



# ProMedico

PISMO ŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W KATOWICACH

kwiecień 2012 nr 191

ISSN 1232-8693

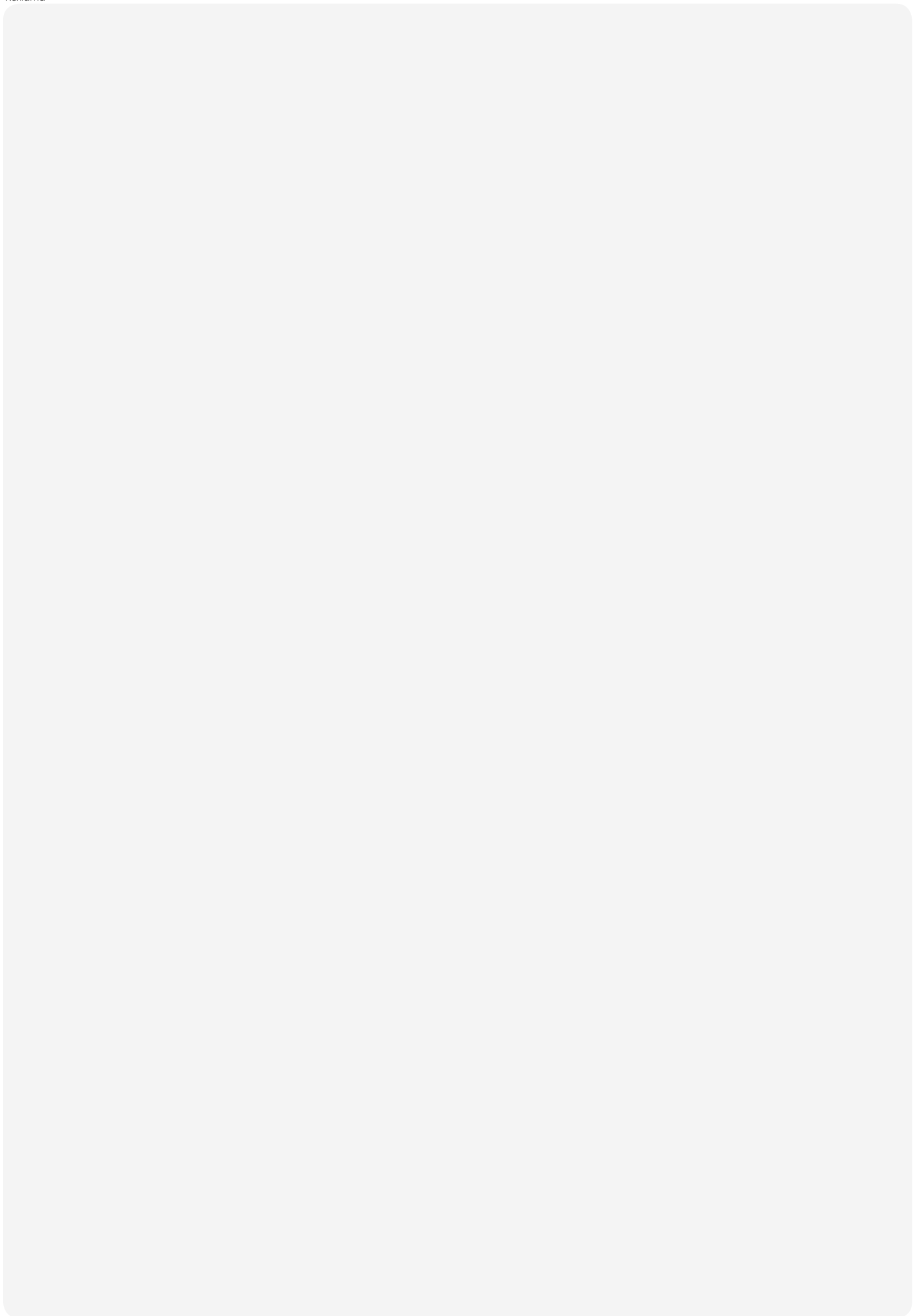


**Zdrowie – bezcenny towar**  
rozmowa z dr. n. med. Jerzym Pieniążkiem **str. 4**

► **ŚIL i SLP**  
**nawiązują współpracę**  
str. 6

► **Granice działań**  
**medycznych**  
str. 12 - 13

► **Paszkwil**  
**na Giocondę**  
str. 21





# Z mojego punktu widzenia

Być może ten numer „Pro Medico” dotrze do niektórych Czytelników już po wielkanocnych świątach. Myślę jednak, że życzenia zdrowia, szczęścia, dobrobytu, pomysłowości dla nas i naszych pacjentów, są aktualne przez cały rok. Wierzę w to, że nasze starania, użyłbym nawet sformułowania „walka”, o to, żebyśmy byli postrzegani i traktowani jako lekarze, a nie urzędnicy uwikłani w tryby biurokratycznej maszyny, zakończą się sukcesem. Tak długo, jak każdy lekarz walczy do końca o swojego pacjenta, tak długo będziemy przypominać, że naszym powołaniem jest przede wszystkim nieść pomoc chorym. Tylko tyle i aż tyle. **Życzę więc, by atmosfera ciepłych, radosnych świąt Zmartwychwstania Pańskiego pozostała z nami przez długi czas, by nie opuścił nas optymizm, a w naszej, nie tylko zawodowej codzienności, pojawiły się zmiany na lepsze.**

Zespół Naczelnej Rady Lekarskiej ds. współpracy z Ministrem Zdrowia w zakresie ustawy refundacyjnej i innych aktów prawnych, któremu mam zaszczyt przewodniczyć, oczekuje na podjęcie przez Ministra Zdrowia rozmów nad założeniami najważniejszych projektów, uwzględniających dotychczasowe ustalenia oraz postulaty samorządu lekarskiego i wielu innych organizacji lekarskich. Niestety, ze strony rządowej nie widać chęci partnerskiego dialogu. Kiedy zaproszono nas w lutym br. niemal z dnia na dzień, na spotkanie z Ministrem Zdrowia w Warszawie, dokonaliśmy mimo wszystko gwałtownych

zmian w naszych kalendarzach i planach zawodowo-samorządowych, by stanąć do pracy. Okazało się jednak, że na spotkanie nie przybył dr Bartosz Arłukowicz, a przyczyny nieobecności nie przedstawiono. Ponadto mieliśmy debatować pod przewodnictwem wiceministra, niebędącego lekarzem, nad gotowym już projektem, do którego samorząd lekarski krytycznie odniósł się już wcześniej. Uznaliśmy wszyscy, że takie debatowanie jest niecelowe. Do postawy naszego Zespołu ze zrozumieniem odnieśli się zaproszeni przez Ministra przedstawiciele samorządu aptekarskiego i organizacji pacjentów. Do tych rozmów oczywiście będziemy wracać, ale czas lekarzy i ich pacjentów jest zbyt cenny, by tolerować brak przygotowania i nastawienie na przelewanie „pustego w próżne”.

Z dużym opóźnieniem Ministerstwo Zdrowia opublikowało w tym roku listę wolnych miejsc na specjalizacje lekarskie, choć wg rozporządzenia z 2007 r. listę rezydentur powinniśmy poznać na 21 dni przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego. Młodzi lekarze obawiali się, że nie będą w stanie złożyć na czas wniosków, postawiło ich to w bardzo trudnej sytuacji. W końcu podjęto decyzję o uruchomieniu w sesji wiosennej 444 rezydentur, po jednej rezydenturze we wszystkich dziedzinach medycyny, w których zgłoszono zapotrzebowanie w poszczególnych województwach. To skandalicznie mało. Na ten temat m.in. rozmawiałem osobiście w lutym w Ministerstwie Zdrowia, o czym na dalszych stronach biuletynu. Młodzi lekarze są

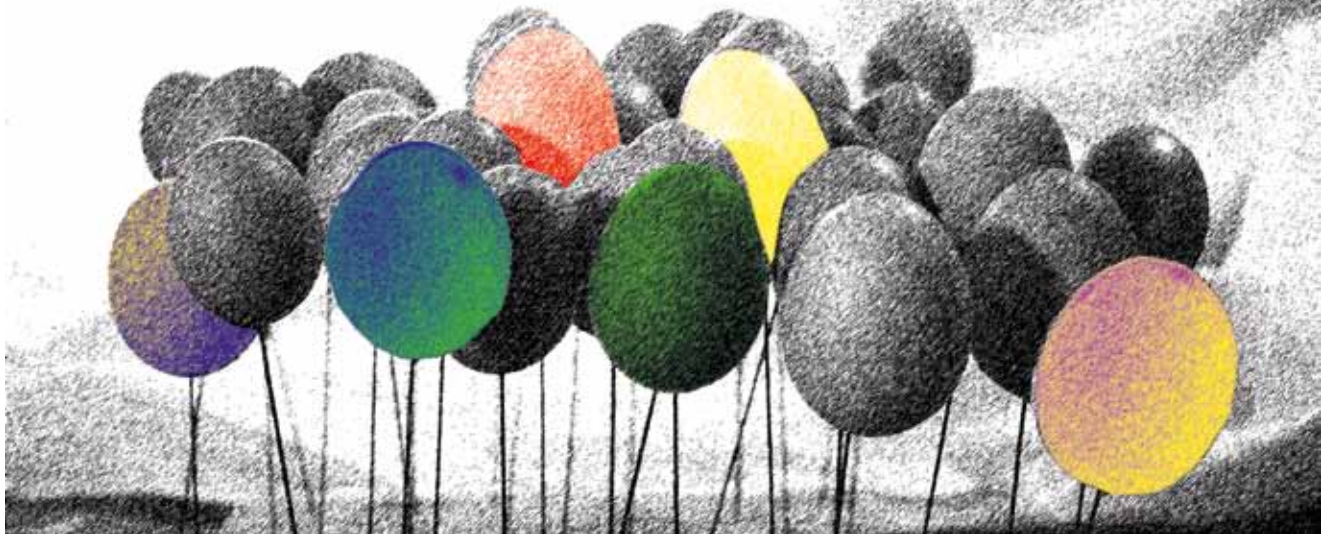
przyszłością polskiej ochrony zdrowia i nie wolno ich taktować jak „zło konieczne”. Nie ma wieloletnich planów dotyczących kadry specjalistycznej, a z opracowań demograficznych i danych w rejestrach izb lekarskich wynika wiele niepokojących informacji o tym, co nas czeka w najbliższych latach w niektórych specjalnościach. Zapewne wszyscy urzędnicy resortu zdrowia zakładają, że „jakoś to będzie”. Nie będzie, bo działając przeciwko lekarzom, tak naprawdę szkodzą chorym. Im szybciej to zrozumieją, tym dla nich lepiej.

Malcolm Mc Luhan, nazywany „prorokiem Internetu” już w latach 50. przewidział rozwój globalnej wioski medialnej, w której metoda przekazu jest tak ważna, jak sama wiadomość. Dziś nie wystarczy generować informacji, licząc na aktywność odbiorcy. To też jedno z wyzwiań, stojących przed izbami lekarskimi, które prędzej czy później będą musiały nastawić się na dynamiczne zmiany w tym zakresie. Dlatego uruchomiliśmy newslettera – każdy członek ŚIL może otrzymywać na bieżąco krótkie komunikaty, linki, informacje o pracy samorządu, prawie medycznym, kursach, szkoleniach i wiele innych. To kolejny krok w celu poprawy wzajemnej komunikacji, w tym możliwość przekazywania także dokumentów, wniosków, więc oszczędzenia cennego dla nas czasu. Szczegóły na naszej stronie internetowej kierowanej przez Kol. Rafała Kielkowskiego. Zapraszam.

## W numerze:

Z mojego punktu widzenia	1	Rozbudowa katowickiego Centrum Psychiatrii	17
Święta, święta i już po?	2	Nasza kreską	18
Kontraktowanie świadczeń	3	Felietony: O poglądach, antypoglądach oraz etyce	18
Zdrowie – bezcenny towar	4	Słownik wyrazów pokrewnych czyli o wynagradzaniu	19
Rozmowa z dr. n. med. Jerzym Pieniążkiem	4	Cum grano salis	20
ŚIL i SLP nawiązują współpracę	6	Paszkwil na Giocondę	21
1% na Fundację „Lekarzom Seniorom”	6	Wiedziałam, że chcę być lekarzem	22
Prawo i medycyna	8	Sport	23
Ryzyko zawodowe – ciąg dalszy	8	Lekarze spod znaku Rodła	24
Komisja ds. Etyki Lekarskiej o decyzji UOKiK	9	W pogoni za przeznaczeniem	25
Rozmowy prezesa ORL w Ministerstwie Zdrowia	11	Cudze chwalicie, swego nie znacie...	28
Z teki rzecznika	12	Wspomnienia, nekrologi	29
Śmierć mózgową – w aspekcie medycznym oraz etycznym	13	Ogłoszenia i reklamy	31
ŚIL zaprasza – kursy i szkolenia	16		

# Święta, święta i już po?



grafika: Katarzyna Wiśniewska

Ktoś powiedział o polskich świętach, że „dopełnia się wtedy cud jedności między nami”. Mają pokrzepić wiarę, wyprostować krzywe ścieżki życia, zmienić nas, zostawić trwałą ślad. Dlatego „Święta, święta i już... po” to chyba jedno z najsmutniejszych polskich porzekadeł, bo sprowadza wszystko tylko do męczących przygotowań i szybko mijających wolnych dni. Tymczasem tradycja pojmowania Świąt jako czasu niezwykłych zdarzeń i przeżyć, przetrwała wieki. Na różne sposoby starano się podkreślić, jak różnią się od pozostałych dni w roku.

