotyczą też szczególne uregulowania karne tj. pozbawienie wolności do 8 lat za „grzecznościową” receptę.

Mnożące się obowiązki administracyjno-sprawozdawcze, nakładane w ostatnim czasie na lekarzy, wywołały 4 lutego 2011 roku sprzeciw samorządu w formie akcji „Pozwólcie lekarzom leczyć” i powstał Krajowy Indeks Niedorzeczności w Ochronie Zdrowia, który można uzupełniać na stronie [www.nil.org.pl](http://www.nil.org.pl). „Celem akcji jest uświadomienie pacjentom i całemu społeczeństwu, że wykonywanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia roli kreatora polityki zdrowotnej, administratora, twórcy standardów lub wytycznych postępowania, systemu informatycznego, płatnika oraz nienadzorowanego kontrolera systemu ochrony zdrowia prowadzi do nadużyć...”

Stosunek prawodawcy do naszej grupy zawodowej stał się jeszcze bardziej represyjny, stąd sugestia, aby w myśl zasady ignorantia iuris nocet (nieznajomość prawa szkodzi) powołać „Centrum szybkiego ostrzegania przed własnym ministrem” lub podkomisję pn. „Nieprzyjazne Państwo”. Konsekwencją ustawy refundacyjnej, która czyniła z lekarzy strażników płatnika, a w sytuacji wystawienia recepty niezgodnej z uprawnieniami pacjenta było przerzucenie odpowiedzialności majątkowej wyłącznie na lekarza, nie przyznając żadnych możliwości weryfikacji ubezpieczenia.

Należy podkreślić, że nieprzyjazne państwo jest głównie dla chorych, gdyż lekarze w odruchu samoobrony posłali bezbronnym pacjentów na rajd po aptekach – jak to proponowała Rzecznik Praw Pacjentów. Dzięki jednomyślnemu i jednoznaczному stanowisku Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Porozumienia Organizacji Lekarskich (Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Porozumienie Zielonogórskie, Konsylium 24) Sejm uchylił art. 48.8 ustawy, ale de facto jego treść nadal obowiązuje w przepisach niższego rzędu, tj. w umowach świadczenio- ▶▶▶

»»» dawców z NFZ, a Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8 marca br. liczy 24 strony szczegółowych zasad wypisywania recept. Nie zawsze możemy poświęcać swój czas na śledzenie tego, co autor (minister) miał na myśli, wydając rozporządzenie, które zmienia się co dwa miesiące, jak w przypadku listy leków refundowanych. Lek w maju refundowany, w lipcu może być pełnopłatny.

Według prezesa Macieja Hamankiewicza, kontrola pieniędzy wydawanych na refundację leków jest potrzebna, jednak celem tak skonstruowanych umów jest wywołanie strachu przed przepisywaniem leku refundowanego, co jest bardzo niebezpieczne dla pacjenta. Efektem jest to, że boimy się leczyć pacjentów, gdyż NFZ i minister doprowadzili do tego, że bezpieczniejsze dla lekarza, bo bez konsekwencji kar umownych, jest wypisywanie leków ze 100% odpłatnością. Co to oznacza dla pacjentów – nie trzeba wyjaśniać.

Naczelna Rada Lekarska w Uchwale z 10 lutego 2012 roku, a także XXXI Zjazd Śląskiej Izby Lekarskiej, zwrócili się do lekarzy o podjęcie działań w celu wykreślenia z umów podpisywanych z NFZ dotychczasowych zapisów o tzw. karach umownych, nakładanych między innymi w przypadku „błędów” przy wypisywaniu recept.

„Nie podpisujemy niebezpiecznych umów!” – bo jest to zagrożenie dla lekarzy.

Obecne kary dla świadczeniodawców można zlikwidować na drodze prawnej, wnioskując do NFZ o zmianę warunków umowy. Aby ta akcja była skuteczna, musi być masowa i przeprowadzona jednocześnie, a termin złożenia wniosków ustalono na 26 kwietnia 2012 r., gdyż większość umów upoważniających do wystawiania recept na leki refundowane ważna jest do końca czerwca. Jeżeli dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ odrzucą wnioski, to mają 30 dni na uzasadnienie odmowy, ale czy przy konsolidacji lekarzy odważą się na pozbawienie pacjentów prawa do refundacji leków? Czy ministerstwo i NFZ będą święcić kolejny sukces w eskalowanej wojnie z lekarzami?

Opierając się na własnych doświadczeniach, osobiście odnoszę się z dużą rezerwą i bez optymizmu do solidarności P.T. Kolegów Lekarzy w zakresie wspólnych działań na rzecz poprawy naszego statusu zawodowego. Przed kilkoma laty samorząd lekarski podjął próbę inicjatywy legislacyjnej zmierzającej do wdrożenia przepisów umożliwiających odliczanie od podatku kosztów kształcenia podyplomowego (kursy, sympozja, zjazdy naukowe). Wystarczyło 100 tys. podpisów, a biorąc do wstępnego obliczeń liczbę 160 tys. lekarzy, plus rodziny, plus znajomych – dawało to liczbę ok. pół miliona zebranych podpisów bez specjalnego wysiłku organizacyjnego i nakładów. Szacowano, że w akcji weźmie udział co piąty lekarz, ale w moim szpitalu na prawie 200 zatrudnionych, petycję podpisało... dziewięciu. Na nic nie zdały się ankiety załączone do „Gazety Lekarskiej”, „Pro Medico”, a także rozsyłane do szpitali – akcja spaliła na panewce. Coraz wyższe opłaty konferencyjne powiększają dystans do współczesnej medycyny, oczywiście ze szkodą dla pacjentów, chociaż obowiązek samokształcenia jest wpisany i do Rozporządzenia ministerialnego, i do Kodeksu Etyki Lekarskiej.

W czasie strajków lekarskich w 2007 roku, niezależnie od podwyżek pensji (nota bene: zarobki lekarzy w szpitalach naszego województwa są o kilkaset złotych niższe niż w innych regionach kraju), wywalczono w wymiarze 7-14 dni urlopy szkoleniowe. Chyba z obawy przed krzywym spojrzeniem przełożonego lub dyrektora – nikt z tych małych zdobywczy socjalnych nie korzysta. Każdy sobie rzepkę skrobie – oto nasza dewiza.

Prawnicy nie pozwalają sobie „dmuchać w kaszę” i ich status materialny na wszystkich szczeblach kariery zawodowej jest nieporównywalnie wyższy, ale lekarze nie chcą uczestniczyć w procesie współtworzenia prawa medycznego, które tak boleśnie ich dotyka. Dlatego nie pytaj: co zrobiła izba lekarska dla Ciebie?

*Dura lex, sed lex* – twarde prawo, ale prawo! – mówili Rzymianie. Dobrze by było, gdyby polscy lekarze mówili: mądre prawo! Prawo, które nie antagonizuje lekarzy i pacjentów, narażając tych ostatnich na utrudniony dostęp do prawidłowej opieki zdrowotnej, której garantem jest Państwo. ●

**Mieczysław Dziedzic**  
Komisja Legislacyjna,

# Czy jest gorzej?

**Czy w ostatnim czasie stosunki między nami lekarzami, są gorsze niż były? Czy znika przypisana do naszego zawodu kultura? Czy znika odwaga cywilna, która zawsze cechowała lekarzy?**

Odpowiedź na powyższe pytania jest niejednoznaczna i trudna. Do napisania tego artykułu skłoniło mnie kilka ostatnich zdarzeń z mojej lekarskiej i akademickiej praktyki.

Co niedziela konsultuję w Klinice pacjentów, którzy trafiają ze swoimi problemami medycznymi z różnych miejsc Polski, czasem także z różnych miast Europy, a nawet z rzadka z Kanady i Stanów Zjednoczonych. Otóż polscy pacjenci w znakomitej większości zaczynają opowiadać na temat swojej choroby cytując lekarzy leczących ich uprzednio, krytykujących poprzednie leczenie i poprzednich lekarzy. Liczba takich wypowiedzi to ponad 50% trafiających na konsultacje pacjentów. Na moją prośbę, żeby opowiedzieli tylko o własnej chorobie, są zaskoczeni, że nie pozwalam na przedstawienia skarg na innych lekarzy.

Polscy pacjenci w znakomitej większości zaczynają opowiadać na temat swojej choroby, cytując lekarzy leczących ich uprzednio, krytykujących poprzednie leczenie i poprzednich lekarzy.

Innymi smutnymi komentarzami lekarskimi są stwierdzenia, że: „gdyby Pani/Pan trafili od razu do mnie, Pani/Pan stan zdrowia byłby znacznie lepszy, a być może cieszyłaby się Pani/Pan pełnym zdrowiem”. Oczywiście rzeczą jest, że tak mówiący lekarz nie zna sytuacji zdrowotnej chorego, która była poprzednio, ale myśli, że tą drogą podniesie swoją pozycję w oczach pacjenta.

W niektórych przypadkach chęć zrobienia czegoś niedobrego dla innego lekarza jest zaskakująca. Jako przykład podam zdarzenie, które miało miejsce parę miesięcy temu. Wtedy zapytałem lekarza, mającego nawet tytuł profesora medycyny, dlaczego chce upowszechnić stare, złe wiadomości na temat kolegi lekarza, który na pewno nie był bez winy, a którego życie wyjątkowo nie oszczędziło, zarówno ze względu na jego sytuację rodzinną, jak i zawodową. Zapytany przeze mnie wtedy ten lekarz stwierdził: „prawda musi zwyciężyć”, a więc nawet jak ktoś leży, to jeszcze warto mu dokopać.

Odwaga lekarska staniała. Anonimy są codziennością. Dzięki anonimowi można podać nieprawdę, skrzywdzić drugiego człowieka i nie ponosić żadnej konsekwencji. Wiele anonimów zawiera w sobie wiele prawdy. Dziwi jednak mnie osobiście niechęć do podpisania się pod napisaną pewnie w najlepszej wierze, treścią. Nawet w jednym z naszych wydań „Pro Medico” artykuł, który opisuje sytuację jednego ze szpitali, nie jest podpisany imieniem i nazwiskiem, lecz na końcu tekstu znajduje się pseudonim.

Na koniec ciekawe pytanie: czy wzajemna niechęć między lekarzami, ich chęć, delikatnie mówiąc, wzajemnego dokuczania i poszukiwania winnych jest polską cechą, dla mnie pozostaje bez odpowiedzi. Być może moja wiedza na temat innych miejsc w świecie nie jest aż tak duża, żebym mógł powiedzieć, że gdzie indziej jest inaczej. Ale do napisania tego artykułu skłoniła mnie krótka informacja w naszej telewizji, w której rok po dramatycznym tsunami w Japonii redaktor Wang, japoński Polak powiedział, że nigdzie w Japonii nie usłyszał słów o poszukiwaniu winnych tego, co się stało po tsunami, lecz wszędzie słyszał co zrobić, żeby było lepiej. Marzy mi się, aby w Polsce powiedzenie *homo homini lupus est*, a „lekarz lekarzowi hiena” odeszło do historii. ●

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

W nawiązaniu do felietonu „Kto powiedział: sternik - d...?” nr 190 „Pro Medico”

# Restrukturyzacja – słowo wytrych

wypowiadane we wszystkich możliwych konfiguracjach, ale czy rozumiałe?

Według podręcznikowych definicji restrukturyzacja to „gwałtowne zmiany w aktywach, pasywach lub organizacji firmy. Celem restrukturyzacji jest stworzenie przesłanek do wzrostu wartości przedsiębiorstwa. Restrukturyzacja jest równoważna z transformacją”. Czy wszyscy, którzy tak chętnie posługują się tym terminem, rozumieją jego ekonomiczne znaczenie oraz skutki, jakie może wywołać transformacja (tzn. restrukturyzacja)?

Odnoszę dziwne wrażenie że ci, którzy bawią się ekonomią, nie tylko nie znają jej podstaw, ale nawet nie rozumieją skutków, jakie może wywołać nieudolne wprowadzanie jej zasad.

Nie tak dawno, bo w numerze 190 „Pro Medico” w artykule „Kto powiedział: sternik - d...?” autor dość dokładnie przedstawił skutki działań w szpitalu w Tychach. (...) Dzisiaj wiemy już, jak zlikwidowano liczne oddziały, ograniczono dopływ pieniędzy do szpitala, zniszczono kadrę znakomitych i doświadczonych lekarzy, zastępując ich częściowo „wojskiem zaciężnym”, dobrze opłacanym, może nawet lepiej, niż specjaliści. (Inna sprawa, że tacy się znaleźli i chcieli brać udział w demonstacji szpitala.) Jest to zresztą chyba temat do rozważań przez odpowiednie organa Izby Lekarskiej. Na skutek takich działań odeszła kadra znakomitych pielęgniarek oraz innych fachowych pracowników. Ale jak mawiał dyrektor, każdego da się zastąpić, bo „sztuka jest sztuka”.

Kto dzisiaj wie, że garstka oddanych lekarzy i pielęgniarek pozostająca w szpitalu ze względu nie tylko na sentyment, ale i oddanie swoim pacjentom, nie otrzymywała prawie przez sześć miesięcy pensji? Za to rozmowy lekarzy o tym, komu odcięto telefon, a komu wodę, są na porządku dziennym. Jest to upokorzenie lekarzy, nie tylko w tym zresztą szpitalu, z jakim w powojennej historii nikt się nie spotykał, ludzi, którzy poświęcają swój czas pacjentom...

To jest arogancja, z jednej strony nie wywiązywać się z konstytucyjnego obowiązku zapłaty za pracę, a równocześnie mieć coraz większe wymagania od coraz mniejszej grupy pracowników. Nie jest dobrze, kiedy urzędnicy czują się władni oceniać lekarzy i uznawać, który na jakie

stanowisko się nadaje lub nie. Oczywiście niepokorni, ale dobrzy specjaliści w takich sytuacjach nie mają szans. Taki sposób układania stanowisk nie jest przecież nowy. Nie wszyscy, ale zapewne wielu lekarzy pamięta, że stanowiska kierownicze były obsadzone decyzją władz partii, wtedy też jej nazwa zaczynała się na literę P. A zatem witamy w PRL-u!

Ale wracając do ekonomii, może ktoś wie, że funkcjonuje w niej termin „anoreksja organizacyjna”. Oznacza on moment, w którym po licznych zwolnieniach (np. w wyniku restrukturyzacji) pojawia się problem niedoboru zasobów ludzkich. Zbyt odchudzona organizacja zatracza swój potencjał, którym jest kapitał ludzki. W związku z tym można zaobserwować spadek morale oraz postaw twórczych i poprawnego funkcjonowania firmy. I dokładnie z takim zjawiskiem mamy do czynienia dzisiaj. Przykładów jest wiele.

Zjawisko „anoreksji organizacyjnej”: zbyt odchudzona po licznych zwolnieniach firma zatracza swój potencjał, którym jest kapitał ludzki. Można zaobserwować spadek morale oraz postaw twórczych i poprawnego jej funkcjonowania.

Pracownicy nie otrzymują pensji. Ilość specjalistów ogranicza się do minimum, stanowiska próbuje się obsadzać wygodnymi, nie zawsze najlepszymi pracownikami.

