



Pro Medico

grudzień 2011 • nr 188 • ISSN 1232-8693

PISMO ŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ w Katowicach

NIE - dyskryminacji pacjentów ze Śląska

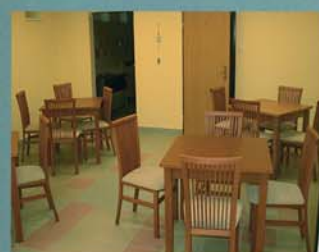
str. 3

Uwaga: Petycja w sprawie recept

str. 7

Fundacja Lekarzom Seniorom

str. 8



Reklama



z mojego
punktu
widzenia...

Życzę Wam pełnych ciepła i spokoju, pogodnych Świąt Bożego Narodzenia, wielu radości, pomyślności i sukcesów. Aby wszystkie życzenia, jakie sobie nawzajem składamy, spełniły się w nadchodzącym roku, szczęśliwym dla nas i naszych bliskich.

„Niech nasza droga będzie wspólna. Niech nasza miłość będzie potężna. Niech nasza nadzieja będzie większa od wszystkiego, co się tej nadziei może sprzeciwiać.”

Jan Paweł II

Podjęliśmy szereg działań związanych z nową ustawą refundacyjną. W naszych protestach, wysłanych m.in. do władz RP, domagamy się dokonania w niej bezzwłocznych zmian. Zaalarmowaliśmy dziennikarzy, tłumaczyłem m.in. jak brak precyzyjnych zasad uznawania pacjenta za osobę ubezpieczoną uderzy także w naszych chorych. Kolejne kuriozalne obowiązki próbuje się nałożyć na nas w projekcie rozporządzenia o receptach lekarskich. Ktoś powiedział: „wyroki NFZ, jak wyroki boskie, są nieodwołalne”. Jestem przekonany, że konsekwencja i zdeterminowanie całego środowiska lekarskiego pokaże, że **tak być nie może**. Akcja poparcia dla zmian przepisów ma już wymiar ogólnopolski, każdy z nas może dać jej wyraz, podpisując petycję zamieszczoną na naszej stronie internetowej oraz zamieszczoną na następnych stronach. To nie wymaga wysiłku, a jest niezmiernie ważne! **Wystarczy trzy kliknięcia lub podpis złożony pod petycją, by Twój głos wzmocnił nasze starania**. Naszym celem jest zapewnienie dla nas bezpiecznych i godziwych warunków dla wykonywania zawodu oraz dobro pacjenta, bez względu na status ubezpieczonego. Nie godzimy się na przejmowanie roli urzędników i kolejne administracyjne obciążenia!

Domagamy się także unieważnienia zarządzenia prezesa NFZ o nowym, krzywdzącym nasz region podziale środków między poszczególne województwa. Żądamy kryteriów przejrzystych i jednoznacznie określonych. Nasz głos musi być słyszany nie tylko w środowisku związanym z ochroną zdrowia, dlatego zorganizowaliśmy w Domu Lekarza konferencję prasową pod hasłem „NIE dla dyskryminacji pacjentów ze Śląska”. Wysłałem pismo do śląskich posłów i senatorów oraz władz wojewódzkich i samorządowych naszego regionu, jesteśmy w stałym kontakcie z Zarządem Regionu Śląskiego OZZL.

Naszym Seniorom należy się nie tylko szacunek, ale i szczególna troska. Dlatego założyliśmy „Fundację Lekarzom Seniorom”, która po naszych wielomiesięcznych staraniach uzyskała status organizacji pożytku publicznego, będziemy więc mogli odpisać na jej rzecz 1% podatku od dochodu za 2011 r. O tym, jak to zrobić i jakie są plany Fundacji, na dalszych stronach pisma. **Gorąco apeluję do Koleżanek i Kolegów, aby także w ten sposób pomogli nam w organizowaniu pomocy tym spośród nas, którzy jej najbardziej potrzebują.**

Czas upływa nam na bataliach, by kłody rzucane lekarzom nie przeszkodziły w jak najlepszym wykonywaniu naszej pracy. Jednak nie brakuje chwil refleksji, jak podczas dorocznego koncertu „Pro Memoria”, poświęconego Zmarłym Koleżankom i Kolegom. Dziękuję lekarzom artystom za stworzenie wzruszającej atmosfery.

Szczególne gratulacje i słowa podziękowań kieruję do nowych specjalistów i kierowników specjalizacji, zwłaszcza tych, którzy z różnych powodów nie mogli przybyć na nasze kolejne spotkania, uświetniające te jakże ważne etapy drogi zawodowej, a jednocześnie pomagające nam bliżej się poznać. Osiąganie kolejnych celów zawodowych to nie tylko wyraz profesjonalizmu, ale i spełnianie zasad naszej wspólnej, lekarskiej etyki.

Wgrudniu mija 30 –ta rocznica wprowadzenia stanu wojennego. To czas dla młodych już odległy, ale przypominamy go, bo był przykładem znalezienia w sobie odwagi, hartu ducha i solidarności przez miliony Polaków. W strukturach opozycji było także wielu lekarzy. Ważne, byśmy o tych ideach i zasadniczych wartościach sprawiedliwej Polski, w której pracuje się godnie – nie zapominali.



Na okładce: Dom Lekarza Seniora w Sosnowcu

W NUMERZE:

Z mojego punktu widzenia...	1
Aktualności	3
Z działalności samorządu	4
Fundacja „Lekarzom Seniorom”	8
V Sympozjum w Książu	10
Z teki OROZ	11
Solidarność zawodowa - felieton	12
Psychiatria	13
W oczach stażysty	15
Prawnik informuje	16
Szkolenia ŚIL	17
Jubileusz: 50 lat po dyplomie	18
DKF	19
Stomatologia 2011	19
Etyka	20
Świadectwo moralności	23
Nowe książki	23
Koncert Pro Memoria	24
Wspomnienia	27
Nekrologi	27
Ogłoszenia, reklamy	28

Niech nadchodzące święta Bożego Narodzenia przyniosą radość, szczęście i pomyślność, niech dodadzą otuchy w zmaganiu się z codziennością. Wspaniałych chwil w gronie bliskich, roziskrzonych kołędą, refleksją, śmiechem i wspomnieniami życzy Czytelnikom redakcja „Pro Medico”

(...)
Tak się zaczyna
pora jedyna
noc rozwiesza błyskające
gwiazdy w choinach.

Będą błyskały
dla śnieżnej chwały,
a kołęda powędruje
przez styczeń biały.

W mrozie na dworze
zziębnie niebożę!
Jak do moich drzwi zapuka,
to jej otworzę.

Jerzy Ficowski

(wiersz opublikowany w miesięczniku „Rota” 1997, nr 4 s. 59)

Szczególne pozdrowienia i życzenia ślemy do wszystkich Autorów „Pro Medico”, którzy w mijającym roku zechcieli z nami współpracować, a z Państwem podzielić się informacją, refleksją, opinią czy wspomnieniem. Mamy nadzieję, że krąg piszących do naszego biuletynu jeszcze się poszerzy. Lekarz to wyjątkowy zawód, łączący naukową precyzję z głębokim humanizmem, czego dowodzą także Państwa artykuły. „Cóż może powiedzieć ktoś opuszczony przez słowa?” pytała poetka, Anna Kamieńska. Zatem życzymy słów posłusznych natchnieniu, twórczej inwencji, niebanalnych spostrzeżeń, ciekawych przeżyć i pasji do ich opisania.

Grażyna Ogrodowska

zastępca redaktora naczelnego

KOMUNIKAT

Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach
uprzejmie informuje, że

XXXI Okręgowy Zjazd Lekarzy

odbędzie się
31 marca 2011 roku o godz. 9⁰⁰
w Domu Lekarza w Katowicach przy ul. Grażyńskiego 49a

Pro Medico

Wydawca: Śląska Izba Lekarska w Katowicach. Dla wszystkich lekarzy zrzeszonych w ŚIL w Katowicach bezpłatnie.

Redaktor naczelny: Żywiślaw Mendel, zastępca redaktora naczelnego: Grażyna Ogrodowska, redaktor Anna Zadora-Świderek. Adres redakcji:

„Pro Medico”: ul. Grażyńskiego 49a, 40-126 Katowice,

tel. (32) 203 65 47/48 wew. 310, 325; fax: (32) 352 06 38; e-mail: biuletyn@izba-lekarska.org.pl;

strona internetowa: www.izba-lekarska.org.pl; druk: Elanders Polska Sp. z o.o. Płońsk, ul. Mazowiecka 2

Skład, reklamy, ogłoszenia i projekt okładki: Przemysław Skiba.

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń i reklam. Zastrzega sobie prawo redagowania i skracania tekstów.

Materiały do numeru styczniowego 2012 przyjmujemy do 12-go (reklamy do 9-go) grudnia 2011 roku. Data zamknięcia numeru – 14.XI.2011 r.

● KONFERENCJA PRASOWA ŚLĄSKICH ŚRODOWISK MEDYCZNYCH

„NIE - dla dyskryminacji pacjentów ze Śląska”

Przedstawienie trudnej sytuacji panującej w ochronie zdrowia w naszym województwie było celem jaki przyświecał konferencji prasowej pod tytułem „NIE dla dyskryminacji pacjentów ze Śląska” zorganizowanej 16 listopada przez Śląską Izbę Lekarską.

G ości mi spotkania, którego rolę gospodarza pełnił dr **Jacek Kozakiewicz** prezes ORL w Katowicach, byli przedstawiciele śląskiego środowiska medycznego. Przy jednym stole zasiedli dr **Mariola Bartusek** – przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach, **Stanisław Piechula** – prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej w Katowicach, **Maciej Niwiński** – przewodniczący Zarządu Regionu Śląskiego OZZL, **Józef Kurek** – dyrektor SP ZOZ Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego w Jaworznie oraz **Jerzy Rdes** – zastępca dyrektora ds. lecznictwa Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego S.A., NZOZ Szpitala im. B. Hagera w Tarnowskich Górach.

Spotkanie zostało poświęcone dwóm bardzo istotnym problemom z jakimi w przyszłym roku borykać się będą przedstawiciele zawodów medycznych, dyrektorzy placówek ochrony zdrowia i przede wszystkim pacjenci. Mowa tu o planach budżetu Śląskiego Oddziału NFZ, a zwłaszcza kontrowersyjnej decyzji podziału blisko 600 mln zł. z tzw. funduszu zapasowego. W jej wyniku Śląsk otrzymał zaledwie 15 mln zł, gdy Mazowszu przypadło w udziale ponad pół miliarda zł. Dysproporcję między wysokością środków przeznaczanych na leczenie jednego pacjenta w zależności od miejsca zamieszkania obrazują słowa prezesa Kozakiewicza:

– Dla województwa mazowieckiego, gdzie liczba osób ubezpieczonych jest o 14,3 % wyższa niż w woj. śląskim, na 2012 rok zaplanowano obecnie o 22,5 % więcej środków finansowych niż dla naszego regionu.

W podobnym duchu wypowiedziała się obecna na konferencji **Halina Cierpiat** – przewodnicząca Regionalnego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”, która zauważyła, że kwoty dodatkowe przyznane z funduszu zapasowego dla Mazowsza i Śląska podzielone na liczbę mieszkańców tych województw dają stosunek 105 zł do 3,40 zł dodatkowych środków na leczenie, z korzyścią dla Oddziału Mazowieckiego NFZ.

Dr Mariola Bartusek z OIPIP odniosła się z kolei do problemu braku informacji odnośnie podmiotów, z którymi prezes NFZ konsultował swoją decyzję i czy w ogóle były przeprowadzone w sprawie sposobu podziału środków jakiejkolwiek konsultacje ze środowiskami medycznymi.

Zaproszeni na konferencję dyrektorzy, dr Józef Kurek kierujący placówką publiczną i dr Jerzy Rdes ze szpitala będącego spółką, w swoich wypowiedziach kładli nacisk na sposób kontraktowania świadczeń przez NFZ. Jest on, ich zdaniem, bardzo utrudniony i skomplikowany z uwagi na zmieniające się jak w kalejdoskopie przepisy oraz wprowadzanie przez Fundusz licznych zarządzeń przewidujących zbyt mało czasu na realizację ich zapisów, a także na morze papierkowej pracy, która jest przez nie generowana.

– Po trzydniowym pobycie pacjenta na oddziale pozostaje dokumentacja licząca ponad trzydzieści stron, na które ktoś musiał poświęcić swój czas, aby je zapisać, a które teraz trzeba będzie przechowywać zgodnie z prawem przez 20 lat. Zwiększa to wydatki ze szpitalnego budżetu, bo potrzeba wielu sekretarek medycznych i statystyków, a magazynowanie

historii chorób również wiele kosztuje – mówił dyrektor Józef Kurek.

Dyrektor Jerzy Rdes podzielił się natomiast doświadczeniami szpitala funkcjonującego jako placówka niepubliczna od blisko 1,5 roku.

– Samo przekształcenie, wobec pogłębiających się niedoborów finansowych, przy stale zmieniającym się otoczeniu prawnym nie rozwiązuje problemów a wręcz przeciwnie powiększa je za sprawą „kagańca” - Kodeksu spółek handlowych – zauważył dyrektor.

Szef Śląskiego OZZL dr Niwiński podkreślał wartość wspólnego spotkania wszystkich środowisk medycznych. Zaznaczył, że wszystkie organizacje zrzeszające pacjentów oraz pracowników ochrony zdrowia naszego województwa, a także przedstawiciele władz publicznych mają obowiązek stanąć w obronie interesów śląskich pacjentów i podjąć wszelkie możliwe działania celem zmiany tej sytuacji.



fol.: Przemysław Skiba

D rugą wzbudającą wiele emocji kwestią poruszoną na konferencji była sprawa wchodzącej w życie od 1 stycznia 2012 tzw. ustawy refundacyjnej, której zapisy budzą wiele wątpliwości w środowisku medycznym i stawiają przed pacjentami realne zagrożenia. Wejście ustawy w życie spowoduje, że od nowego roku trudno im będzie uzyskać i zrealizować recepty na leki refundowane. Szeroko przedstawił ten problem prezes Stanisław Piechula apelując:

– Chory powinien być w aptece pacjentem, a nie świstkiem papieru, na którym farmaceuta wyszukuje ewentualnych uchybień w obawie przed NFZ-em, który wykorzysta je do odebrania aptece pieniędzy za wydane leki.

Konferencja wzbudziła bardzo duże zainteresowanie mediów, nie tylko lokalnych – przedstawiciele radia, prasy i kilku stacji telewizyjnych z uwagą rejestrowali merytoryczne wypowiedzi uczestników konferencji

dotyczące przyczyn tak wielkiej determinacji śląskich środowisk medycznych. Prezes Jacek Kozakiewicz w trakcie konferencji kilkakrotnie podkreślał znaczenie faktu, że wszyscy razem, pielęgniarki, farmaceuci i lekarze, ramię w ramię, pomimo częstych różnic w poglądach, mówią w tych sprawach jednym głosem:

– *Bez istotnych i zdecydowanych zmian w systemie finansowania ochrony zdrowia sytuacja będzie się nadal pogarszała, potęgując trudności w dostępie do świadczeń medycznych, co stworzy poważne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów w naszym regionie.* – stanowczo podkreślał prezes ORL.

W konferencji, jako obserwatorzy uczestniczyli również poseł **Piotr Chmielowski** oraz wiceprezes ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali prywatnych **Krzysztof Macha**.

Anna Zadora-Świderek

Z działalności samorządu...

Listopadowa konferencja prasowa była zwieńczeniem wielokierunkowych działań podejmowanych przez śląski samorząd lekarski, dla poinformowania opinii publicznej i skierowania uwagi decydentów na konieczność wprowadzenia zmian w przepisach prawnych.

NIEKORZYSTNY DLA ŚLĄSKA PODZIAŁ ŚRODKÓW W PRZYSZŁOROCZNYM BUDŻECIE NFZ

W październiku prezes ORL **Jacek Kozakiewicz** wystosował do śląskich posłów i senatorów oraz władz wojewódzkich i samorządowych naszego regionu pismo, w sprawie podziału przez prezesa NFZ **Jacka Paszkiewicza** dodatkowych środków z tzw. funduszu zapasowego w przyszłorocznym budżecie. Prezes ORL podkreślił, że „beneficjentami tego zastrzyku finansowego zostały: oddział mazowiecki, który otrzymał około 550 mln zł., oddział pomorski i oddział śląski NFZ, który uzyskał zaledwie 15 mln. zł. W związku z tym w porównaniu do planu 2011 r. wzrost nakładów w województwie śląskim wyniesie w 2012 roku zaledwie 0,2 proc, natomiast w woj. mazowieckim ok. 6,3 procenta! Około 4,5 mln. mieszkańców woj. śląskiego otrzyma w 2012 roku na swoje leczenie nieco ponad 7 miliardów zł, gdy na ratowanie zdrowia i życia ok. 5 mln. mieszkańców województwa mazowieckiego zostanie wydanych około 9 miliardów złotych.”

W kilka dni potem do ŚIL wpłynęła odpowiedź posła **Jerzego Ziętka**, w której zapewnił o chęci współpracy z izbą i podjęciu działań w sprawie wprowadzonych do budżetu zmian. „Ja również uzyskałem informację o rozdziale przez NFZ rezerwy 600 mln złotych. Sposób jej podziału jest wysoce niezrozumiały i nietransparentny i bardzo

Stanowisko

Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach z dnia 26 października 2011 r.

w sprawie odpowiedzialności osób uprawnionych do wystawiania recept lekarskich na leki i wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych.

Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach z wielkim zaniepokojeniem i obawą oczekuje na wejście w życie nowych przepisów określających zasady odpowiedzialności lekarzy za wystawianie pacjentom recept refundowanych przez NFZ.