## „Weź dziewczkę, niech ubija”

Wojewoda Sapiaha w Dereczynie (czasy króla Władysława IV) wyprawił „święcone”, którego opis zachował się w jednym ze starych kalendarzy poznańskich. Na stołach stały cztery nadziewane mięsiwem ogromne dziki, symbolizujące cztery pory roku. Dwanaście jeleni – jak 12 miesięcy w roku, zostało zapieczonych razem z rogami i kryło w sobie nadzienie z pardw, cietrzewi i zajęcy. Czekają też 52 ciasta – niczym 52 tygodnie i oczywiście 365 babek z różnymi inskrypcjami, które „niejeden czytał, a nie jadał”. Tyleż samo przygotowano gąsiorów z winem wiedeńskim i cypryjskim. U Radziwiłłów zasłynęła z kolei kąpiel w sadzawce z białego miodu, z której wyglądały „rybki i nimfy kąpiące się”. (Czy nimfy i rybki także zjedzono, kronikarz nie podaje). Maria Monatowa, w wydanej we Lwowie ok. 1910 r. książce kucharskiej, sugeruje obiad postny: *zupa piwna, paszteciki z suchych grzybów, lin smażony, sandacz po parysku, bliny ze śmietaną. Obiad świąteczny, wystawny, to już zupełnie co innego: zupa rakowa, karp a la Matelot, sorbet ananasowy, przepiórki pieczone, kalafior „au gratin”, szparagi, krem poziomkowy. Dla ułatwienia przygotowań także na inne wystawne obiady, przypominam początek przepisu: „weź kopę jaj i dziewczkę, niech ubija”.*

## „Serce mam byle jakie”

O ile książki kucharskie, pamiętniki i kroniki skupiały się na tym, co dla przyjemności ciała, wartości duchowe związane z przeżyciem Świąt znalazły odbicie w literaturze pięknej, jak u Władysława Reymonta, w niezapomnianym opisie Świąt Zmartwychwstania Pańskiego i nabożeństwa w Niedzielę Wielkanocną („Chłopi”). Najpełniej jednak metafizyczny i symboliczny aspekt umiłowali poeci.

Jan Kasprówicz, fragment wiersza „W Sobotę rezurekcyjną”: „Po co te godła śmierci? **Odpowiedź wam się kłania jasna: gdzie nie ma śmierci, nie może być zmartwychwstania.**”

„Wielkanocny pacierz” księdza Jana Twardowskiego to wyznaczenie nas, współczesnych. Pełne pokory, ale i nadziei pokajanie: **„Nie umiem być srebrnym aniołem – ni gorejącym krzakiem – Tyle Zmartwychwstań już przeszło – a serce mam byle jakie.”**

Poetycka wizja Jana Lechonia. Cały wiersz to nawiązanie do symboli prosto z obrazów Malczewskiego i powielanych potem w dobrze nam znanych wielkanocnych pocztówkach, zaczynający się od opisu łąki wilgotnej od porannej rosy, wśród której:

(...)

**Drogą, którą co święto szli ludzie ze śpiewką,  
Idzie sobie Pan Jezus, wpólnagi i bosi  
Z wielkanocną w przebitej dłoni chorągiewką.  
Naprzeciw idzie chłopka. Ma kosy złociste,  
Łowicka jej spódniczka i piękna zapaska.  
Poznała Zbawiciela z świętego obrazka,  
Upadła na kolana i krzyknęła: „Chryste!”**

**Bije głową o ziemię z serdeczną rozpaczą,  
A Chrystus się pochylił nad klęczącym ciałem  
I rzeknie: „Powiedz ludziom, niech więcej nie płaczą,  
Dwa dni leżałem w grobie. I dziś zmartwychwstałem.”**

I na koniec jeszcze Karola Wojtyły rozważania o Wielkanocy „**Wigilia Wielkanocna 1966**”:

– Powracaj na każde miejsce, na którym się rodził. Przeszłość jest czasem bardziej na miejsce, na którym się rodził. Przeszłość jest czasem narodzin, nie śmierci.

**Oprac. Grażyna Ogrodowska**

Ciepłych, pogodnych Świąt Wielkanocnych,  
wypełnionych nadzieją i optymizmem wiosny  
życzy redakcja „Pro Medico”

## Od redakcji:

**W związku z tym, że Okręgowy Zjazd Lekarzy odbył się 31 marca br. a numer zamknęliśmy 5.03.2012, materiały zjazdu i relacje zamieścimy w majowym wydaniu „Pro Medico”. Na bieżąco wszystkie informacje znaleźć można na stronie internetowej ŚIL oraz w wysyłanych newsletterach.**

# Kontraktowanie świadczeń

Prezes ORL **Jacek Kozakiewicz** skierował na początku br. do dyrektora ŚOW NFZ pytania dotyczące kontraktowania w 2012 r. świadczeń szpitalnych, w tym dotyczących chirurgii jednego dnia. Pismem z dnia 22 lutego br. Dyrektor ŚOW NFZ przekazał tabelaryczne zestawienie zakontraktowanych w 2012 r. jedynie świadczeń z zakresu chirurgii jednego dnia. Celem lepszej analizy porównawczej w biurze ŚIL przygotowano zestawienie, które przedstawiamy poniżej.

Wykaz kontraktów zawartych w 2012 r. przez Śląski Oddział Wojewódzki NFZ w Katowicach  
rodzaj świadczeń: leczenie szpitalne – tryb chirurgii jednego dnia

## ► Tabela nr 1.

Zestawienie ilości i wartości kontraktów z podziałem na specjalizacje w roku 2011/2012 oraz ilość i wartość kontraktów nieprzedłużonych na rok 2012.

Specjalizacja	Kontrakty – Rok 2011		Kontrakty – Rok 2012		Kontrakty nieprzedłużone na 2012	
	Ilość	Wartość w PLN	Ilość	Wartość w PLN	Ilość	Wartość w PLN
Chirurgia szczękowo-twarzowa	1	55 794	0	0	1	55 794
Ginekologia	39	6 277 141	10	4 051 595	29	2 225 546
Chirurgia ogólna	51	16 633 344	17	12 455 925	34	4 177 419
Chirurgia dziecięca	13	1 109 403	1	314 573	12	794 830
Ortopedia i traumat. narządów ruchu	27	5 608 929	7	2 476 251	20	3 132 678
Okulistyka	25	4 512 531	8	2 158 431	17	2 354 100
Otorynolaryngologia	23	2 004 249	7	1 615 022	16	389 227
Urologia	21	1 403 571	5	629 991	16	773 580
Chirurgia plastyczna	4	525 861	1	369 984	3	155 877
Chirurgia naczyniowa	9	3 780 579	3	1 533 543	6	2 247 036
Dermatologia i wenerologia	1	9 792	0	0	1	9 792
Chirurgia onkologiczna	3	198 696	1	92 804	2	105 892
Otorynolaryngologia dziecięca	5	2 134 758	2	855 596	3	1 279 162
Gastroenterologia	5	1 029 945	1	536 649	4	493 296
Pediatrya	1	59 466	1	55 536	0	3 930
<b>Suma</b>	<b>228</b>	<b>45 344 059</b>	<b>64</b>	<b>27 145 900</b>	<b>164</b>	<b>18 198 159</b>

Dla tabeli nr 1:

Liczba jednostek ogólnie – 83

Liczba kontraktów na rok 2011 – 228

Liczba kontraktów nieprzedłużonych 2011/2012 – 164

Liczba kontraktów przedłużonych 2011/2012 – 64

## ► Tabela nr 2.

Wykaz ilości oraz wartości dla nowych kontraktów wyłonionych w konkursie rozstrzygniętym w styczniu br. w podziale na specjalizacje.

Specjalizacja	Nowe Kontrakty na 2012	
	Ilość	Wartość w PLN
Chirurgia szczękowo-twarzowa	1	52 080
Ginekologia	3	1 781 489
Chirurgia ogólna	8	3 214 788
Chirurgia dziecięca	3	714 542
Ortopedia i traumat. narządów ruchu	7	2 690 112
Okulistyka	6	1 278 861
Otorynolaryngologia	1	260 550
Urologia	2	677 992
Chirurgia plastyczna	1	121 440
Chirurgia naczyniowa	4	1 999 904
Dermatologia i wenerologia	0	0
Chirurgia onkologiczna	1	92 814
Otorynolaryngologia dziecięca	2	1 063 800
Gastroenterologia	2	594 302
Pediatrya	0	0
<b>Suma</b>	<b>41</b>	<b>14 542 674</b>

Dla tabeli nr 2:

Liczba jednostek ogółem – 16

Liczba nowych kontraktów na 2012 – 41

Wartość sumaryczna dla nowych kontraktów – 14 542 674

Liczba kontraktów na rok 2012 ogółem (zestawienie z tabeli nr 1 i tabeli nr 2) wynosi – 105 (64+41)

Zestawienie danych wykonano na podstawie pisma Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z dnia 22 lutego 2012 roku, dotyczącego wyników postępowania konkursowego poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2012 – 2014 w rodzaju świadczeń leczenia szpitalne – tryb chirurgii jednego dnia.

Tabele zostały przygotowane na podstawie korespondencji dostarczonej z NFZ zawierającej informacje na temat wartości umów obowiązujących w roku 2011 oraz w roku bieżącym. ●

**zestawienie opracowała:**

**Jolanta Wojewoda**

**Dział Rejestru Lekarzy Śląskiej Izby Lekarskiej**

# Zdrowie – bezcenny towar

Dużym problemem w Polsce jest fakt, że większość społeczeństwa nie zdaje sobie sprawy z tego, że zdrowie jest towarem, ale „towarem” o największej wartości. A to, co nam najbardziej przeszkadza w inwestowaniu w to dobro, czyli w zdrowie, to bieda, monopolizacja i polityka – mówi dr n. med.

**Jerzy Pieniążek**, ordynator Oddziału Neurochirurgii i Neurotraumatologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu, członek komisji konkursowej Śląskiej Izby Lekarskiej.

**Jak ocenia Pan, jako ordynator i przewodniczący komisji ds. Kontaktów z NFZ Śląskiej Izby Lekarskiej, warunki zawierania i realizacji umów o świadczenie usług zdrowotnych w 2012 roku?**

Tegoroczna kontraktacja to jedno, jednak nadrzędnym problemem polskiej służby zdrowia przede wszystkim jest jej niedofinansowanie. Poziom polskiej medycyny jest niesłychanie wysoki. Oferta medyczna na naszych placówkach jest bogata i bardzo rozwinięta i jest na nią zapotrzebowanie. Jednak nie ma pieniędzy na zakup tych usług. Sytuacja wygląda mniej więcej tak, jak w dobrze zaopatrzonej sklepie, przed którym stoi długa kolejka klientów, jednak nikt nic albo niewiele w nim kupuje, chociaż dla niektórych ten zakup może mieć wartość życia. Brakuje środków. Ten, który powinien dać pieniądze, czyli w naszym przypadku Narodowy Fundusz Zdrowia, nie ma na tyle środków, by dać

je wszystkim klientom – pacjentom i to często w rozumieniu współczesnej medycyny w zakresie podstawowym. Tak więc jeszcze raz podkreślam, że największym problemem naszej służby zdrowia jest bieda.

Do tego dochodzi polityka, która ma podstawowe narzędzia, by przeciwdziałać biedzie, jednakże niejednokrotnie brakuje woli lub odwagi, by z nią walczyć. Politycy nie są w stanie przekazać społeczeństwu, kosztem utraty poparcia, brutalnej prawdy, że państwa nie stać na finansowanie tego, co polska medycyna oferuje. Na pewno straci poparcie ten z polityków, który będzie usiłował uświadomić społeczeństwu, że w zdrowie musi zainwestować również własne oszczędności.

W krajach rozwiniętych w wytworzenie tego „towaru” o najwyższej wartości, jakim jest zdrowie, inwestuje się znaczne środki, tworzy się wokół niego całą infrastrukturę. Na rzecz tego „towaru” pracuje

przemysł i nauka, wartość tego „towaru” napędza rozwój naukowo-techniczny. Jest to interes, w którym nakłady zwracają się bardzo szybko. Natomiast w Polsce na ochronę ludzkiego zdrowia wciąż przeznaczają się zbyt mało pieniędzy i najgorsze jest to, że wszystko odbywa się przy biernej akceptacji społeczeństwa.

**Czyli wszystkim winny jest brak pieniędzy?**

Tak jak zaznaczyłem na początku – bieda. Jednakże sytuacji nie ułatwia także centralizacja, w której poszczególne jednostki NFZ nie mają nic do powiedzenia, oprócz dostosowania się do regulaminów konkursowych i dzielenia niewystarczających środków w granicach „kagańcowych” rozporządzeń. W takim monopolistycznym systemie nie ma miejsca na decyzje rynkowe, nie mówiąc już o prowadzeniu polityki zdrowotnej. O tym, dokąd idą środki, nie decyduje jakość czy ilość usług i nie decydują tym bardziej pacjenci. Wszystko jest ustalone odgórnie.

Określone są regulaminy i kryteria, które mają służyć przesianiu kontrahentów i podziałowi pewnej puli środków, jaką dysponuje centrala. W całym procesie nie ma miejsca na odwołania, gdyż wymogi określone są rygorystycznie.

**Jakie są największe utrudnienia w procesie kontraktacji?**

Jako przykład podam oddziały neurochirurgiczny i okulistyczny mojego szpitala, które wypracowały przez lata model działania, a obecnie w regulaminie kontraktacji przeszczepu soczewek i zabiegów endowaskularnych pojawił się wymóg, że w zespole musi być pielęgniarka ze specjalnością operacyjną(!). Problem tkwi w tym, że takich pielęgniarek jest w województwie zaledwie kilka, co uniemożliwia niektórym oddziałom spełnienie wymogów kontraktu. Ustawodawca nie silii



fot.: z arch. Jerzego Pieniążka

„Udało nam się spotkać z grupą ludzi – pasjonatów”.





foto: z arch. Jerzego Pieniżka

▶▶▶ się nawet na uzasadnienie tego wymogu, który dla każdego lekarza praktyka jest jasny, a mianowicie chodzi o wyeliminowanie części ośrodków z konkursu ofert, nie patrząc, co sobą reprezentują, jakiej jakości świadczą usługi, nie zwracając uwagi na wyposażenie i sprzęt tych jednostek, ani na poziom wykształcenia ludzi wykonujących te zabiegi. Może w tym przypadku zamysł ustawodawcy był głębszy.

Dlatego nie można kwestionować decyzji Śląskiego Oddziału NFZ, który odrzucił oferty niespełniające tylko tego jednego, jakże „istotnego” dla tych zabiegów warunku, gdyż takie były ogólnie założenia tego konkursu. Jako przewodniczący komisji ds. Kontaktów z NFZ Śląskiej Izby Lekarskiej, tłumaczę kolegom, że przepisy są po to, by ich przestrzegać, a więc nie powinno się składać oferty niespełniającej wyraźnie sprecyzowanych wymogów. Z kolei jako szef oddziału, musiałem w tym momencie skupić się na znalezieniu pielęgniarki z odpowiednią specjalizacją. I na tym polega całe nieszczęście dla działania Narodowego Funduszu Zdrowia – bieda, monopolizacja i polityka w tym wszystkim.