Arogancja władzy, a dokładnie niektórych właścicieli szpitali, sięga tak daleko, że często nie liczy się z nikim i niczym. Brak szacunku dla ludzi i ich dorobku, pogarda dla ich zaangażowania i próby pomocy w środowisku lekarskim była dotychczas rzeczą niebywałą. Co istotne, brak jakiegokolwiek odniesienia do najważniejszego podmiotu – pacjenta. We wszystkich działaniach urzędniczych **nie ma takiego pojęcia jak pacjent**. Zatem można śmiało wysnuć wniosek, że zgodnie z linią partii obecnie nam panującej, pracownik ma być bierny, mierny ale wierny. Można odnieść wrażenie, że taka zasada panuje w organach władzy woje-



wódzkiej, a teraz pragnie się ją przenieść na niższe szczeble. Izba Lekarska zgodnie z ustawą ma obowiązek dbać nie tylko o godne wykonywanie zawodu lekarza, ale i o zapewnienie opieki medycznej pacjentom na odpowiednim poziomie. Temu zawsze służyły konkursy, w których w obecności najważniejszych osób w danej dziedzinie wyłaniano kandydatów na stanowisko kierownicze. Gwarantowało

to odpowiednio wysoki poziom merytoryczny kandydata potwierdzony autorytetem członków komisji konkursowej. Dzisiaj decyzją administracyjną powołuje się wygodnego kandydata. Szkoda tylko, że tak wielu kolegów łasych na stanowiska kierownicze godzi się na takie traktowanie nie tylko swoich poprzedników, ale i siebie. Przecież to właśnie w szpitalu w Tychach tak łatwo zmieniano ordynatorów czy nawet kierownika kliniki. Z żalem należy stwierdzić, że pomimo licznych apeli zgłaszanych z różnych środowisk, solidarność lekarzy została wystawiona na trudną próbę i można odnieść wrażenie, że nie przeszła jej zwycięsko. Szanowni Koledzy i Koleżanki – to już było.. ●

**Sincerus**  
(imię i nazwisko autora do wiadomości redakcji)

## Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 1 w Tychach

Sytuacja panująca w tyskim szpitalu od wielu miesięcy jest przedmiotem zainteresowania Śląskiej Izby Lekarskiej. Samorząd na bieżąco monitoruje działania podejmowane w sprawie tego jednego z największych szpitali w województwie śląskim. Na bieżąco odbywają się spotkania z lekarzami, pracownikami lecznicy oraz przedstawicielami terenowego koła Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, utworzonego na terenie szpitala. Prezes ORL **Jacek Kozakiewicz** oraz członkowie Prezydium ORL kilkakrotnie prowadzili trudne rozmowy z wicemarszałkiem województwa śląskiego **Mariuszem Kleszczewskim**.

W sprawie szpitala i zatrudnionych w nim lekarzy Izba prowadziła szeroką korespondencję, pisząc m.in. do **Zygmunta Klosy**, dyrektora Oddziału Śląskiego NFZ, **Andrzeja Drybańskiego**, dyrektora szpitala oraz marszałka województwa śląskiego **Adama Matusiewicza**.

W kwietniu prezes ORL Jacek Kozakiewicz wystosował list do **Marioli Szulc**, prezes zarządu spółki „Megrez”, w którym czytamy: „Z docierających do mnie licznych informacji wynika, że Spółka planuje przejąć pomieszczenia i zakres działalności medycznej wykonywanej dotychczas przez jednostki organizacyjne wchodzące w skład WSS nr 1 w Tychach, które decyzją Sejmiku Województwa Śląskiego ulegają likwidacji. (...) Samorząd lekarski, mimo zrozumienia potrzeb wielokierunkowej poprawy sytuacji w ochronie zdrowia, jest mocno zaniepokojony pogarszającymi się warunkami pracy lekarzy. W każdym przypadku wykazujemy należną troskę o dobro chorego, ale naszą powinnością jest również dbanie o właściwe warunki dla wykonywania odpowiedzialnego zawodu lekarza, co jest niezwykle istotne dla wprowadzanych zmian systemowych.”

\*\*\*

2 maja br. Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego podjął decyzję o zawieszeniu działalności szpitala WSS nr 1 w Tychach na 12 dni. Od 19 do 31 maja placówka miała nie udzielać żadnych świadczeń medycznych. W tym czasie szpital miał być przekazywany spółce. ●

# Król jest nagi

## O szpitalach klinicznych cd.

**Nie sposób nie zauważyć, że pisząc w Pro Medico (nr 190) „O szpitalach klinicznych” autor, prof. Wojciech Pluskiewicz, zakrzyknął, że król jest nagi.**

Wprawdzie nie należy liczyć na to, że coś się zmieni na lepsze, ale bolesna konkluzja, iż w „bieżącej rzeczywistości” ważniejszy od rozsądku jest pieniądz, wydaje się słuszna.

Opisywany „komediowy epizod” nałożenia sankcji dyscyplinarnych za pozostawanie w pracy poza godzinami zatrudnienia w szpitalu klinicznym na pracownika naukowo-dydaktycznego uniwersytetu – jest tylko czubkiem góry lodowej w krajobrazie niekompetentnych dyrektorów-krótkowidzów, którzy z taką optyką chcą dojrzeć tylko najbliższą pensję.

Ale cóż mądrego może wymyślić dyrektor, który całe życie zawodowe spędził w towarzystwie noszowych i kierowców, przelewających „po godzinach” benzynę? Prawdopodobnie zatracił nawet zdolność rozmawiania z pracownikami klinik – jak doktor z doktorem.

rektora przed koniecznością zapłacenia kilku groszy za nadgodziny. Nagminnie jest wprowadzanie dla własnych pracowników opłat – za własny, przyszpitalny parking (ostatnio w szpitalu przy Żeromskiego).

Nieodpowiedzialność graniczy z czarnym humorem Mrożka. Na przykład: dyrektor w regulaminie wynagrodzeń zaoferował 50 zł dla tych, którzy nie dostarczą druków L-4. Nawet nazwał to dyrektorską troską o zdrowie, choć klóci się to ze zdrowym rozsądkiem. Wszystkie „zółte” związki zawodowe ze zrozumieniem (chyba bez zrozumienia) przyjęły tę propozycję. Lekarze byli przeciw. Specjalista ds. ekonomicznych szpitala (mgr) domagał się nawet uchwały związku zawodowego lekarzy w tej sprawie, a wtórował mu Lekarz Naczelny (!). Gdyby galopujące głupoty wymagały uchwał, to koledzy ze Szpitala Wojewódzkiego w Tychach (w likwidacji) jeszcze niedawno byłiby zmuszeni do zwoływania Zarządu codziennie.

Teraz wszyscy zdrowi na ciele oczekują na

Współcześni menedżerowie służby zdrowia wpadają na coraz ciekawsze pomysły, aby wykazać się fikcyjną gospodarnością i „troską” o perspektywę szpitala klinicznego.

Lekarz akademicki powinien być traktowany pobłażliwie, jak pozytywny psychopata, który nie dość, że pracuje za darmo, to także „po godzinach”, w nocy, w święta oraz dzieli się ze studentami wiedzą i doświadczeniem – prawie nieodpłatnie.

Zadania szpitali klinicznych są wielopłaszczyznowe, ale „kleszcze ekonomiczne” nie mogą niweczyć pozaekonomicznych zadań przewidzianych dla klinik.

Obecnie średni standard, odbiegający od komfortowych wnętrz szpitali publicznych, „akordowo” pracujący lekarze, spadek poziomu dydaktyki, coraz mniej liczne grono wielkoformatowych profesorów i mistrzów – to realia. Stopniowa, zaplanowana degradacja może być drogą do, jak sugeruje Pan Profesor, niejawniej prywatyzacji.

Tymczasem współcześni menedżerowie służby zdrowia wpadają na coraz ciekawsze pomysły, aby wykazać się fikcyjną gospodarnością i troską o perspektywę szpitala klinicznego.

Nagana za dydaktykę i zwolnienie dyscyplinarne lekarza za pozostawanie dłużej w pracy (w szpitalu tyskim) – to lęk dy-

premię, ale czy premia należy się też dyrektorom? O tym zadecyduje tzw. organ założycielski.

Natomiast zdrowi na umyśle zastanawiają się, jak się ma dyrektorski pomysł do praw pacjenta (bo zdrowie nie jest wynikiem dobrej woli), a także do obowiązków lekarza, do których należy orzekanie o zdolności do pracy. Nie trzeba być prorokiem, aby przewidzieć, że pracownik roznoszący po oddziale pooperacyjnym skrywaną infekcję – zrujnuje szpitalny budżet na antybiotyki z powodu powikłań u pacjentów.

Pozostaje podsunąć inny, bardziej logiczny pomysł na oszczędności w szpitalu: wiadomo, że zdrowie maluchów zależy od prawidłowego odżywiania, a wtedy mama nie pójdzie „na opiekę”. Proponuję 50 zł dla mam, co będzie przynajmniej zbieżne z polityką prokreacyjną państwa. Tekst „O szpitalach...” w „Pro Medico” dowodzi, że nie wszystkim profesorom uniwersytetu medycznego jakość funkcjonowania klinik jest obojętna. ●

**Mieczysław Dziedzic**

# Co ma wspólnego stomatolog z rzucaniem palenia papierosów?

Pomysł, który pojawił się przed laty za oceanem, cieszy się coraz większą popularnością w krajach Europy Zachodniej. Dzięki niemu niejednego palącego pacjenta „pada ofiarą” zaskoczenia, kiedy stomatolog podejmuje temat walki z nałogiem i udziela racjonalnych porad, które okazują się być dużo bardziej skuteczne, niż e-papierosy, akupunktura, hipnoza, czy inne „szamańskie” metody.

Wybielanie zębów, piaskowanie, usuwanie kamienia, to tylko nieliczne zabiegi w gabinecie stomatologicznym, które zakończone są spektakularnym niepowodzeniem u pacjenta będącego nałogowym palaczem. Dodajmy do tego skutki zazwyczaj używanych przez palaczy twardych szczoteczek, past do zębów sygnowanych „dla palących”, czyli z wyższym, niż bezpieczny współczynnikiem RDA i pasjami popularne, szczególnie u pedantycznych palaczy, codzienne „pucowanie” zębów, a przez mężczyzn nadużywanie płynów do płukania jamy ustnej z dużą zawartością alkoholu i olejków eterycznych, dla skutecznego zabicia „papierosowego oddechu”, które z kancerogennymi składnikami dymu papierosowego są niczym koktail Mołotowa dla błony śluzowej jamy ustnej, potęgując ryzyko nowotworu. Ale istnieją również i inne, można zaryzykować stwierdzenie, że poważniejsze powody, chociażby przez pryzmat uiszczanej ceny przez pacjenta, tej w kasie i tej związanej z ryzykiem komplikacji, dla których nałogowy palacz nie jest atrakcyjny dla stomatologa, pragnącego leczyć zarówno efektywnie, jak i efektywnie.

## ► O BARDZIEJ I MNIEJ ZNANYCH SKUTKACH PALENIA PAPIEROSÓW W JAMIE USTNEJ

Związek palenia papierosów ze zmianami nowotworowymi jest absolutnie bezdyskusyjny. Ryzyko kancerogenezy dotyczy jednak również i biernych palaczy...

Nałóg palenia to także poważny czynnik ryzyka choroby przyzębia. Palacze tracą więcej zębów w porównaniu z niepalącymi, a przeprowadzana u nich ekskluzywna, bo jakże kosztowna chirurgiczna terapia, okazuje się być nieprzewidywalna. Stąd jej dużo gorsze efekty, niż u osoby bez nałogu. Niektórzy wręcz klinicyści w swoich prywatnych praktykach, dbając o pozytywne, długoterminowe skutki leczenia, traktują nałóg palenia jako przeciwwskazanie do przeprowadzania jakichkolwiek zabiegów chirurgicznych na przyzębiu u wieloletnich nałogowych palaczy.

U osób palących płytka nazębna odkłada się w większej ilości i szybciej, w porównaniu z niepalącymi. Powierzchnie bowiem

zębów pokryte nikotyną stanowią bardziej sprzyjającą do odkładania się złogów powierzchni. Skłonność do większego odkładania złogów nazębnych można przypisać także zmniejszonemu przepływowi śliny, który jest charakterystyczny dla palaczy.

Paradoksalnie, obfitość złogów nazębnych u palącego papierosy, nie przekłada się na kliniczny obraz dziąseł. Znacznie słabiej manifestują się u niego objawy stanu zapalnego, w porównaniu z niepalącym, o takim samym stopniu higieny i ilości złogów. Zjawisko to zostało nazwane „disease masking”. Dziąsła u palaczy w mniejszym stopniu krwawią (lub objawu tego nie ma wcale), nie są zaczerwienione, mniej jest wysięku z kieszonek dziąsłowych. Taki zamaskowany przebieg procesu zapalnego prowadzi do braku lub opóźnionej diagnozy, ze wszystkimi tego konsekwencjami, czyli rozwojem choroby tkanek niżej położonych – przyzębia i ostateczną, często niespodziewaną utratą uzębienia.

Palenie papierosów na tyle zmienia środowisko jamy ustnej, że odgrywa także ważną, negatywną rolę w procesach gojenia: podczas terapii chirurgicznej przyzębia, implantacji, ekstrakcji zębów czy wszelkich innych zabiegów w obrębie błony śluzowej jamy ustnej.

Przewidywalny w swoich pozytywnych skutkach zabieg przeszczepu łącznotkankowego, u palacza przestaje nim być. Pojawiają się także komplikacje po wszczepie implantu: zaburzony zostaje proces osteointegracji, dochodzi do utraty kości brzeżnej wokół wszczepów, częściej obecne są epizody periimplantitis, a gojenie się prosto przebiegającej ekstrakcji wlecze się przez wiele dni, uprzykrzając życie tak pacjenta, jak i stomatologa.

## ► ELEMENT EDUKACYJNY W GABINECIE STOMATOLOGA

Przy tak znacznym negatywnym wpływie papierosów na jamę ustną, krótkotrwałych efektach terapii, często ryzyku jej niepowodzenia, komplikacjach, sprzyjających deficytowym wizytom pacjentów, nic dziwnego, że w Stanach Zjednoczonych i Europie Zachodniej stomatolodzy zabrali się za aktywny udział w zwalczaniu

tego nałogu. Regularny i od wczesnego dzieciństwa kontakt z dentystą sprawia, że jego rola w edukacji zdrowia, w ogólnym tego pojęciu, jest nieoceniona. Zachęcanie do rzucenia palenia papierosów stało się w wielu krajach wręcz integralnym elementem instruktażu higieny jamy ustnej, każdorazowo przeprowadzanym w gabinecie. Zaledwie kilka minut rozmowy, wzrost tym samym świadomości dotyczącej zagrożeń, jakie niosą papierosy, wystarczy często zaskoczonemu pacjentowi, by podjąć próbę poradenia sobie z nałogiem, z pozytywną konsekwencją dla miejscowego w jamie ustnej i ogólnego stanu zdrowia.

## ► O NIEPRZEWIDYWALNYCH SKUTKACH ZASKOCZENIA

Często składana przez stomatologa propozycja zaprzestania nałogu palenia papierosów, np. na tydzień przed kosztownym zabiegiem implantacji i kontynuacja walki z nałogiem przez 8 tygodni po zabiegu (co pozwala na przebieg prawidłowych procesów wstępnej osteointegracji), z instruktazem doboru substytutów nikotyny (plastrów, tabletek i gum do żucia), może okazać się u wielu pacjentów wstępem do pracy nad całkowitym zaprzestaniem palenia papierosów.

Podobne sugestie przy obecności na błonie śluzowej keratozy, czy podczas tylko wybielania zębów, mogą stać się wyjściem do przedłużenia okresu niepalenia i wygraną przez pacjenta walki z papierosami. A to tylko z korzyścią dla zdrowia całego organizmu. Niestety reakcje pacjentów nie zawsze okazują się być tak pozytywne.

**O przedstawienie ich różnorodności pokusiła się jedna z dziennikarek śląskich mediów, red. Monika Cetera. Owocem naszej wspólnej pracy stał się artykuł, który zdobył główną nagrodę w ubiegłorocznej edycji konkursu dziennikarskiego „Europa dla pacjenta”, organizowanego co roku przez Komisarza do Spraw Zdrowia Unii Europejskiej (wcześniej tekst wygrał eliminacje krajowe).** ●



## ►► Gabinet stomatologiczny jako miejsce walki z nałogiem tytoniowym

# „Przyszłam tu leczyć zęby, nie rzucać palenie!”

„Przyszłam tu leczyć zęby, nie rzucać palenie! – takim zdaniem pożegnała się ze mną 40-letnia policjantka, którą usiłowałam przekonać, że bez odstawienia papierosów nie ma co liczyć na poprawę fatalnego stanu jamy ustnej, z jakim się pojawiła się w moim gabinecie” – wspomina specjalista stomatolog w jednym ze śląskich miast. Jej rola zaczyna się w momencie, gdy inni lekarze dentyści bezradnie rozkładają ręce. Okazuje się, że w swojej wieloletniej praktyce zaobserwowała, iż jedną z głównych przyczyn wywołujących powikłania w leczeniu schorzeń jamy ustnej są właśnie papierosy, bez rezygnacji z których nie ma co liczyć na efektywność terapii.