Przepisy ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych kształtują nową rzeczywistość dla lekarzy i lekarzy dentyistów, w której – przypisuje się lekarzowi i lekarzowi dentyście rolę pracownika Narodowego Funduszu Zdrowia, ustalającego uprawnienia pacjenta do otrzymania recepty na lek refundowany,

- nałożony zostaje na nich obowiązek weryfikacji uprawnień pacjenta choć nie posiadają oni narzędzi pozwalających dokonać takiej weryfikacji
- nałożono na lekarzy i lekarzy dentyistów obowiązek zwrotu kwoty refundacji w przypadku wystawienia recepty osobie nieuprawnionej pomimo, że lekarz nie ma możliwości weryfikacji tych uprawnień,
- nierówno ukształtowane są prawa i obowiązki stron umów upoważniających do wystawiania recept,
- obowiązującej mają nieprecyzyjne terminy jak np. „recepta nieuzasadniona udokumentowanymi względami medycznymi”, co pozwala NFZ na wielką swobodę interpretacyjną (w tym wymaganie w zakresie dokumentowania rozpoznania choroby przewlekłej przez drugiego lekarza),
- stosowane będą przez NFZ liczne sankcje w przypadku najdrobniejszych uchybień w realizacji umowy upoważniającej do wystawiania recept takie jak: kary umowne, obowiązek zwrotu kwoty refundacji i wypowiedzenie umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki refundowane oraz zakaz zawierania kolejnych umów.

Okręgowa Rada Lekarska Śląskiej Izby Lekarskiej uważa, że w przepisach dotyczących ordynacji leków refundowanych winny być bezzwłocznie dokonane zmiany określone w stanowisku Konwentu Prezesów ORL z dnia 15 października 2011 r. oraz Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 22.10.2011 r.

Okręgowa Rada Lekarska upoważnia Prezesa i Prezydium ORL do dalszych wielokierunkowych działań w celu zrealizowania postulatów samorządu lekarskiego.

krzywdzący dla naszego województwa. Poprosiłem Prezesa NFZ o wyjaśnienie zasadności właśnie takiego podziału tej kwoty.” – poinformował poseł.

2 listopada w siedzibie ŚIL odbyło się spotkanie prezesa **Jacka Kozakiewicza** z **Maciejem Niwińskim** – przewodniczącym Zarządu Regionu Śląskiego OZZL, którego głównym tematem był przyszłoroczny budżet NFZ. Obie strony domagają się unieważnienia przez ministra zdrowia zarządzenia prezesa NFZ i nowego podziału środków między poszczególne województwa, według sprawiedliwych, przejrzystych i jednoznacznie określonych kryteriów.

Jednocześnie uczestnicy spotkania, jak czytamy w opublikowanym komunikacie, zadeklarowali chęć ścisłej współpracy w zakresie swoich kompetencji i możliwości, w działaniach których celem jest nie tylko poprawa warunków wykonywania zawodu lekarza, ale również poprawa sytuacji wszystkich pracowników oraz pacjentów śląskiej ochrony zdrowia.

BATALIA O ZMIANY W RECEPTACH

Restrykcyjne zapisy wchodzącej w przyszłym roku w życie ustawy zwanej potocznie refundacyjną, zelektryzowały środowisko lekarskie i skłoniły do działania szereg instytucji

związanych z szeroko pojmowaną ochroną zdrowia. Samorząd lekarski zwracał uwagę na wynikające z niej zagrożenia jeszcze zanim projekt ustawy przybrał ostateczny kształt. Niestety głos środowiska pozostał bez echa i nie udało się przekonać projektodawców do złagodzenia obostrzeń oraz zniesienia nadmiernych wymagań i obciążeń wobec lekarzy i lekarzy dentyistów wystawiających recepty w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Kampania wyborcza i następujące po niej wybory parlamentarne zepchnęły ten temat na dalszy plan. W dalszym ciągu prowadzone były jednak działania mające na celu zmianę niekorzystnej sytuacji, w której lekarze będą potrójnie karani: karą umowną, zwrotem kwoty nie należnej refundacji i zakazem zawierania kolejnych umów z Funduszem, za wystawienie recepty „nieuzasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi”, wystawienie jej osobie nieuprawnionej, bądź zapisanie leków niezgodnych z listą leków refundowanych.

Opinie i postulaty samorządu zostały dobitnie sformułowane w stanowisku Konwentu prezesów wszystkich okręgowych rad lekarskich, wydanym 15 października br. Zwrócono w nim szczególną uwagę na budzący największe kontrowersje art. 48 oraz na brak precyzyjnych zasad uznawania pacjenta za osobę ubezpieczoną. Tę ostatnią kwestię szeroko starał się na głosnić prezes ORL **Jacek Kozakiewicz**, obszernie tłumacząc mediom, które zainteresowały się problemem refundacji, sytuację w jakiej po pierwszym styczniu znajdują się lekarze, a także pacjenci. Bo brak jasno określonego przez NFZ lub ministra zdrowia jednego dokumentu, którego posiadanie świadczy o ubezpieczeniu w Funduszu to nie jedyny problem. Prezes zwrócił także uwagę na poważny problem związany ze sposobem udokumentowania przez lekarza, na wypadek kontroli z NFZ, posłużenia się przez pacjenta dokumentem uprawniającym do zniżki na leki, szczególnie gdy od takiej wizyty upłyną miesiące, a nawet lata. Czytelniki kart magnetycznych nie znajdują się przecież we wszystkich lekarskich gabinetach, a okazanie druku RMUA, na którym zakład pracy wyszczególnia m.in. odprowadzenie składek na ubezpieczenie, nie pozostawia śladu w dokumentacji medycznej.

W pięć dni po ogłoszeniu stanowiska Konwentu prezes Jacek Kozakiewicz spotkał się z **Zygmuntem Kloś**, dyrektorem Śląskiego Oddziału NFZ, któremu przedstawił postulaty w nim zawarte oraz inne uwagi zgłaszane przez środowisko lekarskie do ustawy refundacyjnej. Dyrektor Kloś ustosunkował się do przedstawionych argumentów w piśmie przysłanym w pierwszych dniach listopada. Czytamy w nim m. in. „Obowiązek weryfikacji uprawnień pacjenta (...) nie dotyczy faktycznego stanu ubezpieczenia czy uprawnień dodatkowych pacjenta, lecz dokumentu potwierdzającego ten stan bądź uprawnień”. W sprawie wprowadzonych przepisów dotyczących kar i innych sankcji, które mają dotyczyć lekarzy dyrektor zasugerował, że w tej kwestii Ministerstwo Zdrowia jest właściwym adresatem postulowanych zmian, a nie NFZ.

22 października Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wydało oficjalne stanowisko, w którym negatywnie oceniło zasady wystawiania recept lekarskich określone w ustawie refundacyjnej. „Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej przyłącza się do bardzo licznych głosów protestu przeciwko tak ukształtowanym zasadom wystawiania recept na leki i wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych i upoważnia Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej do podjęcia wszelkich działań niezbędnych do zmiany tych zasad, w tym także do wsparcia akcji podpisywania petycji całego środowiska lekarskiego w tej sprawie.”

Na tym samym posiedzeniu członkowie Prezydium NRL wystosowali apel do władz Rzeczypospolitej Polskiej, w którym uwzględniając „szeroką falę niezadowolenia środowiska lekarskiego z obecnych regulacji w zakresie wystawiania recept na leki refundowane, – treść stanowiska Konwentu prezesów okręgowych rad lekarskich z dnia 15 października 2011 r., wnosi się o pilne dokonanie zmian systemu wystawiania recept na leki i wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych.” Jednocześnie Prezydium zwróciło uwagę, że „zadaniem lekarza i lekarza dentyisty powinno być leczenie wszystkich chorych bez względu na ich status ubezpieczenia zdrowotnego. Zasada niesienia pomocy wszystkim potrzebującym jest jedną z podstawowych reguł wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentyisty. Rolą lekarza i lekarza dentyisty jest leczenie, a rolą płatnika publicznego powinno być ustalanie, kto i w jakim zakresie jest uprawniony do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.”

26 października Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach również przyjęła stanowisko w sprawie zasad wystawiania recept lekarskich na leki i wyroby medyczne refundowane ze

środków publicznych. „Okręgowa Rada Lekarska Śląskiej Izby Lekarskiej uważa, że w przepisach dotyczących ordynacji leków refundowanych winny być bezzwłocznie dokonane zmiany określone w stanowisku Konwentu prezesów ORL z dnia 15 października 2011 r. oraz Prezydium NRL z dnia 22 października 2011 r. Okręgowa Rada Lekarska upoważnia Prezesa i Prezydium ORL do dalszych wielokierunkowych działań w celu zrealizowania postulatów samorządu lekarskiego.”

W tym samym dniu odbyło się spotkanie minister zdrowia **Ewy Kopacz**, prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia **Jacka Paszkiewicza** i prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej **Macieja Hamankiewicza** w sprawie zapisów ustawy o refundacji leków. Strony ustaliły m. in. że NFZ i NRL wspólnie i w porozumieniu opracują wzór umowy upoważniającej lekarza i lekarza dentyistę do wystawiania recept na leki refundowane. Ponadto resort zdrowia zobowiązał się do uruchomienia szkoleń dla lekarzy w zakresie stosowania prawa medycznego, a w szczególności ordynacji lekowej i jej dokumentowania. Organizacja szkoleń ma zostać powierzona izbom lekarskim. Ministerstwo zobowiązało się także określić sposób prowadzenia dokumentacji medycznej obowiązującej przy wystawianiu przez lekarza recept „pro auctore” i „pro familia”. W dalszym ciągu mają być kontynuowane prace zespołu arbitrażowego, w którym uczestniczy NIL i NFZ, nad opracowaniem trybu odwoławczego od kar nakładanych na lekarzy, a związanych z wypisywaniem recept.

APEL W SPRAWIE LEKARZY Z I^o SPECJALIZACJI

Okręgowa Rada Lekarska na październikowym posiedzeniu wystosowała Apel w sprawie lekarzy i lekarzy dentyistów z I^o specjalizacji, którzy od nowego roku mogą utracić możliwość udzielania porad specjalistycznych w ramach kontraktu z NFZ. Problem wiąże się z rozporządzeniem ministra zdrowia z 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Zgodnie z nim Fundusz będzie mógł podpisywać umowy na świadczenie usług medycznych tylko z lekarzami posiadającymi II^o specjalizacji. Takie zapisy uniemożliwią wielu lekarzom

kontynuowanie pracy w przychodniach mających kontrakt z NFZ. W samej Śląskiej Izbie Lekarskiej ten problem dotyczy ponad trzech tysięcy lekarzy, z których większość to osoby z wieloletnim doświadczeniem w swojej dziedzinie. Są już pierwsze, na razie nieoficjalne sygnały, że w wyniku protestów środowiska lekarskiego Ministerstwo Zdrowia wycofuje się z projektu ograniczeń dla lekarzy z I stopniem specjalizacji.

UCHWAŁY PAŹDZIERNIKOWEJ ORL

Wprowadzono zmiany w regulaminie przyznawania stypendiów dla dzieci zmarłych lekarzy. Jedną z nich jest decyzja o ustanowieniu minimalnej kwoty pomocy w wysokości 200 zł, nawet w sytuacji, gdy obliczone według przyjętych zasad świadczenie powinno stanowić mniejszą kwotę. Wprowadzono również 1000 zł jednorazowej pomocy dla dzieci zmarłych lekarzy, którym w myśl regulaminu nie przysługuje możliwość przyznania stypendium ze względu na zbyt wysoki dochód w rodzinie.

Decyzją ORL utworzono koło samorządu na terenie Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Bytomiu.

MODERNIZACJA SALI 010

Kursy „Zdrowie publiczne”, zajęcia z resuscytacji, studia podyplomowe „Prawo w ochronie zdrowia” to tylko nieliczne przy-

Apel
Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach z dnia 26 października 2011 r.

Okręgową Radę Lekarską w Katowicach niepokoją informacje o tym, że lekarze posiadający I^o specjalizacji mogą utracić możliwość udzielania porad specjalistycznych kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ogromny niepokój wynika z wiedzy o dużym niedostatku specjalistów, pogłębiającej się luce pokoleniowej w wielu specjalnościach, co skutkować będzie dalszym wydłużaniem się kolejek chorych do uzyskania pomocy specjalistycznej.

Równocześnie wiemy, że lekarze z I^o specjalizacji to osoby dojrzałe zawodowo, zazwyczaj bardzo doświadczone i wysoko cenione przez pacjentów.

Utrata możliwości udzielania świadczeń przez lekarzy z I^o specjalizacji w poradniach specjalistycznych w ramach kontraktu z NFZ będzie działala na szkodę pacjentów, będzie jednoznaczna z niemożliwością zarobkowania lekarzy, a często z utratą ich jedyne-go źródła utrzymania. Sytuacja taka dla wielu może być dramatem.

Okręgowa Rada Lekarska apeluje do Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o zmianę niekorzystnego dla pacjentów i pracowników ochrony zdrowia zapisu w projektach stosownych regulacji.

kłady coraz większej ilości szkoleń konferencji i kursów organizowanych przez Śląską Izbę Lekarską w znajdującej się w podziemiu Domu Lekarza sali 010. Jesienią pomieszczenie to doczekało się gruntownego remontu, który dostosował przestrzeń do potrzeb odbywających się w niej spotkań i ich uczestników. Ze środków Śląskiej Izby Lekarskiej sporządzono projekt i wykonano wszystkie niezbędne w sali prace, a także zakupiono sprzęt audiowizualny oraz nowe wyposażenie.



fot.: Przemysław Skiba

Sala po remoncie

Anna Zadora-Świderek

● TRZECIE SPOTKANIE ZE SPECJALISTAMI I KIEROWNIKAMI SPECJALIZACJI

Gratulacje i podziękowania

Izbowa tradycja stają się spotkania z lekarzami, którzy otrzymali tytuł specjalisty oraz kierownikami ich specjalizacji. W październiku odbyła się uroczystość, której bohaterami było blisko 170 lekarzy, z wybranych dziedzin medycyny.

Przedstawiciele kilkunastu dziedzin medycyny zgromadzili się w sali audytornej Domu Lekarza, by wysłuchać gratulacji i otrzymać z rąk prezesa ORL **Jacka Koza-kiewicza** pamiątkowy dyplom z serdecznymi podziękowaniami i gratulacjami. – *Kształtując swoje umysły i zdobywając nowe umiejętności nie zapominajmy o marze-*

niach i realizacji celów w życiu osobistym – mówił prezes. Podkreślił jednocześnie: – Ta uroczystość to wspaniałą okazją do spotkania w gronie Koleżanek, Kolegów i Ich Nauczycieli różnych specjalności, co ma niebagatelne znaczenie dla wzajemnego poznania i naszej środowiskowej integracji.

W imieniu władz Śląskiego Uniwersytetu Medycznego głos zabrał prof. **Jan Duława**, prorektor ds. nauki, który gratulując nowym specjalistom zaznaczył, że przestrzeganie obowiązku kształcenia jest świadectwem ich profesjonalizmu i nakazem etycznym zawodu lekarza i lekarza dentystry. W podobnym duchu wypowiedział się przewodniczący Zarządu Oddziału i wiceprzewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego dr **Jerzy Dosiak**, przyrównując zdobycie specjalizacji do szczybla drabiny wiedzy zawodowej, bardzo ważnego, ale dopiero jednego z pierwszych w pracy lekarza.

Docent **Bogdan Michalski**, konsultant wojewódzki w dziedzinie ginekologii onkologicznej oraz dr **Ryszard Szozda** przewodniczący Oddziału Śląskiego Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy również gratulowali specjalistom oraz zachęcali do dalszego zdobywania wiedzy, dziękowali również lekarzom, którzy podjęli się trudu bycia kierownikami specjalizacji.



Tradycją stają się spotkania z nowymi specjalistami i kierownikami ich specjalizacji

W tej ostatniej roli w spotkaniu wzięła udział prof. **Ewa Małecka-Tendera**, rektor SUM, pod opieką której, tej jesieni ukończyły specjalizacje dr dr **Aneta Gawlik** i **Barbara Kalina-Faska**.

Wśród gości spotkania znaleźli się także konsultanci wojewódzcy: w dziedzinie diabetologii – prof. **Przemysław Jarosz-Chobot** i medycyny rodzinnej – dr **Ireneusz Szymczyk** oraz prezes Oddziału Śląskiego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego prof. **Krzysztof Sodowski**.

Anna Zadóra-Świderek

PETYCJA

UWAGA!

Poparcie petycji w sprawie przepisów regulujących zasady wystawiania recept na leki refundowane.

Każdy lekarz i lekarz dentyista może wyrazić poparcie poprzez:

- podpisanie wydrukowanego tekstu petycji i wysłanie dokumentu pocztą lub faksem na adres izby
- wysłanie e-mailem na adres sekretariat@hipokrates.org wiadomości zawierającej informację o poparciu petycji z podaniem numeru prawa wykonywania zawodu
- wyrażenie poparcia na dedykowanej temu przedsięwzięciu stronie internetowej pod adresem <http://www.nil.org.pl/petycja>, gdzie należy podać numer prawa wykonywania zawodu i kliknąć przycisk „Popieram petycję”.