**Wspominał Pan o bardzo wysokim poziomie polskiej służby zdrowia... Osiągnięcia zespołu badawczego, działającego pod przewodnictwem dr. inż. Lechosława Ciupika, którego Pan jest członkiem, mogą być tego przykładem...**

Udało nam się w odpowiednim miejscu i czasie spotkać z właściwą grupą ludzi – pasjonatów. Od 12 lat realizujemy pewną wizję, która owocuje kolejnymi osiągnięciami. Szefem naszego polsko-belgijskiego międzynarodowego zespołu jest dr inż. Lechosław Ciupik, prezes firmy LfC z Zielonej Góry. Opracowaliśmy wspólnie produkty, które uzyskały patenty: dwa w nowojorskim biurze patentowym, jeden w europejskim i sześć w krajowym biurze patentowym.

Wszystkie wzory weszły do produkcji i są wszczepiane na salach operacyjnych w kraju i w świecie. Z jednego jesteśmy szczególnie dumni, gdyż został sprzedany amerykańskiej firmie, dzięki czemu udało nam się zgromadzić spore środki, które pozwoliły na rozbudowę laboratorium w Zielonej Górze. I dalej podpisać umowę na Program Operacyjny „Gospodarka Innowacyjna” współfinansowany przez Unię Europejską, z których to środków, wzbogaciliśmy nasze zaplecze badawcze w maszyny obciążeniowe, przemysłowy tomograf komputerowy oraz unikalne w skali kraju urządzenie do spawania wiązką elektronów, które pozwala na produkcję implantu na wymiar dla konkretnego pacjenta.

Właśnie jeden z patentów – **InSwing** – stabilizator międzywyrostkowy kręgosłupa – zyskał również uznanie Kapituły Nagrody Gospodarczej Prezydenta RP, która w ubiegłym roku uhonorowała nasz

zespół tą prestiżową nagrodą, zwaną gospodarczym Noblem.

Jeśli chodzi o drugi implant, którego wzór zastrzeżony jest patentem w nowojorskim biurze patentowym, jest w całości nowym sposobem podejścia do leczenia ześlizgu trzonów kręgowych i stosowany jest w salach operacyjnych naszego kraju i Europy.

To, do czego udało się naszemu polsko-belgijskiemu zespołowi dojść, jest efektem pracy całego grona ludzi, lekarzy różnych specjalności (neurochirurgów, chirurgów, ortopedów), poprzez inżynierów, biomechaników, konstruktorów, weterynarzy (badania doświadczalne na zwierzętach), producentów i wielu szeregowych pracowników firmy LfC, bez których te projekty nie ujrzałyby światła dziennego. Na szczęście udało nam się zebrać tę grupę pasjonatów, pełnych pomysłów i widzimy, że się dopiero rozpędzamy.

Jeszcze raz muszę podkreślić, że polska myśl techniczna, którą odzwierciedlają produkty wszczepów wspomagających chirurgię kręgosłupa, jest na wysokim poziomie. Świadczy o tym nie tylko ich sprzedaż w kraju i za granicą, ale również ich ocena w publikacjach naukowych. ●

**Rozmawiała:  
Halina Stanek**

# Śląska Izba Lekarska i Stowarzyszenie Lekarzy Praktyków **nawiązują współpracę**

23 lutego 2012 r. w siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach miało miejsce pierwsze spotkanie prezesa ORL Jacka Kozakiewicza z członkami Stowarzyszenia Lekarzy Praktyków: Jackiem Przybyło – prezesem SLP, Joanną Dusza-Kozera – skarbnikiem SLP oraz Michałem Dulembą, członkiem Stowarzyszenia.

Podczas spotkania przedstawiono Stowarzyszenie, które powstało z inicjatywy społeczności lekarzy skupionych wokół portalu Konsylium24.pl. Idea powstania Stowarzyszenia pojawiła się wśród użytkowników portalu dużo wcześniej. Została zrealizowana jednak dopiero w tym roku, poprzez zwołanie zebrania założycielskiego, które wybrało nazwę dla stowarzyszenia, uchwaliło Statut i wybrało Zarząd. Podczas spotkania przedstawiciele Stowarzyszenia wyjaśnili, że Stowarzyszenie jest strukturą niezależną od portalu Konsylium24.pl i zrzesza lekarzy, którzy są lekarzami praktykami i wykonują zawód lekarza. Zgodnie z ustaleniami początnymi z właścicielami portalu (firmą Gru-

paRx będącą właścicielem marki), Konsylium24.pl nie jest w jakikolwiek sposób związane prawnie czy personalnie ze Stowarzyszeniem. Stowarzyszenie rozpoczęło już swoją działalność i realizuje cele określone w Statucie. Zasadniczym celem Stowarzyszenia jest wspieranie wszelkich inicjatyw i działań legislacyjnych zmierzających do stworzenia takiego modelu ochrony zdrowia w Polsce, który będzie efektywny, ekonomiczny i bezpieczny zarówno dla pacjentów, jak i dla lekarzy.

#### **Wspólnie ustalono:**

1. Nawiązanie współpracy między Stowarzyszeniem Lekarzy Praktyków i Śląską Izbą Lekarską, poprzez m.in. stworzenie wspólnego zespołu z udziałem przedsta-

wicieli Śląskiej Izby Lekarskiej i Stowarzyszenia Lekarzy Praktyków, zajmującego się oceną aktualnie obowiązujących oraz opiniowaniem projektowanych przez władze ustawodawcze i wykonawcze aktów prawnych.

2. Rozpoczęcie prac nad określeniem tez do założeń nowego modelu opieki zdrowotnej w Polsce opartej na racjonalnych podstawach ekonomicznych oraz na przywróceniu właściwych relacji lekarz – pacjent oraz pacjent – ubezpieczyciel.

3. Włączanie się członków Stowarzyszenia w prace samorządu lekarskiego, będącego reprezentantem wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, w oparciu o delegację ustawową. ●

## nasz Seniorzy

# 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 in-

formacją 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 ŚIL



## O Fundacji „Lekarzom Seniorom” powiedziały:

*„Czas poświęcony ludziom starym nigdy nie jest stracony dla lekarza...”  
(Aforyzmy Profesora Antoniego Kępińskiego)*

Drodzy Państwo, oczywiście najlepiej być młodym, pięknym, zdrowym i bogatym. O ile w realizacji tych trzech ostatnich zaleceń możemy mieć jakiś udział, to pierwsze jest poza naszym zasięgiem. Starzejemy się wszyscy i to jest żelazne prawo natury, trzeba przecież zrobić na kuli ziemskiej miejsce dla przyszłych pokoleń. Nie oszukujmy się, starość jest dość smutnym okresem życia, ale na ile smutnym, to w pewnej mierze zależy od nas samych. Musimy starać się zachować pogodę ducha, a przede wszystkim życzliwe spojrzenie na świat i ludzi. To bardzo ułatwia znoszenie wszystkich ciężarów starości. Oczywiście jest to łatwiejsze, kiedy otoczeni jesteśmy kochającą rodziną, trudniejsze, kiedy z różnych powodów zostajemy sami. Jednak i wówczas przecież możemy mieć koło siebie życzliwych ludzi. W naszym zawodzie jest to szczególnie łatwe – są bowiem nasi pacjenci, którzy często jeszcze po wielu latach pamiętają, co zrobiliśmy dla nich dobrego, są nasi uczniowie, dla których często pozostajemy jeszcze autorytetem, jeśli nie zawodowym, to moralnym. To jest bardzo ważne i z tego powinniśmy czerpać nasze siły do pokonywania trudów starości.

Bardzo ważne jest, aby młodzi ludzie pamiętali, że młodość przemija, że dla nich też przyjdzie czas, kiedy będą potrzebowali wsparcia.

Dla ludzi starych ogromnie ważne jest wsparcie psychiczne, otoczenie ich atmosferą życzliwości, ale nie bez znaczenia jest też wsparcie materialne. Nie zapominajmy, że bardzo wielu dzisiejszych emerytów pracowało w czasach, kiedy zarobki lekarzy były prawie symboliczne, takie są też emerytury wielu z nas. Wydatki ludzi starych, wbrew pozorom, są jednak bardzo duże – w wielu wypadkach nie są w stanie sami zadbać o swoje otoczenie i muszą korzystać z płatnej pomocy, nie wspominając o bardzo dużych kosztach leczenia. Ważne jest więc, aby nasi młodzi koledzy starali się pomóc starszym kolegom np. poprzez wsparcie Fundacji Lekarzom Seniorom.



Prof. Ewa Otto-Buczowska z mężem, dr. Mieczysławem Buczkowskim.  
W marcu br. minęła 52. rocznica Ich ślubu.

**Prof. dr. hab. Ewa Otto-Buczowska**

*...Ale nie depreczcie przeszłości ołtarzy,  
Choć macie sami doskonalsze wzniesić,  
Na nich się jeszcze święty ogień żarzy,  
I miłość ludzka stoi tam na straży,  
I wy winniście im cześć!  
(Adam Asnyk)*

W wielowiekową tradycję naszego zawodu – tradycję, która z ogromną pieczołowitością odnosi się do poszanowania godności zawodu i szacunku wobec etyki zawodowej, od zawsze wpleciony jest szacunek wobec starszego pokolenia lekarzy – Lekarzy Seniorów. Szacunek ten wyraża się także zrozumieniem dla gotowości wspierania lekarzy, którzy ze względu na wiek czy niesprawność – wymagają pomocy w trudnej codzienności.

Tradycja ta znajduje swoje pierwsze znane nam przesłanie w powszechnie znanym tekście, stanowiącym fundament współczesnej etyki lekarskiej. Oczywiście mowa o Przysiędze Hipokratesa, w której wstępie czytamy:

**„Przysięgam na Apollina, lekarza, na Asklepiosa, Hygieę i Panaceę oraz na wszystkich bogów i boginie, biorąc ich za świadków, że wedle mej możliwości i zdolności będę dochowywał tej przysięgi i tego zobowiązania. Mistrza mego w tej sztuce będę szanował na równi z rodzicami, będę się dzielił z nim swym mieniem i na żądanie zaspokajał jego potrzeby...”**

Szacunek wobec Mistrzów, gotowość dostrzegania problemów osób starszych i poczucie obowiązku ich spełnienia nie tylko są elementem tej tradycji hipokratejskiej, ale wręcz są uznane za tak istotne, że znajdują się na początku zobowiązań, do których Przysięga odnosiła się.

Współczesne Przyrzeczenie Lekarskie, stanowiące preambułę naszego Kodeksu Etyki Lekarskiej, które składamy uroczysto odbierając dyplom lekarski, nawiązuje do tej starożytnej idei szacunku dla Lekarzy Seniorów – „na równi z rodzicami”, co równocześnie jest moralnym zobowiązaniem pamięci o nich, o ich problemach i gotowości w ulżeniu im w trudnej codzienności.

W naszej Izbie pięknym wyrazem tej tradycji stało się powołanie Fundacji Lekarzom Seniorom, której „celem jest udzielanie wsparcia dla lekarzy i lekarzy dentyistów, członków Izby, ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia oraz inne ograniczenia”. Wśród zadań Fundacji znajduje się „działalność na rzecz ograniczania niepełnosprawności wieku podeszłego, podtrzymywania samodzielności starszych Koleżanek i Kolegów, popularyzowanie i wspieranie wolontariatu.” Poprzez Fundację każdy z nas może przyczynić się do działań na rzecz Kolegów – Seniorów. Pomyślmy o tym decydując, na co przeznaczamy 1% naszego podatku dochodowego!



**Gabriela Muś**  
Członek Komisji ds. Etyki Lekarskiej

## LEX MEDICA

# Ryzyko zawodowe

## – ciąg dalszy

Nie zawsze uświadamiamy sobie, że pośpiesznie zmieniane przepisy prawa oraz zmieniający się na rynku usług medycznych status pracowniczy lekarzy, w sposób gwałtowny podwyższają ryzyko wykonywania zawodu. Mam na myśli ryzyko materialne.

Błąd w postępowaniu lekarskim (statystycznie prawdopodobny w każdej jednostce chorobowej) jest obliczony w promilach lub procentach, ale żądane przez pacjentów odszkodowania, liczone w setkach tysięcy złotych, bywają całkiem realne i mogą przerazić nawet dobrze sytuowanych lekarzy. Dlatego: „Lekarz wykonujący zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – podlega obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu czynności zawodowych”.

W XXI wieku trudno pogodzić się z faktem, że są choroby, z którymi współczesna medycyna nie potrafi sobie poradzić oraz z tym, że w trakcie diagnostyki i leczenia mogą wystąpić nieprzewidywalne zdarzenia niepożądane, do których zalicza się powikłania. Ilość pozwów przeciwko lekarzom będzie wzrastać, a przyczynia się do tego świadomość prawna pacjentów, którzy mogli uciepieć wskutek błędów w postępowaniu lekarskim. Droga sądowa jest długa i łączy się z koniecznością udowodnienia winy, a wskutek powoli działającej maszyny sądowiczej rośnie kwota odsetek od odszkodowania, która po wielu latach przewyższa pierwotne roszczenie pieniężne. Odszkodowanie to koszty leczenia, natomiast zadośćuczynienie, czyli wynagrodzenie za krzywdy, jest subiektywne, a więc kilkukrotnie wyższe, przekraczające czasem milion złotych.

Przy wysokim roszczeniu pacjenta, kwota gwarancyjna indywidualnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza jest zbyt niska do pokrycia zaistniałej szkody, co oznacza, że odsetki i rentę, poza odszkodowaniem i zadośćuczynieniem – trzeba będzie spłacać z własnej kieszeni i będzie to katastrofą dla bytu całej lekarskiej rodziny.

Szpital średniej wielkości z zasady rezerwuje w budżecie na roszczenia swoich pacjentów kwotę kilku milionów złotych, ale przy eskalacji żądań odszkodowawczych należy przewidywać, że rezerwy finansowe powinny być dziesięciokrotnie wyższe.

Kodeks cywilny mówi: „Ten kto naprawił szkodę... ma zwrotne roszczenie do sprawcy, jeżeli szkoda powstała z winy sprawcy”.

W bezpiecznej sytuacji są lekarze zatrudnieni na etacie, gdyż pracodawca, z tytułu już wypłaconego odszkodowania, może egzekwować zwrot trzech pensji. W niebezpiecznej sytuacji, pod względem skarg pacjentów, są lekarze zatrudnieni na kontraktach, bo odpowiedzialność odszkodowawcza określana w przepisach jako solidarna ze szpitalem, wcale nie oznacza, że odszkodowanie płacone pacjentowi będzie pół na pół – szpital/lekarz.