Niewinny dymek. Chwila relaksu. Pozorne odreagowanie stresu, nawet nie wiadomo kiedy, prawie niezauważalnie, zmienia się w nałóg. Pewnego dnia okazuje się, że bez papierosa nie możemy się już obejść. Nieświeży oddech, ubrania przesiąknięte dymem, charakterystyczny posmak w ustach nie jest w stanie zniechęcić uzależnionego od nikotyny palacza. Okazuje się bowiem, że głód nikotynowy jest równie silny jak głód narkotyczny czy alkoholowy. Co prawda papieros nie rujnuje tak „efektywnie” życia jak inne nałogi, może jednak wywoływać problemy zdrowotne oraz komplikować leczenie nawet na poziomie wizyty u stomatologa. O tym, że palenie może stać się przyczyną chorób nowotworowych wie każdy, natomiast problemy, jakie wywołuje dym papierosowy w jamie ustnej dla wielu osób może być niemiłym zaskoczeniem.

Pomysł na zwrócenie uwagi na negatywne skutki, jakie wywołuje palenie właśnie na poziomie jamy ustnej, która jako pierwsza ma styczność z dymem, podsunęła mi znajoma dentystka. Prowadzi ona od wielu lat specjalistyczny gabinet stomatologiczny na Śląsku i ma na co dzień styczność z pacjentami, którym palenie znacznie skomplikowało leczenie. Z jej praktyki wynika, że blisko połowa z jej pacjentów to palacze lub osoby, które kiedyś paliły nałogowo. Ponadto zaobserwowała, iż skutki nałogu to nie tylko dyskomfort nieświeżego oddechu i charakterystyczny posmak w ustach, ale także obniżenie jakości życia, która jest teraz tak szeroko promowana w środkach masowego przekazu. Oto kilka historii pacjentów, którzy właśnie na fotelu dentystycznym uzyskali informację, iż ich nałóg nie pozostaje bez konsekwencji a kampanie antynikotynowe odnoszą się do ich sytuacji bardziej niż im się na początku wydawało.

## ► Palacz na fotelu dentystycznym

### **Policjantka Ewa**

Owa krewka, 40-letnia policjantka z przewencji, o której wspominaliśmy na początku artykułu, zgłosiła się do gabinetu stomatologicznego z zaawansowaną chorobą przyzębia. Ewa, która paliła od 20 lat około 20 papierosów dziennie robiła to wszystko, by nie przytyć. Kiedyś rzuciła palenie, ale przybrała na wadze a papierosy jej zdaniem były jedynym sposobem, by utrzymać szczupłą sylwetkę. Ewa chciała podobać się mężczyznom, ale paradoksalnie wybrała chyba najbardziej niezdrowy sposób osiągnięcia tego celu.

„Oglądając jej jamę ustną stwierdziłam, iż pacjentka miała obfite, brunatno-czarne złogi kamienia poddziąsłowego – wspomina konsultująca przypadłość Ewy stomatolog – ponadto długoletni nałóg spowodował znaczne zniszczenie kości w której tkwią zęby i spowodował, że niektóre z nich już zaczynały się niebezpiecznie ruszać”. Niestety lekarzowi nie udało się przekonać Ewy do rzucenia nałogu, który w jej wypadku był kluczem do sukcesu w leczeniu

zmian chorobowych w przyzębiu. Co więcej, Ewa całkowicie zrezygnowała z leczenia w gabinecie twierdząc, że stomatolog nie powinien ingerować w jej sprawy prywatne.

### **Dyrektor Wojciech**

Pięćdziesięcioletni Wojciech zajmuje kierownicze stanowisko. Będąc w kwiecie wieku nie ma już kilku zębów. Pali od kilkunastu lat około połowy paczki dziennie. Jego żonie udało się zerwać z nałogiem, on dopiero rozpoczął walkę z uzależnieniem. „Pacjent trafił do mojego gabinetu z chorobą przyzębia wymagającą kompleksowego leczenia. Na szczęście udało mi się go przekonać do rzucenia palenia i podjęcia terapii, inaczej nałóg mógłby doprowadzić do utraty kolejnych zębów” – podsumowuje prowadząca pacjenta stomatolog. W walce z nałogiem Wojtkowi kibicuje żona, która sama ma za sobą wygraną walkę z papierosami.

### **Ania – energiczna pani menager**

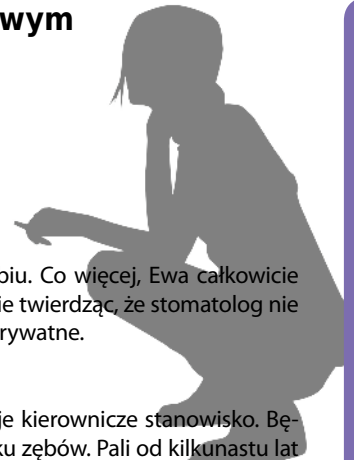
Ania, 40-letnia menager w jednej z korporacyjnych firm, pali od 20 lat paczkę papierosów dziennie. Wiadomo, w pracy stresy a „puszczenie dymka” uspokaja. Ania dba o wygląd i higienę, pomimo tego ciągle uskarżała się na nieprzyjemny posmak w ustach oraz nieświeży oddech, który utrudniał jej kontakty zawodowe. Nie pomagało częste mycie zębów pastą usuwającą tytoniowy nalot oraz stosowanie mocnych płynów do płukania ust – zazwyczaj z dużą zawartością alkoholu. Ania próbowała zerwać z nałogiem, ale bezskutecznie. Do stomatologa trafiła z uogólnioną, tak zwaną keratozą, czyli zaburzoną regeneracją błony śluzowej (przyp. białymi, tarczkoowatymi, rozlanymi zmianami na języku i zbieżnym błony śluzowej policzków oraz podniebienia). Stan taki, utrzymujący się długoterminowo, może wywołać stan przedrakowy. W wypadku Ani pomogła rzeczowa rozmowa z dentystą. Jej uzależnienie było tak silne, że nie wystarczyła sama motywacja ze strony stomatologa. Ania zdecydowała się skorzystać z porady toksykologa, który zastosował w jej wypadku plastry nikotynowe i leczenie farmakologiczne. Ponieważ sytuacje, które prowokowały Anię do sięgnięcia po papierosa były bezpośrednio związane ze stresem w pracy, dotychczasowa pani menager zdecydowała się założyć swoją firmę i żyć we własnym „tempie”.

„Udało mi się jej wytłumaczyć, iż bez zerwania z nałogiem leczenie nie przyniesie efektu, ponadto palenie zwiększa znacznie ryzyko zachorowania na raka, tym bardziej, że nałogowi towarzyszyło korzystanie z płynów do płukania jamy ustnej z alkoholem niwelujących nieświeży oddech” – podkreśla konsultujący Anię stomatolog. – „Sama byłam niesamowicie zaskoczona, gdy pacjentka przestała palić, a po dwóch tygodniach terapii nastąpiła radykalna poprawa stanu jamy ustnej. To była chyba największa motywacja w walce z uzależnieniem od nikotyny u pacjentki z jaką się spotkałam w mojej praktyce!” – dodaje.

### **Wiesław – emerytowany górnik**

Wiesław ma 72 lata. Odkąd pamięta pali papierosy. „Wcześniej paczkę Sportów, bywało, że i dwie w ciągu dnia” – wspomina. Kiedy przeszedł na emeryturę i urodziła się wnuczka, postanowił radykalnie rozprawić się z nałogiem. Niestety kilkakrotne próby zakończyły się tylko ograniczeniem wypalanych papierosów do 8-10 w ciągu dnia. Do stomatologa trafił z długo nie gojącą się małą ranką na dolnej wardze. Decyzja zapadła bardzo szybko. Jeśli po tygodniu smarowania lekiem nie będzie poprawy, konieczna jest wizyta u chirurga i wycięcie zmiany. U leciwego pacjenta ranka powstała prawdopodobnie w wyniku palenia papierosów

ciąg dalszy na str. 16 ►►►



# Przyszłam tu leczyć zęby...

ciąg dalszy ze str. 15 ►►

bez filtra do samego końca. Na szczęście po wizycie u lekarza okazało się, że zmiana nie ma cech złośliwości. „Teraz wszystko zależy od pacjenta czy weźmie sobie do serca swoją historię i zakończy przygodę z dymkiem” – mówi stomatolog. Pan Wiesław od ponad roku przychodzi regularnie na kontrole. Niestety wciąż sięga po papierosy, chociaż każdorazowo deklaruje chęć pozbycia się nałogu.

## ► „Ukryte” koszty palenia a NFZ, czyli za co płacimy a za co nie

Nałóg tytoniowy ma tę przewagę nad uzależnieniem od alkoholu i narkotyków, że nie degraduje znacząco relacji z innymi osobami ale wyniszcza głównie samego palacza. Opisane powyżej przypadki dotyczą prywatnej praktyki stomatologicznej. W Polsce osoby naprawdę dbające o uzębienie decydują się przeważnie na prywatne leczenie, gdyż zakres usług dentystycznych w ramach refundowanego pakietu NFZ nie zapewnia pełnej gamy zabiegów niezbędnych do utrzymania prawidłowego, zadowalającego stanu jamy ustnej. Sprawa tak prozaiczna jak usuwanie kamienia nazębnego jest refundowana zaledwie raz na rok. Tymczasem osoba uzależniona, który wypala około jednej paczki dziennie jest narażona na szybsze powstawanie nalotu i kamienia nazębnego, który nie tylko wygląda nieestetycznie ale odpowiada za nieświeży oddech. Ponadto nieusuwany kamień może prowadzić do utraty zębów. W tym przypadku dla zachowania prawidłowego stanu jamy ustnej warto więc usuwać złogi nazębne co 3-4 miesiące. Niestety większość tych zabiegów pokrywamy z własnej kieszeni.

Ponadto przypadłością, która dotyczy palaczy, jest także stan zapalny dziąseł i choroba przyzębia. Zasadniczym elementem terapii jest regularne usuwanie złogów nazębnych. Tak jak wspominaliśmy, NFZ refunduje taki zabieg raz w roku. Zaawansowane schorzenie przyzębia wymaga często specjalistycznych zabiegów chirurgicznych, które nie są refundowane, podobnie jak stałe, kosmetyczne unieruchomienie zębów.

W przypadku wszystkich zmian na błonie śluzowej jamy ustnej, które spowodowane są paleniem papierosów, a które mogą jako nieleczone stanowić wyjście do nowotworów, wizyty u stomatologa, wraz z lekami i pobraniem wycinka lub usunięciem zmiany oraz późniejsze kontrole są refundowane i wchodzi w zakres podstawowej opieki zdrowotnej.

Warto też pamiętać iż palenie papierosów utrudnia gojenie ran po przeprowadzonym leczeniu chirurgicznym np. po usunięciu zęba. Leczenie takich komplikacji na szczęście jest objęte refundacją NFZ. Sprawa „oczywista” jak zakup pasty do zębów to wydatek jaki spoczywa na każdym z nas. Osoba niepaląca zazwyczaj używa popularnych past do zębów. Tymczasem palacz po raz kolejny „dostaje” po kieszeni. Osoby, którym zależy na estetycznym wyglądzie i ładnym uśmiechu, a są nałogowymi palaczami, kupują pasty o wysokim, tak zwanym współczynniku ścieralności RDA (czytaj: droższe pasty!), które skuteczniej usuwają nikotynowy nalot. Dodatkowym „bonusem” dążenia do „doszorowania” zębów jest uszkodzenie szkliva i okolicy szyjek zębów, co zwiększa ich nadwrażliwość. Tematem coraz częściej poruszamy, w aspekcie nałogu palenia papierosów, jest także sprawa używania przez palaczy równoległe z pastami agresywnych, bo z dużą zawartością alkoholu, płynów do płukania ust. Płyny te mogą się stać dodatkowym elementem sprzyjającym powstaniu nowotworu jamy ustnej, ale także stanowić przyczynę stresujących sytuacji u osób poruszających się samochodami. Osoba, która używa takich preparatów, nie powinna zaraz po przepłukaniu jamy ustnej zasiadać za kierownicą, gdyż podczas kontroli alkomatem w wydychanym powietrzu może nadal znajdować się alkohol. Na szczęście w sprawach budzących wątpliwości policjanci badają po kwadransie kolejny raz oddech kierowcy.

Paląc papierosy musimy mieć zatem świadomość, że z nałogiem tytoniowym wiążą się tak zwane „ukryte” koszty, nie tylko zdrowotne. Ponadto osoby decydujące się na zerwanie z nałogiem często zmuszone są korzystać z porady toksykologa a nawet psychologa, który pozwoli, jak w przypadku innych nałogów, wyeliminować sytuacje sprzyjające paleniu. Palacz musi mieć także świadomość, iż produkując dym papierosowy zatruwa nie tylko siebie, ale także otoczenie. O czym często się zapomina, tzw. „bierni palacze” są tak samo narażeni na konsekwencje zdrowotne jak nałogowcy.

## ► Informator medyczny dla pacjenta czyli dlaczego warto zerwać z nałogiem?

Mało kto wie, iż jama ustna jest szóstym pod względem częstości miejscem występowania raka. Zmiany mogą pojawić się na języku, błonie śluzowej policzków, dnie jamy ustnej, czerwieni wargowej oraz gardle. Dlatego to często wizyta u dentysty daje początek kompleksowemu leczeniu, jakiemu później poddawany jest pacjent onkologiczny.

Problem nowotworów jamy ustnej częściej dotyczy mężczyzn. Znaczny wzrost zachorowań obserwuje się u nich po przekroczeniu 40. roku życia i zwiększa się wręcz dramatycznie do 60. roku życia. Ryzyko wystąpienia nowotworu zwiększa się z około 7 przypadków na 100.000 mężczyzn w wieku 30 lat do około 80 przypadków (!) na 100.000 mężczyzn w wieku lat 60. Badania poszukujące czynników ryzyka rozwoju raka jednoznacznie dowodzą, że tytoń i alkohol to dwa najistotniejsze z nich, które zwielokrotniają szansę zachorowania. Ryzyko jest wprost proporcjonalne do liczby wypalanych dziennie papierosów i liczby lat trwania nałogu. Ciekawostką jest, iż także osoby stosujące regularnie, przez wiele lat płyny do płukania jamy ustnej, w których zawartość alkoholu przekracza 25%, narażone są w większym stopniu na rozwój raka jamy ustnej. Dlatego, co wiele osób może zaskoczyć, to właśnie gabinet stomatologiczny może stać się miejscem walki z nałogiem tytoniowym i początkiem pracy nad polepszeniem jakości życia. Często stomatolog jako pierwszy może uświadomić pacjenta, że tytoń jest rakotwórczy i wywiera szkodliwy wpływ na płuca, serce, naczynia krwionośne no i oczywiście stan uzębienia. Palący pacjent, który ma to szczęście, iż trafił do dobrego gabinetu stomatologicznego, ma szansę nie tylko wyleczyć zęby, ale może odnaleźć w sobie motywację do walki z uzależnieniem tytoniowym.

Rak jamy ustnej, paradontoza, utrata zębów, nieświeży oddech, nieefektywne wybielanie zębów, fiasko implantów zębowych, utrata kości wyrostka, recesja dziąseł jest to zaledwie wrywkowa litania skutków palenia papierosów w obrębie jamy ustnej, która powinna wystarczająco zmotywować tak samych stomatologów, jak i ich pacjentów do wzajemnego wspierania się w walce z uzależnieniem od nikotyny. Być może również lektura artykułu zachęci nałogowców do dalszego palenia. ●

**Monika Cetera**

Źródła:

Informacje medyczne zostały podane na podstawie konferencji na temat: „Jak uwieńczyć sukcesem walkę z nałogiem palenia papierosów przy okazji terapii parodontologicznej i implantologicznej”, która odbyła się 25.11.2009 podczas Kongresu ADF w Paryżu, z udziałem wykładowców: S.M. Dridi (Uniwersytet Paris- Descartes, M. Adler (Uniwersytet Jouy- en- Josas), H.Boutigny (Uniwersytet w Lille).

Autorka tekstu dziękuje dr n. med. Agnieszce Pawlik za konsultację medyczną oraz wsparcie merytoryczne, bez którego tekst nie mógłby powstać.