Załącznik do stanowiska PNRL z 4 listopada 2011 r. Nr 64/11/P-VI

.....
/Imię i nazwisko lekarza/lekarza dentyisty/

.....
/Nr PWZ/

Petycja w sprawie przepisów regulujących zasady wystawiania recept na leki refundowane

Z powodu wprowadzenia w polskim systemie ochrony zdrowia, w szczególności w ustawie o refundacji leków, ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentyisty i w aktach niższego rzędu przepisów narzucających lekarzom i lekarzom dentyistom liczne biurokratyczne obowiązki, w tym i takie, których spełnienie nie jest możliwe, a także z powodu wyjątkowo represyjnego charakteru tych przepisów, które w połączeniu z samowolą NFZ umożliwiają obciążanie osób wystawiających recepty bardzo wysokimi karami finansowymi, żądam:

1. Zmiany przepisów w taki sposób, aby uprawnienie pacjenta do otrzymania leku refundowanego było realizowane przez płatnika refundującego koszty leków, natomiast lekarze i lekarze dentyści zajmowali się wyłącznie wskazywaniem na receptce, jakiego leku pacjent potrzebuje.
2. Zniesienia kary zwrotu „nienależnej” refundacji. Refundacja przepisanych leków jest prawem pacjenta i obowiązkiem płatnika. Jeżeli płatnik zrefunduje pacjentowi lek „nienależnie”, nie może obciążać tym problemem lekarzy.
3. Wprowadzenia przejrzystych zasad kontroli prowadzonych przez płatnika, opartych o powszechnie obowiązujące przepisy i zasady wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentyisty, a nie o „powielaczowe” prawa NFZ, a także zagwarantowania możliwości rozpatrzenia odwołania od decyzji kontrolerów przez niezależny organ i zakazu podejmowania przez płatnika działań represyjnych (jak kary umowne, ograniczenie możliwości zawierania kontraktu) do czasu ostatecznego i prawomocnego sądowego rozstrzygnięcia sporu ze świadczeniodawcą.

Kontynuowanie dotychczasowych praktyk NFZ i dalsza represyjna biurokratyzacja przepisów wprowadzana ustawą o refundacji mogą spowodować, że lekarze i lekarze dentyści będą zmuszeni do wystawiania recept na leki za pełną odpłatnością.

.....
/podpis/

● NOWE PERSPEKTYWY

O Fundacji Lekarzom Seniorom

Pragniemy Koleżankom i Kolegom przybliżyć losy Fundacji Dom Lekarza Seniora. Fundacja założona w 2008 roku pod nazwą „Dom Lekarza Seniora” po ponad dwuletniej działalności, w lutym br. uzyskała status organizacji pożytku publicznego. Zarząd Fundacji w czerwcu br. złożył Okręgowej Radzie Lekarskiej sprawozdanie z działalności i uzyskał absolutorium. Jednocześnie, ze względu na liczne obowiązki, rezygnację z pracy w Zarządzie złożyli dr **Paweł Grunpeter** oraz Pani mgr **Wanda Galwas-Prasałek**. W czerwcu br. Okręgowa Rada Lekarska powołała nowy zarząd. Prezesem został dr **Wacław Kozioł**, a członkami zarządu: dr **Janusz Milejski** oraz dr **Stanisław Boryślawski**. Nowy Zarząd, po akceptacji Rady Fundacji, rozszerzył cele i zadania Fundacji. Jednocześnie zmieniona została jej nazwa, która przyjęła brzmienie: Fundacja Lekarzom Seniorom. Wszystkie zmiany zostały zaakceptowane przez jedynego Fundatora – Śląską Izbę Lekarską, którą reprezentuje prezes Okręgowej Rady Lekarskiej **Jacek Kozakiewicz**.

CZYM ZAJMUJE SIĘ FUNDACJA?

Jej celem jest udzielanie wsparcia dla lekarzy i lekarzy dentyistów, członków naszej izby, którzy ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia oraz inne ograniczenia potrzebują pomocy. Naszym zadaniem jest także działalność na rzecz ograniczania niepełnosprawności wieku podeszłego, podtrzymywania samodzielności starszych Koleżanek i Kolegów, popularyzowanie i wspieranie wolontariatu.

Będziemy wspomagać pensjonariuszy Domu Lekarza Seniora w zakresie tzw. „usług bytowych” działań na rzecz profilaktyki, leczenia oraz opieki, prowadzonych także przez organizacje państwowe, samorządowe i pozarządowe. Planujemy wspierać zakłady opieki zdrowotnej, wyspecjalizowane w opiece i leczeniu osób starszych.

Chcemy także aktywizować naszych Seniorów, by poprzez działania edukacyjne dla członków naszej izby podzielili się swoją wiedzą i ogromnym doświadczeniem, które są bezcenne.

SKĄD POZYSKAMY ŚRODKI NA TE CELE?

Fundacja, będąc organizacją pożytku publicznego, ma możliwość pozyskiwania 1% podatku dochodowego od osób fizycznych za miniony rok podatkowy.

Bardzo liczymy na Państwa przychylność i aktywność w tym względzie. Dotyczy to całego naszego środowiska, również młodych Koleżanek i Kolegów. Oprócz lekarzy do naszego dzieła

mogą dołączyć się także inne osoby, członkowie naszych rodzin czy znajomi.

Jako Fundacja będziemy dzielić się uzyskanymi środkami, a im wyższe wpływy, tym oczywiście większa pomoc. Wiemy, jak wiele Koleżanek i Kolegów wymaga wsparcia. Możemy, a nawet powinniśmy pomagać sobie nawzajem, a dzięki Fundacji otwierają się zupełnie nowe perspektywy.

Wszystko zależy od nas samych!



foto.: Przemysław Skiba

Dom Lekarza Seniora w Sosnowcu

Z koleżeńskim pozdrowieniem –
Zarząd Fundacji

Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy! Szanowna Brać Lekarska!

Z wielką radością przyjęliśmy wiadomość o uzyskaniu przez naszą Fundację „Dom Lekarza Seniora” statusu organizacji pożytku publicznego.

Pozwoli nam to pozyskiwać 1% podatku dochodowego, a tym samym zdobywać środki finansowe, które przeznaczymy na pomoc dla naszych Seniorów.

Zmieniliśmy też nazwę Fundacji na „LEKARZOM SENIOROM”, ponieważ rozszerzyliśmy grono beneficjentów. Teraz pomoc nasza będzie adresowana do wszystkich potrzebujących Koleżanek i Kolegów, nie tylko mieszkańców Domu Lekarza Seniora.

Sytuacja wielu naszych seniorów, emerytów jest, delikatnie mówiąc, nie do pozazdroszczenia. Ich nie licujące z pozycją społeczną emerytury i renty sprawiają ból i cierpienie nie tylko im, ale i nam wszystkim.

Udało się powołać Fundację „Lekarzom Seniorom”, aby im pomóc w życiu codziennym i w częściowym pokryciu należności za domy opieki, w których się znajdują, aby ich wesprzeć w korzystaniu z opieki instytucji zewnętrznych.

Wypełnijmy wszyscy słowa Przysięgi Hipokratesa, bądźmy solidarni jako brać lekarska w udzielaniu pomocy naszym Seniorom, zgodnie z naszym Kodeksem Etyki i przeznaczymy przy rozliczeniu PIT-u 1% naszego podatku na konto Fundacji „Lekarzom Seniorom”.

Numer konta: 19 1050 1214 1000 0023 3784 4878
KRS 0000316367

Kochani, pomóżmy naszym Seniorom!

Zyga Wawrzynek

SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY!

Mimo wielu trudności, w wyniku naszych usilnych starań i negocjacji w styczniu 2012 roku rozpoczyna swoją działalność Dom Lekarza Seniora w Sosnowcu.

Szanownych Seniorów zainteresowanych zamieszkaniem w naszym domu prosimy o pilny kontakt pisemny lub telefoniczny z biurem Śląskiej Izby Lekarskiej pod nr (32) 203 65 46

1% na naszą FUNDACJĘ „LEKARZOM SENIOROM”

– lekarz rozliczający się indywidualnie

składający zeznanie o wysokości osiągniętego dochodu w roku podatkowym na druku PIT 37, chcący przekazać 1% podatku wypełnia: w pozycji H. „Wniosek o przekazanie 1% podatku należnego na rzecz organizacji pożytku publicznego (OPP)”

– numer KRS – 0000316367

– wyliczony 1% kwoty podatku należnego,

– lekarz może również wpisać cel szczegółowy przeznaczenia 1% podatku,

– zaznaczając kwadrat „wyrażam zgodę” ma możliwość przekazania swojego imienia, nazwiska oraz adresu wraz z informacją o przekazanej kwocie do Fundacji „Lekarzom Seniorom”,

– lekarz może również podać dodatkowe informacje (telefon, e-mail) ułatwiające kontakt z nim, jako podatnikiem.

Składający zeznanie o wysokości osiągniętego dochodu w roku podatkowym na druku PIT 36, chcący przekazać 1% podatku wypełnia: w pozycji O „Wniosek o przekazanie 1% podatku należnego na rzecz organizacji pożytku publicznego (OPP)”

– numer KRS – 0000316367

– wyliczony 1% kwoty podatku należnego,

– lekarz może również wpisać cel szczegółowy przeznaczenia 1% podatku,

– zaznaczając kwadrat „wyrażam zgodę” ma możliwość przekazania swojego imienia, nazwiska oraz adresu wraz z informacją o przekazanej kwocie do Fundacji „Lekarzom Seniorom”,

– lekarz może również podać dodatkowe informacje (telefon, e-mail) ułatwiające kontakt z nim jako podatnikiem.

– lekarz rozliczający się za pośrednictwem zakładu pracy – pracodawcy

deklaracja PIT 40 – NIE MOŻE KORZYSTAĆ Z ULG I ODLICZEŃ oraz PRZEKAZAĆ 1% PODATKU NA RZECZ ORGANIZACJI POŻYTKU PUBLICZNEGO.

Chcąc przekazać 1% na rzecz OPP i korzystać z ulg lekarz sam musi wypełnić zeznanie roczne na druku PIT 37 w pozycji H bądź druku PIT 36 pozycji O:

– numer KRS – 0000316367

– wyliczony 1% kwoty podatku należnego,

– lekarz może również wpisać cel szczegółowy przeznaczenia 1% podatku,

– zaznaczając kwadrat „wyrażam zgodę” ma możliwość przekazania swojego imienia, nazwiska oraz adresu wraz z informacją o przekazanej kwocie do Fundacji „Lekarzom Seniorom”,

– lekarz może również podać dodatkowe informacje (telefon, e-mail) ułatwiające kontakt z nim jako podatnikiem.

– lekarz rozliczany przez ZUS

lekarz, który rozlicza się za pośrednictwem ZUS-u po otrzymaniu informacji o rozliczeniu rocznym ma prawo dokonać indywidualnego rozliczenia. Jeżeli lekarz postanowi przekazać 1% z podatku na rzecz organizacji pożytku publicznego, winien wypełnić

druk PIT 37 w pozycji H bądź PIT 36 w pozycji O:

– numer KRS – 0000316367

– wyliczony 1% kwoty podatku należnego,

– lekarz może również wpisać cel szczegółowy przeznaczenia 1% podatku,

– zaznaczając kwadrat „wyrażam zgodę” ma możliwość przekazania swojego imienia, nazwiska oraz adresu wraz z informacją o przekazanej kwocie do Fundacji „Lekarzom Seniorom”,

– lekarz może również podać dodatkowe informacje (telefon, e-mail) ułatwiające kontakt z nim jako podatnikiem.

Róża Wróbel, główna księgowa biura ŚIL

● UWAGI PO V SYMPOZJUM W KSIĄŻU „PRZESZŁOŚĆ ZROZUMIEĆ - PRZYSZŁOŚĆ KSZTAŁTOWAĆ”

Wspólna historia, wspólna refleksja

W Krzyżowej k. Świdnicy, w miejscu historycznego spotkania kanclerza Helmuta Kohla i premiera Tadeusza Mazowieckiego (1989 r.) Dolnośląska Izba Lekarska zorganizowała pierwsze polsko – niemieckie Sympozjum. Po dziesięciu latach, już w nieco zmienionej formule, odbyło się w Zamku Książ koło Wałbrzycha. Grono organizatorów poszerzono m. in. o Śląską Izbę Lekarską.

(...) Tegorocznemu V już sympozjum, podobnie jak czterem poprzednim, przyświecało motto: Przeszłość zrozumieć – Przyszłość kształtować. Wzięło w nim udział 298 lekarzy, którzy w dniach 6-8 października 2011 r. zawitali w gościnne progi Zamku Książ k. Wałbrzycha. Nie zabrakło także uznanych autorytetów i po raz pierwszy przyjaciel zza południowej granicy. (...) Włączenie – z inicjatywy dr n. med. **Igora Chęcińskiego**, prezesa DIL także Śląskiej i Naczelnej Izby Lekarskiej w organizację sympozjum zaowocowało poszerzeniem jego zakresu tematycznego. Obecność lekarzy z Niemiec, Czech czy Słowacji to dowód na to, że kulturowe i historyczne bariery można i trzeba przezwyciężać. Słowa: przyjaźń, wspólnota, jedność padały podczas 3-dniowego spotkania niezliczoną ilość razy. Ich odzwierciedleniem było **uroczyste wręczenie Złotych Odznak DIL**. Otrzymali je: dr n. med. **Maciej Hamankiewicz** – prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, dr n. med. **Jacek Kozakiewicz** – prezes Śląskiej Izby Lekarskiej, prof. dr hab. n. med. **Jan Schulze** – prezydent Saksońskiej Izby Lekarskiej, dr **Erik Bodendieck** – wiceprezydent Saksońskiej Izby Lekarskiej, dr n. med. **Frank Ulrich Montgomery** – prezes Niemieckiej Izby Lekarskiej oraz dr n. med. **Mathias Wunsch** – prezes Saksońskiej Izby Lekarzy Dentystów. (...)

Magdalena Łachut,
„Medium”, pismo DIL.

(Całość relacji z przebiegu Sympozjum przeczytać można na stronie internetowej ŚIL, pod datą 26. 10. 2011 r.).

Przeglądam pierwszych kilkanaście stron internetowej wyszukiwarki. Oprócz relacji z izbowych biuletynów, co rozumiałe, nie ma tam publicystycznego echa tego wydarzenia. Najwyraźniej zostało potraktowane przez media jak jedno z bardzo wielu sympozjów medycznych lub też kolejne spotkanie przedstawicieli izb lekarskich. To budzi zdumienie, bowiem było to, kto wie czy nie jedno z bardziej istotnych w tym roku zdarzeń intelektualnych, dotyczących nie tylko polsko-niemieckiej historii.

Już uważne wczytanie się w tematy i treść wystąpień wskazuje, jak środowisko lekarskie rozumie swoją społeczną i kulturotwórczą rolę. Współczesne problemy europejskiej i polskiej ochrony zdrowia zostały zestawione z rolą lekarskich samorządów, szczególnie w kontekście etyki i praw pacjenta. Analizę zdecentralizowanego państwa prawa z kolei uzupełniono o omówienie samorządności terytorialnej i zawodowej, jako elementu demokracji. Przy czym istotny wydaje się nie tylko sam fakt poruszenia tych tematów, ale ich ujęcia w formie eseju czy też ścierania racji (np. o samorządach „Rywale czy sprzymierzeńcy?”)

„Trawestując słynne dictum Wittgensteina powiedzmy:
granice historii są granicami naszego myślenia”.
prof. dr hab. Tadeusz Stawek

Wydana przez DIL zaraz po Sympozjum książka (w języku polskim i niemieckim), w której zamieszczono wszystkie wystąpienia, pozwala na refleksję, że oto mamy do czynienia z ważnym głosem w dyskusji o wspólnej historii. Jest nim na pewno tekst Ks. Prof. Infułata **Jana Kruciny** „Orędzie pojednania w tle zjednoczonej Europy”. Oto fragment:

„Ucieszyli się polscy uczestnicy Synodu 2001, kiedy Jan Paweł II zapytał zebranych przy papieskim stole, czy zauważają, jak aktualne stają się w jego poczynaniach owe centralne słowa przebaczenia i pojednania polskiego Orędzia do biskupów niemieckich. (...) Gdzie jest podłoże owego wrocławskiego genius loci o pojednaniu? Jak dokonało się przezwyciężenie zacierzenia po obu stronach dzielącej granicy? Jaki wydzźwięk bądź co bądź usposobienia religijnego, skutecznie podziałiał na poczynania społeczne, na drogę do jedności Europy?”

Drugim takim tekstem jest esej prof. dr hab. **Tadeusza Stawka** pt. „Przyszłość w polityce jako sposób pytania o to, co znaczy być razem”. Profesor zastanawia się, czy możemy tak myśleć o świecie, by nie popaść w utarte koleiny mądrości historii? Proponuje kontr-historię, czyli działania poprzez krytyczne jej roztrząsanie, nie unieważnianie jej, lecz z nią zmaganie, wychylenie się w stronę tego-co –nadchodzi. Przywołuje Nietschego, Hannah Arendt, Miłosza, Ciorana, Różewicza. Całość osnuwa wokół wątku „przebaczymy i prosimy o przebaczenie”, z mocnym zdaniem: „*Zmarłych winno się wzywać nie do pomsty za minionie, lecz do sprawowania troski, opieki nad przyszłością*”. *Esej profesora nie zostawia nikogo obojętnym, także tych, którzy być może nie do końca mogą się zgodzić, że „polityka oparta na gniewie i gniewnym resentymencie (...) pragnie ustanowić przyszłość jako domenę wyrównywania rachunków za krzywdy przeszłości. Są to krzywdy rzeczywiste, lecz po upływie dziesięcioleci bardziej łączy nas z nimi ideologia, niż fałszywe przeświadczenie*”.