Dla pracodawcy bardziej opłacalne jest zatrudnianie lekarzy na podstawie umowy cywilno-prawnej, gdyż w stosunku do nich nie obowiązuje ochrona Kodeksu Pracy tj. prawo do wypoczynku, urlopu, świadczeń socjalnych, etc. Na przykład: lekarz na kontrakcie dyżuruje bez przerwy 2 – 3 doby, co pozostaje poza ingerencją Państwowej Inspekcji Pracy, chociaż interwencje inspekcji mogą dotyczyć higieny i bezpieczeństwa. Pozostaje kwestią otwartą, czy odpowiedzialność odszkodowawcza ubezpieczyciela wygasa, gdy lekarz w drugiej dobie dyżuru przestaje być bezbłędnym profesjonalistą i wskutek przemęczenia „umyślnie sprowadza na pacjenta zagrożenie”? Analogia do sytuacji, w której ubezpieczyciel odżegnuje się od naprawienia szkody po wypadku komunikacyjnym spowodowanym nadużyciem alkoholu – nasuwa się sama.

Istotną częścią wypłacanych przez szpital odszkodowań są odsetki z tytułu przewlekłości postępowania spowodowanego próbą przypisania winy pracownikowi, chociaż znaczna liczba najcięższych powikłań wynika z błędów organizacyjno-administracyjnych, które są skutkiem wadliwego systemu i procedur, a nie wynikiem zaniedbań lekarzy. Zjawisko „szukania winnych” przez pracodawców i obawa przed roszczeniami są odpowiedzialne za powstanie tzw. medycyny defensywnej, która sprowadza się do unikania wykonywania zabiegów obarczonych wysokim ryzykiem, a więc uniemożliwia pacjentom korzystanie z pełnego zakresu usług medycznych.

Wiadomo – większe ryzyko błędu medycznego, czy wystąpienia powikłań dotyczy bardziej skomplikowanych procedur medycznych. Inaczej mówiąc: bezpieczniej

operować zylaki u 30-letniej kobiety, niż tętniaka aorty brzusznej u 70-latka.

Dyrektorzy szpitali nie ponoszą żadnej odpowiedzialności w związku z toczącymi się przez lata postępowaniami sądowymi, gdyż koszty procesowe to pieniądze publiczne, a dyrektorskie pensje pozostają nienaruszone.

Rady Społeczne szpitali i organy założycielskie na ogół nie rozliczają dyrektorów z kosztów sądowych, chociaż narastająca ich wysokość przy uporczywej przewlekłości postępowania, spowodowanej różnymi proceduralnymi wybiegami pozwanego szpitala, świadczą o niegospodarności i działaniu na szkodę szpitala.

Ubezpieczenie podmiotu leczniczego (np. szpitala), obejmuje szkody wyrządzone przez pracowników. Obecnie dyrektorzy szpitali, zdając sobie sprawę ze skali roszczeń i ponoszonych kosztów, podnoszą raban, że składki ubezpieczeń obowiązkowych świadczeniodawcy mogą być zbyt wysokie dla marnie prosperujących szpitali. Dotychczasowa taktyka nieprzyznawania się do winy przez szpitalnego świadczeniodawcę z pewnością odbije się na wysokości składek ubezpieczeniowych wyznaczonych przez towarzystwa asekuracyjne, chociaż tzw. rynek ubezpieczeń roszczeniowych nie jest w Polsce do końca rozpoznany. Stąd panika dyrektorów i próby frontalnego oporu przed funkcjonowaniem nowej ustawy.

Hillary Rodham Clinton i Barack Obama (tak!), pełniąc funkcję senatorów, zaproponowali system negocjacyjny MEDIC (Medical Error Disclosure and Compensation) zapewniający pacjentom odszkodowania i jednocześnie ochronę lekarza po ujawnieniu błędu medycznego, co miało skutkować obniżeniem kosztów prawnych związanych z odpowiedzialnością zawodową, prowadzić do redukcji składek ubezpieczeniowych i rozszerzenia zakresu usług medycznych o procedury wysokiego ryzyka. Zmniejszenie zagrożenia odpowiedzialnością cywilną lekarzy jest kwestią wartą rozważenia, gdyż prowadzi do ochrony lekarzy przy jednoczesnej poprawie jakości opieki zdrowotnej.

**Zmiana ustawy o prawach pacjenta** przewiduje uzyskiwanie (na drodze pozasądowej) rekompensaty za szkody poniesione w związku z leczeniem i bez konieczności



# Komisja ds. Etyki Lekarskiej o decyzji UOKiK



▶▶▶ długotrwałego procesu udowadniania, że do szkody przyczynili się pracownicy medyczni, w tym lekarze. Decydować o tym będą wojewódzkie komisje do spraw orzekania o błędach medycznych. Za błąd medyczny, który miał miejsce w szpitalu, poszkodowani (rodzina pacjenta, spadkobiercy) będą mogli uzyskać 300 tys. zł, w przypadku śmierci, a tylko 100 tys. zł za zakażenie, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia. Propozycję wysokości odszkodowania będzie akceptował zakład ubezpieczeń, z którym szpital zawarł umowę. Poszkodowany zadecyduje, czy przyjąć proponowaną kwotę lub – licząc na wyższe odszkodowanie – skierować powództwo do sądu powszechnego, co będzie się wiązało z ustaleniem, że doszło do błędu w postępowaniu medycznym i zdefiniowaniem winy lekarza.

Wojewódzkie komisje, działające w przyspieszonym trybie i orzekające o zaistnieniu błędu medycznego, będą liczyły 16 członków, w tym sześciu z nich to osoby z organizacji pacjentów i tylko 4 lekarzy o odpowiednim doświadczeniu oraz wiedzy medycznej. Takie dysproporcje pomiędzy profesjonalistami medycznymi, a resztą komisji rodzą wątpliwości, czy orzeczenia o niewłaściwym udzielaniu świadczeń zdrowotnych i zdarzeniach medycznych w szpitalu, będą oparte na faktach, czy obiegowych poglądach? Nieuleczalnie, czy przewlekle chore, a zwłaszcza jego rodzina, nie zawsze wierzą w optymalne działania lekarskie na rzecz pacjenta. Należy się liczyć, że nastąpi wzrost liczby osób, które wobec niepowodzeń, opóźnień i powikłań w trakcie leczenia, wystąpią z roszczeniami licząc na łatwy zysk, bo sądy zasądzą coraz wyższe kwoty odszkodowań, zadośćuczynienia i rent.

Domniemana łatwość uzyskania odszkodowania w świetle nowej ustawy o prawach pacjenta powoduje, że złośliwi twierdzą, iż schorowana babcia, którą co jakiś czas należy ulokować w szpitalu, może być całkiem opłacalną inwestycją rodzinną.

Spadek zaufania społecznego do zawodu lekarza jest częściowo stymulowany przez represyjne prawo uchwalane w pakiecie i dopychane pośpiesznie kolanem jak walizka przed urlopem. Ale o tym w następnym odcinku LEX MEDICA. ●

**Mieczysław Dziedzic**

▶ **Komisja ds. Etyki Lekarskiej Śląskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Katowicach podjęła stanowisko w sprawie decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta**, który po przeprowadzeniu postępowania antymonopolowego wszczętego z urzędu uznaje za praktykę ograniczającą konkurencję zawarcie przez Naczelną Izbę Lekarską porozumienia ograniczającego konkurencję na krajowych rynkach sprzedaży produktów leczniczych homeopatycznych wydawanych z przepisu lekarza, polegającego na ograniczaniu dostępu do tych rynków przedsiębiorcom prowadzącym sprzedaż ww. produktów leczniczych, wskutek ograniczenia lekarzom i lekarzom denty stom możliwości ordynowania tych produktów w wyniku przyjęcia przez Naczelną Radę Lekarską stanowiska, iż stosowanie homeopatii stoi w sprzeczności z zasadami etyki lekarskiej i nakazuje zaniechanie jej stosowania.

## Stanowisko Komisji ds. Etyki Lekarskiej Śląskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Katowicach z dnia 23.09.2011 r. w sprawie decyzji Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta

Decyzja Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta z dnia 25.07.2011 r. narusza obowiązujące w Polsce zasady prawne, a w szczególności – konstytucyjną normę Art. 68. Konsytuacji RP:

1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.  
2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

Z normy tej wywodzą się uregulowane odpowiednimi zapisami Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza denty stom Ustawy o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowiące rozwinięcie konstytucyjnej normy odnoszącej się do warunków i zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, a w szczególności zgodnie z Art. 6. Ustawy o Prawach pacjenta:

1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

Ponadto zgodnie z art. 4 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza denty stom: Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód (czym za art. 2 cytowanej ustawy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych), zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Stąd też należy uznać, że nie można od lekarzy żądać, ani nawet oczekiwać, by zalecali pacjentom stosowanie metod z tą wiedzą niezgodnych.

W uzasadnieniu decyzji Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta, stwierdzającej iż stanowisko Naczelnej Izby Lekarskiej, zabraniające lekarzom przepisywania na receptę niektórych produktów dopuszczonych do legalnego obrotu, naruszyło prawo antymonopolowe, uznano, że jeśli coś jest legalnie dopuszczane do obrotu, równoczesne spełnia wszelkie standardy wymagane od metody leczniczej. Tak jednak nie jest, gdyż art. 57. Kodeksu Etyki Lekarskiej wskazuje wyraźnie, że:

1. Lekarzowi nie wolno postęgiwać się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub niezawierzone naukowo. A tymczasem leki homeopatyczne nie są zweryfikowane naukowo!

Ponadto punkt 2. art. 57 wskazuje: Wybierając formę diagnostyki lub terapii lekarz ma obowiązek kierować się przede wszystkim kryterium skuteczności i bezpieczeństwa chorego oraz nie narażać go na nieuzasadnione koszty. A nie ma żadnych przesłanek potwierdzających skuteczność homeopatii.

W tym kontekście niezrozumiałe jest podnoszenie w uzasadnieniu decyzji tezy, że Stanowisko Naczelnej Izby Lekarskiej z dn. 4 kwietnia 2008 r. miałyby być sprzeczne z postanowieniami art. 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej – przeciwnie, ono jest z tymi zasadami w pełni zgodne, a dokładnie właśnie z tych zasad wypływa. Natomiast skoro metody

# Komisja ds. Etyki Lekarskiej o decyzji UOKiK

ciąg dalszy ze str. 9 ►►►

homeopatyczne nie mają waloru metod uznanych przez wiedzę medyczną, tym samym ich stosowanie narusza art. 6.1 Ustawy o Prawach pacjenta.

W Polsce wolność działalności gospodarczej jest także normą konstytucyjną.

Art. 20. Konstytucji RP mówi:

Spółeczna gospodarka rynkowa oparta na wolności działalności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych, stanowi podstawę ustroju gospodarczego Rzeczypospolitej Polskiej. Jednakże nie może ta norma być uważana za wyższą od konstytucyjnych norm odnoszących się do ochrony praw człowieka, o czym decyduje Art. 5 Konstytucji RP mówiący, że: Rzeczpospolita Polska strzeże niepodległości i nienaruszalności swojego terytorium, zapewnia wolności i prawa człowieka i obywatela oraz bezpieczeństwo obywateli, strzeże dziedzictwa narodowego oraz zapewnia ochronę środowiska, kierując się zasadą zrównoważonego rozwoju. A takim prawem człowieka jest prawo do należytej opieki zdrowotnej (cyt. Art. 68 Konstytucji RP). Podobnie jak zgodnie z normą konstytucyjną władze publiczne mają obowiązek ochrony obywateli przed działaniami zagrażającymi zdrowiu. Zgodnie z: Art. 76 Konstytucji RP – Władze publiczne chronią konsumentów, użytkowników i najemców przed działaniami zagrażającymi ich zdrowiu, prywatności i bezpieczeństwu oraz przed nieuczciwymi praktykami rynkowymi. Zakres tej ochrony określa ustawa.

Idąc topem rozumowania UOKiK należy przyjąć, że skoro coś jest dopuszczone do legalnego handlu w Polsce, to le-

karzom nie wolno informować pacjentów o tego szkodliwości, a więc skoro np. alkohol i papierosy są dopuszczone do legalnego handlu, to nie wolno mówić, że są szkodliwe dla zdrowia, bo może „przypadkiem” spaść ich sprzedaż. Jednakże niezależnie od powyższej analizy, należy zwrócić uwagę na inne, a nie mniej ważne aspekty powyższej decyzji:

1. Zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza, lekarze są jedyną grupą zawodową, uprawnioną do leczenia, a tym samym tylko lekarze mogą ustalić co jest, a co nie jest uznaną metodą terapeutyczną. Zabrania nie lekarzom, a także ich przedstawicielstwu, jakim jest Naczelna Izba Lekarska, podejmowania takich decyzji, stanowi o przekroczeniu uprawnień przez Prezesa UOKiK.

2. Decyzja Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dn.25.07.2011 r. owszem chroni konkurencję, ale już nie konsumentów – bowiem konsumenci mają prawo nie tylko do funkcjonowania w przestrzeni wolności gospodarczej, ale także do obrony przed działaniami zagrażającymi ich zdrowiu i bezpieczeństwu. O tej funkcji, regulowanej art. 76 Konstytucji RP, Prezes UOKiK zdaje się zapominać.

3. Zgodnie z Art. 6 KEL lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Tymczasem Prezes UOKiK swoją decyzją chce ograniczyć tę swobodę lekarzom i ich legalnemu przedstawicielstwu.

Na podstawie wyżej przedstawionej analizy po raz kolejny okazuje się, że dla niektórych instytucji wybiórczo potraktowany

legalizm jest ważniejszy od gradacji norm prawnych, a już na pewno ważniejszy od norm etycznych. Nie można zgodzić się z tym, że ochrona konkurencji i gospodarczej jest ważniejsza niż zdrowie i bezpieczeństwo obywateli, a co za tym idzie, by opinie i stanowiska, wynikające z działań zmierzających do zapewnienia bezpiecznego i skutecznego, zgodnego z aktualną wiedzą medyczną leczenia, a więc działania osadzone zarówno w najlepszej tradycji etyki lekarskiej, jak i w prawie (art. 5, art. 68 i art. 78 Konstytucji RP, art. 4 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz art. 6 ustawy o prawach pacjenta), dokonywane bądź przez poszczególnych lekarzy, bądź ich przedstawicieli, w tym samorząd lekarski, podlegały ukaraniu! Wynikałoby z tego, że karaniu podlegać może działanie zgodne z prawem, a to jest sprzeczne z konstytucyjną normą stanowiącą, że Polska jest państwem prawa. Art. 2. Konstytucji RP: Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym, urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej.