## XVII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Sekcji Stomatologii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego

# Naukowo i uroczyście

Tematem wiodącym konferencji (22 – 24 marca 2012 r. Ośrodek Konferencyjno-Szkoleniowy Politechniki Śląskiej „INNOWACJA” w Zabrze) była „Promocja zdrowia jamy ustnej oraz interdyscyplinarne problemy diagnostyczne i lecznicze u dzieci i młodzieży”.

Konferencję zapoczątkowały dwa referaty wprowadzające. Pani prof. dr hab. n. med. **Jadwiga Joško** – kierownik Katedry i Zakładu Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, przedstawiła niezwykle interesujący multimedialny wykład, poruszający problem dziecka w świecie emocji i stresu. Nowe trendy w leczeniu choroby próchnicowej zębów mlecznych przedstawiła dr hab. n. med. **Dorota Olczak-Kowalczyk** – kierownik Zakładu Stomatologii Dziecięcej Instytutu Stomatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, omawiając w sposób niezwykle interesujący różne aspekty leczenia tego schorzenia.

Podczas dwudniowych obrad przedstawiono 59 prac w postaci referatów i e-plakatów nadesłanych z całej Polski.

### ► ODSŁONIĘCIE TABLICY

W dniu poprzedzającym sesje naukowe – 22 marca 2012 r. w Akademickim Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Bytomiu przy Placu Akademickim 17 miało miejsce uroczyste odsłonięcie tabli-



cy poświęconej pamięci Pani profesor pan Marek Gachowski. Od lewej stoją: prezes ORL Jacek Kozakiewicz, dr n.med. Lech Borkowski, dr hab.n.med. Lidia Postek-Stefańska, Dziekan Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze, prof.dr hab.n.med. Wojciech Król, wiceprezes ORL Halina Borgiel-Marek, Konsultant Krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej prof.dr hab.n.med. Barbara Adamowicz-Klepalska.

cy poświęconej pamięci Pani prof. dr hab. n. med. Marii Barańskiej-Gachowskiej. Prof. dr hab. n. med. Maria Barańska-Gachowska była założycielką i wieloletnim kierownikiem Katedry i Zakładu Stomatologii Wieku Rozwojowego Śląskiego

Uniwersytetu Medycznego, współtwórcą polskiej stomatologii dziecięcej.

Studia na Oddziale Stomatologicznym rozpoczęła w 1948 roku w nowo powołanej Śląskiej Akademii Medycznej, ukończyła je z wyróżnieniem w 1952 roku. Pracę nauczyciela akademickiego rozpoczęła w 1952 roku w Zakładzie Stomatologii Zachowawczej, w którym przeszła wszystkie kolejne etapy pracy zawodowej i naukowej – od asystenta do docenta etatowego. Stopień doktora nauk medycznych uzyskała w 1962 roku, stopień doktora habilitowanego siedem lat później. W 1978 roku została mianowana kierownikiem Katedry i Zakładu Stomatologii Wieku Rozwojowego, którą na polecenie władz uczelni zorganizowała od podstaw. Tytuł profesora nadzwyczajnego otrzymała w 1980 roku a zwyczajnego w 1990 roku. Była specjalistką stomatologii zachowawczej i dziecięcej. Opublikowała ponad 120 prac naukowych w czasopiśmie krajowych i zagranicznych. Była autorką dwóch książek z zakresu endodoncji wieku rozwojowego i dorosłych, promotorem 20 prac doktorskich oraz opiekunem jednej pracy habilitacyjnej.

W odsłonięciu tablicy wzięli udział:

- Władze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w osobie Pana Dziekana prof. dr hab. Wojciecha Króla
- Prezydent miasta Bytomia Pan Piotr Koj
- Konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej prof. dr hab. n. med. Barbara Adamowicz-Klepalska
- Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach dr n.med. Jacek Kozakiewicz
- Wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach dr n. med. Halina Borgiel-Marek
- Kierownicy Katedr Stomatologii Dziecięcej wszystkich uczelni medycznych w Polsce oraz pracownicy naukowo-dydaktyczni tych uczelni
- Prezes Akademickiego Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej SUM mgr Elżbieta Smolińska
- Dyrektor ds. Lecznictwa Akademickiego Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej SUM dr n. med. Halina Książek-Bąk
- Rodzina Pani Profesor Marii Barańskiej-Gachowskiej w osobach Syna, Synowej i Wnuczki
- Lekarze stomatolodzy, wychowankowie Pani Profesor. Uroczyste odsłonięcie tablicy dokonała wnuczka Pani Profesor – Marysia w towarzystwie swojego ojca – Pana Marka Gachowskiego.

# Naukowo i uroczyście

ciąg dalszy ze str. 17 ►►►

Pod kierunkiem Pani Profesor 37 lekarzy uzyskało specjalizację pierwszego stopnia z zakresu stomatologii ogólnej i dziecięcej, a 24 lekarzy uzyskało tytuł specjalisty drugiego stopnia z zakresu stomatologii zachowawczej i dziecięcej.

Nie sposób w krótkim doniesieniu wymienić wszystkich dokonań i zasług Pani Profesor dla stomatologii na terenie Śląskiego Uniwersytetu Medycznego i w kraju. Za swoją pracę i wielkie zaangażowanie została uhonorowana najwyższymi odznaczeniami i medalami uczelnianymi, państwowymi oraz Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Pani Profesor, w swoim życiu tak prywatnym jak i zawodowym, doceniała wartość czasu i pracy, nie znosiła beczynności. Swoją czas dzieliła między obowiązki dydaktyczne, naukowe i organizacyjne na rzecz naszej Uczelni oraz polskiej stomatologii. ●

**Przewodnicząca  
Komitetu Organizacyjnego Konferencji  
Dr hab. n. med. Lidia Postek-Stefańska**

## Sponsorzy:

- GABA International AG – sponsor główny
- Salus International Katowice
- Akademickie Centrum Stomatologii i Medycyny Specjalistycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
- Oddział Śląski Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego
- Okręgowa Izba Lekarska w Katowicach
- KaVo Polska Sp. z o.o.
- Johnson&Johnson Poland Sp. z o.o.
- GC EEO Poland
- Wiertła Stomatologiczne ATZ Farmont Poland Tomasz Duda
- Firma Orimed – Importer Narzędzi Stomatologicznych

## ► Organizatorzy Konferencji:

Zarząd Sekcji Stomatologii Dziecięcej PTS, Śląski Oddział PTS i Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

**Przewodnicząca** Komitetu Organizacyjnego:  
dr hab. n. med. **Lidia Postek-Stefańska**.

## ► Patronat honorowy nad konferencją objęli:

- rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach prof. dr hab. n. med. **Ewa Małecka-Tendera**
- dziekan Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze prof. dr hab. n. med. **Wojciech Król**
- prezydent miasta Zabrze Pani **Małgorzata Mańka-Szulik**
- prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach dr n. med. **Jacek Kozakiewicz**.

Uroczystego otwarcia konferencji dokonali: prof. dr hab. n. med. **Wojciech Król** – dziekan Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze oraz dr n. med. **Halina Borgiel-Marek** – wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach.

## ► Gośćmi konferencji byli:

- Konsultant krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej, prof. dr hab. n. med. **Barbara Adamowicz-Klepalska**
- kierownicy Katedr, Zakładów, Klinik i Poradni Stomatologii Dziecięcej z całej Polski i pracownicy naukowo-dydaktyczni tych uczelni medycznych
- Lekarze stomatolodzy – członkowie PTS
- Studenci Wydziału Lekarskiego i kierunku lekarsko-dentystycznego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
- Nauczyciele i słuchaczkę kierunku higiena stomatologiczna Medycznej Szkoły Policealnej Województwa Śląskiego w Zabrze

Komunikaty



**Uprzejmie informujemy,  
że 1 kwietnia 2011 rozpoczęła się rekrutacja na kursy specjalizacyjne  
„Zdrowie Publiczne” w ramach projektu  
„Pro Doctore 2 - Projekt Wspierający Rozwój Kadr Medycznych w Województwie Śląskim”.  
Nr projektu WND - POKL. 08.01.01-24-185/10  
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach  
Europejskiego Funduszu Społecznego.**

**W kursach mogą uczestniczyć lekarze i lekarze dentyści zamieszkali i zatrudnieni na terenie województwa śląskiego. Warunkiem zakwalifikowania na kurs jest zatrudnienie na zasadzie umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej.  
Kursy są bezpłatne.**

**Szczegółowe informacje dotyczące uczestnictwa w kursach można uzyskać w:  
BIURZE PROJEKTU:  
Śląska Izba Lekarska, 40-126 Katowice, ul. Grażyńskiego 49a  
tel.: (32) 203 65 47 wew. 321, 322 tel. kom. +48 694 659 061, fax: (32) 352 06 38  
e-mail: prodoctore@izba-lekarska.org.pl www.izba-lekarska.org.pl/prodoctore**

### III Międzynarodowa Konferencja „Postępy w diagnostyce i terapii schorzeń rogówki”

## Sukces naukowy i organizacyjny

W dniach 10 – 12 marca br. w Wiśle spotkało się 1200 okulistów z całego kraju i zagranicy, aby dyskutować o leczeniu schorzeń rogówki. Było to spotkanie, które znajduje stałe miejsce w kalendarzu większości okulistów w Polsce.

Już rok temu 700 uczestników i kilkudziesięciu wystawców uczestniczyło w obradach II Konferencji. Tym razem **III Międzynarodowa Konferencja „Postępy w diagnostyce i terapii schorzeń rogówki”** przyciągnęła kolejnych zainteresowanych bogactwem programu i poruszanych tematów. Organizatorem Konferencji był prof. **Edward Wylęgała** wraz Zespołem Lekarzy Oddziału Okulistycznego Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach. Patronat nad Konferencją objęli wojewoda **Zygmunt Łukaszyk** i marszałek województwa śląskiego **Adam Matusiewicz**.

Konferencja była wyjątkowa pod wieloma względami. Z racji mnogości poruszanych tematów całe spotkanie trwało aż trzy dni. Polscy okuliści mieli okazję wysłuchać kilkunastu wykładów wybitnych specjalistów zagranicznych zajmujących się problematyką rogówkową. Duże zainteresowanie wzbudziły kursy oblegane zwłaszcza przez młodych adeptów okulistyki.

Od czwartkowego poranka odbywały się kolejno trzy kursy: *Przeszczepy rogówki*, *Diagnostyka rogówki* oraz *Genetyczne aspekty schorzeń rogówki* prowadzone przez prof. **Edwarda Wylęgałę**, dr **Dorotę Tarnawską**, dr **Dariusza Dobrowolskiego**, dr **Lucynę Moćko**, dr **Annę Nowińską** oraz zaproszonych ekspertów z innych ośrodków: prof. **Macieja Krawczyńskiego** i dr **Pawła Lewandowskiego**. Kursy cieszyły się ogromnym zainteresowaniem – już dwa miesiące wcześniej wszystkie miejsca były zajęte. Podczas kursów można było zapoznać się nie tylko ze współczesnymi niuansami diagnostyki w okulistyce, ale i zdobyć podstawy chirurgicznego leczenia schorzeń rogówki.

Główna część konferencji zgromadziła wielu wybitnych naukowców z kraju i z zagranicy (14 wykładowców) – specjalistów zajmujących się nie tylko problematyką rogówkową. W czwartkowe popołudnie mieliśmy zaszczyt wysłuchać „gorących” wykładów dwóch sesji zatytułowanych: *Gorące tematy w schorzeniach rogówki*. Głos zabierali kolejno: prof. **Pasquale Aragona** z Messyny we Włoszech, prof. **Henryk Kasprzak** z Politechniki Wrocławskiej, **Anna Roszkowska** z Messyny we Włoszech, prof. **Zbigniew Zagórski** z Lublina, prof. **Edward Wylęgała**, prof. **Gerald Zaidman** z Nowego Jorku. Wieczór zwińczył kon-



foto: Artur Suropek

W sesji poświęconej laserowi femtosekundowemu naszymi gośćmi byli prof. **Georges Baikoff**, prof. **Pavel Stodulka** i dr **Julian Stevens**.

cert **Andrzeja i Mai Sikorowskich**, które wysłuchało blisko 1500 osób.

Kolejne piątkowe sesje obejmowały tematykę nowości w diagnostyce schorzeń rogówki, diagnostykę i leczenie zespołu suchego oka, keratoplastyki u dzieci, keratoplastyki endotelialnej, postępów w diagnostyce i leczeniu stożka rogówki, zwyrodnienia i dystrofii rogówki. i nanotechnologii w okulistyce, diagnostyki chorób rogówki, jak i różnych technik leczenia schorzeń rogówki.

Sesja *Keratoplastyka u dzieci i keratoplastyka endotelialna* wzbudziła ogromne zainteresowanie. Te trudną tematykę poruszyli prof. **Gerald Zaidman** z Nowego Jorku, prof. **Massimo Busin** z Forli we Włoszech i dr **Efdal Yörük** z Tybingi w Niemczech. Wieczorem uroczystą kolację dla blisko 1400 osób na dwóch salach otworzył prof. **Wylęgała** wraz z małżonką, życząc miłego wieczoru i dziękując równocześnie wszystkim przybyłym za tak liczne uczestnictwo. Sobotni poranek rozpoczęła sesja poświęcona absolutnej nowości w Polsce, czyli zastosowaniu lasera femtosekundowego w okulistyce. O swoich doświadczeniach opowiadali: prof. **Georges Baikoff** z Marsylii we Francji, prof. **Pavel Stodulka** ze Zlinu w Czechach, dr **Samuel Levinger** z Izraela, dr **Julian Stevens** z Wielkiej Brytanii i dr **Dariusz Dobrowolski** z Sosnowca. Sesja była przeglądem zastosowań lasera, z którym nie tylko polscy okuliści wiążą duże nadzieje. Ostatnie sesje poświęcone były pozyskiwaniu tkanek do przeszczepu rogówki i zabiegom łączonym z witrektomią.

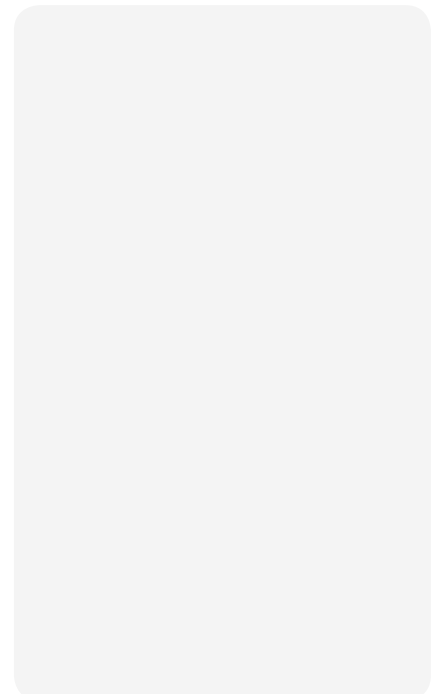
Nie sposób nie wspomnieć o czterech sesjach satelitarnych, które także zgromadziły sale pełne słuchaczy, a to za sprawą nie

tylko interesujących tematów, ale i licznie zaproszonych doświadczonych wykładowców zagranicznych i krajowych.

Konferencja okazała się wielkim sukcesem naukowym i organizacyjnym, a szczególne podziękowania należą się firmie Inspire Congress (Wrocław), która czuwała nad przebiegiem spotkania oraz firmom, które wsparły jej organizację. Już teraz zapraszamy na czwarte takie międzynarodowe spotkanie, które odbędzie się w 2013 roku ponownie w Wiśle z udziałem wielu gości z zagranicy. Wszyscy goście zagraniczni zadeklarowali, że ponownie chcą nas odwiedzić w przyszłym roku. ●

**Dariusz Dobrowolski**

Reklama





## Służba zdrowia to niestety niespokojne wody...

**Jest Pan z zawodu chirurgiem, ordynatorem oddziału, a z zamiłowania żeglarzem. Skąd ta pasja?**

Moja pasja zrodziła się podczas studiów, gdy zrobiłem kurs sternika jachtowego. Z początku żeglowałem głównie na mazurskich jeziorach, jednak z czasem przynajmniej raz w roku wypływałem w morze. Z biegiem lat zrobiłem parę patentów, m.in. skippera chorwackiego, jachtowego sternika morskiego.