Taki dyskurs intelektualny podjęto w Księżu lekarskie środowisko, wykraczając daleko poza problematykę ściśle medyczną. Ta oczywiście zajęła dużo miejsca, by wspomnieć o opracowaniu przywołującym problemy demograficzne lekarzy specjalistów na obszarze Śląskiej i Dolnośląskiej Izby Lekarskiej (dr n. med. **Jacek Kozakiewicz** i dr **Jacek Chodorski**). Autorzy przedstawiają szczegółowe dane, z których wynika, że Polska znajduje się na końcu statystyk UE dotyczących kadry lekarskiej. Liczba lekarzy jest w Polsce relatywnie niska – przeciętnie przypada 22 lekarzy na 10 000 mieszkańców, podczas gdy średnia dla krajów UE wynosi 31 lekarzy na 10 000 mieszkańców.

Wśród ponad dwudziestu wystąpień, zwrócił moją uwagę także tekst prof. dr hab. **Ryszarda Kaczmarka**, o lekarzach na Górnym Śląsku, w XIX i XX wieku, pomiędzy dwoma państwami narodowymi, gdzieś na „zacończonych kresach”, a może raczej na wielokulturowym pograniczu? Oparty o unikalne materiały źródłowe, osadzony w konkretnych przykła-

dach konkretnych życiorysów, znakomicie poszerza wiedzę o tę problematykę. Nie sposób omówić wszystkich tematów, wiele z nich, łącznie z rolą NRL podczas Sympozjum, na pewno podejmie „Gazeta Lekarska”.

Prezes Dolnośląskiej Izby Lekarskiej **Igor Chęciński**, powiedział: „*te korporacyjne lekarskie spotkania dowiodły już trafności tego pomysłu*”. Gospodarz Sympozjum ujął to bardzo skromnie. Jest to na pewno o wiele więcej.

Grażyna Ogrodowska

Z TEKI OROZ

● NOWY TYP SKARG

Lekarz - szef, lekarz - podwładny

W jednym z poprzednich artykułów poruszałem już kwestię naruszania zasad Kodeksu Etyki Lekarskiej w relacjach pomiędzy lekarzami na styku pracodawca – pracownik. Kwestią tamtego artykułu była coraz większa ilość tego typu skarg. Najczęściej dotyczą one kwestii spornych w relacjach lekarz przeciwko lekarzowi.



dr Tadeusz Urban

Ostatnie dwa lata niestety „zaowocowały” nowym typem skarg rozpatrywanych przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Są to sprawy przeciwko lekarzowi, który jest bądź dyrektorem szpitala, bądź ordynatorem (kierownikiem oddziału), a jego działania skierowane są, bądź gożą w wielu lekarzy, którzy są jego podwładnymi. O sprawach tych donoszą na bieżąco media, budzą one szereg kontrowersji, jak również są przedmiotem zainteresowania prokuratorów i sądów powszechnych.

Pozornie wydawać by się mogło, że sprawy związane z zarządzaniem szpitalami i nie związane z popełnianiem błędów z zakresu odpowiedzialności zawodowych (błędów lekarskich, medycznych) nie wchodzą w zakres kompetencji i zainteresowań Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Sądu Lekarskiego.

Art. 53 pkt 2 i 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej

pkt 2. Lekarze pełniący funkcje kierownicze powinni traktować swoich pracowników zgodnie z zasadami etyki.

pkt 3. Lekarze pełniący funkcje kierownicze są zobowiązani do szczególnej dbałości o dobro chorego oraz o warunki pracy i rozwoju zawodowego podległych im osób.

art. 1 pkt 1, 2 i 3 Kodeksu Etyki Lekarskiej

pkt 1. Zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych.

pkt 2. Zobowiązują one lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarza.

pkt 3. Naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

go. Niestety jest to pogląd mylny. Lekarza, poza ustawowymi przepisami regulującymi zakres i formę wykonywania zawodu, obowiązują również zasady Kodeksu Etyki Lekarskiej. I o tym podstawowym fakcie zapominac nigdy nie można i nie powinno się.

Art. 53 Kodeksu Etyki Lekarskiej w sposób dość ogólny, ale jakże trafny określa zobowiązania, które ciążyą na lekarzu, który pełni funkcje kierownicze, a tym samym tyczy lekarza będącego osobą zarządzającą zakładem opieki zdrowotnej. Co ważne, punkt 2 tego artykułu odsyła nie tylko do pozostałych artykułów Kodeksu Etyki Lekarskiej, w tym na przykład do artykułu 1, ale ma szersze umocowanie w ogólnych zasadach etycznych.

Sytuacja w służbie zdrowia, której wszyscy doczekaliśmy i doznajemy na co dzień, jest na pewno szczególnie trudna. Dzisiaj nie rozpieszczają nas pacjenci, którzy stali się coraz bardziej wymagający, nie rozpieszczają płatnik, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia. Wymagania stawiane podmiotom leczniczym przez organy założycielskie, zmiany wprowadzane przez Ministerstwo Zdrowia oraz działania polityków w zakresie ustawodawczym nie ułatwiają naszej pracy. Taki wydłużony okres przejściowy jest na pewno szczególnie trudny dla osób, które podjęły się zarządzania, kierowania zakładami opieki zdrowotnej, ich oddziałami. Trudności organizacyjne, piętrzące się dylematy ekonomiczne i kłopoty kadrowe na pewno nie ułatwiają, a wręcz utrudniają wywiązywanie się z podjętych zobowiązań związanych z zarządzaniem placówką. W różnych zakładach nasilenie występujących trudności jest jednakowe. Istnieją jeszcze, co prawda nieliczne, w których sytuacja jest w miarę stabilna. Ale niestety, coraz bardziej wydłuża

Art. 53 ustawy o izbach lekarskich

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

się lista placówek, w których pogarszająca się sytuacja ekonomiczna wymusza liczne, czasem bardzo heroiczne próby restrukturyzacji lub przekształceń mających na celu uratowanie i pozostawienie na rynku funkcjonujących „firm”. Konieczność zmian rozumiemy wszyscy. Ale nie akceptujemy takich działań, które naruszają ogólnie przyjęte zasady normalizujące relacje międzyludzkie. Na pewno w tym miejscu dużo można

by napisać o ochronie dóbr osobistych, czy ochronie pracowniczej, ale to już domena innych organizacji, na przykład związków zawodowych.

Ja chciałem zwrócić uwagę przede wszystkim na szczególne sytuacje, kiedy to osobą kierującą zakładem pracy jest lekarz. Jeżeli to on podejmuje się funkcji kierowniczej, musi pamiętać, że nawet w najtrudniejszej sytuacji związanej z koniecznością restrukturyzacji, oszczędzania, czy zwalniania pracowników obowiązują go zasady określone w Kodeksie Etyki Lekarskiej, nie mówiąc już o ogólnie przyjętych normach etycznych. Lekarze ci winni pamiętać również o tym, że na mocy artykułu 53 ustawy o izbach lekarskich za naruszanie zasad etyki lekarskiej mogą zostać pociągnięci do odpowiedzialności zawodowej.

Ta sama ustawa daje również możliwość ukarania lekarza, który pełniąc funkcje kierownicze, zasady Kodeksu Etyki Lekarskiej w sposób rażący, łamie. W katalogu kar ustawodawca dał możliwość orzekania przez sąd lekarski (art. 83 ust. 1 pkt 4 ustawy o izbach lekarskich) zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat.

Nie jest więc prawdą przekonanie, iż samorząd lekarski pozbawiony jest mechanizmów pozwalających radykalnie ukroić praktyki nieetycznego postępowania lekarzy pełniących funkcje kierownicze.

Tadeusz Urban

ECHA PUBLIKACJI

● CUM GRANO SALIS

Solitarność - przede wszystkim?

Kolejny głos w dyskusji na temat solidarności zawodowej, felieton wywołany artykułem dr Tadeusza Urbana, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (PM, nr 10, 2011).

Pewien ortopeda oglądając kontrolne zdjęcie rtg – huknął:

– A któż panu tę rękę nastawiał????!!!

Przerażony pacjent wyszeptał nazwisko lekarza, który go zaopatrywał w SOR – ...

– Ja nie pytam o nazwisko, tylko o zawód! – grzmiał specjalista...

Krytyka postępowania innego lekarza jest wypadkową kompleksów i chęcią dowartościowania się w oczach pacjenta, ale obecnie stanowi element gry marketingowej w reklamie własnych świadczeń medycznych. To zjawisko jest naganne, kiedy ofiarą, czy zakładnikiem braku solidarności zawodowej, staje się pacjent. Jednakże w dobie istniejących uwarunkowań rodzi się pytanie: czy kolejny kanon etyki nie ulega korozji?

Pojęcie solidarności zawodowej lekarzy, jeżeli nie jest oksymoronem, to jest pojęciem z historii medycyny. Czy jest jeszcze poczucie wspólnoty z przedstawicielami wykonu-

jącymi ten sam zawód, gdy relacje między lekarzami, a pacjentami są dyktowane przez zasady obowiązujące na rynku usług zdrowotnych?

Można być solidarnym wobec przedstawicieli tego samego zawodu, tej samej specjalności, zwłaszcza, gdy uznajemy odmienne metody diagnozowania i leczenia, ale czy jest to warunek bycia dobrym lekarzem?

Rozdział III Kodeksu Etyki Lekarskiej pt. „Stosunki wzajemne między lekarzami” był przedmiotem wielu analiz prawniczych i nadal obowiązuje, budząc wiele kontrowersji.

W imię solidarności zawodowej nie zawsze wyczerpująco odpowiada się na pytania pacjenta i wyjaśnia wątpliwości. np. że zamiast operacji optymalna będzie radioterapia paliatywna, chociaż guz w trakcie diagnostyki i leczenia u lekarza rodzinnego, co trwało 6 miesięcy, kilkakrotnie powiększył swoje rozmiary i nacieka na VCS? Jak nie zaszkodzić kolegom wyrażając opinię o dotychczasowym leczeniu?

Prowadzono badania naukowe zmierzające do ustalenia liczby „preventable deaths”, czyli zgonów możliwych do uniknięcia przy prawidłowym postępowaniu diagnostyczno-leczniczym. Problem powstał, gdy okazało się, że liczba ta wcale nie jest mała. Zatem bezpieczniej byłoby pominąć wyniki ostatnich 5 lat.

Na pierwszej stronie historii choroby jest też rubryka: „Poinformowano pacjenta o przysługujących mu prawach”, a w tym mieści się też prawo do odszkodowania i zadośćuczynienia, o czym pacjent powinien wiedzieć.

Czy pechowiec z uchyłkiem przełyku, (którego w czasie operacji nie znaleziono), zasługuje ze strony szpitala na finansową rekompensatę przed drugą operacją? Poinformować chorego, że „operacja się nie udała”, czy utrzymywać, że nic wielkiego się nie stało? Dobro chorego, czy dobro dyrektora szpitala jest wyższym prawem? Gdzie tu jest miejsce na solidarność zawodową przedkładaną nad *salus aegroti*?

Od połowy ubiegłego roku toczyły się dyskusje na temat rekompensaty przyznawanej na drodze administracyjnej za niepożądane zdarzenia w przebiegu leczenia. Intencją Ministerstwa Zdrowia i ustawodawcy było skrócenie, czy też ominięcie czasochłonnej drogi postępowania sądowych, które wprawdzie przyznawały wyższe kwoty odszkodowań i zadośćuczynień, ale

więzało się to z orzeczeniem winy lekarza. W końcu przyjęto korzystną opcję: bez szukania winnych wśród lekarzy. Natomiast ABS (Absolutny Brak Solidarności) może skutkować bezpośrednim zawiadomieniem Rzecznika (zgodnie z Kodeksem Etyki) oraz odpowiedzialnością z kilku artykułów Kodeksu Karnego.

To przykłady o poczuciu solidarności zawodowej w odniesieniu do pacjenta.

Osobnym rozdziałem jest stosunek lekarzy-biegłych sądowych do błędów popełnionych przez kolegów. Czasami opinie są druzgocące (konkurencję) lub ostrożne, w trybie warunkowym i obwarowane przypuszczeniami, że aż rozmydlają zawodową odpowiedzialność, nic nie wnosząc do sprawy rozpatrywanej przez sąd. Na bakier z solidarnością zawodową stoi też „twórczość w dokumentacji medycznej” na potrzeby lekarzy-orzeczników.

Kiedyś otrzymałem z sądu opasłe akta w celu sporządzenia kilkunastostronicowej opinii, za co miałem otrzymać wynagrodzenie ok. 150 zł. W tychże aktach było pismo: „W związku z zapoznaniem się z aktami przedmiotowej sprawy – proszę o wpłacenie na rzecz tut. Kancelarii Prawnej kwoty 7 500 zł”. Można jedynie pozazdrościć korporacji adwokackiej, że konsekwentne pielęgnowanie solidarności zawodowej przynosi oczekiwane rezultaty.

U nas też obserwujemy przejawy solidarności. Np. w bezwzględnej walce o dodatkowe dyżury kontraktowe urządzono głosowanie wykluczając z grafiku niewygodną, bo zasadniczą w pracy, lekarzkę. Ordynator nie stanął na skraju swoich kompetencji i pani adiunkt musiała odejść do poradni, odstupując cztery dyżury klinicytom. A więc – funkcjonuje u nas solidarność, którą uzasadnia stwierdzenie *pecunia non olet*.

Ciekawie też wygląda nasza solidarność z perspektywy związku zawodowego lekarzy. Wiadomo, że strajki w 2007 roku były przewlekłe, gdyż żądania płacowe mieli wszyscy, ale do strajku przystępowali nieliczni. Zresztą jakie to były strajki: praca toczyła się normalnie, a o strajku przypominały jedynie plakaty i proporce OZZL? W jednym z dużych szpi-

tali strajkowała część lekarzy, bo pozostali obawiając się represji pracodawcy, zastaniali się...etyką. Zwycięstwo strajku oznaczało podwyżkę pensji dla wszystkich, ale lekarze, którzy strajkowali, nie otrzymali wynagrodzeń za czas strajku. Czy z racji logiki i konsekwencji w postępowaniu – lekarze, nie biorący udziału w strajku powinni honorowo zrzec się podwyżek? W imię wybiórczo rozumianej solidarności nikt tego nie uczynił.

Potrzeba funkcjonowania solidarności lekarskiej jest równoznaczna z potrzebą bezpieczeństwa wykonywania zawodu i wiąże się z nadzieją na poprawę sytuacji społeczno-ekonomicznej. Niestety, wielu z nas uważa, że solidarność lekarska, w pozytywnym znaczeniu, obowiązuje jedynie ogół kolegów. Indywidualnie dominuje partykularyzm, bo: „Mój interes jest ważniejszy i sam sobie poradzę bez solidarności zawodowej”.

Solitarius znaczy samotny, a *solidus* znaczy zwarty. Wybór należy do Ciebie.

rohатыn

PSYCHIATRIA

● O PROFILAKTYCE SEZONOWYCH ZABURZEŃ NASTROJU I INNYCH FUNKCJI PSYCHICZNYCH

Wspierajmy się i trzymajmy razem

Cierpienie należy do elementów życia i nie można go każdorazowo utożsamiać z chorobą. Nie można dawać tabletek na każde cierpienie.

Cała przyroda reaguje na zmniejszającą się ilość światła, na skracający się dzień. Człowiek też. Od zarania dziejów światło słoneczne było wyznacznikiem rytmów wszystkich organizmów żywych. Warunkowało prawidłowe, harmonijne funkcjonowanie procesów i rytmów biologicznych.

Zastosowanie sztucznego światła było początkiem odważnych i lawinowych przemian w funkcjonowaniu (czytaj: biologii i fizjologii) człowieka. Człowiek stał się niezależny od naturalnego rytmu natury. Mógł stworzyć sztuczną dobę, produkować niezależnie od natury i regulować okresy światła i ciemności. Mało kto zdawał sobie z tego sprawę na początku XX wieku, że sztuczne światło elektryczne jest słabym substytu-



fol.: Przemysław Skiba

tem światła słonecznego, niezdolnym do stymulacji mózgowych ośrodków regulujących nasz wewnętrzny zegar biologiczny („dawców czasu”). Światło docierające do siatkówki stymuluje aktywność układów serotonergicznym w mózgu i wydzielanie endokrynne podwzgórze i szyszynki, tylko wtedy gdy ma odpowiednią moc i czas. Substytucja światłem sztucz-

nym rzadko kiedy jest wystarczająca do odpowiedniego zastymulowania mózgu, aby utrzymać letnią aktywność tarczycy, nadnerczy, metabolizmu.

Drugim elementem jest czas; zmiany natężenia światła, a co za tym idzie zmiany natężenia osobniczej aktywności, w sposób naturalny pojawiają się rytmicznie. Jakby tak dobrze się przyjrzeć, to wszystko ma swój rytm – tak samo pory roku, jak i nasze serca, mózgi, jelita, aktywność wydzielnicza, gonady, etc. (makro i mikrokosmos). Dobowe wahania temperatury ciała u osoby zdrowej mają swoją charakterystyczną krzywą, poziomy kortyzolu, melatoniny, innych wydzielin mediujących – także. To wszystko są tryby jednej maszyny i jeśli nie czujemy zmian wywołanych przez zmianę ilości światła słonecznego docierającego do naszego organizmu,

to świadczy to tylko o małej wrażliwości takiej funkcji, jak samoobserwacja, autodetekcja lub samoświadomość.

UWAGA! OSOBY PRACUJĄCE W ZMIENNYM RYTMIE, NP. DYŻURUJĄCY LEKARZE.

W okresie skracania się długości dnia, powyżej 47 st szerokości geograficznej ludzie w większości odczuwają: spowolnienie, zmęczenie, spadek prędkości reakcji, spadek kojarzenia, zaburzenia snu, obniżenie libido, spadek wydajności pracy, drażliwość, wzrost łaknienia – szczególnie tzw. apetyt węglowodanowy.