W kwestii wypisywania pacjentom recept na leki homeopatyczne zaistniał konflikt wartości – z jednej strony takie wartości jak wolność gospodarcza i dobro podmiotów rynku, z drugiej prawa pacjenta, w tym prawo pacjenta do leczenia zgodnego ze standardami aktualnej wiedzy medycznej i bezpieczeństwa oraz prawa lekarzy do swobodnego wyboru metod leczenia. Powstaje pytanie – czy jest to dowód niespójności prawa, czy też przedkładania wartości gospodarczych nad wartości humanistyczne, a także ponad prawa konstytucyjne. Odpowiedź na nie jest oczywista. ●

Ogłoszenie

## Śląska Akademia Medyczna Absolwenci 1962 (lekarski 1955-1962, stomatologia 1956-1962)

W związku z odnową dyplomu po 50 latach, prosimy absolwentów wydziału lekarskiego i oddziału stomatologii o zarejestrowanie się w Dziekanacie Wydziału Zabrzeńskiego u Pani Julity Prabuckiej, do dnia 30 czerwca 2012 roku.

Adres Dziekanatu: 41-800 Zabrze, Plac Traugutta 2

Telefon: 32 370-52-66

e-mail: kkpzabrze@sum.edu.pl

O terminie i programie uroczystości powiadomimy indywidualnie każdego zarejestrowanego

Stowarzyszenie Wychowanków ŚAM  
Maria Gajeka-Bożek  
Zyga Wawrzynek

# Rozmowy prezesa ORL w Ministerstwie Zdrowia

Problem rezydentur poruszył podczas spotkania w Ministerstwie Zdrowia, 21 lutego 2012 r., prezes ORL **Jacek Kozakiewicz**. Z rozmowy przeprowadzonej w Departamencie Nauki i Szkolnictwa Wyższego wynikało, że liczba rezydentur w sesji wiosennej 2012 r. w skali kraju będzie mniejsza ok. 10% w porównaniu do podobnego okresu 2011 r. (w uzasadnieniu podano brak wystarczających środków finansowych na ten cel). Przewidywany jest podział 1 na 1, tzn. po jednym miejscu rezydenckim w danych dziedzinach me-

dycznych w poszczególnych województwach. Prezes zwrócił uwagę na znaczne opóźnienie w wydaniu decyzji, co stawia lekarzy i lekarzy dentyków w bardzo trudnej sytuacji, a proponowana liczba (wbrew składanym deklaracjom i obietnicom) nadal w istotny sposób odbiega od potrzeb w zakresie szkolenia w trybie rezydenckim, które powinno być zasadniczą formą kształcenia specjalizacyjnego. Przedstawiciel Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego poinformował, że w sesji jesiennej przewidywane jest przy-

znanie znacznie większej liczby miejsc rezydenckich (podobnie jak to miało miejsce w 2011 r.). „Pragnę wszystkich zapewnić, że śląski samorząd lekarski podejmuje i będzie nadal podejmował wielokierunkowe działania w celu zapewnienia właściwych warunków dla kształcenia podyplomowego, także w zakresie specjalizacji. Niestety spotykamy się często z brakiem zrozumienia, a czasem i brakiem odpowiedzialności ze strony decydentów” – powiedział dr n. med. Jacek Kozakiewicz. ●

## STANOWISKO

**Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach  
z dnia 29 lutego 2012 r.**

**dotyczące: rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 roku  
w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu  
na niektóre stanowiska kierownicze  
w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą**

*Prezydium ORL w Katowicach stoi na stanowisku, że wprowadzone przez Ministra Zdrowia zasady przeprowadzania konkursu na stanowisko ordynatora wypaczają w istotny sposób oczywisty cel, dla którego ustawodawca nakazał wyłanianie kandydatów na to stanowisko w drodze konkursu.*

*Zmiana składu komisji konkursowej polegająca na pominięciu przedstawiciela właściwego towarzystwa naukowego, konsultanta wojewódzkiego oraz ordynatora, a zwiększająca liczbę przedstawicieli kierownika podmiotu leczniczego, od których nie jest wymagana specjalistyczna wiedza medyczna, jest działaniem znacznie obniżającym merytoryczną wartość orzeczeń komisji konkursowych. Takie działanie, obniżające standardy wyboru na odpowiedzialne stanowiska najlepszych, także pod względem fachowym, pracowników ochrony zdrowia finansowanej ze środków publicznych, godzi pośrednio w dobro polskiego pacjenta.*

*Sprzeciw nasz budzi także forma, w jakiej przedmiotowe rozporządzenie zostało wprowadzone. Przekazany bowiem środowisku lekarskiemu projekt rozporządzenia utrzymywał dotychczasowe zasady prowadzenia konkursów na stanowiska ordynatorów. Nie były sygnalizowane jakiegokolwiek zamiary zmian w składzie komisji konkursowej, a których wprowadzenie wydanym rozporządzeniem pozwala kierownikom podmiotów leczniczych na pomijanie fachowej oceny kandydatów.*

*Prezydium ORL, występując w interesie polskich pacjentów, negatywnie postrzega zmiany w sposobie wyłaniania kandydatów na stanowiska ordynatorów wprowadzone ww. rozporządzeniem. Uznaje za celowe zatrudnianie na stanowisku ordynatora lub kierownika oddziału szpitalnego w podmiocie finansowanym ze środków publicznych kandydata wyłonionego w obowiązkowym postępowaniu konkursowym, w którym dominująca byłaby merytoryczna ocena jego przydatności.*

*Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w pełni solidaryzuje się ze stanowiskiem Śląskiej Konferencji Towarzystw Lekarskich z dnia 20 lutego 2012 r., w ocenie której wydane przez Ministra Zdrowia rozporządzenie w sposób nieuzasadniony narusza dotychczasowe dobre zasady i tradycje, a zarazem ukazuje lekceważący stosunek władzy państwowej wobec środowiska lekarskiego.*

**Sekretarz**  
**Okręgowej Rady Lekarskiej**  
**Andrzej Postek**

**Prezes**  
**Okręgowej Rady Lekarskiej**  
**Jacek Kozakiewicz**



# Przypadek

„23 listopada mój ojciec miał zabieg usunięcia guzka w pęcherzu moczowym. W styczniu założono mu cewnik z powodu częściowego zatrzymania moczu. Dostał skierowanie do szpitala, ponieważ w moczu była krew. W szpitalu, po konsultacji został odesłany do domu, mimo tego, że w moczu była krew. Po kilku dniach byłem ponownie u lekarza, ponieważ zaniepokoił mnie stan ojca. Był błądy i osłabiony. Lekarz wyznaczył termin kontrolnej cystoskopii. Dzień przed wyznaczonym terminem mama zadzwoniła do mnie, że ojcu jest zimno (zimne nogi i ręce). Niezwłocznie zgłosiłem się do lekarza, mówiąc mu o tym fakcie, ale on stwierdził, że nie ma miejsca na oddziale – „Oddział nie guma, nie rozciągnie się”. Tego samego dnia po południu, siostra, która była u ojca i stwierdziła, że stan jego bardzo się pogorszył, wezwała pogotowie, które przewiozło go do szpitala. Lekarzowi, który przyszedł na izbę przyjęć powiedziałem, że ojcu trzeba jak

musieliśmy przesunąć łóżka pacjentów. Po podaniu tlenu ojciec nadal ciężko oddychał. Ta męczarnia trwała dość długo. Bezradność personelu na oddziale. Gdy ustała akcja serca, wybiegłem w poszukiwaniu lekarza. Gdy przyszedł, zacząłem razem z nim reanimować. Byłem wstrząśnięty, że muszę własnego ojca reanimować. Pielęgniarki nie były przygotowane do udzielenia pomocy. Jedna z nich przyszła z aparatem Ambu i nie potrafiła go złożyć. Po upływie 10 minut na oddział przyszli lekarze z OIOM-u. Wyproszono mnie z sali. Po odzyskaniu akcji serca lekarz OIOM-u wyszedł z pretensjami, że musiał reanimować ojca, chociaż nie powinien ze względu na jego przewlekłą chorobę nowotworową pęcherza. Na oddziale OIOM lekarze powiedzieli nam, że jeżeli teraz ustanie akcja serca, to ojca nie będą reanimować. Po kilku dniach poszedłem z pretensjami do lekarza oddziału urologii. Stwierdzam, że gdyby podejście lekarzy i personelu było prawidłowe,

w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta lub w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Nie mnie jest komentować te akty prawne i ewentualną ich kolizję z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Nie chciałbym w tym miejscu również rozstrząsać tego problemu, natomiast chciałbym istotny problem związany z takimi sytuacjami. Czyli bardzo niską świadomość społeczną. Aby można było prawidłowo realizować działania w zgodzie z aktami prawnymi w zakresie ograniczenia uporczywej terapii u pacjentów nieuleczalnie chorych, bądź w stanach terminalnych, należy podjąć szeroko zakrojone działania poszerzające wiedzę dotyczącą tego tematu w społeczeństwie. Dopiero wtedy lekarz będzie mógł w codziennej praktyce uzgodnić z pacjentem lub co ważniejsze – jego rodziną, granice działań medycznych. Z olbrzymią satysfakcją w nr 4 tygodnika „Polityka” (styczeń 2012) przeczytałem artykuł Pani Redaktor Agnieszki Sowy „Za wcześniej, by żyć”. Przedstawia on problemy uporczywej terapii u noworodków ze skrajnym wcześniactwem, czy też wielowadziem. Szacunek budzi tak rzetelne przedstawienie tematu szerokim rzeszom czytelników. Obiektywne przedstawienie problemu powinno pozwolić im na spojrzenie na problemy medycyny i ukazać ją w zupełnie innym świetle, niż robią to na co dzień media.

Wśród lekarzy, po styczniowych bataliach dotyczących refundacji leków, pojawiły się liczne głosy wskazujące na konieczność działań w zakresie public relation, które pozwoliłyby poprawić wizerunek lekarzy i służby zdrowia. Wydaje mi się, że artykuły wymienionej powyżej z nazwiska Pani Redaktor są właśnie miłym krokiem w poprawie działalności edukacyjnej społeczeństwa. Publikacje w tak poczytnym tygodniku, na dobrym poziomie merytorycznym, są dla naszego środowiska bardzo cenne i może nawet cenniejsze niż działania wyspecjalizowanej firmy PR-owskiej. Może należałoby dostrzec siłę i rangę takich działań, przyznając na przykład tygodnikowi „Polityka” i Pani Redaktor wyróżnienie Naczelnej Izby Lekarskiej i zadeklarować daleko idącą pomoc merytoryczną w przygotowaniu kolejnych tego typu artykułów. ●

**Tadeusz Urban**  
Okręgowy Rzecznik  
Odpowiedzialności Zawodowej

*(...) W wielu krajach świata w podejmowaniu trudnych decyzji medycznych pacjentom i lekarzom pomagają szpitalne komisje etyczne lub zespoły konsultantów etycznych, w których skład wchodzi nie tylko przedstawiciele zawodów medycznych, ale także etycy, duchowni, psychologowie, prawnicy i rzecznicy praw pacjentów. Pomagają stronom zrozumieć naturę problemu, jego etyczne, społeczne i prawne aspekty. Nie rozstrzygają dylematów, ale wspierają pacjentów, ich bliskich i lekarzy w procesie dochodzenia do świadomej i przemyślanej decyzji. Psycholog czy bioetyk pełni też funkcję pośrednika między lekarzami a rodzicami, którzy stając w obliczu tragedii, czują się dodatkowo zagubieni, pomijani, czasem wręcz oszukiwani. I wspiera lekarzy, przytłoczonych nadmiarem odpowiedzialności. Może czas zastanowić się nad podobnymi rozwiązaniami w polskich szpitalach? Chowanie głowy w piasek i ucieczka przed bioetycznymi tematami nie może trwać wiecznie. Nie pozwól nam na to tempo, w jakim rozwija się medycyna.*

**Fragment artykułu Agnieszki Sowy „Za wcześniej, by żyć”, „Polityka”, 2012.01.25; s. 26 – 29**

najszybciej podać krew. Stwierdził on, że u niego na oddziale nie ma miejsca. Na co odpowiedziałem, że to mnie nie interesuje, a ojciec ma być przyjęty choćby na korytarz. Na oddziale urologii, na korytarzu podłączono ojcu aparaturę do mierzenia pulsu i po jakimś czasie pobrano krew. Po upływie 30 minut ojciec zaczął ciężko oddychać, więc poprosiłem pielęgniarkę, by podała ojcu tlen. Ponieważ leżał na korytarzu, były problemy z podaniem tlenu,

a ojciec otrzymałby krew, żyłby do dziś. Dlatego będę ubiegał się o odszkodowanie dla mnie z powodu uszczerbku na zdrowiu psychicznym na całe życie oraz śmierć mojego ojca”. (Tekst skargi dostosowany do potrzeb edytorskich). W przytoczonej skardze chciałem pokazać, jak ważny jest problem dotyczący uporczywej terapii. Co prawda problemy z tym związane częściowo uregulowane są w naszym systemie prawnym, tak np.

# Śmierć mózgowa

## – w aspekcie medycznym oraz etycznym

Na początku br. w siedzibie Trybunału Konstytucyjnego odbyła się konferencja naukowa poświęcona prawnym i medycznym aspektom śmierci mózgowej. Wykład wygłosił ksiądz doktor **Jacek Maria Norkowski**, absolwent Akademii Medycznej w Poznaniu oraz Papieskiej Akademii Teologicznej w dziedzinie filozofii. Wykład objął patronatem Prezes Trybunału Konstytucyjnego sędzia **Andrzej Rzepliński**. Z racji miejsca, w którym odbywała się konferencja, w wykładzie uczestniczyli głównie prawnicy reprezentujący cały wachlarz prawniczych profesji, w tym sędziowie sądów powszechnych, Sądu Najwyższego, sędziowie Trybunału Konstytucyjnego oraz radcowie prawni i adwokaci.

Główną część wykładu skupiła się wokół zagadnień śmierci mózgowej w aspekcie medycznym oraz etycznym. Przedstawiono między innymi stan poglądów na temat odróżnienia u osoby ludzkiej stanu śpiączki od stanu śmierci mózgowej. Sięgając do historii referent wyjaśnił, że pierwszą próbą skodyfikowania kryteriów śmierci mózgowej było ustalenie w 1968 r. tzw. kryteriów harwardzkich. Omówiono również dalszy rozwój wiedzy medycznej i powstawanie kolejnych, bardziej szczegółowych kryteriów wyróżnienia śmierci mózgowej. Przywołano obowiązujące w Polsce kryteria stwierdzania śmierci mózgowej ustalone przez Ministra Zdrowia w obwieszczeniu z dnia 17 lipca 2007 r.