**Kiedy zrodził się pomysł rejsu wokół przylądka Horn? Dla każdego żeglarza trasa ta jest niczym Mount Everest dla himalaisty...**

Na dołączenie do załogi, zamierzającej opłynąć przylądek, zdecydowałem się, gdy poznałem jej skład. Wśród członków wyprawy była córka mojego zastępcy – doktora Zareby wraz z mężem i kilkoma osobami. Uczestniczyli oni w ósmym etapie rejsu „Śladami Śmiałego”, opływającego Amerykę Południową. Jako że mój

zastępca jest bardzo dobrym chirurgiem, mogłem spokojnie zostawić mój oddział i ruszyć w rejs. W ten oto sposób dołączyłem do ośmioosobowej załogi jachtu „Polonus” jako oficer wachtowy.

**Jak przebiegała trasa wyprawy?**

Rejs rozpoczęliśmy w argentyńskim porcie Mar Del Plata, z którego wypłynęliśmy przez Cieśninę Magellana do miasta Punta Arenas. Z tego południowochilijskiego portu wypłynęliśmy na Pacyfik, w kierunku przylądka Horn.

Jednak nie wszystko szło gładko. By opłynąć przylądek, musieliśmy uciec się do pewnego fortelu, gdyż Chilijczycy nie są zbyt chętni do wpuszczania żeglarzy na tę trasę. Trzeba uzyskać specjalną zgodę, uzależnioną od warunków pogodowych. Obawiając się, że pogoda nie będzie sprzyjająca i że zostaniemy zatrzymani w porcie, użyliśmy pewnego manewru. Przez Cieśninę Magellana wypłynęliśmy do Punta Arenas. Stamtąd – zgodnie z chilij-

skimi zaleceniami – trasa turystyczna biegnie kanałami do Puerto Williams, gdzie ubiega się o wspomnianą zgodę na opłynięcie przylądka Horn. Powiedzieliśmy jednak decydom, że nie chcemy płynąć do Puerto Williams i opływać Hornu lecz na Antarktydę. Lokalne władze sprawdziły, czy nasz jacht nadaje się do takiego rejsu i zezwoliły nam na wypłynięcie na Pacyfik. Zmieniając trasę, udało nam się opłynąć przylądek Horn od strony zachodniej i dotrzeć do Puerto Williams, najdalej na południe położonego miasta świata. Oczywiście przez całą trasę chilijskie władze nas monitorowały, śledziły drogą radiową, ale fortel się powiódł i udało się osiągnąć zamierzony cel – opłynąć przylądek Horn. W tym trudnym rejsie dopisało nam szczęście, a właściwie dopisała nam pogoda. Gdy dopłynęliśmy na przylądek, wiatr praktycznie ustał, co pozwoliło na zwiedzenie tamtejszych atrakcji turystycznych – latarni morskiej i parku narodowego. Po ponadtrzytygodniowym rejsie dobi-

Szybkość w podejmowaniu decyzji w sytuacjach nagłych, opanowanie – wszystko to przydaje się zarówno w codziennej pracy chirurga, jak i za sterami jachtu – mówi dr **Kazimierz Swoboda**, ordynator Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Szpitala Miejskiego nr 2 w Goduli, który jesienią ubiegłego roku opłynął przylądek Horn. – Poza tym na jachcie się śpiewa i ja przy stole operacyjnym też śpiewam...

▶▶▶ liśmy do argentyńskiego portu Ushuaia, gdzie zakończyliśmy naszą wyprawę.

#### **Pana relacja brzmi fascynująco. Jednak wśród żeglarzy przylądek Horn cieszy się złą sławą...**

Ta trasa jest wyzwaniem dla każdego żeglarza, ze względu na panujące zwykle trudne warunki pogodowe. Przebiega tam granica między Pacyfikiem a Atlantykiem, do tego ułożenie w tym rejonie płyt geologicznych powoduje, że na trasie gwałtownie zmienia się głębokość. Wszystko to wpływa na niezwykle sztormową atmosferę. Według różnych relacji, otaczające Horn wody pochłonęły tysiące żeglarzy i setki jachtów.

Nasza załoga miała trochę szczęścia, gdyż podczas wyprawy zastały nas może trzy dni sztormowe. Jednak wtedy nie było łatwo. Przy wyjściu na Pacyfik porywy wiatru były tak mocne, że prędkość potrafiła się zmieniać z ok. 6 węzłów do 0,25 węzła. Utrudniało to prowadzenie jachtu, a w finale pozrywało nam sterociągi, czyli stalowe linki, które wprawiają w ruch ster. Przez cztery godziny naprawialiśmy je na pełnym morzu. Jednak wszystko skończyło się szczęśliwie i cała załoga dopłynęła do celu.

#### **Czym dla Pana jest żeglarstwo?**

Jest to z pewnością wspinała szkoła życia.

#### **Czy doświadczenia żeglarza okazują się przydatne w pracy chirurga, szefa oddziału?**

Jest wiele rzeczy, które się sprawdzają. Na pewno szybkość w podejmowaniu decyzji w sytuacjach nagłych. Opanowanie, też jest potrzebne, zarówno w chirurgii, jak i w żeglarstwie. Poza tym na jachcie się śpiewa i ja przy stole operacyjnym też śpiewam...

#### **Jak ocenia Pan obecną sytuację w służbie zdrowia? Nie są to raczej spokojne wody...**

Jeśli chodzi o prowadzenie oddziału, to niestety, w mojej ocenie, jest coraz gorzej. W tej chwili funkcjonuje w naszym szpitalu, wprowadzony trzy lata temu, system parównoważny, gdyż nie można tego nazwać równoważnym, gdzie asysten-

ci dyżurują w systemie 24-godzinnym. W rzeczywistości oznacza to, że przychodzą do pracy dwa razy w tygodniu, a na oddziale brakuje ludzi. Jest to bardzo niewdzięczny system pracy.

Kolejną barierą, którą musimy forsować w codziennej praktyce, są niedoszacowane procedury medyczne, które nie pozwalają na rozwój oddziału, szpitala. Poza tym towarzyszy nam stała niepewność związana z kontraktowaniem. Nie wiemy, czy dostaniemy kontrakt w takim wymiarze jak w zeszłym roku, czy punkty za procedury, dowolnie zmieniane przez NFZ, będą takie same czy mniejsze, czy przyjdzie kontrola i za brak np. pieczętki nas ukarze. Wszystko to wprowadza dużo stresu do naszej codziennej pracy. Sytuacji nie ułatwia również fakt, że oprócz lekarskich obowiązków, do których zostaliśmy

samym z roku na rok jest mniej pieniędzy na leczenie i prowadzenie oddziału.

#### **Jakie zatem wskazałby Pan zmiany, które uzdrowiłyby sytuację? W jakim kierunku powinna być reformowana służba zdrowia?**

Moim zdaniem przydałoby się restrukturyzacja systemu ubezpieczeń. Generalnie oprócz NFZ wskazane byłoby utworzenie co najmniej czterech innych podmiotów, tak, byśmy się mogli czuć bezpiecznie, i funkcjonować bez obaw, że z dnia na dzień fundusz nas nie zamknie, nie podpisując umowy.

Ponadto konieczne jest ułatwienie dostępu do nowoczesnych technik operacyjnych. Osobiście jestem fanem chirurgii laparoskopowej i życzyłbym sobie i swoim kolegom czasu na rozwój tej techniki.

Oprócz NFZ wskazane byłoby utworzenie co najmniej czterech innych podmiotów, tak byśmy się mogli czuć bezpiecznie, i funkcjonować bez obaw, że z dnia na dzień fundusz nas nie zamknie, nie podpisując umowy.

powołani, doszło nam teraz strasznie dużo pracy administracyjnej, związanej z liczeniem procedur. W dobie restrukturyzacji i prywatyzacji szpitali to właśnie my, lekarze, jesteśmy zobowiązani do pilnowania i przeliczania tego wszystkiego.

Niestety niezaprzeczalnym faktem jest to, że bez pieniędzy nic nie jest w stanie dobrze funkcjonować. W całym świecie wspiera się służbę zdrowie, dopłaca do lecznictwa, tymczasem w Polsce z roku na rok mamy coraz mniej pieniędzy. Nawet jeśli kontrakt mamy ten sam, to de facto środków jest coraz mniej, ponieważ wszystko drożeje: leki, meble, media. Tym

#### **A jakie plany i marzenia ma Pan jako żeglarz, kolejne opłynięcie przylądka Horn?**

Kolejny Horn z pewnością byłby ciekawym wyzwaniem, jednak teraz to, o czym myślę, to trasa Northwest Passage, czyli Przejście Północno-Zachodnie. Jest to morska droga z Europy do wschodniej Azji prowadząca przez Morze Arktyczne wzdłuż północnych wybrzeży Ameryki Północnej. ●

**Rozmawiał:  
Halina Stanek**

*Dr Kazimierz Swoboda jest ordynatorem Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Szpitala Miejskiego nr 2 w Goduli. Za opłynięcie przylądka Horn został przyjęty do założonego w 1974 r. elitarnego Bractwa Kaphornowców, które skupia kilkuset członków i ma siedzibę na „Darze Pomorza” – pierwszej polskiej jednostce, która opłynęła przylądek Horn.*

## Zaproszenie

# I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce

W dniach 30.06-1.07 na stadionie MO-SiR przy ul. 11 Listopada w Białymstoku odbędą się I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce.

Zawody organizowane będą równolegle z XXII Mistrzostwami Polski Weteranów w Lekkiej Atletyce.

Osoba uczestnicząca w zawodach może być sklasyfikowana podwójnie (kobieta, która ukończyła 30., a mężczyzna 35. rok życia) zarówno w mistrzostwach weteranów jak i lekarzy.

Klasyfikacja lekarzy odbywać się będzie w kategorii „open”.

Medale mistrzostw w poszczególnych konkurencjach otrzymają najlepsi po przeliczeniu wyników na punkty, z uwzględnieniem kategorii wiekowych stosowanych w sporcie weteranów.

Rywalizacja w MPL odbywać się będzie w następujących konkurencjach: bieg na dystansie 100, 200, 400, 1500, 5000 m, skok w dal, skok wzwyż, trójskok, pchnięcie kulą, rzut dyskiem, rzut oszczepem.

Osoby zainteresowane udziałem proszone są o kontakt z organizatorem mistrzostw: telefoniczny 504101375 lub e-mail: julek@onet.pl.

Komunikat organizacyjny i karta zgłoszenia do mistrzostw dostępne na stronie [www.pzwla.eu](http://www.pzwla.eu). ●

*Dr Julian Pełka*

## Komunikat

Kolarstwo Górskie w centrum Polski? Jak najbardziej!

### Zapraszamy na Medicycling MTB Cup

**30 czerwca 2012 roku do Zgierza!**

W ramach zawodów rozegrane zostaną Mistrzostwa Polski Medyków (w tym również kategoria student).

Ambitna trasa dla ścigantów, ale bezpieczna dla amatorów, wyścig przygodowy i warsztaty plastyczne dla dzieci, mnóstwo atrakcji dla widzów, bezpłatne badania i porady medyczne, prezentacje i szkolenia!

A wszystko to w atmosferze rodzinnego pikniku!

Medicycling MTB Cup to wydarzenie mające na celu nie tylko stworzenie możliwości współzawodnictwa dla entuzjastów kolarstwa górskiego. To przede wszystkim promocja zdrowia i manifest aktywnego wypoczynku.  
<http://mtbcup.medicycling.eu>

Przy okazji zachęcamy do dołączenia do Medicycling Team – ogólnopolskiej drużyny medyków – kolarzy i współtworzenia projektu [medicycling.eu](http://medicycling.eu)!

**Joanna i Piotr Kosielscy, lekarze członkowie łódzkiej OIL  
Komisja Sportu i Rekreacji w OIL Łódź**

<http://medicycling.eu>  
<http://facebook.com/medicycling>

## Notatka z zawodów

W dniach 8.03.-11.03.2012 odbyły się w Zakopanem VII Zimowe Igrzyska Lekarskie. Podczas tych zawodów zdobyłem 3 srebrne medale w konkurencji ski tour oraz biegach narciarskich na dystansach 5000 i 10000 m.

Zawody sportowe zgromadziły licznych uczestników z całej Polski – lekarzy i osoby towarzyszące i w zgodnej opinii startujących były bardzo udane.

Mogę dodać od siebie, że gdybym dwukrotnie nie pomylił trasy podczas zawodów ski toure – co wynikało m.in. ze zmian trasy w dniu zawodów i braków oznakowania podczas zawodów – mógłbym wygrać w tej konkurencji.

Sport to jednak nie tylko wygrane, a porażki mogą mobilizować do dalszej pracy, treningów i zawodów. ●

*Łukasz Lubelski*

## V Międzynarodowy Kongres Polskich Towarzystw Naczyniowych

# Zarząd Polskiego Towarzystwa Angiologicznego ze Śląska

W dniach 29.03.-1.04.2012 w Ossie niedaleko Rawy Mazowieckiej odbył się V Międzynarodowy Kongres Polskich Towarzystw Naczyniowych: Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej, Polskiego Towarzystwa Angiologicznego i Sekcji Radiologii Zabiegowej Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego.

Główne tematy sesji dotyczyły: profilaktyki przeciwzakrzepowej po zabiegach naprawczych na układzie tętniczym, leczenia owrzodzeń żylnych, stopy cukrzycowej, trombofilii, postępow w leczeniu choroby żylnych, krytycznego niedokrwienia kończyn dolnych, leczenia tętniaków i roz-

warstwień aorty brzusznej oraz postępow w leczeniu endowaskularnym.

Schorzenia układu sercowo-naczyniowego stanowią główną przyczynę śmiertelności na świecie, stąd tematyka sesji Kongresu była niezwykle ważna. Sesje składały się z dwóch części: w pierwszej specjaliści przedstawiali aktualny stan wiedzy z danej dziedziny, a w drugiej przedstawiano najlepsze prace zgłoszone na Kongres.

Wśród przedstawionych prac znalazły się m.in.: „Heparyny drobnocząsteczkowe dostępne w Polsce” A. Sieroń i A. Stanek, „Medycyna fizykalna szansą na poprawę stanu zdrowia pacjentów ze schorzeniami

układu naczyniowego” J. Pasek, A. Stanek, A. Sieroń, „Patofizjologia obrzęku limfatycznego-sposoby postępowania” A. Stanek i A. Sieroń.

Na Kongresie odbyły się Walne Zebrania Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej oraz Polskiego Towarzystwa Angiologicznego. Prezesem Polskiego Towarzystwa Angiologicznego został prof.