GDY PACJENT PYTA O RADĘ

Proponuję zasadę złotego środka: w okresie największej deprywacji sensorycznej (wtedy, kiedy dzień jest najkrótszy – w grudniu) zrezygnować ze stawiania sobie wymagań wysokiej aktywności, funkcjonować życiowo na niskim biegu, skupiać się na rzeczach miłych i ciepłych, świadomie zaplanować lenistwo. Dobra jest fototerapia np. przebywanie na śniegu. Trudniejszy jest dla nas okres przełomu listopad/grudzień tzn. skracania się dnia, w stosunku do okresu styczeń/luty, o podobnym natężeniu światła, ale o tendencji rosnącej. Jeśli dysproporcja pomiędzy koniecznością a możliwością funkcjonowania, stanie się zbyt duża radzę skorzystać z naświetlań, tzn; fototerapii na miejscu (np.; u nas) i z konsultacji profesjonalisty (np.; u nas).

JESZCZE RAZ I PO KOLEI:

- najpierw uregulowanie rytmów (najlepiej wszystkich), czyli chronoterapia,
- potem (II rzut) dołączenie fototerapii, potencjalizacja oddziaływania na rytmy,
- w tym II rzucie może także pomieścić się deprywacja snu (wake therapy), wymuszanie aktywności ruchowej, adekwatnej do możliwości osobistych (czyli produkcja naturalnych endorfin),
- III rzut – konsultacja specjalisty i rozważenie farmakoterapii,

Chronoterapia to manipulacja rytmem okołodobowej aktywności snu i czuwania bez użycia sztucznego światła, jedynie we współpracy ze światłem naturalnym. Wymaga ona rygorystycznego wczesno-porannego budzenia się i aktywizacji (wake up therapy), wymuszania aktywności fizycznej rano, w naturalnym świetle i utrzymywania jej przez cały „dzień świetlny”. Spacer w godzinach

południowych, w przerwie lunch'owej – jest niezbędny, bez względu na pogodę. Wraz ze zmrokiem obniżamy aktywność, a zasypiamy przed północą. Najbardziej wartościowy sen, sprzyjający tworzeniu się nowych połączeń między neuronami (zjawisko neuroplastyczności) ma miejsce w pierwszej połowie nocy. Zarywanie nocy i spanie w środku dnia mają udowodnione działanie depresyjne.

Chronoterapia ma działanie profilaktyczne i lecznicze zarówno w zaburzeniach ze spektrum chorób afektywnych, jak i w profilaktyce zaburzeń otepiennych i wielu innych.

Zachęcam do określenia swojego chronotypu za pomocą kwestionariusza samooceny „Sowa-Skowronek” (Morningness – Eveningness Questionnaire), MEQ-SA.

Fototerapia: czyli potencjalizacja chronoterapii poprzez dołączenie sztucznego światła, czyli naświetlania lampą przeciwdepresyjną. Cechy lampy: Światłość: 5 000 – 10 000 luksów, Pełne widmo światła białego, naśladujące słońce, Filtry na UV,

* * *

Jeżeli spadek napedu i aktywności możemy traktować jako wariant normy, to już spadek nastroju niekoniecznie. Należy ocenić stopień tego zjawiska i zastanowić się nad **ewentualnym (!)** rozpoznaniem depresji sezonowej (Choroba Afektywna Sezonowa – CHAS). O sezonowości zjawiska powie nam wywiad. Niektórzy uważają, że sezonowość w objawach wrzodowych, wieńcowych, immunologicznych, etc. jest związana ze spadkiem nastroju i/lub jest **maską depresji**.

W tym okresie prawdopodobnie spotkacie się Państwo w swoich praktykach z wieloma pacjentami, którzy obok grypy będą narzekać na smutek, przygnębienie, popłakiwać. Uwaga - depresja potrafi oszukiwać! Czasami pacjent nie potrafi mówić o uczuciach (to się nazywa dysleksytymia) i swoje cierpienie wyraża określeniami; „tu mnie boli, tam mnie ścisca i gniecie”, „słaby jestem...” „.. Bardzo popularne są skargi na zaburzenia snu. Czasami sytuacja jest odwrotna: pacjent przychodzi i od razu stawia sobie sam diagnozę: „mam depresję”.

NIE KAŻDY SMUTEK JEST DEPRESJĄ

Cierpienie należy do elementów życia i nie można go każdorazowo utożsamiać z chorobą. Nie można dawać tabletek na każde cierpienie. A w ogóle z tą depresją to pojawiło się takie bardzo dziwne, nowe zjawisko: jako kolejna po „nerwicy”, wśród zaburzeń psychicznych, wyrwała się z zakłętego kręgu stygmatyzacji chorób psychicznych. Już nie wstyd mieć depresję: alkoholik w zespole abstynencyjnym – ma depresję, ktoś stracił pracę, starsza osoba z otępieniem – ma depresję, ktoś jest w żałobie po śmierci bliskiej osoby – to też ma depresję. To nie depresja, mimo, że nastrój jest kiepski. To naturalna, zdrowa, fizjologiczna reakcja na sytuację.

Mamy prawo do używania słowa „depresja” w znaczeniu ogólnym, popularnym: depresja jako chandra, jako gorszy dzień – to jest w porządku, ale tego się nie leczy, nie bierze farmaceutyków, nie chodzi do lekarza. Z chandrą idzie się po nieformalne wsparcie, po współczucie, po wspólne bycie razem. To pomaga, to jest potrzebne i to wystarcza. Jeżeli nie wystarcza i pomimo łagodności i tolerancji dla siebie, pomimo uregulowania rytmów i zastosowania światła i ruchu, „rozsypujemy” się nadal, to **konsultacja specjalisty psychiatry wydaje się być nie – do – ominięcia!**

Dlaczego piszę to w gazecie dla lekarzy: bo Zespół Objawów Depresyjnych w Chorobie Afektywnej Jednobiegunowej (CHAJ), wygląda identycznie jak Zespół Objawów Depresyjnych w Chorobie Afektywnej Dwubiegunowej (CHAD). Różni się tylko tym, że po kilku tygodniach, a czasami po kilku dniach, stosowania leku przeciwdepresyjnego ten drugi zamieni się w Zespół Objawów Maniakalnych – a wtedy ten pacjent już się nie pokaże u lekarza, albo jeśli się pokaże, to lekarz nie będący psychiatrą, „zachwyci się” swoim sukcesem i nie zauważy rozwijającej się, groźnej choroby.

Zespoły Maniakalne to zmora wielu ludzi; subiektywne przeżywanie szczęścia, omnipotencji i podejmowanie ryzykownych przedsięwzięć czasami skutkuje na całe życie. Dla nas psychiatrów ostatnio słowa: kredyt, zadłużenie i zakupy, pojawiające się w wywiadzie z pacjentem, stały się sygnałem, synonimem – „manii” i podejrzenia CHAD. Niestety, zbyt często się nie mylimy. CHAD jest groźna, ma tendencje do nasilania się w miarę

życia. W jej „podłużnym”, wieloletnim przebiegu mogą się pojawiać tzw; zespoły mieszane. Istnieje teoria sugerująca, że na rozwój tych zespołów ma wpływ bardzo powszechne stosowanie leków przeciwdepresyjnych. CHAD leczymy inaczej, niż CHAJ. Praktycznie staramy się nie stosować leków przeciwdepresyjnych, czasami wyjątkowo, gdy depresja jest bardzo ciężka, ale wtedy z dużą świadomością „drugiego bieguna” i pod ścisłą obserwacją. Stosujemy głównie normotymiki, czasami neuroleptyki o specyficznych cechach klinicznych.

Po to piszę o tym do lekarzy, aby przypomnieć, że zaburzenia nastroju to duże spektrum chorób: to CHAS, CHAJ, CHAD, to dystymia i cyklotymia, to także częsty obraz zaburzeń lękowych (GAD) i uzależnień. Chciałabym się podzielić swoim zakłopotaniem, w jakie wprowadza mnie częsta sytuacja spotkania z pacjentem uzależnionym od leków uspokajających i nasennych, który mówi: „to lekarz kazał mi to brać”. Uzależnienie od benzo-

duazepin (BDA) bardzo trudno się leczy, ludzie cierpią z powodu objawów abstynencyjnych bardziej, niż cierpieli wyjściowo. Przewlekłe stosowanie BDA sprzyja otepieniom.(...) To trudne nie tylko dla pacjenta, ale i dla psychiatry.

Stąd mój apel do wszystkich „poza psychiatrycznych” Koleżanek i Kolegów: współpracujmy, wspierajmy się i trzymajmy ciepło razem.

Ewa Jasińska-Rudzka

REFLEKSJE

● GERIATRIA W OCZACH STAŻYSTY

„Czuję się jak wypluty bombon...”

Jako lekarz stażysta trafiam na oddział internistyczny z pododdziałem geriatrycznym. Czy wiem coś więcej na ten temat? Niekoniecznie, jedynie to, co obiegowo wiadomo o geriatrici i co raczej nie napawa mnie optymizmem. Jednakże jak dotąd nie miałam kontaktu z oddziałami tego typu, co dla lekarza stażysty stojącego przed wyborem swojej drogi życiowej jest porażką systemu edukacji medycznej w kraju. Ponadto ze względu na starzenie się społeczeństwa polskiego będzie coraz większa potrzeba otwierania oddziałów tego typu.

PO JAPOŃSKU, CZYLI JAKO TAKO

Sala numer jeden (izolatka) – pacjentka 85 lat, osłabiona, wyniszczona, odwodniona, w słabym kontakcie, niezorientowana allopsychicznie, w nocy niespokojna, krzyczy, płacze, nie da się uspokoić, na pytania o stan zdrowia słyszymy – „koniec będzie”, na późniejsze prośby o rehabilitację (po unormowaniu parametrów krążeniowo – oddechowych) słyszymy „zostaw mnie, nie ruszaj”. Chora jest na oddziale od tygodnia.

Po tygodniu mojego stażu, po zastosowanym leczeniu pacjentka stabilizuje się klinicz-

nie, noce są znacznie spokojniejsze. Pacjentka odpowiada na pytania, co umożliwia nam uzyskanie logicznego kontaktu.

Jakie było moje zdziwienie, gdy przyszłam kiedyś do pracy i widzę, jak pacjentka spaceruje przy pomocy balkonika z panią rehabilitantką. Wcześniej nie tylko byłoby to niewykonalne, ale nawet wszelkie

samopoczucia odpowiada, że słońeczko świeci i ona od razu ma chęci do życia, chociaż jeszcze jest jako – tako, ale postara się iść do przodu. Nie tylko ona ma wtedy chęci do życia. Lekarze również.

„PANIE, COŚ PAN TAKI BRUTALNY”

Niestety, problem alkoholowy jest i chyba będzie problemem wiodącym. Co jakiś czas trafia na oddział chory pod wpływem alkoholu, często jako NN. Leczenie takich pacjentów jest niezwykle trudne, nie tylko ze względu na agresję z ich strony, ale także na niechęć tych chorych do lekarzy, personelu medycznego oraz brak nawet podstawowej kultury osobistej. Bardzo ciężko jest czerpać radość z faktu postawienia kogoś na nogi, spotykając się z takim traktowaniem z jego strony. Czujesz się w tym momencie jakbyś trafił w mur. Czasem jednak ten mur okazuje się z gąbki....

**Dobro powraca?
Możliwe...
Na pewno przywraca
odrobinę sensu
w życiu i wszelkie
starania.**

Jeden z Panów z naszego oddziału ustabilizowany farmakologicznie, nawodniony, przyszedł i podziękował za leczenie. Niby takie zwykłe „dziękuję”, ale chyba



fot.: Joanna Woźniak

kie próby zbliżenia się i rozpoczęcia ćwiczeń były niemożliwe z powodu dużej agresji pacjentki. Jeszcze zdarzają się noce, kiedy trzeba chorą uspokajać, ale jest ich znacznie mniej. A jak rano przychodzi się na wizytę i widzi uśmiechniętą staruszkę, która na pytanie o stan

bardzo ważne dla lekarza prowadzącego. Pacjent, który wcześniej negował wszelkie starania, zachowywał się agresywnie, nawet brutalnie. Odnosił się niemiło do personelu, sprawiając tym samym, iż nawet pielęgniarki robiąc mu zastrzyki czy podłączając kroplówki czuły się okropnie. I właśnie taki chory dziękuje i przeprasza. Dobro powraca? Możliwe... Na pewno przywraca odrobinę sensu w życiu i wszelkie starania.

Kiedyś przyjmowałam pacjentkę na oddział, po zebraniu wywiadu słyszę pytanie: „Jaki to dokładnie oddział, bo musi przekazać rodzinie, gdzie mają jej szukać”? Odpowiadam, że pododdział geriatryczny interny. „Geriatry? O Jezu... Ja mam dopiero 66 lat, to gdzie ja będę leżeć po 80-tce?”

Lekarz geriatra, czyli lekarz uwzględniający specyfikę chorowania w wieku podeszłym, co wiąże się z występowaniem wielu stanów chorobowych jednocześnie. Należy wziąć pod uwagę nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, choroby tarczycy, anemię, cukrzycę, a przede wszystkim wzajemny wpływ tych chorób na siebie oraz na dodatkowe aspekty, czyli np. pogorszenie pamięci, wydolności krążeniowo – oddechowej.

Diagnostyka tego typu wymaga istnienia większej ilości łóżek geriatrycznych, co stwarzało by możliwość leczenia większej ilości chorych.

„PROSZĘ, PO ŚWIĘTACH....”

W czasie mojego stażu była przerwa świąteczna. Dla mnie było rzeczą naturalną, iż pacjenci ustabilizowani, wyrównani

farmakologicznie, wydolni krążeniowo i oddechowo, którzy przeszli niezbędną diagnostykę, zostaną wypisani do domu. Jakie było moje zdziwienie, kiedy w dniu wypisu przychodzi syn chorej leżącej na oddziale i prosi o to, żeby mamę wypisać po świętach. Dlaczego? Otóż, niech sobie jeszcze poleży, bo jest słaba, a na święta przyjeżdża dużo rodziny, to duszno będzie...

Na jakim świecie żyjemy? Jedyne pocieszenie jest takie, iż chora zapytana o to, czy chce zostać na święta odpowiada, że tak, bo takie miłe panie z nią leżą i czuje się tu dobrze, a w domu to będą ją przestawiać z kąta w kąt. Czyli niby dobrze, będziemy kontynuować terapię, przygotujemy pacjentkę do życia samodzielnie, ale niesmak pozostaje. Jaka bowiem jest pewność, że to nie były ostatnie święta tej pacjentki.

MOŻNA GÓRY PRZENOSIĆ

Pacjentka przyjęta z głęboką anemią, przetaczamy jednostki krwi, stabilizujemy parametry; rozpoczynamy diagnostykę. Proponujemy gastroscopię – nie. Proponujemy kolonoskopię – nie. Tłumaczymy zasadność. Odpowiedź – nie. I właściwie na każde nasze próby słyszemy to samo – nie i nie. Po dwóch dniach w odwiedziny przychodzi wnuczek. Nagle pacjentka z naburmuszonej staruszki zmienia się w ciepłą starszą panią. I zaledwie po godzinie wyraża zgodę na wszystkie zabiegi diagnostyczne. Dziwne? Nie, gdyż wsparcie rodziny jest bezcenne. Dzięki niemu można góry przenosić, a na takim oddziale widoczne to jest zdecydowanie lepiej, niż na każdym innym.

„Czuję się jak wypluty bombon” – tak odpowiedziała 85-letnia pacjentka na pytanie o stan zdrowia, przy tym uśmiechała się i żartowała, mimo tego, iż ciężkie POChP utrudniało jej jakąkolwiek aktywność. I chyba takie przypadki dają siły lekarzom na geriatrii, chyba mnie również, bo interna awansowała do kategorii specjalizacji, które mogłabym robić po stażu.

PROSTE PYTANIE

W związku z tym należy zadać sobie pytanie czy likwidacja oddziałów geriatrycznych i ciągle cięcia finansowe są dobrym posunięciem? Czy brak edukacji z tej dziedziny w ramach 6-letnich studiów medycznych nie skutkuje potem brakiem odpowiedniego podejścia do pacjenta starszego?

Z mojego punktu widzenia wiedza zdobyta na takim oddziale jest bezcenna, nieważne w końcu, gdzie potem każdy z nas będzie pracował, ważne jest to, że zawsze spotkamy jakąś babcię, czy dziadka, czy to pacjenta, czy rodzinę chorego do którego trzeba mieć odpowiednie podejście i trzeba wiedzieć, czym tłumaczyć niektóre choroby i co zasugerować, a przede wszystkim jak.

Joanna Woźniak

(Odbывała staż w Zespole Szpitali Miejskich w Chorzowie)

PRAWNIK INFORMUJE

Informujemy, iż zgodnie z art. 25 ustawy o działalności leczniczej, który wejdzie w życie w dniu 1 stycznia 2012 r., **lekarze, nie później niż w terminie 7 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia, obowiązani są przekazać Okręgowej Radzie Lekarskiej w Katowicach jako organowi prowadzącemu rejestr, dokumenty ubezpieczenia potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia wystawione przez ubezpieczyciela.**

Obowiązek przekazania dokumentów ubezpieczeniowych dotyczy umów zawartych po dniu 1 stycznia 2012 r.

Lekarze rejestrujący praktyki zawodowe (indywidualne bądź grupowe) zgodnie z nowymi zasadami, obowiązani są załączyć do wniosku o wpis praktyki, polisę ubezpieczenia wystawioną przez ubezpieczyciela.

W księdze rejestrowej praktyki zawodowej lekarza, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru, zostaje wpisany okres ubezpieczenia, jego zakres oraz suma gwarancyjna.