Jako przedstawiciel zawodu prawniczego, nie podejmuję się próby omówienia tej części wykładu, która dotyczyła aspektów medycznych śmierci mózgowej, nie to jest zresztą celem niniejszego artykułu. Mogę jedynie zrelacjonować Czytelnikom, że według księdza doktora Norkowskiego obecny stan wiedzy medycznej pozwala na postawienie ostrożnej tezy, że obowiązujące kryteria stwierdzania śmierci mózgowej są niezadowalające. W szczególności podkreślano, że przy zastosowaniu dzisiejszych kryteriów stwierdzania śmierci mózgowej brak jest pewności co do tego, że czynności mózgu ustały w sposób trwały i nieodwracalny. Referent zwrócił uwagę, że wątpliwości co do tego czy osoba o stwierdzonej śmierci mózgowej rzeczywiście „nie żyje”, mają sami lekarze dokonujący przeszczepu od takiego dawcy – chodzi o badania, w których prawie 25% z nich uznało, że uważają dawcę, od którego pobierają narządy, za żywą istotę, a nie zwłoki ludzkie.

Po wykładzie księdza doktora Norkowskiego wywiązała się ożywiona dyskusja, która uświadomiła wszystkim, że w kwestii śmierci mózgowej brak jest jednoznacznych odpowiedzi na większość podstawowych pytań. Poniżej przedstawiam kwestie sporne, które wyłoniły się w toku dyskusji.

Po pierwsze postawiono pytanie, czy kryteria stwierdzenia śmierci mózgowej powinny być szczegółowo uregulowane w przepisach prawa, czy może winny być pozostawione ocenie lekarzom, bez narzucania lekarzom sztywnych reguł prawnych? Zwolennicy tej drugiej koncepcji uznają, że śmierć człowieka ma wymiar medyczny i dlatego lekarz winien ją stwierdzać kierując się aktualnym, ciągle zmieniającym się, stanem wiedzy medycznej, a nie sztywnymi normami prawa.

Przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, co może prowadzić do wniosku, że tam, gdzie ustawa ta nie znajduje zastosowania, kryteriów ustalonych przez Ministra Zdrowia stosować nie można.

Zauważono także, iż wraz z zaostrzeniem kryteriów stwierdzania śmierci mózgowej, coraz łatwiej lekarz może narazić się na zarzut tzw. „uporczywej terapii”.

Wątpliwości uczestników wzbudziły krótkie, bo liczone w godzinach, terminy, w których lekarze stwierdzają śmierć mózgową.

Powstały wątpliwości, czy czas potrzebny na wydanie orzeczenia stwierdzającego śmierć mózgową nie powinien być nieco wydłużony.

Zwrócono również uwagę, że czasami dochodzi do sytuacji spornych, w których

Podczas konferencji zwrócono uwagę, że przy zastosowaniu dzisiejszych kryteriów stwierdzania śmierci mózgowej brak jest pewności co do tego, że czynności mózgu ustały w sposób trwały i nieodwracalny.

Większość uczestników konferencji była jednak skłonna przychylić się do poglądu, że kryteria stwierdzania śmierci mózgowej winny być ustalone przez przepis prawa.

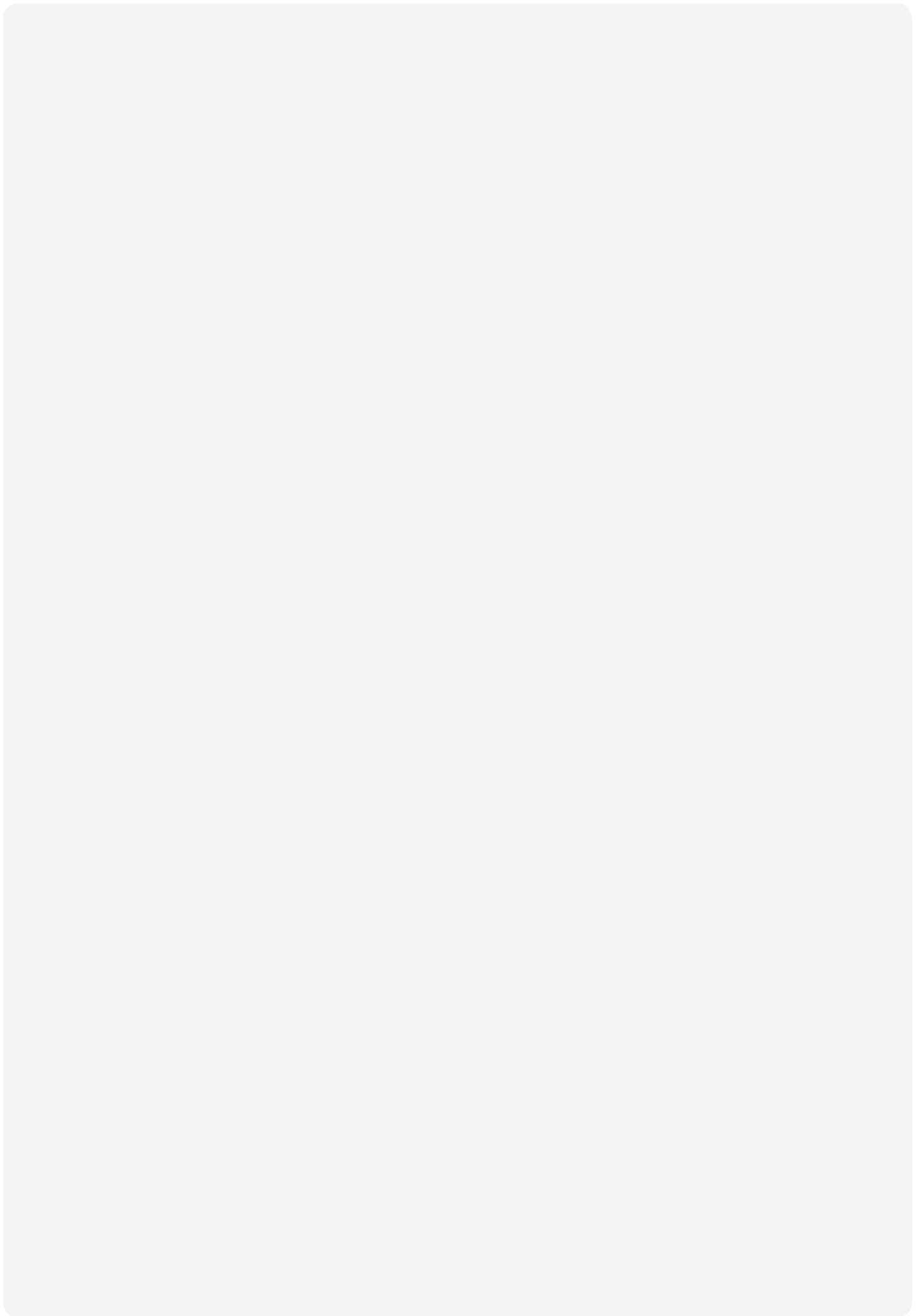
Kolejnym tematem poruszonym w czasie dyskusji była ranga, jaką powinien mieć przepis ustalający kryteria śmierci mózgowej, uczestnicy zdawali się skłaniać do poglądu, że kryteria te powinny mieć ustawową rangę, a nie być jedynie aktem wykonawczym wydawanym przez Ministra Zdrowia, w szczególności za niewystarczające uznano wydanie aktu prawno-

o charakterze obwieszczenia. Wątpliwości rodziły się też w kwestii, czy pojęcie śmierci mózgowej jest stosowane wyłącznie na użytek ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, czy też winno być stosowane powszechnie jako „rodzaj” śmierci, niezależnie od tego, czy osoba, której owo stwierdzenie śmierci dotyczy ma być dawcą, czy nie. Wątpliwości te mają swoje źródło w fakcie, że Minister Zdrowia wydając obwieszczenie o kryteriach stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu działał na podstawie przepisów ustawy o pobie-

rodzina uważa, że pacjent „nie umarł”, a lekarze orzekają śmierć mózgową. Są to wprawdzie rzadkie sytuacje, ale brak jest mechanizmów prawnych pozwalających rodzinie pacjenta złożyć formalny sprzeciw i wstrzymać procedurę odłączania pacjenta od urządzeń podtrzymujących funkcje życiowe do czasu rozpatrzenia sprzeciwu.

Postawiono pytanie, czy pacjenta, wobec którego stwierdzono śmierć mózgową, od którego pobiera się narządy, nie powinno się znieczulać. W Polsce podaje mu się jedynie środki zwiotczające, a istnieje przypuszczenie, że mimo stwierdzonej śmierci odczuwa on ból w czasie pobierania organów. Na poparcie tej tezy wskazano, że w niektórych krajach przed pobraniem narządów podaje się znieczulenie.

Przedstawione powyżej pytania i wątpliwości nie znalazły jednoznacznych odpowiedzi, co pokazuje, że mamy do czynienia z trudną materią, gdzie zarówno wiedza medyczna, jak i nauki prawne nie wykształciły dostatecznie jasnych wskazówek, jak rozstrzygać kwestie wątpliwe. ●







# Śląska Izba Lekarska w Katowicach zaprasza na **KURSY I SZKOLENIA**

▶ **16.04.2012 r. (poniedziałek) godz. 15.30**

Kurs doskonalący

**ROZMOWA Z PACJENTEM TERMINALNYM**

Liczba miejsc została ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń.  
Zgłoszenia wyłącznie na formularzu zgłoszeniowym.

▶ **19.04.2012 (czwartek) godz. 15.00**

Wykłady:

**„OSTEOPOROZA W CODZIENNEJ PRAKTYCE REUMATOLOGICZNEJ”**

dr n. med. Iwona Piwowarska

Wojewódzka Poradnia Reumatologiczna w Katowicach

**„NIEDOBORY WITAMINY D – CZY TO REALNY PROBLEM?”**

dr n. med. Waldemar Misiorowski

Klinika Endokrynologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Współpraca: MERCK

▶ **20.04.2012 r. (piątek) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

**REALIA POWTÓRNEGO LECZENIA ENDODONTYCZNEGO, CZYLI JAK STRASZNY JEST MALOWANY DIABEŁ?**

Wykładowca: dr Bartosz Cerkaski

**DEPOTFOREZA JAKO SKUTECZNA ALTERNATYWA LECZENIA ENDODONTYCZNEGO**

Wykładowcy: dr Christian Bauermann, dr Constance Knapwost (z tłumaczem)

Współpraca: 32 Dent

▶ **27.04.2012 (piątek) godz. 16.00**

lub

▶ **02.06.2012 (sobota) godz. 10.00**

Kurs doskonalący

**DIAGNOSTYKA HOLTEROWSKA – ZASTOSOWANIE W PRAKTYCE LEKARSKIEJ**

▶ **27.04.2012 (piątek) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

**ODBUDOWA ZĘBÓW Z DUŻĄ UTRATĄ TKANEK – ANALIZA PRZYPADKÓW KLINICZNYCH**

Współpraca: marrodent

▶ **28.04.2012 (sobota) godz. 9.00**

Kurs

**BHP – SZKOLENIE OBOWIĄZKOWE DLA PRACODAWCÓW**

Szkolenie odpłatne – 80 zł od osoby

Wpłaty należy dokonać na konto: EHS Patrycja Nowak-Duda 44-100 Gliwice, ul. Stalmacha 8/11.

19 1140 2004 0000 3902 5990 4775 z dopiskiem Kurs BHP ŚIL (oraz danymi do faktury w przypadku woli jej otrzymania).

W celu otrzymania zaświadczenia w formularzu należy dodatkowo podać datę i miejsce urodzenia.

Zgłoszenia w formie „formularza on-line” przyjmujemy do 15.04.2012 r.

Ilość miejsc ograniczona.

▶ **15.05.2012 (wtorek) godz. 15.30**

Kurs doskonalący

**ZAAWANSOWANY KURS Z ZAKRESU RESUSCYTACJI KRAŻENIOWO-ODDECHOWEJ DOROSŁYCH**

Kurs przygotowany jest szczególnie dla kardiologów oraz lekarzy w trakcie specjalizacji z kardiologii.

Po wykładzie uczestnicy zostaną podzieleni na małe grupy warsztatowe do ćwiczeń resuscytacji dorosłych 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 50 zł, wpłaty należy dokonać na konto: 43 1020 2313 0000 3102 0020 0246 (z dopiskiem: resuscytacja – kurs zaawansowany).

Liczba miejsc została ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń.

▶ **19.05.2012 (sobota) godz. 10.00**

Kurs doskonalący

**ELEKTROKARDIOGRAM U CHOROGE ZE STYMULATOREM LUB KARDIOWERTEREM-DEFIBRYLATOREM SERCA**

▶ **25.05.2012 (piątek) godz. 16.00**

Kurs doskonalący

**AUDYT WEWNĘTRZNY W STOMATOLOGICZNYCH PRACOWNIACH RTG**

Kursy i szkolenia odbędą się w Domu Lekarza 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 przysyłać elektronicznie na formularzu zgłoszeniowym umieszczonym na stronie [www.izba-lekarska.org.pl](http://www.izba-lekarska.org.pl)

w zakładce Kursy dla lekarzy

lub telefonicznie pod numerem telefonu 32 203 65 47/8 wew. 321 i 322.

# Rozbudowa katowickiego Centrum Psychiatrii

8 lutego br. odbyło się uroczyste oddanie do użytkowania rozbudowanego budynku głównego katowickiego Centrum Psychiatrii. Symbolicznego przecięcia wstęgi dokonali **Barbara Daniel**, dyrektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego w Katowicach i **Tomasz Broda**, dyrektor szpitala. Uroczyste otwarcie obiektu miało charakter szczególny, zakończyło bowiem kilkuletnie zadanie inwestycyjne, polegające na rozbudowie Centrum Psychiatrii pod nazwą: „Modernizacja budynku głównego Szpitala”, które sfinansowane zostało z budżetu Województwa Śląskiego w kwocie 3 mln 996 tys. 946 zł.

Realizacja zadania rozpoczęła się w grudniu 2006 r. na podstawie decyzji prezydenta Katowic i odbywała się w pięciu etapach. Obok rozbudowy wejścia, modernizacji poddano: parter budynku głównego, pomieszczenia kuchenne, ciągi komunikacyjne, węzły sanitarne, sieć C.O., instalację elektryczną i wodno-kanalizacyjną. W budynku zainstalowano oświetlenie awaryjne, sieć komputerową, sygnalizację przeciwpożarową, wentylację mechaniczną, remontom poddano również przyległe oddziały. Na parterze znajduje się wjazd dla karettek z automatycznie otwieranymi



foto.: Justyna Kochan

## Modernizacja Centrum Psychiatrii.

drzwiami, pomieszczenia na poszczególnych kondygnacjach przeznaczono m.in. na sale do terapii chorych i kawiarenkę dla pacjentów i ich bliskich.