**Aleksander Sieroń**, sekretarzem dr **Agata Stanek**, a skarbnikiem dr **Aleksandra Kawczyk-Krupka**. Natomiast Prezesem Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej został dr hab. **Wacław Kuczmik** z Katowic. ●

*Agata Stanek*



Fragmenty książki „W pogoni za przeznaczeniem”

# Powiniennem zostać chirurgiem...

W poprzednim odcinku Autor rozpoczął studia w 1948 r. na Wydziale Lekarskim UJ. Choć tyle się zmieniło, przeżycia i emocje przyszłego lekarza są wciąż takie same... (GO)

(...) Od pierwszych wykładów z przedmiotów klinicznych oraz ćwiczeń na salach chorych spotykaliśmy się przypadkami, które swoim przebiegiem, prognozą całą dramaturgią choroby i leczenia silnie na nas oddziaływały. Przejście od teorii do rzeczywistości medycznej było głębokim przeżyciem. To już nie sala Theatrum Anatomicum z rzędem zwłok czy prosektorium w Zakładzie Anatomii Patologicznej, do którego dostarcza się zmarłych z klinik dla weryfikacji rozpoznania, ustalenia przyczyn zgonu. W obu zakładach mieliśmy do czynienia z martwymi ludzkimi istotami. Teraz znaleźliśmy się w innej scenerii i okolicznościach. Oto na stole chirurgicznym znajdował się żywy człowiek. Na jego wnętrznościach chirurg – inny człowiek – dokonywał operacji, wycięcia chorej części, usunięcia guza nowotworowego, udrażniania zastopowany przewód, usuwał obce ciało, amputował kończynę... Oto stół ginekologiczny, łożko porodowe na którym rodzą się dzieci. Oto puste miejsce po pacjencie, którego badaliśmy jeszcze wczoraj, zbieraliśmy od niego wywiad chorobowy, opukiwaliśmy go, obstuchiwaliśmy, usiłowaliśmy wychwycić nieprawidłowości, odróżnić odgłosy fizjologiczne od patologicznych. Leżał na tym łożku w kącie, rozmawiał z nami, był pełen nadziei. Nie ma go. Zmarł w czasie operacji – albo i bez niej, bo nie było wskazań... Śmiertelna choroba i niedoskonała medycyna. Panowała wówczas moda na chirurgów i ginekologów. Mogli z nimi rywalizować co najwyżej kandydaci na internistów. Wracał jakby w sposób naturalny prapoczątek medycyny, historyczny pień chirurgii i interny, z którego wydzieliły się inne, wąskie specjalności. Wśród studentów brylowali mężczyźni. Już na samym początku powstawały grupy aktywnych, ruchliwych, by nie powiedzieć, zachłannych kolegów o określonej orientacji. I to oni starali się sadowić najbliżej demonstrującego jakąś czynność zabiegową lub diagnostyczną asystenta, wykładowcy, oni zajmowali pierwsze miejsca obok operującego chirurga, by nic nie uronić z jego mistrzowskich ruchów, idealnych cięć, precyzyjnych manipulacji

palcami, „z oczami w opuszkach” wśród nieprawdopodobnej ciasnoty ważnych narządów. Trudno by mnie było znaleźć w grupie tłoczących się przy stole operacyjnym kolegów, co nie znaczy, że zaniedbywałem naukę dwóch podstawowych przedmiotów medycznych. Przeciwnie. Po prostu – w tej dziedzinie raczej sam siebie nie widziałem. Jednak doświadczenia, które przeżyłem, zanim rozpoczęły się zajęcia ściśle kliniczne, mogły zmienić to pierwotne nastawienie.

Po trzecim roku obowiązywała praktyka w szpitalach ogólnych. Zostałem przydzielony do powiatowego szpitala w Żywcu. Był to okres ogromnych braków kadrowych. W tym szpitalu chirurgię, ginekologię i położnictwo prowadziła kobieta o niezwyklej energii i pracowitości, lekarz oddziałowy i ordynator w jednej osobie, sprawująca dodatkowo funkcję dyrektora szpitala. W tej sytuacji stałem się jej

asystowałem. Zdążył przyjechać z urlopu lekarz, asystent szpitala.

Wspomnę inne najmocniej przeżywane zdarzenia i przypadki.

Amputacja nogi dotyczyła młodego człowieka po wypadku motocyklowym. Wśród wielu czynności pośrednich przyszedł moment na odpitowanie kości udowej powyżej kolana, jedna z najbardziej przykrych czynności, jakie zmuszony jest wykonać lekarz. To zadanie przypadło mnie. Przyjąłem specjalną piłę od instrumentariuszki. Przyłożyłem do odsłoniętej, białej i niebywale twardej kości. Wytrzymałem do końca, aż do ostatecznego ukształtowania kikuta.

Przerywanie ciąży było w tym czasie całkowicie zabronione. A kto odważył się dokonać tego zabiegu, narażał się na konsekwencje karne. Dlatego obok aborcji wykonywanych nielegalnie przez niektórych lekarzy zdarzały się poronienia sztuczne,

Panie kolego! Całkiem dobrze panu poszło. Ale jeśli chce się przeprowadzić operację jak należy, współczucie trzeba odłożyć na bok.

jedyną podporą. Uczestniczyłem w wielu pracach znacznie przekraczających program i studenckie możliwości. Asystowałem w operacjach, bywałem obecny przy porodach, gdzie niepodzielnie rządziły bardzo niechętne studentom położne. Porody przebiegały najczęściej prawidłowo, czyli siłami natury. W jednym przypadku zaszła konieczność wykonania cięcia cesarskiego. Rodziła młoda góralka, pierwiastka (w języku położników rodzącą po raz pierwszy), że źle rokującą dysproporcją wymiarów miednicy. Poród się przedłużał. Podejmowane wysiłki nie dawały efektu. Odliczano godziny i minuty. Wobec bezpośredniego zagrożenia życia dziecka ordynator podjęła decyzję o rozwiązaniu na drodze operacyjnej. Przy tym zabiegu nie

zwane kryminalnymi. Wywoływały je osoby niekompetentne, babki, przyuczone akuszerki itd., za pośrednictwem prymitywnych metod i narzędzi (na przykład nakłucia pęcherza płodowego drutem). Podejmowane w takich warunkach zagrażały przebiegiem macicy, krwotokiem wewnętrznym i zapaleniem otrzewnej. Krwawiące kobiety, nieraz w stanie zagrażającym życiu, przywoziło pogotowie. Zabiegiem ratującym była natychmiastowa abrazja, wyłyżczkowanie, czyli usunięcie resztek poronienia. Współczułem tym nieszczęśliwym kobietom. Jak bardzo poważne musiały być przyczyny, skoro przekraczając opory moralne, ryzykując utratę zdrowia, a nawet życia, decydowały się na taki zabieg. Na stół ginekologiczny, który

ciąg dalszy na str. 24 ►►►



# Powinienem zostać chirurgiem...

ciąg dalszy ze str. 23 ▶▶▶

niezależnie od okoliczności wzbudza w każdej kobiecie mniejszy lub większy odruch dezaprobaty, wstępowały potulne, zrezygnowane, z poczuciem winy. A doświadczone położne mówiły:

– Panie! One za żadną cenę nie powiedzą, kto to zrobił. Usłyszy pan: spadłam z drabiny albo ze schodów, przewróciłam się, podniosłam wiadro wody...

Kireta (narzędzie ginekologiczne) to kawałek odpowiednio ukształtowanej chromowej stali. Brutalność, niemal okrucieństwo czynności, którą za jej pomocą miałem wykonać, paraliżowały wolę, były ponad siły. „Ale ja ten zabieg muszę zrobić, zrobić jak najlepiej” – powtarzałem w duchu. Wsłuchiwałem się w spokojny, a zarazem stanowczy głos pani ordynator i starałem się ściśle spełniać polecenia. Kiedy zlany potem, zmęczony i uradowany szczęśliwym zakończeniem usłyszałem:

– Panie kolego! Całkiem dobrze panu poszło. Ale jeśli chce się przeprowadzić operację jak należy, współczucie trzeba odłożyć na bok, zostawić na potem. Cały psychiczny i fizyczny wysiłek trzeba koncentrować na tym, co się robi.

Szpital powiatowy, składający się przeważnie z interny, chirurgii, położnictwa i ginekologii, czasem jeszcze pediatrii, daje pełny

przeгляд medycyny. Tutaj trafiają chorzy wymagający doraźnej pomocy, po wypadkach i nagłych zachorowaniach. Tu są leczeni lub, po wstępnym zdiagnozowaniu i zaopatrzeniu, kierowani do oddziałów specjalistycznych, klinik. Staże w takich szpitalach powinny obowiązywać także po czwartym i piątym roku jako zaliczeniowe, warunkujące otrzymanie dyplomu.

Miesiąc praktyki w Żywcu nauczył mnie bardzo dużo. Pewnie więcej niż niejedna klinika, najlepszy wykład czy ćwiczenia. Zdaniem pani ordynator miałem znaczne zdolności zabiegowe, manualne. Powinienem zostać chirurgiem.

Przeżyte doświadczenia pozostały na zawsze w pamięci, lecz o moich wyborach nie przesądziły. ●

Cdn.  
**Eugeniusz Czubak**

*Eugeniusz Czubak „W pogoni za przeznaczeniem. Od Krakowa do Bytomia. Wspomnienia Lekarza”, Wyd. ALATUS, Katowice 2011.*

## Postscriptum do „Świadectwa moralności” – wspomnień cd.

Po otrzymaniu dyplomu rozpocząłem pracę na oddziale wewnętrznym szpitala nr 2 w Sosnowcu, ożeniłem się, żona spodziewała się dziecka i mogło się zdawać, że zapanowało szczęście, że minęły bezpowrotnie obciążenia społeczno-polityczne. Ale oni nie zapomnieli. Wiosną 1957 roku tj. dwa i pół roku po rozpoczęciu pracy, jak grom z jasnego nieba spadło wezwanie do odbycia dwuletniej służby wojskowej w jakiejś jednostce pancernej nad granicą niemiecką (w podtekście do dalszej resocjalizacji).

Żona moja, osoba bardzo energiczna, postanowiła załatwić to najwyżej, czyli u ministra spraw wojskowych. O dziwo, to się udało, tylko dla nas w dramatycznych okolicznościach, Żona miała ustalony termin porodu na około 24 kwietnia, a telegram o audyencji opiewał na 26 kwietnia. Nie chciałem zgodzić w takich okolicznościach na wyjazd do Warszawy, ale po burzliwej wymianie zdań żona postawiła na swoim.

**Generał Spychalski powiedział:  
„Ja pani wszystko załatwię,  
tylko niech mi pani tu nie rodzi”.**

Pojechaliśmy nocnym pociągiem do Warszawy. Żona udała się kancelarii generała Spychalskiego. Jego pierwsze słowa to „ja pani wszystko załatwię, tylko niech mi pani tu nie rodzi”. Jednak po przedstawieniu sprawy odparł: „nie jestem w stanie zwolnić pani męża od służby, bo jest do tej służby PRZEZNACZONY, mogę tylko zmienić jednostkę wojskową, blisko państwa domu. I tak trafiłem do tzw. Batalionu Górniczego w Janowie koło Katowic przy kopalni „Wieczorek”.

Wracaliśmy nocnym pociągiem, ja z duszą na ramieniu. Po północy dotarliśmy do Sosnowca, gdzie mieszkali rodzice żony. Zanim ona wytoczyła się z peronu, przed dworcem nie było już żadnej taksówki. Trzeba było iść piechotą. Przechodząc przed moim szpitalem żona poczuła się gorzej. Więc zostawiłem ją na porodówce. Sam poszedłem na swój oddział i spokojnie przespałem całą noc i dopiero rano dowiedziałem się, że mam córkę.

W zasadzie wszystko ułożyło się bardzo dobrze, mieszkałem we własnym domu i dojeżdżałem jak do każdej pracy. Gaża była lepsza niż w cywilu. Jednak ucierpiały moje plany specjalizacji, zwolniono mnie bowiem ze szpitala. Udało mi się utrzymać pracę jedynie na rejonie.

Pracowałem w jednostce jako lekarz izby chorych, ale pracę tę mógł wykonywać felczer, bo była to praca wprost ogłupiająca. Jak wyglądała? Wiadomo, że żołnierze (będący także na resocjalizacji) byli w zasadzie elementem zdrowym. Wszystkie poważniejsze przypadki były kierowane do szpitala, a na izbie leczone były tylko sprawy gorączkowe czy żołądkowo-jelitowe. Dużą grupę natomiast stanowili pourazowcy. Żołnierz po wypadku był zawsze przez cywilne pogotowie przewożony do szpitala cywilnego i bardzo często wracał na rekonwalescencję na izbę chorych. Tu jeśli nawet miał szpitalne kilkunastodniowe zwolnienie, a mógł chodzić, musiał codziennie zgłaszać się w ambulatorium, gdzie po przepisowym meldunku otrzymywał jednodniowe zwolnienie z wpisaniem do akt i tak codziennie. Co kilka dni organizowane były tzw. dni tranowe, kiedy każdy potencjalny pacjent przed wejściem do lekarza otrzymywał łyżkę tranu. Oczywiście poczekalnia pustoszała. I tak minęły dwa długie lata. ●

**Andrzej Bartman**

# Hakuna Matata, polepole



foto: Urszula Wilczek

Widok na Mawenzi, drugi szczyt Kilimandżaro.

**„Nie martw się, wszystko będzie dobrze.  
Nie spiesz się, idź powoli, powoli.  
Idź w górę, żółtym tempem, a wszędzie dojdiesz.”**

Taka zasada obowiązuje w Afryce. A szczególnie w górach Afryki, w Tanzanii, gdzie bieleje szczyt KILIMANDŻARO o wysokości ponad 5 800 m n.p.m. Można tam wejść w ciągu pięciu dni, zejść w ciągu 2 dni – różnicę ponad 4 tysięcy metrów pokonuje się szybciej (cztery dni wędrówki), lub wolniej (sześciodniową trasą w górę). Jest wiele dróg prowadzących na ten najwyższy na kontynencie afrykańskim wierzchołek. A wierzchołek jest imponujący; z równiny, z której się wznosi (1500 m n.p.m.) góra „wystrzela” jeszcze wyżej o 4,5 tysiąca metrów. Jest stożkiem wulkanicznym, wygasłym kraterem pokrytym śniegiem, z własnym lodowcem, który spływa językami i roztopia się w coraz gorętszym powietrzu, w stromo spadających żlebach. Na szczycie panuje minusowa temperatura. W okresie letnim tj. w styczniu, lutym, marcu nawet minus 25 stopni C, czasem jest o kilka stopni cieplej, zależy to od frontów atmosferycznych. Niemniej, przed wschodem słońca trzyma tęgi mróz, potem jak promienie oświetlają wierzchołek, robi się widniej, ale wcale nie cieplej, no, może o kilka stopni. Wieją tam silne wiatry, ale widok na sterczący o kilka kilometrów dalej odłam tego ogromnego okręgu wulkanicznego MAVENZI robi wrażenie. W dole rozpościera się morze chmur – jak wzrokiem sięgnąć chmury i chmury o różowawej poświacie od promieni sło-

necznych, ciągną się po horyzont, nawet „zakręcają” na obu krańcach dając wrażenie, że Ziemia jest rzeczywiście okrągła. Wejście nie sprawia trudności technicznych. Nigdzie nie można spaść, teren jest stromy, lecz stromizny te wznoszą się bardziej lub mniej łagodnie. Jedynie ścianka za obozowiskiem BARRANCO jest stroma,

zowisk, nie ma w ogóle wody. To teren powulkaniczny. Wszędzie pył. Krajobraz jest początkowo zielony, „bujny”, z brodaczkami zwisającymi z gałęzi żyjących drzew. Kwiatki o nazwie „trąba słonia”, charakterystyczne są tylko dla tego terenu, a wyżej rosną lobelie i 2-3 metrowej wysokości senecje, drzewa-starce, zwane

**Wysokość wraz z niedotlenieniem organizmu powoduje, że poczujesz się jak w bajce, w koszmarze lub w niebycie.**

wymaga pomocy rąk przy wdrapywaniu się na wysokie stopnie skalne. Tragarze niosący cały nasz i swój dobytek czasem niefortunnie się poślizgną. Zdarzają się wypadki śmiertelne. A dźwigają dużo. Sprzęt turystyczny, namioty, które są rozbijane w kolejnych miejscach obozowania, żywność, talerze, kubeczki (choć plastikowe, też mają swoją objętość i wagę), nasze plecaki, butle gazowe, materace, a w ostatnich 2 dniach i wodę dla każdego członka wyprawy. Pić trzeba dużo – ok 3-5 litrów na dobę. Łagodzi to skutki choroby wysokościowej, zmniejsza ból głowy. O myciu się – nie ma mowy. Na tej wysokości (powyżej 4 000 m n.p.m.) nie ma strumyków, nie ma śniegu w zasięgu obo-

zowisk, nie ma w ogóle wody. To teren powulkaniczny. Wszędzie pył. Krajobraz zmienia się wraz z wysokością. Ponad granicą drzew górują nad porostami i drobnymi krzewami wspomniane „starce”, pojedyncze suche, sterczące gałęzie niegdysiejszych drzew. Krajobraz zmienia się na coraz bardziej surowy. Dominują skały, ogromne bloki powulkaniczne, które stoczyły się kiedyś z góry. Są zwierzęta, splekane, czarne. Widoki jak z innej planety, niedostępnej, surowej, kamienistej, księżycowej. Jeśli nad te skały nadciągnie mgła, która się włóczy od rana, i osiadzie na całym terenie – łatwo można stracić orientację. Wysokość wraz z niedotlenieniem organizmu powoduje, że poczujesz się jak w bajce, w koszmarze lub w niebycie.

ciąg dalszy na str. 26 ►►►

# Hakuna Matata, polepole

ciąg dalszy ze str. 25 ►►

Na wysokości powyżej 4 500 m n.p.m. nie czuje się już głodu, można właściwie nic nie jeść. Często występują nudności, a podawane przez kucharza przetarte warzywa w postaci gęstej zupki nie chcą przejść przez gardło. Je się tylko z rozsądku.