Zespół Radców Prawnych ŚIL

SZKOLENIA ŚIL

Kurs doskonalący-warsztaty: **Radzenie sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu**

Termin: **5.12.2011 r. (poniedziałek) godz. 15³⁰**
BRAK MIEJSC

Kurs doskonalący: **Kurs podstawowy USG**

Termin: **7.12.2011 r. (środa) godz. 9⁰⁰**

Dodatkowe informacje: Kierownictwo naukowe dr n. med. *Wojciech Wawrzynek*.

Warsztaty: **Prawne i etyczne aspekty odpowiedzialności lekarza i przedstawicieli przemysłu medycznego na gruncie obowiązującego prawa**

Termin: **8.12.2011 r. (czwartek) godz. 10⁰⁰-12³⁰**

Konferencja: **Zimowe spotkania ze stomatologią. Choroby błon śluzowych i przyzębia**

Termin: **9.12.2011 r. (piątek) godz. 11⁰⁰**

Dodatkowe informacje: Konferencja połączona z Targami Stomatologicznymi. Koszt udziału w Konferencji wynosi 150,00 zł od osoby. Wpłaty należy dokonać na konto Domu Lekarza: VW Bank 78 21 3000042001049204680001 lub w kasie Domu Lekarza. Potwierdzeniem udziału jest dokonanie opłaty.

Kurs doskonalący: **„Promocja zdrowia oparta na dowodach” – wykład i warsztaty**

Termin: **10.12.2011 r. (sobota) godz. 10⁰⁰**

Dodatkowe informacje: Wykład poprowadzi dr n. med. *Krzysztof Krajewski-Siuda*.

Kurs doskonalący: **Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodków i niemowląt**

Termin: **9.01.2012 r. (poniedziałek) godz. 15³⁰**

Dodatkowe informacje: Wykładowcy: dr hab. n. med. *Iwona Maruniak-Chudek*, dr n. med. *Jolanta Wróblewska*, dr n. med. *Ludwik Stołtny*. Po wykładzie uczestnicy zostaną podzieleni na małe grupy warsztatowe do ćwiczeń resuscytacji noworodków i niemowląt z zastosowaniem manekinów i sprzętu ratunkowego. Terminy spotkań warsztatowych podane zostaną do wyboru w dniu wykładu. Czas trwania: wykład – 6 godzin dydaktycznych, ćwiczenia – 7 godzin dydaktycznych. Koszt 80 zł, wpłaty należy dokonać na konto: 43 1020 2313 0000 3102 0020 0246 (z dopiskiem: resuscytacja noworodków). Liczba miejsc została ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń.

Powyższe zdarzenia szkoleniowe odbędą się w salach wykładowych Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach, przy ul. Grażyńskiego 49a.

Uczestnik otrzymuje punkty edukacyjne zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. nr 231 poz. 2326).

Zgłoszenia można przysłać elektronicznie na formularzu zgłoszeniowym on-line umieszczonym na stronie www.izba-lekarska.org.pl w zakładce Kursy dla lekarzy lub telefonicznie, pod numerem telefonu (32) 203 65 47/8 wew. 321,322.



Uprzejmie informujemy, że 1 kwietnia br. 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:

BIURO 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/

● UROCZYŚĆ ODNOWIENIA DYPLOMU PO 50 LATACH - SUM

„Kiedy patrzę hen za siebie”

Dzień po oficjalnej inauguracji roku akademickiego 2011/2012, w tej samej auli im. Witolda Zahorskiego SUM zasiedli absolwenci z rocznika 1961, ówczesnej Śląskiej Akademii Medycznej im. Ludwika Waryńskiego.

„Jakże inny jest ten dzisiejszy początek roku akademickiego od tego w 1954, który rozpoczynali studenci wracający z wojennej pożogi. Wielu z nas miało jeszcze na sobie mundury zarówno ludowego wojska polskiego, jak i armii Andersa – wspominał doktor **Jerzy Bednorz** – Różnił się

miejsce pochodzenia i wiekiem, część z nas to był rocznik '24, '30, a nawet '35, ale łączyła nas miłość do medycyny”.

Profesor **Waldemar Janiec** zauważył – *Byliśmy*

jak bukiet kwiatów zebrany z różnych stron Polski. Wnoszący wielokulturowość, jako swoje bogactwo.

Pojawiły się wspomnienia o pedagogach, lekarzach i wychowawcach, w tym o profesorze **Kornelu Gibińskim**, jedynym żyjącym do dzisiaj członku ówczesnej kadry naukowej. Po tem wruszenia, nostalgia, opowieści o pierwszych latach studiów „na Rokicie” czyli w Rokitnicy Bytomskiej, gdzie mieściła się siedziba uczelni. O „Październiku 1956”, gdy wierzyli, że nadszedł czas odwilży, i którego byli aktywnymi uczestnikami, ze wszystkimi tego konsekwencjami. Spotkanie po latach to także szczerzy śmiech, gdy przypomniano bujne życie studenckie toczące się w dwóch akademikach: żeńskim lepiej strzeżonym, bo znajdującym się za murami dziekanatu i męskim po drugiej stronie ulicy.

Rocznik 1961 to również zajęcia z marksizmu i leninizmu, wykopki, na które w czynie społecznym i „na ochotnika” jeździli, aż w okolicy Elbląga, by zbierać kartofle, co na historycznych fotografiach pokazał dr **Emilian Kocot**. To w końcu niezapomniany studencki kabaret „Satyromycyna”.

– *„Kiedy patrzę hen za siebie, W tamte lata, co minęły. Czasem myślę, co przegrałem, Ile diabli wzięli. Co straciłem z własnej woli, Ile przeciw sobie. Co wyliczę, to wyliczę, Ale zawsze wtedy powiem, że najbardziej mi żal:... Czasu studiów na Śląskiej Alma Mater.”* Tak trawestował tekst piosenki Janusza Laskowskiego doktor **Zygfryd Wawrzynek**, zwany „Zygą”, pierwszy prezes ORL w Katowicach i starosta studenckiej braci tego rocznika, a od lat prezes Wychowanków Śląskiej Akademii Medycznej i gospodarz uroczystości odnowienia dyplomu.

Gośćmi tego szczególnego spotkania byli rektor SUM prof. **Ewa Małecka-Tendera**, jak sama przyznała, uczennica wielu z tych, którzy spotkali się, by wspólnie świętować odnowienie dyplomu, prof. **Andrzej Gabriel** – prodziekan Wydziału Lekarskiego w Zabrze oraz prezes ORL **Jacek Kozakiewicz**.

– *W imieniu śląskiej rodziny lekarskiej składam serdeczne wyrazy podziękowania za to, że od półwiecza stoicie na straży wartości, które zawsze były niezwykle ważne w naszym życiu osobistym i zawodowym.* – powiedział prezes, gratulując nobliwym wychowankom ŚAM ich złotego jubileuszu.



foto.: Anna Zadóra-Świderek



foto.: Anna Zadóra-Świderek

dr Zygfryd Wawrzynek, w głębi rektor prof. Ewa Małecka-Tendera, prof. Andrzej Gabriel

Z rocznika 1961 wywodzi się dziewięćoro samodzielnych pracowników naukowych ŚAM

- prof. Krystyna Karczevska – pediatra, gastroenterolog
- prof. Janina Rybicka – internista,
- prof. Barbara Zahorska-Markiewicz – internista, zdrowie publiczne
- prof. Ryszard Brus – farmakolog kliniczny
- prof. Waldemar Janiec – internista, autor sześciu wydań farmakodynamiki
- prof. Marian Pardela – chirurg ogólny, dokonał pierwszego w Polsce przeszczepu wątroby

- prof. Jan Mikusek – anatom
- prof. Adam Misiewicz – internista
- prof. Eugeniusz Wierzyński – stomatolog, protetyk



foto.: Anna Zadóra-Świderek

Anna Zadóra-Świderek

● SPOTKANIE PIĘCDZIESIĄTE DZIEWIĄTE

Wewnętrzna siła i ukryte piękno

Przypominamy – 14 grudnia czeka nas nietypowa adaptacja powieści autobiograficznej „*Between a Rock and a Hard Place*”, przedstawiająca mały wycinek życia alpinisty Arona Ralstona. Epizod, trwający „127 godzin”. Te 5 dni było jednak niczym jądrem, krystalizujące to, co wydarzyło się wcześniej (wspomnienia pomogły mu przetrwać!) – i to, co nastąpiło później, a co widział w swych wizjach... Zapraszamy na pasjonującą, trzymającą w napięciu opowieść o woli życia.

ACTA PROBANT SE IPSA

„... szja kobiety jest na pewno jednym z lepszych miejsc dla sznura pereł, ale czy na przykład nawet w kuble na śmieci perła przestaje być perłą? Są treści chyba niezależne od formy” – pisał Edward Stachura. W filmie „*Mała Miss*”, który pokażemy 11 stycznia, Jonathan Dayton i Valerie Faris prezentują całą galerię wypaczonych z pozorów, ludzkich naczyni (czy też form własnie): Ojciec rodziny, Richard, obsesyjnie wręcz gardzący porażką, który – o ironii losu – nie potrafi sprzedać swego podręcznika motywacyjnego. Matka, Sheryl – sprawiająca wrażenie zagubionej w rzeczywistości. Dziadek – narkoman i satyr, wujek Frank – gej noszący blizny po próbie samobójczej... Wreszcie dzieci: Dwayne, daltonista marzący o przyszłości pilota wojskowego i młodzieńca Olive, oczyma wyobraźni nakładająca koronę miss piękności. Pinakoteka karykatur, stanowiąca zarazem satyryczny portret społeczeństwa. Chciałoby się powiedzieć: zgraja nieudaczników!

Ten obraz dysfunkcyjnej na pozór, podróżującej trochę wbrew swojej woli rodziny, zestawiony z szeregiem kandydatek na Małą Miss Słoneczko: dziewczynkami perfekcyjnie uczesanyimi, spryskanymi samoopalającym sprayem, z doklejonym sztucznym uśmiechem. Prezentującymi wystudiowane pozy i swe pokryte brokatem talenty. I oto mamy paradoks... Efekt tej konfrontacji jest porażający! Olive, puciołowata, niezdarna, nieświadomie wulgarna (układ choreograficzny opracował dla niej dziadek), jaśnieje swą autentycznością niczym prawdziwe małe słonko, za tło mając skrzące się lalki. Owszem, połyskujące – ale jedynie światłem



odbitym (od klisz show-biznesu dla zmanierowanych celebrytów, z gronem swych zidociałych fanów). Natomiast rodzina Hooverów, nie bacząc na własną śmieszność, chroniąca najmłodszą latorośl przed upokorzeniem, dająca jej wsparcie bezwarunkowe niemal (takie, jaka powinna być miłość do dziecka!) zasługując na najwyższe uznanie. Oklaski na stojąco...

Znajdą się pewnie widzowie, którzy gotowi będą uznać tę niezależną produkcję z 2006 roku za antyamerykańską: wysmiewa się tu przecież kult sukcesu, sposób żywienia, postawy wobec narkotyków czy gejów – oraz wiele innych utrapień bufonkiego, zepsutego dobrobytem społeczeństwa. Inni zaripostują: przeciwnie, to film wręcz propagandowy! Laurka opiewająca niezwykłą zdolność jednoczenia się narodu w obliczu zagrożenia, niezależnie od dzielących go różnic. Pokazująca, że mimo słabości poszczególnych elementów tej wielokulturowej, społecznej mozaiki, jako całość stanowi on siłę nie do zbagatelizowania. Sądzę jednak, że nawet oderwany od kontekstu geopolitycznego, nie wędnie, roztaczając słodko-gorzki zapach komedii pomieszanej z dramatem...

Wojciech Bednarski

P. S. Wszelkie zapytania i uwagi dotyczące Dyskusyjnego Klubu Filmowego proszę kierować na adres: ciech@mp.pl

KOMISJE PROBLEMOWE

● CELEM KONFERENCJI BYŁO ZAINTERESOWANIE WŁADZ I MEDIÓW PROBLEMAMI ZDROWOTNYMI ZWIĄZANYMI Z JAMĄ USTNĄ

Stomatologia 2011

W Warszawie 28.09.2011 r. odbyła się konferencja NRL „Stomatologia 2011”. Z założenia była ona kontynuacją debaty na temat zdrowia jamy ustnej z czerwca 2010 r. (o której wspominałam już w „Pro Medico”).

W spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele komisji stomatologicznych prawie wszystkich krajowych izb lekarskich, członkowie NRL, lekarze innych specjalności, pracownicy MZ, a w szczególności „Departamentu Zdrowia Matki i Dziecka”, przedstawiciele mediów oraz prasy stomatologicznej. Komisję SIL reprezentowali kol. **A. Sommerlik-Biernat** i kol. **A. Jurczak**. Prelegentami były znane osoby ze świata nauki, stomatolodzy oraz lekarze innych specjalności. Celem Konferencji było zainteresowanie władz i mediów problemami zdrowotnymi związanymi z jamą ustną. Główną osią wykładów była korelacja schorzeń stomatologicz-

nych z chorobami ogólnoustrojowymi takimi jak cukrzyca lub np. choroby sercowo-naczyniowe. Trzonem materiału naukowego tworzyły badania epidemiologiczne przedstawione w syntetyczny i ciekawy sposób przez tak znane postaci jak prof. dr hab. n. med. **Maria Wierzbicka**, prof. dr hab. n. med. **Renata Górka**, prof. dr hab. n. med. **Tomasz Konopka**. Śląskiem akcentem był wykład dr hab. n. med. **Iwony Niedzielskiej**. Dość obszernie został przedstawiony program pt.

„Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej Polaków” pod kierunkiem prof. dr hab. n. med. **Marii Wierzbickiej**. Scharakteryzował on stan uzębienia Polaków w ostatnim 10-leciu.

Tu nasunęła mi się pewna refleksja, o ile stomatolodzy pracujący w terenie dokładnie wiedzą, jak wygląda stan zdrowia jamy ustnej Polaków (bez czytania danych statystycznych), o tyle niewielkie pojęcie o tym mają lekarze innych specjalności, a przedstawiciele naszych władz z zakresu ochrony zdrowia, w ogóle tą wiedzą nie są zainteresowani. Wracając do konferencji, to zwrócono szczególną uwagę na konieczność współpracy pomiędzy różnymi specjalnościami medycyny ogólnej stomatologii. Sztandarowe jest połączenie leczenia kardiologicznego - z sanacją jamy ustnej. Zauważono także, że ostatnio pogorszyła się dbałość pediatrów i ginekologów w zakresie kierowania do stomatologów, celem wypełniania bilansów u dzieci i kart ciąży u ciężarnych. Proponowano, aby poprzez towarzystwa naukowe, poszerzyć wiedzę lekarzy ogólnych, zwracając większą uwagę na kierowanie pacjenta do stomatologa, w związku z całościowym leczeniem ogólnoustrojowych chorób niezakaźnych.

Świat medycyny reprezentowali kardiolodzy i interniści m.in. dr hab. n. med.

Franciszek Szatko czy też prof. dr hab. n. med. **Grzegorz Opolski**.

Na zakończenie spotkania odbyła się ożywiona dyskusja. Podnoszono w niej kwestie: odpowiedzialności państwa, za stan zdrowia Polaków, istoty współpracy lekarzy różnych specjalności, oraz podnoszenia świadomości prozdrowotnej naszego społeczeństwa.

Konkluzją końcową, było stwierdzenie, że jeżeli nie możemy wpłynąć na politykę zdrowotną państwa, to trzeba zainteresować media wyżej wymienionymi problemami.

Post scriptum.

Oddźwięk medialny zauważalny w Internecie był dość spory. Dziennikarzy zainteresowała głównie bezzębność naszych emerytów, raczej spora, jak na normy europejskie. Jak zawsze, w takich sytuacjach na konferencji zbyt mało czasu pozostało na dyskusję. Deбата nie została dokończona, czyli jak przypuszczam – ciąg dalszy nastąpi. Myślę, że kolejne tego typu spotkanie będzie bardzo potrzebne, zwłaszcza, że powinno ono zakończyć się wytyczeniem szczegółowego planu działania, lub co najmniej spisaniem najważniejszych ustaleń.

(„Memoriał w sprawie opieki stomatologicznej realizowanej w ramach ubezpieczeń zdrowotnych” Prezydium Komisji Stomatologicznej NRL ze stycznia 2010 r., publikujemy w całości na stronie internetowej ŚIL).

Aleksandra Sommerlik-Biernat



fot.: archiwum NRL

Na pierwszym planie przedstawiciele Komisji Stomatologicznej ŚIL, dr dr Aleksandra Sommerlik-Biernat, Adam Jurczak

ETYKA

● METODA „IN VITRO” STAŁA SIĘ FAKTEM W ŚWIECIE MEDYCZNYM

Rozważania na temat: „Medyczne wspomaganie prokreacji ze szczególnym uwzględnieniem różnych światopoglądów”

Niezwykle ważne jest, by w ramach toczzonej obecnie przez społeczeństwo polskie dyskusji na temat dopuszczalności metod medycznie wspomaganego prokreacji, świadomy głos zabrano środowisko medyczne, a sensowna, świadoma dyskusja może odbywać się tylko w warunkach posiadania pełnej informacji dotyczącej zarówno metod, o których mowa, jak i szerszej analizy etycznej – moralnej tej kwestii.

Techniki medyczne rozrodu wspomaganego postrzegane są jako szansa na posia-

danie potomstwa dla tych par, dla których okazuje się to być jedyną metodą i którym wyznawane wartości pozwalają na skorzystanie z niej. Nie może to jednak oznaczać przyzwolenia na „zastępowanie” wspomaganą prokreacją rzetelnej diagnostyki i leczenia bezpłodności, gdyż metoda ta nie leczy bezpłodności, a jedynie daje szansę na doprowadzenie do zapłodnienia i posiadania potomstwa. W tej dyskusji konieczna jest podstawowa wiedza, do pogłębienia której przyczynić mogłaby się wymiana poglądów – także w formie artykułów informacyjno-edukacyjnych lub polemicznych w prasie medycznej.