Szpital w Katowicach obecnie zatrudnia 219 osób, składa się z 5 oddziałów stacjonarnych, 3 oddziałów dziennych, 2 poradni i Zespołu Leczenia Środowiskowego. To właśnie interdyscyplinarny środowiskowy system wsparcia pozwala osobom z zabu-

rzeniami psychicznymi nie tylko uzyskać pomoc terapeutów, ale także zwiększyć szanse na powrót do normalnego życia czy pracy. Filia w Skoczowie posiada oddział i poradnię terapii uzależnień. Rocznie z pomocy Centrum korzysta ok. 8 tys. pacjentów, w tym ponad 5 tys. osób zaopatrywanych jest w poradniach, co ogólnie przekłada się na liczbę 30 tys. udzielonych porad. ●

**Justyna Kochan**



foto.: Justyna Kochan

Ukończony obiekt.



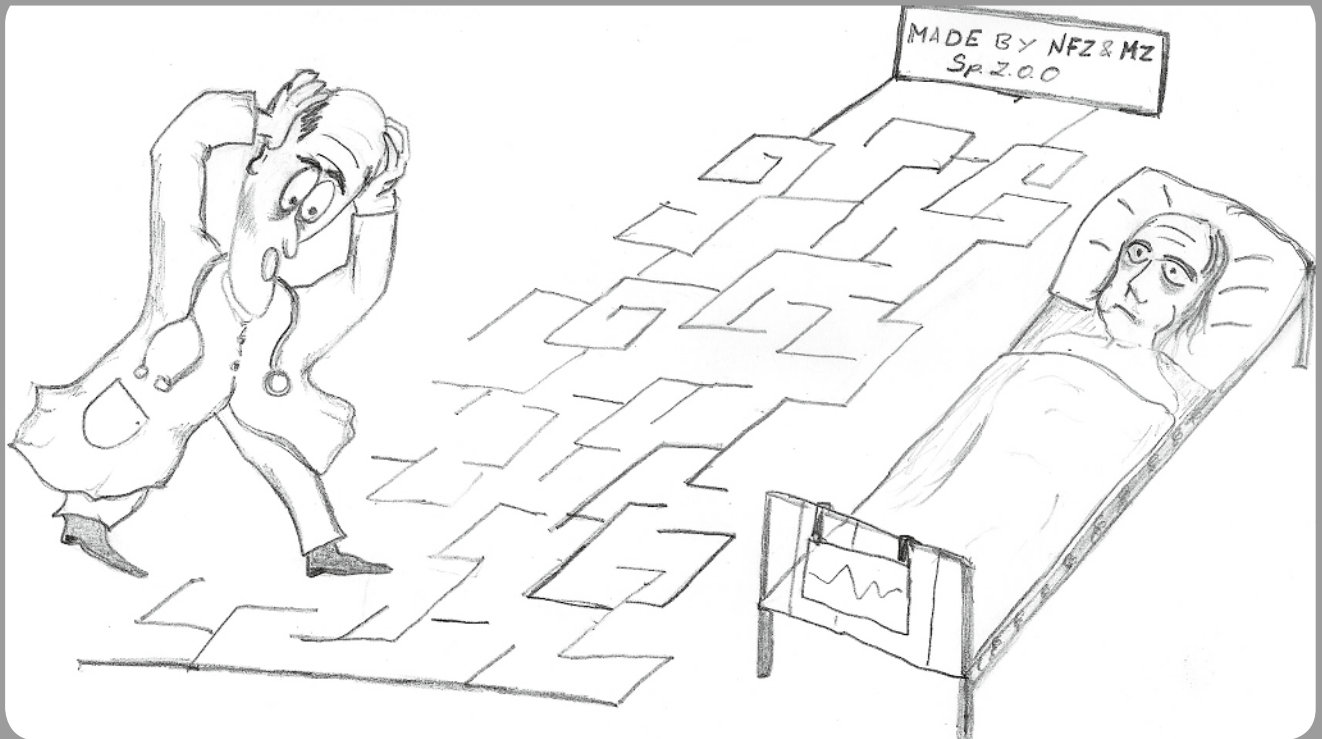
foto.: Anna Zadóra-Świderek

*Dr Krzysztof Kotrys, ordynator Oddziału Psychiatrycznego IV Zaburzeń Afektywnych i Nerwicowych przedstawił najważniejsze fakty dotyczące działalności szpitala.*



foto.: Anna Zadóra-Świderek

Goście uroczystego otwarcia.



„W labiryncie przepisów” – rys. Rafał Sołtysek.

## O poglądach, antypoglądach oraz etyce

Rzecz dzieła się w Śląskiej Akademii Medycznej, był luty 1981 roku. Od kilku tygodni trwał ogólnopolski strajk studentów, którzy protestowali wobec odmowy ówczesnych władz komunistycznych, by zarejestrować Niezależne Zrzeszenie Studentów. Nasz NZS ogłosił pogotowie strajkowe. Byłem wówczas studentem V roku Wydziału Lekarskiego w Zabrze. Tego dnia miałem zajęcia w klinice pediatrii w Zabrzu i w pewnym momencie zostałem poproszony do telefonu przez Przewodniczącego NZS-u studenta Z. Halabę, który poinformował mnie, że mam natychmiast przyjechać do rektoratu na Poniatowskiego, gdzie na godzinę 13.00 zwołano nadzwyczajne posiedzenie kolegium rektorskiego. Na nasze życzenie zaproszono nań także dziekana z Zabrze prof. J. Żmudzińskiego oraz przewodniczącego „Solidarności” dr med. Grzegorza Opalę. Tak oto nagle wyrwany z zajęć trafiłem wraz z kolegami Z. Halabą i R. Cichoniem przed oblicze władz. Cel tego spotkania był jasny; nie ukrywano, że zostało zwołane na żądanie komitetu PZPR w Katowicach, by nas zastraszyć i zablokować strajk (wcześniej usiłowano nas „zwać” do siedziby Komitetu Wojewódzkiego PZPR, ale odmówili-

śmy, bo nie uważaliśmy, żeby PZPR miała nam dyktować, co mamy robić). W czasie spotkania z władzami padały różne argumenty, nie zostawiono na nas suchej nitki, a argumenty były rodem z „Trybuny Ludu” czy „Trybuny Robotniczej”. Przewodniczący posiedzeniu rektor Prof. Z. Herman nie zajął stanowiska. Dziś, z perspektywy lat rozumiem, że jako rektorowi nie wypadało mu poprzeć strajku w uczelni, ale w istocie podzielał nasze poglądy. Ku naszemu zdumieniu, przeciw nam wystąpił także prof. J. Zieliński, kierownik Kliniki Urologii. Profesor Zieliński pełnił w latach 1981 – 1982 funkcję prorektora ds. rozwoju Uczelni. To była osoba, którą mogę z pełną odpowiedzialnością określić jako Człowieka „Solidarności”, niezwykle prawy, powszechnie szanowany Profesor. Jego argumentacja była spójna i logiczna, i nie miała żadnego podtekstu politycznego. Profesor po prostu stwierdził, że jako przyszli lekarze nie możemy strajkować, że słowo „strajk” jest sprzeczne z etyką lekarską. Nie zgodzaliśmy się z tym poglądem, ale szanowaliśmy tę postawę, jako wyraz autentycznej troski o dobro uczelni i studentów. Postawa Profesora była całkowitą antytezą dla innych, krytycznych wobec nas stwierdzeń,

zderzenia ETYKI i LOGIKI z MANIPULACJĄ i DEMAGOGIĄ.

Po naszej stronie opowiedzieli się dr med. G. Opala i dziekan J. Żmudziński. Odwołuję się do dawnych wydarzeń, by pokazać, jak powinna wyglądać prawdziwa dyskusja, w której padają rzeczowe argumenty. Dziś powszechna jest „metoda” dyskusji zorientowana na manipulację, ośmieszenie rozmówcy, wykpienie go lub sprowadzenie rozmowy na boczny tor. Wokół mamy na co dzień masę przykładów, które pokazują, że sztuka dyskusji odeszła w niepamięć. Dobrą ilustracją tego stanu rzeczy były np. spory wokół ustawy refundacyjnej lub ACTA. Tak, jak przed trzema dekadami, prym wiodły demagogia, manipulacja i fałszywe argumenty. Wspominam Profesora Zielińskiego, bo Jego ówczesne stanowisko, choć różne od naszych oczekiwań, było kompletnym przeciwieństwem partyjnej propagandy i komunistycznej nowomowy. Żałować należy tylko, że dziś echa minionej, zdawałoby się, epoki wróciły do naszego życia publicznego. Co gorsza, wydaje się, że zadowoliły się tu na dobre. ●

**prof. dr hab. Wojciech Pluskiewicz**

# Słownik wyrazów pokrewnych, czyli o wynagradzaniu...

„Obyś żył w ciekawych czasach” mówią niektórzy... Odnoszę wrażenie, że ja właśnie żyję.

Jestem z pokolenia, które widziało kartki na mięso, wyprowadzenie sztandaru PZPR i burzenie muru berlińskiego a następnie przyściszenie „królestwa niebieskiego” czyli gospodarki rynkowej i wolnej RP. Dzięki temu dane mi było (i jest) obserwować również zmieniającą się sytuację w służbie zdrowia – jej kolejne reformy, obiecywane wzloty i spektakularne upadki...

Na tym historycznym tle chciałbym opisać temat drażliwy i delikatny – sposoby pracy i wynagradzania lekarzy. Dla przejrzystości zajmujemy się trzema modelami: modelem PRZYROBIĆ, modelem DOROBIC i modelem ZAROBIC.

W czasach rządu proletariatu, czyli za tzw. „komuny”, postawiono na model „PRZYROBIĆ”. Lekarze, należąc do inteligencji, podlegali pauperyzacji. Obowiązywało niepłacenie pensji lecz zasiłku bo przecież... „lekarz sobie poradzi. Najwyżej weźmie pieniądze albo wołowinę.” (cyt. „Stracone szanse wygranej” prof. Cezary Szczylik „Tygodnik Powszechny”). Obowiązywało więc „przyrabianie” przez „wtykanie”. Niektórzy niestety temu ulegli (chwała tym, którzy się przeciwstawili). Wtykano więc kwoty, flaszki, bombonierki lub kawę w kieszenie, torby i torebki, rewanżowano się „na parapecie” (jak w słynnym „Pamiętniku Młodej Lekarki”). Podobno „pecunia non olet”, ale te „pecunia” – „olet” i to tak bardzo, że odorek unosi się do dzisiaj i zbieramy jego konsekwencje w postaci utraty zaufania i etosu. Był to proceder smutny i godny pożałowania, który obecnie rozwiązaniem dla młodych lekarzy nie jest i być nie może...

Obecnie lekarze wiedzą, że powinni **ZAROBIC**. To jednak jest trudne (dla niektórych) do przełknięcia. Nic tak bowiem nie boli, jak powodzenie (np. finansowe) sąsiada. Nasze społeczeństwo sięga tu z upodobaniem do hasła rewolucji francuskiej, wyznając zasadę égalité. Społeczeństwo egalitarne czuje się doskonale, gdy meblościanka i mały fiat jest najwyższym dobrem osiągalnym mniej więcej dla wszystkich... Co więcej, społeczeństwo wyznaje jeszcze kult pracy fizycznej (z epoki „kto wyrąbie więcej ode mnie?”). Co za tym idzie jest nie do zaakceptowania, by ktoś kto „przybija pieczętki” czy zapisuje pigułki aspirował do wyższych zarobków. Za co tu bowiem płacić? Co innego kopanie, spawanie czy np. murowanie. Chirurg może liczyć na większą pobłażliwość bowiem widać, że pracuje... np. utnie nogę – to robi wrażenie, gorzej, gdy wykona operację gdzieś „w środku”... Ostatecznie bowiem widać tylko bliźnę na brzuchu i sprawa nie jest tak jasna (w laparoskopiiach wiarygodność ratuje obdarowywanie kamykami po cholecystektomii). Zarobic więc nie możemy, bo to jakoś tak nieładnie, nieetycznie i niesolidarnie no i właściwe za co?

Obecnie akceptowaną przez społeczeństwo i pracodawców formą pracy jest model – **ZAROBIC SIĘ**... Zdjęcia „umordowanego” chirurga czy postać lekarza, którego ciągle nie ma w domu, bo pracuje na kilku etatach – to obrazy budzące nawet sympatię... U nas – widać, że taki lekarz „coś” zrobił... Ma na sobie szlachetne oznaki „nadludzkiej pracy w nieludzkich warunkach” (cyt. za J. Pilchem)...

Taki lekarz w opinii społecznej może pozwolić sobie na zakup nowego auta... (byle nie zbyt dobrej marki, żeby nie kłuło w oczy)... Weźmy też inny przykład np. dr. Housa, ulubieńca publiczności. Trudno dopatrzeć się w nim człowieka mającego normalne relacje ludzkie, rodzinę, pozamedyczne pasje i zajęcia, na które ma czas. De facto to użyteczny, aspołeczny robot do diagnozowania ludzi. A jakże łatwo ukryć to pod źle pojmowanym powołaniem, sloganem, że „medycyna to zazdrosna kochanka”...

Życie przyniosło nam też ciekawy mariaż: model **ZAROBIC SIĘ + DOROBIC DODATKOWĄ PRACĄ**. Jest to genialny sposób na rozwiązanie braków kadrowych wśród lekarzy w naszym kraju i niedofinansowania naszych wypłat. Plan jest prosty – lekarzy brakuje i zarabiają źle, więc pozwolimy pracować im na kilku etatach, świątki, piątki i niedziele. Sumując nędzne wypłaty z kilku miejsc pracy ich zarobek przekroczy nareszcie średnia krajową, przestaną marudzić i nie wyda się, że brakuje na naszej „zielonej wyspie” medyków.