W bazie namiotowej BARAFU nie da się też spać. Owszem, namioty są rozbite przez tragarzy, a ich linki mocno obejmują kamienne głazy, do których są przywiązane. Wszechobecny wiatr targa płachtą namiotu na wszystkie strony. Mimo że rozum nakazuje zdrzemnąć się choć trzy godziny, po wymuszonym w siebie posiłku, nie można zasnąć.

Panuje atmosfera napięcia, spotęgowana wysokością, objawami choroby wysokościowej, bólem głowy, który nijak nie chce przejść po środkach przeciwbólowych (wiadomo! takiej próby tym razem nawet nie podejmowałam). Te kilka godzin snu przydałoby się bardzo, och! jak bardzo. Wyjście na KILIMANDŻARO rozpoczyna się bowiem w nocy, pobudka około 23.30 jest tu stałym rytuałem. Około północy

Na szczyt podąża kilka grup zorganizowanych, każda ze swoim wykwalifikowanym przewodnikiem i jego kilkoma pomocnikami. Taki system jest głęboko przemyślany. Każdy uczestnik wyprawy ma swojego „opiekuńczego duszka”. Czasem ten „duszek” bacznie obserwuje 2-3 osoby, słabszym pomaga nieść ich mały plecaczek. Przewodnik jest jeden, dla każdej, maksymalnie 10-12 osobowej grupy. Pomocnicy zwracają szczególną uwagę na niepokojące ich, znawców tych podniebnych nocnych wędrówek, objawy. Brak koordynacji ruchów, bełkotliwa mowa, nudności czy też wymioty albo narastające objawy niewydolności oddechowej i krążeniowej, gwałtownie narastający kaszel – objawy obrzęku płuc, są sygnałem do natychmiastowego sprowadzenia delikwenta niżej. W praktyce odbywa się to tak, że dwaj pomocnicy chwytają pod pachy takiego turystę i zbiegają z nim co najmniej 1000 m niżej, gdzie jest więcej tlenu w powietrzu i objawy zazwyczaj ustępują. Czasem zdarza się jednak, że niewydolność serca nie cofa się wraz z obniżeniem wysoko-



Autorka w drodze na wierzchołek Kilimandżaro.

Około 1/4 - 1/3 turystów nie radzi sobie z wysokością, nie docierają na wierzchołek, muszą być sprowadzani w niższe partie. Tego nie da się przewidzieć. Idzie się tu na własne ryzyko...

ciepła herbata z termosów i znowu zupka. Już w „rynштunku bojowym” za pół godziny nastąpi wyjście z tej bazy, ostatniej przed szczytem.

Droga nocą, oświetlana nikłymi promieniami z czołówek, dłuży się w nieskończoność. „Polepole” i „hakuna matata” słychać co krok od naszych przewodników i ich pomocników. Tu nie ma już tragarzy, nie ma bowiem co dźwigać, choć małe plecaczki, które każdy z nas ma, z 3 litrami wody ciążą niemiłosiernie. Ubrani jesteśmy wielowarstwowo. Rajtuzy lub kalesony, spodnie turystyczne, na to spodnie polarowe i na wierzch spodnie ortalionowe, chroniące przed niepohamowanym wiatrem, to dół mojego stroju. Podkoszulka, koszulka „oddychająca”, polar, kurtka puchowa (rarytas w górach w Afryce), a na to jeszcze anorak – dopełniają kilka warstw stroju „górnego”. Jestem jak bania, niełatwo przychodzi mi poruszanie się. A tu trzeba wdrapywać się w górę... Ciągle w górę, ciągle w górę. Zakosami, z krótkimi postojami na tyk herbaty, na złapanie oddechu, bez przerwy w górę...

Nad głowami widać gwiazdy, które zlewają się z punkcikami świecących czołówek.

ści i trzeba zwozić chorego na toboganie (wózek z płachtą brezentową na dwóch dużych kołach), po wertepach, między skałami, słabo widoczną w nocy ścieżką. Czasem pomocnicy wzywają helikopter do pomocy, czasem ktoś nie przeżyje, umiera w górach. Śmierć na zboczach KILIMANDŻARO – to musi być bolesne dla innych przeżywców... Około 1/4 - 1/3 turystów nie radzi sobie z wysokością, nie docierają na wierzchołek, muszą być sprowadzani w niższe partie. Tego nie da się przewidzieć. Idzie się tu na własne ryzyko, dlatego w grupach wychodzących są obserwowane takie duże napięcia emocjonalne. Czy uda się stanąć na szczycie? Czy mój organizm nie odmówi posłuszeństwa? Czy podołam? Nikt nie zna odpowiedzi, kto nie spróbuje...

Wierzchołek jest płaski. Zaskakuje duża powierzchnia i wynosząca kilka kilometrów średnica krateru miejscami pokrytego śniegiem, z wystającymi blokami skalnymi. W dali bieleje frontowa ściana lodowca. Miejsce, do którego tak trudno dojść, jest nazwane STELLA PIONT i osiąga wysokość 5 739 m n.p.m. Do wytrwałych uśmiecha się dalsza, półtoragodzinna tra-

sa, prowadząca obrzeżem wulkanu i wynosząca śmiałka o następne 157 metrów w górę (na 5 896 m n.p.m.).

Przewodnicy tak planują wyjście z bazy, by na szczycie stanąć o wschodzie słońca lub kilka minut później, gdy rozwidni się na dobre. Podziwiać wtedy można rozległe tereny krateru KILIMANDŻARO, odszczepieńca MAVENZI, morze chmur przykrywające ziemię. W oddali wznosi się inny stożek wulkaniczny, szczyt MONT MERU (4 652 m n.p.m.). Uznawany jest on za piątą co do wysokości górę Afryki, traktowany jako szczyt aklimatyzacyjny, przed wejściem na KILIMANDŻARO. Wznosi się nad ARUSHA – miastem położonym kilkanaście kilometrów od jego stóp. ARUSHA ma przyjemny klimat, suchy (w porze suchej oczywiście), górski, jest bowiem położona na wysokości 1300 m n.p.m., temperatury w styczniu i lutym wynoszą w upalny dzień 25-30 stopni C. Miasto stanowi ośrodek wypadowy do trekkingów na MT. MERU i KILIMANDŻARO.

MT. MERU położona jest na terenie Parku Narodowego Meru, gdzie swobodnie przechadzają się i pasą zebry, bawoły, guźce, żyrafy. Dlatego każda grupa wybierająca się na szczyt musi iść z rangerem, człowiekiem uzbrojonym w strzelbę. W razie niebezpieczeństwa użyje jej na pewno. Kości nosorożca znajdowane są nadal na dużych wysokościach, nawet na tzw. RHINO POINT 3 500 m n.p.m. Czaszki bawołów, różki żyraf, zęby trzonowe słonia spotkać można bowiem dość wysoko na terenie Parku Arusha. Z MT. MERU, na który wchodzi się również nocą, rozpoczynając ostatni etap trasy ze schroniska położonego na wysokości 3 500 m (o pierwszej w nocy) – obserwuje się wschód słońca nad KILIMANDŻARO. Również i to wejście jest trudne, żmudne, całonocne, z czołwkami na głowach, po osypujących się piargach, gdzie temperatura nocą spada ►►

poniżej 0° C, a na szczycie wynosi około minus 5, minus 8° C. To przecież niedużo, ale różnica dla organizmu, przyzwyczajonego do upału afrykańskich równin, jest drastyczna.

Schodzenie jest przyjemne, z każdym krokiem dociera do płuc więcej tlenu, poprawiają się nastroje, mija podświadome napięcie, słońce przygrzewa w niższych partiach góry i robi się coraz bardziej zielono. Widoki są piękne, góra wulkaniczna, w środku stary krater, w oddali widoczny stożek KILIMANDŻARO. Kłębiące się chmury widoczne na szczycie o wschodzie słońca gdzieś się rozprzeczły, poniżej granicy drzew wyłaniają się żyrafy. Chodzą dostojnie, grupami, nie reagują na zaczepki groźnych bawołów, skubią listeczki drzew akacjowych, nas nie boją się wcale. Jest to bowiem jedyny park narodowy TANZANII, gdzie turysta może spokojnie przechadzać się ścieżkami i z bezpośredniej, niedużej odległości obserwować zwierzęta, żyjące swobodnie w naturze. To robi duże wrażenie.

### ► NURKOWANIE Z DELFINAMI

To naprawdę zabawna sprawa. Każdego dnia raniem delfiny przyplwają do zatoki. Jeszcze przed wschodem słońca. Woda jest wtedy wyraźnie chłodniejsza, niż będzie za kilka godzin, przy „stojącym” wysoko na niebie słońcu.

O wschodzie wyjeżdżamy busikiem nad zatokę. Każdy z nas, turystów żadnych przeżyć, dopasowuje maskę i tzw. fajkę z ustnikiem do swoich ust (o dezynfekcji nie ma co marzyć; słona woda morska musi spełnić to zadanie). Każdy ponadto jest uzbrojony w płetwy na obie stopy. Dobrze, jeśli płetwy są dobrane do pary, kolor już nie ma znaczenia, byle pasowały na nasze długie, europejskie stopy. Ubieramy się lekko, w stroje kąpielowe, a zarazem ciepło owijamy ręcznikiem, bo ranki są wyraźnie chłodne. Idąc po plaży mijamy leżące pokotem merliny, ryby latające, ośmiornice i inne, nieznanne nam, laikom, stworzenia morskie, wylowione dzisiajszego ranka. Za chwilę popłyniemy łodzią z silnikiem motorowym na otwarte morze. Tam z uporem będziemy wypatrywać wyłaniających się grzbietów pływających delfinów. Nie jest to wcale proste zadanie. Nasi żeglarze – przewodnicy lepiej sobie radzą z tym problemem i śmieją się z nas, że znowu nie zauważyliśmy znikającej szybko pod wodą płetwy, ogona, grzbietu. „O tam, daleko, my popłyniemy, a wy „JUMP”, skaczcie szybko do wody”. Trzeba być w gotowości, w całym rynsztunku z płetwami, a i tak nie każdy zdąży ześlizgnąć się z burty i zobaczyć przepływającego obok delfina. Trzeba mieć refleks, trzeba nie bać się skoczyć, trzeba cały czas siedzieć w masce i płetwach i najlepiej jeszcze z fajką w ustach. A jak zobaczyć przez zaparowane okulary grzbiety del-

finów? Oto jest zagadka. Niektórzy mają szczęście. Mogą zauważyć pływającą pod wodą samcę z młodym lub długiego na 4-5 metrów samca, tak blisko, na wyciągnięcie ręki. Zwierzęta szybko znikają, nurkują w głębiny i zabawa skończona. Przewodnicy łączą motor i łódka przemieszcza się w inną okolicę. Rytuał z maską, płetwami, zaparowanymi okularami powtarza się znowu. Po kilku takich figlach zafundowanych nam przez za szybkie delfiny, spozieramy na słońce, które już mocno przygrzewa. Wiemy, że nasz czas się skończył. Woda robi się za ciepła, te sympatyczne ssaki odpływają w głąb morza trochę się ochłodzić. A my wracamy pełni wrażeń i niedosytu na brzeg... Na brzegu otaczają nas natychmiast

posażony w podstawowe leki, z wejściem otoczonym gromadką kobiet z dziećmi i starszymi pacjentami, wyglądającymi na schorowanych. Czarnoskóry lekarz oprowadza nas po ośrodku, pokazując tabele z osiągnięciami o ile przypadków zmniejszyła się zachorowalność na malarię, biegunki, choroby skórne i weneryczne. Pokazuje tabele mówiące o tym, ile wodociągów założono w ostatnim czasie, ile zbudowano latryn w wiosce. Te podstawowe zasady higieny wcale nie są oczywiste na tych odległych od Europy terenach.

ZANZIBAR to wyspa bogato zdobionych drzwi. W każdym, nawet niezbyt solidnie stojącym domu, zbudowanym zazwyczaj z kamieni tworzących rafę koralową,

Trzeba być w gotowości, w całym rynsztunku z płetwami, a i tak nie każdy zdąży ześlizgnąć się z burty i zobaczyć przepływającego obok delfina.

sprzedający wszystko młodzi mężczyźni, handlarze i dzieci, które nie wiedzieć dlaczego nie poszły tego dnia do szkoły. Można kupić delfinka wystruganego z drewna baobabu, można też kupić przepiękne muszle, z kolorowymi wnętrzami, zawijane w trąbkę – i te, w których słychać szumiące morze, i te płaskie, kolorowe, duże, małe i ogromne. Cóż z tego, że tak kusząco wyglądają. Nie wolno ich przywozić do Europy, do Polski. Jest to bowiem bogactwo natury, należące tylko do tego wyjątkowego miejsca, jakim są plaże ZANZIBARU.

JAMBIANI – spokojna wioska na wyspie ZANZIBAR z domem polskim, w którym można pomieszkać, wynajmując kwatere. „Vanilia House” stoi na brzegu przepięknego morza. Rankiem przebiegają plażą dziewczynki w różowych chustach okrywających ich czarne warkoczki. Spieszą do szkoły. Za nimi chłopcy, z książkami pod pachą, fikają koziołki i dokazują, szturchając się i śmiejąc.

Kobiety w swoich kolorowych kangach (dwóch jednakowych chustach; jednej przewiązanej na biodrach, drugiej osłaniającej ramiona i głowę), „uprawiają” ogródki z algami morskimi. Brodzą w morskiej wodzie sięgającej im do kolan, doglądają „podwodnych upraw”. Morze do wieczora jest w fazie odpływu, dopiero około piątej po południu decyduje się na powolny powrót. Jest ciepło, marzycielsko, pięknie. Woda bajeczna do kąpielu; jedynie błękitne meduzy z długimi witkami utrudniają gościom przyjemny wypoczynek. Zahaćają się taką witką o ramię lub nogę, powodując ogromny parzący i długo piekący ból oraz zaczerwienienie. Porady można poszukać u służb medycznych. W JAMBIANI jest szpital, obejmujący swoją pomocą kilka sąsiednich wiosek wyspy. Mały, wy-

drzwi są drewnianym dziełem sztuki. Każdy dom ma ambicję mieć oryginalne drzwi, rzeźbione przez lokalnych artystów. Wzory są niepowtarzalne. Drzwi bowiem świadczą o zamożności, są wizytówką jej mieszkańców.

ZANZIBAR to także wyspa plantacji przypraw i leczniczych ziół. Drzewo, które po nacięciu kory „płacze” soki o dezynfekujących właściwościach jodiny, piękna pestka gałki muszkatołowej, której połówka po przecięciu podobna jest do kasku rowerowego z przestrzeniami wentylacyjnymi lub pofałdowanej kory mózgowej. Owoc durianu – o tak przykrym zapachu, że kelnerzy zabraniają turystom wnosić go do hotelu, owoc maraku – najcudowniejszy dla mnie, o kwaskowato-słodkim smaku, orzeźwiający w tym 38-stopniowym upale. Drzewko mimozy działające jak barometr, składające listeczki na zmianę pogody, wrażliwe na dotyk, trawa cytrynowa, której zapach odstrasza komary i zmniejsza w ten sposób ilość zakażeń malarią, pieprz czarny, czerwony i jasny, którego kolor i intensywność smaku zależy od czasu zbioru i suszenia, papaja mająca właściwości lecznicze, na wszelkie dolegliwości żołądkowe i biegunki. Nawet chinina pozyskiwana jest z kory niepokojącego drzewka, którego nie może zabraknąć w przydomowych ogródkach – tak na wszelki wypadek, gdyby było potrzebne, zawsze jest „pod ręką”. Ten zanzibarski ogród jest wielkim bogactwem przyrody, niepowtarzalnych kolorów kwiatów i zapachów. To trzeba zobaczyć, skosztować i przywieźć choć odrobinę ziół i przypraw do Polski, by wspominać ZANZIBAR. ●

# „Był prawdziwym światłem ze Śląska”

Homilia wygłoszona na pogrzebie Prof. Kornela Gibińskiego przez  
abp. Damiana Zimonia w Archikatedrze w Katowicach, 4.04.2012 r.