Szeroka dyskusja w środowisku lekarskim mogłaby dobrze przyczynić się do stworzenia uregulowań rozważnych, odrzucających opinie skrajne, szanujących decyzje osób o różnych przekonaniach.

Płaszczyzny dyskusji powinny być budowane w oparciu o wiedzę po każdej ze stron dialogu społecznego, w tym pacjentów oraz lekarzy. Tymczasem lekarze innych specjalności niż ginekolodzy-położnicy często nie posiadają takiej wiedzy w dostatecznym stopniu.

Rozmowy o technikach medycznie wspomaganey prokreacji wymagają uświadomienia złożonych przyczyn niepłodności oraz konieczności szerokiej interdyscyplinarnej jej diagnostyki, bowiem dopiero po pełnej diagnostyce można informować o różnych metodach wspomagania prokreacji, efektach ubocznych tych metod oraz szeregu związanych z tymi metodami wątpliwościach o charakterze zdrowotnym i etycznym.

Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do pełnej informacji, do wyrażenia zgody na możliwe postępowanie medyczne po uzyskaniu zrozumiałej, rzetelnej informacji nie tylko o proponowanym leczeniu, ale również o dających się przewidzieć niekorzystnych skutkach zastosowania proponowanej metody. Dlatego wiedza niezbędna jest przede wszystkim na poziomie specjalistów ginekologów-położników, ale i innych specjalności, w tym lekarzy rodzinnych, aby mogli rzetelnie informować zainteresowanych pacjentów, jeśli właśnie w swojej praktyce spotykają się z osobami dotkniętymi problemem niepłodności. Stąd działalność informacyjna i edukacyjna powinna być kierowana zarówno do kolegów lekarzy, jak i bezpłodnych par, które ze wszech miar pragną zostać rodzicami.

Działalność dla dobra publicznego, jaką jest wykonywanie zawodu lekarza, musi być oparta o jasne i przyjazne człowiekowi zasady etyczne i obowiązujące uregulowania prawne. Zasady te muszą uwzględniać dziedzictwo duchowe i kulturowe danej społeczności. Społeczeństwo naszego kraju jest pluralistyczne, a w takim społeczeństwie przekonania osób o różnych światopoglądach powinny być na równi szanowane. Istotnym jest bowiem, aby pozostawić prawo wyboru w dopuszczalnych prawem granicach, zarówno przyszłym rodzicom, jak i lekarzom wykonującym swój zawód w tej dziedzinie.

Kodeks Etyki Lekarskiej w wystarczający sposób precyzuje wartość nadrzędną naszego zawodu – jest nim dobro pacjenta (art. 2.2) rozumiane w kontekście ogólnych norm moralnych (art. 1.1) oraz przestrzegania praw człowieka (art. 1.2). Natomiast ogólne zasady etyczne i prawa człowieka uwzględniają pluralizm postaw i światopoglądów, typowy dla współczesnego świata. Stąd przy tworzeniu prawa lub ustalaniu zasad etycznych zawodu, w szczególności zawodu lekarza, należy uwzględniać potrzeby wszystkich Polaków, bowiem prawo lub zasady etyczne tworzone są zarówno dla katolików, jak i protestantów, Żydów, muzułmanów, wyznawców innych religii lub ateistów.

Kościół i związki wyznaniowe, w tym kościół katolicki mają prawo wymagać od swoich wyznawców węższego, niż dozwala prawo, stosowania zasad moralnych, ale prawo powszechne i etyka zawodowa są dla wszystkich, stąd powinniśmy stworzyć odpowiednie zasady uwzględniając pluralizm postaw i światopoglądów. Nie można a priori odrzucać wszelkiej dyskusji o problemach takich jak „in vitro”, bowiem na gruncie wyznań innych, niż katolickie – w tym innych kościołów chrześcijańskich jak luterkański, islamu czy judaizmu nie ma jednoznacznej negacji metod zapłodnienia pozaustrojowego. Przeciwnie – wypowiedane są istotne głosy akceptujące taką metodę, a ich propagatorzy znajdują uzasadnienie w świętych tekstach – Biblii, Torze czy Koranie. Niektóre z tych głosów idą nawet dalej, nawołując – jak np. niektórzy przedstawiciele kościoła luterkańskiego – do finansowania przez państwo stosowania technik medycznych rozrodu wspomaganego.

Opowiadające się za omawianymi technikami grupy wyznawców powyższych religii – podstaw pozytywniej o tych technikach opinii dość podobnie upatrują w Bożym nakazie rozmnażania się człowieka. M.in. Kościół Ewangelicko-Augsburski odwołuje się tutaj do biblijnego nakazu płodności. „To Bóg obdarowuje ludzi dziećmi, także dziecko poczęte w próbce jest jego dziełem”.

Podobnie judaizm z biblijnego przykazania „bądźcie płodni i rozmnażajcie się” (ks. rodz. 1.28) wywodzi akceptację metod „in vitro”, bo z pomocą nauki „człowiek może wypełnić swoją powinność posiadania dzieci”. Ponadto judaizm „zawsze postrzega człowieka jako uczestnika dzieła stworzenia. W tym przypadku nie występuje więc żadna ingerencja ze strony człowieka w proces natury, lecz „współpraca ze Stwórcą”. Judaizm uznaje, że nasza wiedza jest darem Bożym, mamy więc prawo ją stosować, o ile nie jest to sprzeczne z prawem i naszym systemem wartości. (Julia Makosz w „Zapłodnienie in vitro w świetle żydowskiego prawa religijnego” pisze: „Pozytywny stosunek większości rabinów do zapłodnienia in vitro bierze się między innymi z dewizy – wszystko, co nie jest przez Torę zakazane – jest dozwolone. Rozwój nauki, techniki, medycyny zawdzięczamy utrzymanym od Boga zdolnościom intelektualnym, mamy więc prawo, a nawet obowiązek wykorzystywania

tego daru dla dobrych celów, a według judaizmu takim celem jest niewątpliwie umożliwienie bezpłodnej parze wydania na świat własnego dziecka.”).

Po prawdzie na gruncie tych religii nie ma jednoznacznej doktryny dotyczącej zapłodnienia pozaustrojowego, stąd wyrażane są także głosy negatywne wywodzące swoją odmowę poparcia omawianych metod np. w „zakazie marnowania spermy” (judaizm, Tora), kwestiach ustalenia ojcostwa (islam, Koran) czy podobnych do katolickich rozważań o godności istoty ludzkiej od początku życia na gruncie nauk protestantów.

Jednakże wszystkie wymienione religie charakteryzują dwa aspekty. Jednym jest brak hierarchicznej władzy kościelnej z równoczesnym brakiem jednego ośrodka uprawnionego do ustalania interpretacji zasad wiary. Drugim – istotny nacisk, jaki kładzie się w tych wyznaniach na wartość własnego sumienia i prawo do interpretacji świętych tekstów, a co za tym idzie, zasad religijnych, zgodnie ze zwyczajem i prawem religijnym dokonywanych przez rabinów czy islamskich duchownych.

W Polsce nie ma jednoznacznych i opublikowanych wytycznych dotyczących zapłodnienia pozaustrojowego, wydanych przez kongregacje protestanckie (choć jest Oświadczenie Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w RP w sprawie dopuszczalności stosowania in vitro), organizacje religijne islamskie lub judaistyczne. Natomiast dostępne publikacje wskazują, że jeśli mowa o możliwości dopuszczalności stosowania tych metod, to tylko pod określonymi warunkami, z których wymienia się zwykle:

- zapłodnienie tylko 1-2 zarodków (ew. powtórzenie w razie niepowodzenia, ale to podnosi koszty i realizowane może być tam, gdzie jest refinansowanie ze środków publicznych) – protestancka zasada czci dla życia od poczęcia zakłada zakaz zamrażania i niszczenia nadliczbowych zarodków, podobnie w judaizmie; islam jest tu mniej rygorystyczny, bo ochrona obejmuje płody od 120 dnia
- możliwość stosowania tych metod tylko przez pary małżeńskie (w islamie i judaizmie związane z naciskiem na pochodzenie, tożsamość, a także rodzaj „niewierności” w wypadku zapłodnienia kobiety nasieniem innego mężczyzny, niż jej mąż).
- ew. zamrożenie gamet z możliwością przyszłego ich wykorzystania (w przeciwieństwie do zamrażania zarodków, zamrażanie gamet jest dopuszczalne na gruncie

teologii protestanckiej – nie dochodzi do naruszenia godności istotny ludzkiej, a umożliwia ponowienie próby bez trudnego etapu pozyskiwania gamet, ale to podnosi koszty i realizowane jest tylko tam, gdzie jest refinansowanie; niedopuszczalne w judaizmie ze wzgl. na teksty Tory zabraniające „marnowania nasienia”)

- pozyskanie spermy w trakcie stosunku płciowego (w judaizmie, dalsza konsekwencja jw.)
- dodatkowe warunki w wypadku, gdy matka jest innego wyznania (w judaizmie – dziecko musi podlegać odpowiedniej konwersji).

Zdecydowanie przeciwny metodzie in vitro jest Kościół rzymskokatolicki, który ma prawo wymagać od swoich wyznawców węższego, niż pozwala prawo, stosowania zasad moralnych. Natomiast – jak wspomniano wcześniej – nie ma jednolitej doktryny w zakresie „in vitro” w kościołach protestanckich, judaizmie czy islamie.

Niewątpliwie niezbędne jest także uwzględnienie antropologicznego punktu widzenia, zgodnie z którym w naszej istocie bycia człowiekiem mieści się immanentna konieczność kontynuacji poprzez posiadanie potomstwa. Przy czym myśląc tu może być czasownik „posiadanie”, gdyż nie chodzi tu o poczucie własności, ale zaistnienie osoby, której tożsamość, choć różna od nas, będzie jednak przedłużeniem naszej tożsamości.

Powyższy przegląd różnych i często niejednoznacznych poglądów teologicznych i światopoglądowych na kwestie dopuszczalności metod zapłodnienia pozaustrojowego

podnosi rolę sumienia – dotyczącą zarówno osób – par – chcących poddać się metodzie zapłodnienia pozaustrojowego, jak i lekarzy.

Sumienie jest kategorią etyczną, której istotą jest to, że odnosi się do czynu konkretnego oraz ten sam podmiot jest równocześnie oceniającym, jak i ocenianym. Z pierwszego warunku wynika kontekst zdarzenia (chodzi o konkretny akt dokonany lub zamierzony w określonych uwarunkowaniach, a nie o ocenę abstrakcyjną, ani o ogólne normy moralne). Z faktu, że tożsama jest osoba oceniana i oceniająca, pojawia się kwestia wyznawanego przez nią systemu wartości oraz hierarchii wartości w obrębie tegoż systemu.

Tak więc z uznania wartości jaką jest sumienie, wypływa wniosek, że prawo i zasady moralne mogą określać ogólne ramy dotyczące danej kategorii czynów, zaś konkretny czyn podlega jednostkowemu osądowi – m. in. z uwagi na osąd motywów jakie doprowadziły do danego czynu. Przypomnijmy – wymienione wyżej wyznania jak luteranizm, judaizm i islam dopuszczają zapłodnienie pozaustrojowe ze względu na naczelną dla nich zasadę pomnażania życia ludzkiego. I tylko pod tym warunkiem, a nie z innych motywów, możliwe jest uznanie tych metod.

**Działalność dla dobra publicznego,
jaką jest wykonywanie zawodu lekarza,
musi być oparta o jasne i przyjazne człowiekowi
zasady etyczne i uregulowania prawne.**

Natomiast w odniesieniu do lekarzy istniejąca w naszym systemie normatywnym „klauzula sumienia” w sposób dostateczny zabezpiecza lekarzy, którzy z powodu swoich poglądów czy wyznawanej wiary nie chcą stosować tych metod. Zapłodnienie pozaustrojowe z całą pewnością nie jest procedurą ratującą życie, więc właśnie do takich procedur odnosi się zarówno art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jak i art. 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej, a także rezolucja Zgromadzenia parlamentarnego Rady Europy z dn. 7.10.2010 r. „Prawo do klauzuli sumienia w oficjalnej praktyce medycznej”.

W konsekwencji środowisko lekarskie w takiej dyskusji środowiskowej znajdzie możliwość wyartykułowania oczekiwań – zgodnie ze stanowiskiem 12/09/V Naczelnej Rady Lekarskiej z dn. 18.09.2009 r. by osoby, które widzą w „in vitro” swoją szansę, miały możliwość z tej metody korzystać, ale z zachowaniem szacunku dla zarodka, przy dochowaniu potrzeby ochrony życia człowieka od samego poczęcia, z równoczesnym prawem lekarzy do tzw. „klauzuli sumienia”, do wyrażania sprzeciwu i odmawiania uczestnictwa w procedurach, co do których mają wątpliwości.

opracowały: Gabriela Muś i Joanna Bon-Balazińska

na podstawie dyskusji toczonych na spotkaniach Komisji ds Etyki Lekarskiej ŚIL.

KOMUNIKAT



**Śląska Izba Lekarska
wspólnie z Okręgową Izbą Adwokacką
i Śląskim Uniwersytetem Medycznym
organizują 28 stycznia 2012 roku
BAL KARNAWAŁOWY
w Hotelu „Angelo” w Katowicach
Szczegółowe informacje w sekretariacie ŚIL
tel. (32) 203 65 47 ÷ 8**

● ŚWIADECTWO MORALNOŚCI - ROK 1949

Najważniejszy dokument

To był w tych czarnych czasach poufny, chyba najważniejszy dokument dotyczący kandydatów na studia wyższe, wystawiany przez komitety partyjne. Dokument taki rzucał się cieniem na moje życie chyba na kilka lat. W 1948 roku ojciec mój przeniósł się do pracy z Zabrza do Dąbrowy Górniczej. Musiałem klasę maturalną zacząć w nowym środowisku. A w tych czasach było to środowisko głęboko komunistyczne. Pewnego dnia zadzwonił do nas w celu przeprowadzenia wywiadu obywatel, który przedstawił się jako przedstawiciel komitetu. Zaprosiłem go do mieszkania, on jednak stanowczo odmówił i kazał mi zejść na półpiętro klatki schodowej, gdzie usiedliśmy na szerokim parapecie. Zza pazuchy wyciągnął złożony w pół kajet i poplując na otówek chemiczny zaczął pisać. Nie pamiętam już treści naszej rozmowy, ale po kilku latach mogłem się zorientować, że jej finałem była opinia: „syn bezpartyjnego inżyniera, obcy klasowo”. Stałem się wówczas na Wydział Lekarski Uniwersytetu Łódzkiego. Zapisalem się równocześnie na kurs przygotowawczy organizowany przez ZMP. Wykłady prowadzili profesorowie z Uniwersytetu. Panowała wów-

czas opinia, że każdy, kto zda pozytywnie egzamin po tym kursie ma już indeks w kieszeni. Zarówno ten egzamin, jak i wstępny na uczelni zdałem. Czekałem tylko na wiadomość. Przyszła: nie przyjęty. Był to dla mnie szok. Przeżyłem załamanie nerwowe, przez około sześć tygodni nie wychodziłem z domu i nie goliłem się.

Jednak ojciec mój nie dał za wygraną. Udało mu się dotrzeć do delegata dla przyjęcia na studia wyższe w Ministerstwie, aby przedstawić swój staż pracy. Tym delegatem była towarzyska Stroczanowa, autentyczna obywatelka radziecka, nie znająca dobrze języka polskiego. Jej opinia była pozytywna i z Łodzi przyszedł telegram o przyjęciu na studia z dniem 15 października. Jednak opóźnienie dwóch tygodni było bardzo uciążliwe, przede wszystkim brak było miejsca w akademiku. Na II lub III roku skołegował się ze mną Mieczysław Sz. z innej grupy studenckiej, jednak nigdy razem nie uczyliśmy się. Po pewnym czasie odszedł tak nagle, jak i przyszedł. Szydło wyszło z worka dopiero na IV roku, w sytuacji, która mnie osobiście nie dotyczyła.

**Finałem rozmowy była opinia:
„syn bezpartyjnego inżyniera, obcy klasowo”.
Na studia nie dostałem się. Był to dla mnie szok.**

W pewnej grupie studenckiej, w której znajdował się wzmiankowany M. Sz. w czasie odbywania internatu położniczego, jeden ze studentów zaczął śpiewać „Pierwszą Brygadę”, a drugi krytycznie zaczął wyrażać się o rewolucji radzieckiej.

Prawie natychmiast odbył się proces sądowy, ten pierwszy, kol. G. dostał wyrok czterech lat i został relegowany z uczelni, drugiemu - kol. S. odroczone karę 1,5 roku więzienia do ukończenia studiów. Głównym świadkiem był wzmiankowany „kolega” M. Sz.

Andrzej Bartman

Absolwent Akademii Medycznej w Łodzi, 1954 r.

KSIAŻKI

O błędach medycznych

Publikacja „Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne” (356 stron) dotyczy tematyki błędów medycznych oraz zdarzeń niepożądanych w systemie opieki zdrowotnej. Problematyka poruszana w monografii ma istotne znaczenie, bowiem jak wynika z treści, przynajmniej połowa błędów medycznych może wynikać z przyczyn nie uwzględnienia zasad ergonomii.