2 Kor 4, 14 – 5, 1; Ps 27; Łk 23, 44 n

Żegnamy śp. Prof. Kornela Gibińskiego. Zmarł w 97. roku życia w otoczeniu swej rodziny. Jeden z najwybitniejszych polskich lekarzy pożegnał się z tym światem w Wielkim Tygodniu, Świętym Tygodniu, jak mówią Francuzi.

Ten okres jest szczytem roku kościelnego. Od Wielkiego Czwartku do Wielkiej Nocy obchodzimy największe tajemnice naszej wiary. Jeśli chcemy wejść na szczyt wysokiej góry, to trzeba się odpowiednio przygotować. Kto wspina się po górach, dobrze o tym wie.

Trzeba się także przygotować do obchodów śmierci i Zmartwychwstania Jezusa Chrystusa. To przygotowanie rozpoczęło się w Środę Popielcową. Wtedy posypano nasze głowy popiołem i wypowiedano słowa: „Pamiętaj człowiecze, żeś prochem jest i w proch się obrócisz”. Te wstrząsające słowa świętej liturgii urzeczywistniają się szczególnie w momencie ludzkiej śmierci.

Tak, przemija postać tego świata. Przemija to, co widzialne, a to co niewidzialne trwa wiecznie (2 Kor 4, 14).

Prof. Kornel Gibiński urodził się w Krakowie i tam spędził swą młodość. Skończył Wydział Lekarski na Uniwersytecie Jagiellońskim jeszcze przed wojną i tam był zatrudniony przez kilka lat. Pod koniec 1941 r. zawarł związek małżeński z Wandą Ostrowską. Państwo Gibińscy wychowali czworo dzieci. Pod koniec wojny Kornel Gibiński za działalność w podziemiu trafił do obozu koncentracyjnego w Gross – Rosen. Szczęśliwie wrócił do Krakowa. Wkrótce potem przeniósł się do Wrocławia – tylko na parę lat.

Na Górny Śląsk przybył w 1953 roku i tu pozostał do końca życia. W Bytomiu zorganizował III Klinikę Chorób Wewnętrznych Śląskiej Akademii Medycznej.

Tu na Górnym Śląsku prof. Gibiński był prekursorem w wielu dziedzinach medycyny. Wielokrotnie reprezentował katowickie środowisko medyczne na forum krajowym i międzynarodowym. Ważną dziedziną jego działalności była etyka badań naukowych. Już w latach siedemdziesiątych zabiegał o utworzenie komisji etyki badań naukowych w ministerstwie zdrowia.

Prof. Gibiński miał świadomość, że odkrycia naukowe są wykorzystywane zarówno dla dobrych, jak i dla złych celów. Pisał: „Dlatego badaniom genetycznym stale towarzyszy tyle emocji i uzasadnionych wątpliwości, sprzeciwu i dezaprobaty. Badania te nie mogą być przeprowadzane bez aprobaty komitetów bioetycznych. Bioetyka odnosi się bowiem do zjawiska życia, którego człowiek sam przecież nie stworzył, a chce teraz przekształcać”. Głośno sprzeciwiał się eutanazji.

Prof. Gibiński śledził te ważne sprawy w literaturze światowej, a także watykańskiej. Było mu blisko do encykliki Jana Pawła II „Evangelium Vitae”. Był prawdziwym światłem ze Śląska.

Wspominam tylko o niektórych zasługach zmarłego Profesora Gibińskiego. Zapewne biografowie omówią obszernie jego dokonania.

Centralny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach został ostatnio nazwany imieniem prof. Kornela Gibińskiego. Ta decyzja ma przybliżyć nazwisko Profesora nauczycielom akademickim, studentom i pacjentom tej zasłużonej placówki.

Był on wybitnym lekarzem i wielkim humanistą. Uważał, że medycyna jest potężna, ale o tej potędze nie stanowią wynalazki, tylko relacja z drugim człowiekiem, z pacjentem. Źródło lekarskiego powołania to zdolność współodczuwania – mówił. To wielki problem poruszany przez prof. Gibińskiego.



Bracia i Siostry! Droga Rodzino Zmarłego! Trzeba nam teraz wpisać to długie życie Profesora Gibińskiego w Tajemnicę Jezusa Chrystusa. Z tej Tajemnicy Zmarły czerpał światło i siłę na zwykłe dni.

Żegnamy człowieka wielkiej wiary i chrześcijańskiej nadziei. Z Eucharystii wydobywał nowe moce, zwłaszcza w czasie choroby. Był otoczony życzliwością swoich bliskich, a gdy tylko mógł, przybywał do tej archikatedry na Mszę św.

W czasie jednego z wykładów do środowiska akademickiego, tu w katedrze, mówił: „Znam pewne francuskie przysłowie. Brzmi tak: Jeśli człowiek dzieli się z drugim człowiekiem chlebem, to tego chleba ubywa. Jeśli dzieli się z drugim człowiekiem mieszkaniem, to mieszkania nie ubywa. A jeśli dzieli się człowiek z drugim człowiekiem wiarą, to tej wiary mu przybywa”.

To przykład dzielenia się wiarą z drugim człowiekiem. Jakie to ważne dla nauczyciela akademickiego, który staje wobec studentów.

Prof. Kornel Gibiński to jeden ze świadków mądrego pokolenia, jeszcze przedwojennego, które było niezwykle doświadczone przez dramaty drugiej wojny światowej, przez cierpienia i obozy koncentracyjne. Było to pokolenie głęboko przekonane o nieprzemijalności tego, co niewidzialne i przemijalności tego, co widzialne. Oni wierzyli i mieli głęboką nadzieję, że jeśli zniszczy nas przybytek doczesnego zamieszkania, to będziemy mieli mieszkanie od Boga, dom nie ręką uczyniony, lecz wiecznie trwały w niebie (2 Kor 5, 1).

Tej wiary, my – jeszcze żyjący, musimy stale się uczyć. Przecież też staniemy na Bożym sądzie i zdamy sprawę ze swego włodarstwa. Amen.

16 marca 2012 r. w wieku 86 lat zmarła

dr **Janina Lamprecht**

lekarz, specjalista medycyny przemysłowej

absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach w roku 1957

ostatnio zamieszkała w Bytomiu.

Wieloletni pracownik ZLA Bytom, Szpitala Miejskiego w Chorzowie

oraz Szpitala Aresztu Śledczego w Bytomiu.

Uroczystości pogrzebowe odbyły się 20 marca

na cmentarzu parafialnym w Pajęcznie (woj. łódzkie).

o czym zawiadamia

córka

## wspomnienia

# Śp. Dr Maria Reszka-Czejka

## (1925-2012)

Dr Maria Reszka-Czejka przeżywszy 86 lat zmarła 19.02.2012 r. w Szpitalu w Chorzowie przy ul. Strzelców Bytomskich.

Śp. Maria Barbara Reszka-Czejka mieszkała w Chorzowie, urodziła się 26.03.1925 r. w Warszawie, jako córka Adama i Mariany z domu Kępa. W siódmym roku życia rozpoczęła naukę w Szkole Powszechnej w Warszawie na Rybakach. Po jej ukończeniu, kontynuowała naukę w Gimnazjum im. Gagatnickiej w Warszawie, które ukończyła w 1939 r. Po likwidacji Gimnazjum przez okupanta, rozpoczęła naukę na podziemnych kursach w Warszawie. W 1944 r. zdała maturę. W 1942 r. wstąpiła do Szarych Szeregów – podlegała pod dowódcę Irenę Łukjanow i w 1942 r. złożyła przysięgę w Armii Krajowej, w zgrupowaniu „Gurt”. W Powstaniu Warszawskim brała udział jako sanitariuszka, pracowała w prowizorycznym połowym szpitalu, na terenie szkoły przy ul. Złotej 58 w Warszawie. Po upadku Powstania przeniosła się do Szpitala im. Dzieciątka Jezus w Warszawie, w którym przechodziła przeszkolenie sanitariusza. W roku 1944, wraz ze szpitalem została ewakuowana do Krakowa, zaliczona była jako więzień Auschwitz. Tam pracowała do końca wojny, w szpitalnej Ubezpieczalni Społecznej. Po wojnie przeniosła się do Wrocławia i rozpoczęła studia medyczne na Uniwersytecie Wrocławskim. W 1952 r. otrzymała nakaz pracy do Chorzowa, do Zakładowej Przychodni Zakładów Azotowych. W 1955 r. w Urzędzie Stanu Cywilnego w Chorzowie zawarła związek małżeński z Czesławem Czejką, który za-

kończył się rozwodem w 1966 r. Nie miała dzieci. Pracując w Zakładach Azotowych w Chorzowie do 1974 r. uzupełniała studia medyczne, uzyskując dyplom lekarza medycyny, a następnie zrobiła specjalizację medycyny przemysłowej. Od 1974 r. pracowała w Wojewódzkiej Przychodni Przemysłowej w Katowicach, aż do emerytury do 1995 r. W 1983 r. została odznaczona Złotą Odznaką „Zasłużonego w rozwoju województwa katowickiego”. Z chwilą powstania „Solidarności” została jej członkiem i przewodniczącą NSZZ „Solidarność” Przychodni Zdrowia „Budowlani” w Katowicach. W 1990 r. otrzymała „Medal Zwycięstwa i Wolności 1945 r.” nadany przez Prezydenta Polski. W 2001 r. została mianowana przez Prezydenta RP na stopień podporucznika rezerwy Wojska Polskiego. Jako nieprzeciętna patriotka, do ostatnich swoich możliwości zdrowotnych, udzielała się aktywnie kolejno: w „Ruchu Odbudowy Polski” Krajowego Studium Polski Podziemnej, w Związku Solidarności Polskich Kombatantów Regionu Śląskiego. Odznaczona była Krzyżem Armii Krajowej, Krzyżem Partyzanckim, Warszawskim Krzyżem Powstańczym, Medalem za Warszawę 1939-1945. Ponieważ była samotna, upoważniła notarialnie, Krajowe Studium Polski Podziemnej, którego była wieloletnim członkiem, do reprezentowania Jej osobiście we wszystkich sprawach wobec różnych instytucji i administracji samorządowych i państwowych.

Śp. Maria Barbara Reszka-Czejka życzyła sobie, by Jej zwłoki spalić w krematorium, a prochy pochować na Cmentarzu Woj-

skowym w Warszawie. Ceremonia pogrzebowa miała podwójny wymiar. W dniu 28.02.2012 r. o godzinie 15.00 odbyła się pierwsza część ceremonii pogrzebowej, w Parku Pamięci w Rudzie Śląskiej. Odbyła się Msza Święta w asyście przedstawicieli Zarządu Krajowego Studium Polski Podziemnej, Poczty Sztandarowego „Solidarność” i nielicznych znajomych, po czym trumnę ze zwłokami, przeniesiono do miejscowego krematorium. W dniu 5.03.2012 r. nastąpiła druga część ceremonii pogrzebowej. Udział w niej wzięli m.in. Zarząd Krajowy Studium Polski Podziemnej w składzie: dr Marian Pionk, kpt. inż. Konrad Graca, inż. Jan Ast, Józef Grządziel, Harcmistrz Chorągwi Katowickiej inż. Czesław Straś i Danuta Tomalik. (Przejazd do Warszawy zapewnił nam Prezydent Miasta Chorzowa.) Dokładnie o godzinie 15.00 w asyście księdza i Kompanii Honorowej Wojska Polskiego, spod bramy głównej Cmentarza Wojskowego na Powązkach, ruszył Kondukt Pogrzebowy Aleją Zasłużonych do Kolumbarium – Panteonu Żołnierzy Polski Walczącej, gdzie z należnymi honorami, złożono urnę w małej krypcie w Kolumbarium o symbolu LA-XII5. Złożono wieńce od Prezydenta i Urzędu Miejskiego w Chorzowie oraz od Krajowego Studium Polski Podziemnej i Związku „Solidarności” Polskich Kombatantów Regionu Śląskiego.

Cześć Jej pamięci!

**Jan Ast**  
Członek Zarządu Krajowego Studium  
Polski Podziemnej

# Śp. Dr Zofia Waltenberger

W dniu 31 marca 2012 roku zmarła w wieku 99 lat Zofia Waltenberger, lekarz pediatra, związana przez całe życie zawodowe z Górnym Śląskiem. Jednak urodziła się gdzie indziej – przysłała na świat w roku 1913 we Lwowie, w rodzinie nauczycielki gimnazjalnej i artysty malarza, który jako młody człowiek zginął w jednej z bitew I wojny światowej. Zofię i Jej rodzeństwo wychowywała matka, wpajając swoim dzieciom patriotyzm i wielkie poszanowanie pracy.

Pierwsze zainteresowania człowiekiem i jego problemami poprowadziły Ją na Uniwersytet im. Jana Kazimierza we Lwowie, gdzie w latach 30. studiowała psychologię. W czasie II wojny włączyła się czynnie w działania konspiracyjne – jako kurier i przewodnik przeprowadzała uciekinierów z Polski przez góry do Rumunii.

Po wojnie musiała – jak inni – opuścić rodzinne miasto. Nowy dom znalazła właśnie w Gliwicach.

Koszmar lat wojny u wielu ludzi wywołał potrzebę zmagania się z ludzką tragedią i śmiercią. Medycyna wydawała się kierunkiem, który odpowiadał takiej potrzebie humanistycznej naprawy rzeczywistości – Zofia studiowała wraz z pierwszym powojennym rocznikiem, który już 1945 r. zasiadł w mocno naruszonych zniszczeniach wojennymi ławach Wrocławskiej Akademii Medycznej. Po studiach wróciła na Śląsk. Przez wiele lat pracowała w Klinice Pediatrycznej Śląskiej Akademii Medycznej w Zabrze, w szpitalu w Katowicach, potem w Przychodni Kolejowej w Pyskowicach. Cały czas pracowała także w Gliwicach.

Była przykładem lekarza humanisty, który swoje pracowite życie poświęcił rzeszom chorych, toteż zasłużenie cieszyła się ich wielkim zaufaniem, szacunkiem i wdzięcznością. Była człowiekiem prawym i skromnym. Surowa i wymagająca w stosunku do siebie, dla małych pacjentów miała wielkie



pokłady cierpliwości i życzliwości. Interesowała się wszelkimi nowymi metodami leczenia i rehabilitacji w dziecięcym porażeniu mózgowym, starała się pomóc chorym dzieciom i ulżyć ich rodzicom.

Odeszła po dobrze przeżytym życiu, zostawiając ślad w pamięci i sercach ludzi, dla których pracowała.

**Rodzina**

**szukam  
pracy**

**Dietetyk** specjalizujący się w profilaktyce i poradnictwie dietetyczno-zdrowotnym szuka pracy w zawodzie lub branży medycznej (doświadczenie zawodowe 3 lata); tel. 507 246 241 Maria

**Specjalista ortopeda traumatolog** (dodatkowo uprawnienia: USG, artroskopia, wady postawy u dzieci) poszukuje pracy: Rybnik Gliwice, Żory, Jastrzębie, Wodzisław Śl. Forma zatrudnienia do uzgodnienia; tel. 695 422 934, 601 591 645.

**Pediatra** st. I, 28-letni staż pracy szuka pracy w POZ - Tychy, Katowice tel. 606 449 393

**Lekarz dentysta** posiadający specjalizację z zakresu stomatologii dziecięcej poszukuje pracy na terenie Gliwic lub w okolicy; tel. 697 011 414

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

**Laryngolog** st. I szuka pracy; tel. 32 440 11 81

Szukam pracy – lekarz emeryt – **specjalista medycyny rodzinnej, specjalista medycyny pracy** z 30-letnim stażem w pracy w POZ-ie poszukuje pracy na terenie miast: Piekary Śląskich, Bytomia, Katowice, Będzina lub Chorzowa lub okolic tych miast; pół etatu (umowa o pracę, umowa-zlecenie); tel. 609 507 782