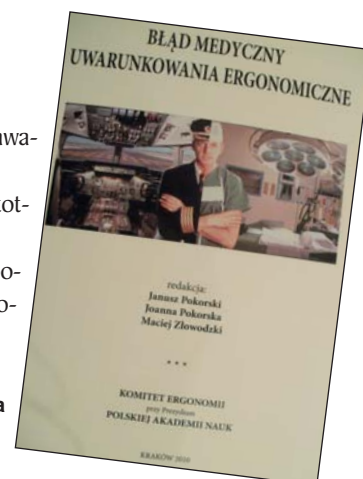
Publikacja ta jest także próbą nowatorskiego spojrzenia na zdarzenia niepożądane w systemie opieki zdrowotnej. Na treść publikacji składa się 29 rozdziałów napisanych także przez członków naszej Śląskiej Izby Lekarskiej. I tak dr n. med. **Anna Kwosek** i prof. dr hab. n. med. **Hanna Misiółek**

omówiły sposób unikania błędów i powikłań przy podawaniu leków różnymi drogami za pomocą cewników.

Dr hab. n. med. **Jerzy Krupiński** poruszył bardzo istotny problem ergonomii w praktyce stomatologicznej.

Dr dr n. med. **Ryszard Szozda** i **Jacek Kozakiewicz** pochylili się na problemem błędów medycznych, który może popełnić biegły sądowy przy opiniowaniu.

Ryszard Szozda



Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne.

*redakcja: dr Janusz Pokorski, dr Joanna Pokorska, dr Maciej Złowodzki
wydawca: Komitet Ergonomii przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk*

Książka dostępna jest m.in. w PAN WDN oraz w Drukarni Naukowej PAN w Warszawie.

wyd. 2011 – ISBN 978-83-61236-37-5

● KU CZCI TYCH, KTÓRZY ODESZLI

Koncert Pro Memoria

Pod tym tytułem 7 listopada 2011 r. odbył się już tradycyjny – VII koncert zorganizowany przez Komisję d.s. Kultury Śląskiej Izby Lekarskiej, w celu upamiętnienia 87 Koleżanek i Kolegów, którzy odeszli „na wieczny dyżur” w czasie ostatniego roku, licząc od 1 listopada 2010 r. do 31 października 2011 r.

Jest to liczba dwukrotnie większa od liczby sprzed roku, gdy żegnaliśmy 43 lekarzy. Wśród 87 osób było 40 Koleżanek i 47 Kolegów. Średnia długość życia w grupie Koleżanek wyniosła 76 lat (od 51 do 96), natomiast w grupie Kolegów 70 lat (od 33 do 99 lat).

Wykonawcy Koncertu – muzyką, pieśnią i słowem oraz publiczność swoją obecnością – oddali cześć oraz wyrazili szacunek i wdzięczność za Ich całą pracę

oraz poświęcenie, często kosztem życia rodzinnego, a nawet własnego zdrowia.

Poszczególne punkty programu oddzielone były prezentacją na ekranie portretów żegnanych lekarzy, z podaniem zwięzłej informacji o każdej i każdym z nich.

Koncert prowadził **Jan S. Kłopotowski**, który zgodnie z tradycją rozpoczął go poezją polską. Tym razem przeczytał wzruszający wiersz Bolesława Leśmiana p.t. „Urszula Kochanowska”.

Część muzyczną rozpoczęła darzona sympatią i wielkim uznaniem, występująca na scenach Polski, wielu krajów europejskich i za Oceanem, primadonna Opery Śląskiej w Bytomiu – Pani **Mariola Płazak-Ścibich**. Usłyszeliśmy kolejną wersję pieśni pt. „Ave Maria” kompozycji Julio Cassini’ego, utwór tyleż piękny, co oryginalny, praktycznie będący wokalizą oraz arię tytułowej Halki z I-ego aktu opery Stanisława Moniuszki. Artystce w obu utworach towarzyszyła przy fortepianie dr **Urszula Płazak**, prywatnie siostra artystki.

Następnie z mini-recitalem wystąpił pierwszy laureat nagrody Śląskiej Izby Lekarskiej, statuetki „Za działalność artystyczną”, znakomity pianista wykonujący szeroki repertuar również z towarzyszeniem orkiestr symfonicznych, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Jastrzębiu Zdroju, mgr sztuki i dr n. med. **Norbert Prudel**. Artysta wykonał: Johanna Sebastiana Bacha – Preludium C-dur Nr 1, następnie Georga

Friedricha Haendla – Sarabandę, a na koniec – o niezwykle poruszającej melodyce – Lamento - Wilhelma Friedmana Bacha, syna Johanna Sebastiana.

fot.: Przemysław Skiba



Prowadzący koncert dr Jan S. Kłopotowski

fot.: Przemysław Skiba



Dr Norbert Prudel

„Tak niedawno byli jeszcze z nami...”

- Ewa Anسیون-Bleja – żyła lat 62
- Andrzej Badeński – żył lat 66
- Gabriela Baran – żyła lat 86
- Barbara Blicharska – żyła lat 81
- Stanisław Bober – żył 52
- Jerzy Brych – żył lat 77
- Anna Cichoń-Mikołajczyk – żyła lat 69
- Szymon Cierpka – żył lat 33
- Dionizy Czarnasiewicz – żyła lat 62
- Zdzisław Czarnożyński – żył lat 80
- Cezary Czerwiński – żył lat 47
- Andrzej Drożdż – żył lat 70
- Helena Duda – żyła lat 82
- Marian Duda – żył lat 77
- Anna Dziwińska – żyła lat 59
- Grażyna Dzwonnik – żyła lat 62
- Otton Erm – żył lat 84
- Jerzy Frodyma – żył lat 83
- Michał Gliński – żył lat 74
- Bogusława Gołachowska-Szczygłowska – żyła lat 96
- Krzysztof Gorbacz – żył lat 54
- Wiesława Gorszczyńska – żyła lat 63
- Teresa Illg – żyła lat 85
- Józef Jackiewicz – żył lat 71
- Teresa Jasińska-Cichoń – żyła lat 84
- Bogusław Joański – żył lat 63
- Weronika Józefiok-Gielza – żyła lat 77
- Józef Juzwa – żył lat 88
- Piotr Kaliga – żył lat 51
- Ewa Karpel – żyła lat 61
- Zuzanna Kaszyńska – żyła lat 88
- Krzysztof Kawalec – żył lat 43
- Stanisław Kempny – żył lat 76
- Grażyna Kieruzel – żyła 63
- Teresa Klimaszewska-Zaporowska – żyła lat 79
- Teresa Knapińska – żyła lat 74
- Wanda Kościeszka-Kusztyko – żyła lat 76
- Danuta Krawczykowska-Juzoń – żyła lat 70
- Krystyna Królik-Ostrouch – żyła lat 62
- Zygmunt Krupa – żył lat 78
- Lucyła Kuentler – żyła lat 85

Dr **Lidia Netczuk-Piech** – specjalista stomatologii ogólnej, wokalistka śpiewająca

Czajkowskiego a następnie refleksyjną „Serenadę” Franciszka Szuberta.

Dr **Bogumiła Żołędziowska-Galas** – neurolog, z różnymi – jak to sama określa – skłonnościami muzycznymi, nie mogąc z powodu kontuzji ręki grać na fortepianie, zaśpiewała z podkładem orkiestrowym arię

„ M e m o r y ” z musicalu A. L. Webera pt. „Koty” oraz melodię M. Sewena i J. Zalewskiego „Dom, który mam”.

Przerwywnikiem programu muzycznego, był występ poetycki dr n. med. **Eugeniusza Depty** – specjalisty medycyny pracy, działacza Unii Polskich Pisarzy Lekarzy, który przeczytał swoje dwa wiersze powstałe w czasie jego licznych podróży po świecie, pod wpływem refleksji wywołanych zwiedzaniem m. in. cmentarzy: pierwszy pt. „Cichy cmentarz” w Rzymie, a drugi w Norwegii pt. „Narwik”.

W kolejnym punkcie koncertu wystąpiła dr **Elżbieta Janowska-Drong** – dermatolog, obdarzona przez naturę silnym sopranem

tekstem „Modlitwy”. Dodatkowego wyrazu obu utworom nadał doskonały akompaniament **Ireneusza Wypicha** na fortepianie.



Dr Krzysztof Jarczok

fot.: Przemysław Skiba



Dr Lidia Netczuk-Piech

fot.: Przemysław Skiba

Następnie dr **Adam Walter** – gliwiczaniez Lwowa, lekarz med. oraz specjalista stomatologii zachowawczej i chirurgii stomatologicznej, multiinstrumentalista, lecz głównie pianista, wykonał wywodzącą się od lirycznej pieśni gondolierów weneckich „Barcarolle” Piotra

liryczno-dramatycznym, uczestnicząca w wielu koncertach szczególnie muzyki operowej, której bez wątpienia drugim światem jest świat muzyki. Tym razem wykonała dwie dramatyczne arie, pierwszą była aria Wally z opery „La Wally” Alfredo Castalani’ego a drugą arię „Vissi d’arte” tytułowej „To-



Dr Bibiana Sobczyk-Rosak

fot.: Przemysław Skiba

- Ernest Kulesza – żył lat 84
- Maciej Kurkowski – żył lat 75
- Dezydery Kuroszczyk – żył lat 86
- Jerzy Łagan – żył lat 57
- Andrzej Majewski – żył lat 82
- Krystyna Małodobra – żyła lat 78
- Czesława Mańko-Jasek – żyła lat 87
- Halina Marek – żyła lat 79
- Jerzy Matysiakiewicz – żył lat 59
- Jolanta Mazurek – żyła lat 51
- Maria Mąka – żyła lat 79
- Tadeusz Mencil – żył lat 84
- Ewa Minkacz – żyła lat 76
- Stanisława Morawiec – żyła lat 81
- Jerzy Moroz – żył lat 55
- Wiktor Nawrocki – żył lat 77
- Alfons Nieświec – żył lat 85
- Maria Nocek-Awramienko – żyła lat 65
- Maria Pająk-Wątras – żyła lat 87
- Waldemar Pakuła – żył lat 79
- Barbara Pałka-Dolczak – żyła lat 87
- Maria Paprotna – żyła lat 89
- Urszula Pawłowska – żyła lat 80
- Grzegorz Pełka – żył lat 66
- Bogumiła Petrykowska-Falkowska – żyła lat 80
- Janusz Piekarski – żył lat 73
- Ryszard Połacik – żył lat 60
- Katarzyna Potyka-Skowronek – żyła lat 69
- Władysław Powroźny – żył lat 99
- Jakub Preis – żył lat 52
- Janina Romańska – żył lat 80
- Nina Rutkowska-Rut – żyła lat 77
- Dominik Samek – żył lat 75
- Tomasz Sierko – żył lat 53
- Halina Sikora-Rdest – żyła lat 79
- Tomasz Sitkiewicz – żył lat 39
- Henryk Słodkowski – żył lat 58
- Stanisław Szafir – żył lat 71
- Krystyna Szczęsna – żyła lat 81
- Antoni Trojak – żył lat 73
- Irena Turska-Biryńczyk – żyła lat 81
- Krzysztof Wilk – żył lat 79
- Henryk Wolny – żył lat 62
- Jerzy Zaręba – żył lat 84
- Andrzej Żubrowski – żył lat 73

fot.: Przemysław Skiba



Dr Elżbieta Janowska-Drong

sci” Giacomo Pucciniego. O doskonały podkład muzyczny jak zwykle zadbał Pan **Juliusz Drong**.

Dr **Urszula Płazak** – specjalista chorób wewnętrznych i hipertensjologii, często akompaniuje na fortepianie swojej siostrze Marioli Płazak-Ścibich, co mogliśmy usłyszeć wcześniej, ale kształtowana muzycznie już od 4 roku życia, gra z wielkim wyczuciem i biegłością utwory solowe, co udowodniła na wielu wcześniejszych koncertach. Tym razem wykonała – Menuet G – dur Ludwika von Beethovena.

W swoim drugim wyjściu nasz znakomity Gość, Pani **Mariola Płazak-Ścibich**, tym razem z towarzyszeniem Pana Ireneusza Wypicha wykonała piosenkę Dorotki pt. „Tęcza” z musicalu A. L. Webera „Czarnoksiężnik

- lekarz stomatolog, uczestnicząca w różnych koncertach, w tym charytatywnych oraz konkursach wokalnych, m.in. w TV została laureatką jednego z cykli „Szansy na sukces”. Jej wykonanie dwóch melodii: „Czas nie będzie na nas czekał” muz. i sł. Paweł Rurak – Sokal i „Życie jest piękne” muz. i sł. Mirosław Wędrowiec i Danuta Jachyra, z muzycznym podkładem orkiestrowym, było pod każdym względem profesjonalne.

Na zakończenie zaśpiewał Chór Śląskiej Izby Lekarskiej, pod kierownictwem **Doroty Dziełak-Szczepan**. Brzmienie i wyrazistość Chóru są coraz lepsze, operowanie głosami wręcz doskonałe. Usłyszeliśmy: piękną pieśń

z Krainy Oz” - podążającej do wielkiego czarnoksiężnika, by prosić go o pomoc dla swego przyjaciela.

Następnie w nastroju spokoju i zadumy wprawił słuchaczy dr n. med. **Krzysztof Jarczok** – specjalista chorób wewnętrznych i hematolog, a przy tym skrzypek. Usłyszeliśmy dwa utwory – pieśni, idealnie wpasowujące się w charakter koncertu. Pierwszą była Wokaliza op. 34 Nr 14 skomponowana przez Sergiusza Rachmaninowa na sopran z towarzyszeniem fortepianu, jednak przez swą popularność przerazona na niemal wszystkie instrumenty i różne składy instrumentalne. Drugim utworem była „Melodia” z opery „Orfeusz i Eurydyka” Christopa Willibalda Glücka.

W obu utworach skrzypkowi ponownie towarzyszył znakomity pianista i wiolonczelista, koncertmistrz i solista Orkiestry Radiowej oraz Filharmonii w Sarajewie, kompozytor Ireneusz Wypich – twórca Hymnu Śląskiej Izby Lekarskiej, za co otrzymał rzesiste brawa.

Jako ostatnia z solistów wystąpiła dr n. med. **Bibiana Sobczyk-Rosak**



Dr Eugeniusz Depta

fot.: Przemysław Skiba

fot.: Przemysław Skiba



Chór Śląskiej Izby Lekarskiej. Chórowi wspaniale akompaniowała na fortepianie dr Barbara Czekaj.



Dr Adam Walter

Giuseppe de Marzi pt. „Signore delle Cime” wykonaną w języku włoskim, a następnie po angielsku dwa właściwie wiersze Jamesa Joyce’a, do których muzykę napisał Robert Di Marino. Chór już teraz może rywalizować z najlepszymi chórmi lekarzy w Polsce, po dalszym powiększeniu

Cały Koncert zakończył Hymn Śląskiej Izby Lekarskiej wykonany przez Chór, po którym Prezes **Jacek Kozakiewicz** obecnym członkom rodzin zmarłych Koleżanek i Kolegów wyraził słowa współczucia i wspólnoty w przeżywaniu straty i smutku, a wykonawcom podziękował za bardzo udany Koncert.

P.S.: W Koncercie nie mógł uczestniczyć przewodniczący Komisji ds. Kultury Pan Dr Grzegorz Góral – ale duchem byliśmy z Nim.

składu będzie mógł przewodzić, a drzwi do chóru dla chętnych otwarte są na oścież.

Jan S. Kłopotowski

WSPOMNIENIE, NEKROLOGI

● DOKTOR STANISŁAW SZAFIR (1939-2011)

Lekarz - humanista

Dr Stanisław Szafir urodził się 30 kwietnia 1939 r. w Chorzowie. Tu też spędził dzieciństwo, zdobywał wiedzę z zakresu szkoły podstawowej i średniej. Egzamin dojrzałości zdał w Liceum TPD im. Juliusza Słowackiego.

W 1968 r. po studiach w Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach uzyskał dyplom lekarza medycyny. W okresie od 6.09.1968 r. do 30.09.1970 r. odbył staż podyplomowy w Szpitalu Miejskim w Knurowie. Następnie podjął pracę na oddziale wewnętrznym i zaliczył poszczególne szczeble kariery lekarskiej – od młodszego asystenta do ordynatora. Równolegle, w latach 1968 – 1975 pracował w Przychodni Zakładowej przy KWK „Knurów”.

W 1975 r. został kierownikiem Przychodni Zdrowia w Szczygłowicach oraz w Wilczej. 1975 r. uzyskał I st. specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych, a 1979 r. II st. Od 1998 do 2005 r. był ordynatorem II Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Miejskiego w Knurowie. Po przejściu na emeryturę nie zrezygnował z pracy. Najpierw pełnił funkcję kierownika Przychodni kardiologicznej, a potem w Przychodni Rejonowej w Szczygłowicach i w Knurowie.



Zmarł nagle w czasie snu 28.09.2011 r.

Był lekarzem z powołania, humanistą o szerokich horyzontach, miłośnikiem muzyki poważnej, częstym bywalcem na koncertach. Wrażliwy na ból i cierpienie, serdeczny w kontaktach z pacjentami i współpracownikami.

Jego odejście w wieku 72 lat jest niepowetowaną stratą dla knurowskiego środowiska i okolic.

Zaskarbił sobie w nim na stałe serdeczną wdzięczność i pamięć.

Żegnaj Drogi Kolego Stanisławie!

Dr Marian Grzymski

NEKROLOGI

Wyrazy głębokiego żalu i współczucia

dr Ewie Bień

z powodu śmierci

MATKI

składają przyjaciele Barbara i Jacek Zamłyńscy
oraz pracownicy NZOZ Sigma-Bi

Wyrazy szczerego żalu i głębokiego
współczucia

z powodu śmierci

dr n. med. JERZEGO TOMANKA

Dyrektora SP ZOZ Lubliniec

Żonie oraz całej rodzinie
składają koleżanki i koledzy
ze Śląskiego Związku Pracodawców
Zakładów Opieki Zdrowotnej