Genialnym dodatkiem do tej iluzji „zarabiania” jest praca na źle opłacanych tzw. kontraktach, czyli pozbawienie nas osłon społecznych i przez to pozorny wzrost dochodów (zamiast opłacać składki na emeryturę i ubezpieczenia, kwoty te dostajemy jako dodatek do pensji). W efekcie pensja nie jest poniżająca, ale w razie choroby, konieczności odpowiedzialności prawnej czy osiągnięcia wieku emerytalnego, zostajemy jako doktor „goły i (nie)wesoły”. Na całe szczęście i to jest przemyślane – przykładowo chirurg żyje około 55 lat (prof. P. Lampe „Polityka” III 2012), więc nie ma tu mowy o emeryturze. Lekarz będzie pracował do śmierci. Dosłownie.

Obecnie młodzi lekarze wybierają najczęściej ten model: **ZAROBIC SIĘ** poprzez **DORABIANIE** (na kilku etatach). Dostarcza on funduszy na znalezienie się w klasie średniej, lecz jest tożsamy z wysublimowaną formą samobójstwa. Umieramy (vide statystyki!), mamy problemy z używkami, rozpadają się nam rodziny. To cena, jak sądzę zbyt duża za dom z ogródkiem i auto.

Co więc robić? Myślę, że próbować... Próbować, starając się o pracę, żądać przynajmniej 3 średnich krajowych dla lekarza specjalisty (IV kwartał 2011 średnia to 3584 zł brutto). Próbować bez skrupowania, bez odczucia, że w głowie się poprzewracało itd. Jesteśmy wysoko wyspecjalizowanymi pracownikami, każdy nasz dzień pracy to ogromny stres i odpowiedzialność, każdy miesiąc wymaga stałej nauki. My i nasze rodziny musimy za tę pracę żyć godnie – jeżeli nie znajdzie to zrozumienia rządu i społeczeństwa – nie powinniśmy dłużej żebrać, lecz wzorem ojca Abrahama ruszyć do ziemi obiecanej, gdziekolwiek ona się znajduje (nie jest to łatwe lecz przypomnijmy że Abraham miał lat 75 i decyzja ta również nie była dla niego bagatelką...).

Podsumowując zasady rozmowy o wynagrodzeniu to: **ZARABIAĆ a NIE DORABIAĆ & ZARABIAĆ a nie dać ZAROBIC SIĘ.** ●

Rafał Sołtysek



Cum grano salis

# Nasze pióra

Właściciel kolorowej papugi, mającej skłonność do opróżniania koniaków, po których używała brzydkich wyrazów, zagroził jej:

– Jeszcze raz się upijesz, to oskubię ci te piękne pióra...

Niestety, ponownie zastał ją w stanie nadużycia. Papuga była prawie goła, bo wyskubywała sobie resztki pierza, krzycząc:

– Po cholerrę mi te piórrrra?

Manewrując na zapchanym przez obce samochody parkingu wokół Domu Lekarza, zapytałem młodego kierowcę, dlaczego na szybie nie ma naklejonego znaczka Eskulapa? Odpowiedział krótko i sensownie: – Bo z tego są tylko kłopoty, a pożytku żadnego. Argumentował przy tym, że przejeżdżając oznakowanym lekarskim, acz prywatnym samochodem, obok banalnej stłuczki, należy z własnej apteczki zużyć środki opatrunkowe na podrapany nos i czoło, wypada zaczekać, aż przyjedzie zespół ratowników, a w nagrodę za dwa miesiące trzeba się zgłaszać w charakterze świadka kolizji.

Kiedyś kandydaci na studia medyczne podawali jako główną motywację: chęć niesienia pomocy, umiejętność leczenia chorób, pomocy ludziom, etc. Bycie lekarzem wiązało się z określonym prestiżem, pozycją społeczną i niepisanymi względami u różnych urzędników i funkcjonariuszy. Dziś – zapomnij!

Wizyty domowe u moich pacjentów na osiedlu Tysiąclecia, przy bezkolizyjnym, ale nie zawsze zgodnym z przepisami parkowaniu (np. jedno koło na chodniku) niejednokrotnie kończą się bilansem ekonomicznym na zero, bo strażnicy prawa twierdzą, że muszą traktować wszystkich równo. Podobny mandat jest za szczęki Straży Miejskiej przed apteką na ul. św. Jana, gdy wykupuję recepty w drodze do chorych.

Tłumaczenie, że samochód ma znaczek lekarski i w pewnym sensie powinien być uprzywilejowany – jest bezsensowne i niecelowe. Nie muszę nikomu tłumaczyć, że aparat do EKG, Dopplera i ampułki nie powinny zostawać w samochodzie na odległym parkingu. Niegdyś napisałem nawet prośbę do Naczelnika Wydziału Komunikacji w Katowicach o zezwolenie na parkowanie w centrum, ale zgody nie uzyskałem: karetka pogotowia – tak, lekarz domowy – NIE! A podobno jest równość sektorów: państwowego i prywatnego?

Nie ma najmniejszego znaczenia, że spóźnimy się do drugiej pracy, gdy w poradni zjawi się niezarejestrowany pacjent i zapy-

radnię i dyżury – zostają nam w tygodniu jeden albo dwa popołudnia na załatwianie swoich lub obywatelskich spraw. A urzędowe terminy mamy takie same jak inni, którzy codziennie kończą pracę o 14.35. Nie mamy żadnej ulgi i nie obroni nas tytuł zawodowy.

Przy nastawieniu mediów i ogólnej niedostępności świadczeń zdrowotnych, czasami działamy jak płachta na byka. A byk w mundurze, podając wysokość kary, nigdy nie uwierzy, że średnia zarobków lekarza-specjalisty jest niższa od średniej krajowej. Korzystniej udawać normalnego kierowcę i na pytanie o pracę, co ma znaczenie dla wysokości mandatu – odpowiadać białym

Przedstawiciele społeczeństwa domagają się od lekarzy indywidualnego, szczególnego traktowania, natomiast nie są skłonni przyznać nam jakichkolwiek przywilejów, bo w końcu zawód „lekarz” to taki sam zawód, jak każdy inny.

ta: Czy pan mnie jeszcze przyjmie? Spróbuj nie przyjąć, to w skardze na trzy strony znajdzie się twoja charakterystyka, łącznie z chamstwem i oceną stanu trzeźwości. Albo na 10 minut przed końcem dyżuru przyjdzie naprawdę chory, wymagający wnikliwej diagnostyki. Przedstawiciele społeczeństwa domagają się od lekarzy indywidualnego, szczególnego traktowania, natomiast nie są skłonni do przyznawania nam jakichkolwiek przywilejów, bo w końcu zawód „lekarz” to taki sam zawód, jak każdy inny.

Dodając do normalnego czasu pracy po-

kłamstwem: pracuję fizycznie i dorywczo (co oznacza: chirurg na kontrakcie). Także w takich okolicznościach lepiej nie przyznawać się do zawodu.

Pacjenci wymagają nie tylko zaopatrzenia odleżyn, ale potrzebują też wsparcia duchowego w obłożnej czy nowotworowej chorobie. Wymyśliłem więc: winieta za przednią szybą samochodu: „DUCHOWNY – z usługą” załatwia konflikty z wszelkiego rodzaju stróżami. Skutecznie. Takie czasy. Po cholere nam te pióra? ●

**Rohatyn**



# Paszkwił na Giocondę, czyli o tym, że nie o sam tylko uśmiech chodzi

Zdrowe zęby i dziąsła to mniejsze ryzyko zawału serca, udaru mózgu. To łagodniejszy przebieg cukrzycy, choroby stawów, łatwiejsze leczenie schorzeń oczu, nerek. A kontrolne, nie tylko spowodowane bólem, wizyty u stomatologa to szansa na wczesne zdiagnozowanie wielu poważnych chorób ogólnych, które dzięki temu mogą być szybko i skutecznie leczone. Coraz częściej więc stomatolog w codziennej pracy przejmuje rolę, która wychodzi poza stereotypy.

## ► Wspomnienia zamiast wstępu

Kiedy przed 20 laty, jako studentka stomatologii, stanęłam po raz pierwszy w paryskim Luwrze przed portretem Giocondy, nie potrafiłam oprzeć się wrażeniu, że cała afera z jej tajemniczym uśmiechem jest niczym innym, jak marketigowym wymysłem pseudoznawców sztuki. Dla mnie było absolutnie jasne, że nijak inaczej ona uśmiechać się nie może, bo epoka, w której żyła, nie sprzyjała ani profilaktyce, ani dbaniu o zęby. Musi być, ma je zepsute – pomyślałam. Może nawet jej i któregoś brak.

Po czasie, ponieważ moja – już wtedy podyplomowa – edukacja wciąż łączyła mnie z Paryżem, stanęłam kolejny raz przed obrazem da Vinci. Tym razem moje myśli błądziły wokół pytania: jak namalowałaby słynny portret Leonardo u schyłku XX wieku? W czasie, kiedy z billboardów, okładek Voque czy Cosmopolitan spoglądają słynne modelki, ukazując lśniący biały, idealny garnitur uzębienia, bez którego współczesna symbolika uśmiechu przestaje istnieć?

Rola stomatologa przestała już wtedy, tak w Stanach Zjednoczonych, jak i Europie, nie tylko tej Zachodniej, ograniczać się do profilaktycznego stosowania fluoru, leczenia próchnicy, wykonywania uzupełnień protetycznych. Wachlarz usług stomatologicznych, prócz komponenty terapeutycznej, zaczął obejmować szereg elementów kosmetycznych. Stomatolog potrafił stać się czarodziejem, zastąpić wręcz psychoterapeutę i odmienić całe życie swojego pacjenta. A wszystko to za sprawą olśniewającego uśmiechu.

Stomatolog we współczesnej rzeczywistości może w nie mniejszym stopniu, niż lekarz rodzinny, stać się kreatorem zdrowia w ogólnym tego pojęciu.

## ► Co z niewerbalną komunikacją?

Potęga uśmiechu sięga bowiem swoją historią daleko, aż ku starożytności. Od zawsze był on zwierciadłem naszej duszy, niewerbalnym sposobem komunikowania się, wyrażania naszych emocji (tych pozytywnych: radości, zadowolenia, ale również pogardy, ironii, podstępny). Uśmiech sygnalizuje otoczeniu, że jesteśmy życzliwi, przyjaźni, otwarci. Świadczy o naszym pozytywnym myśleniu. A optymiści są zdrowsi, więcej zarabiają, cieszą się długotrwałymi, szczęśliwymi związkami, dłużej żyją. Uśmiech



collage: Katarzyna Wiśniewska

sprzyja również sukcesowi w pracy. Amerykanie mawiają, że wart jest miliony... Często bowiem przekłada się on i na zarobki. No a równocześnie, także w tym dosłownym słowa znaczeniu, bo nierzadko kwoty zostawiane u stomatologa, by uzyskać „hollywoodzki uśmiech” bywają niebotyczne.

Warto się uśmiechać!? W epoce, kiedy kult piękna i młodości stał się prawdziwą obsesją, kiedy w naszym kręgu kulturowym oznaką młodości i atrakcyjności są zadbane, równe, białe, lśniące zęby, oczywiście odpowiedź brzmi: tak.

Więc w sumie nic nie stoi na przeszkodzie, by założyć, że Leonardo żyjąc pod koniec XX wieku, otrzymując zlecenie namalowania portretu współczesnej mu Włoszki, musiałby zweryfikować swoją koncepcję obrazu pryzmatem wymagań epoki i przedstawić ją z uśmiechem choćby Julii Roberts.

Kolejny, trzeci raz nie stanęłam już przed słynnym portretem. A im dłużej pracowałam, tym bardziej byłam świadoma, że nie o sam tylko uśmiech w mojej pracy chodzi... Dla kogo więc centralne miejsce w ogólnozdrowotnej profilaktyce i wczesnej diagnozie?

Studenci wydziału lekarskiego, często „pieszczotliwie” nazywali nas, studentów stomatologii „zębodłubkami”, a nasz oddział „wyższą szkołą odwiertów”. Przez całe też lata i społeczeństwo nie widziało w stomatologu lekarza, a raczej rzemieślnika, który naprawia, usuwa, wstawia. Wydaje się więc, że uplasowanie stomatologa na czubku piramidy specjalistów dbających i odpowiedzialnych za ogólny stan zdrowia, może być zbyt innowacyjnym, a wręcz ryzykownym podejściem do społecznej, prozdrowotnej polityki. A przecież nie byłby to wymysł ostatnich lat. Już bowiem w epoce handlu niewolnikami oglądano szczególnie uważnie jamę ustną sprzedawanych niewolników i największą cenę oferowano za tego, który miał zdrowe uzębienie i język.

ciąg dalszy na str. 22 ►►

# Paszkwił na Giocondę, czyli o tym, że nie o sam tylko uśmiech chodzi

ciąg dalszy ze str. 21 ►►

A sięgając jeszcze wcześniej w historię medycyny, przed tysiącletkami chińscy medycy diagnozowali chory narząd na podstawie badania języka. Diagnoza ta wyprzedzała na długie nawet miesiące sygnały bezpośrednie z zagrożonego miejsca.

Problem więc z wyobrażeniem sobie stomatologa jako osoby, która bierze czynny udział w profilaktyce zdrowia ogólnego, czy wczesnej diagnostyce szeregu schorzeń, bierze się raczej z deficytu wiedzy opinii publicznej. Bo co do dowodów naukowych, z każdym rokiem przybywa tych, które udawniają ścisłą zależność stanu ogólnego zdrowia od stanu zdrowia jamy ustnej i wyliczają schorzenia ogólne, manifestujące się w pierwszej kolejności w obrębie jamy ustnej.

Wizyta u stomatologa pozwala na wczesne wykrycie złośliwego nowotworu w jamie ustnej, może odkryć początki cukrzycy, białaczki, anemii, chorobę układu pokarmowego, niedobory witamin, także anoreksję czy bulimię.

To także szansa na wczesną diagnozę i leczenie potocznie zwanej parodontozy,

która zwiększa ryzyko zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu, a także komplikuje przebieg cukrzycy. Jest również ryzykiem dla kobiety w ciąży przedwczesnego porodu dziecka z niską masą urodzeniową (czyli jego upośledzenia a nawet zgonu).

Wszystkie nieleczone, obecne w jamie ustnej tak zwane ogniska zapalne rzutują natomiast na stan narządu wzroku, stawy, sztuczne zastawki w sercu i komplikują przebieg wielu innych chorób ogólnych. Przed wykonaniem z kolei niektórych zabiegów chirurgii ogólnej czy przeprowadzeniem ogólnych terapii (np. przeszczepu szpiku kostnego, chemioterapii, radioterapii), zdrowie jamy ustnej okazuje się być zasadnicze, żeby nie powiedzieć, że jest warunkiem.

Także i w walce z nałogiem palenia papierosów udział stomatologa okazuje się skuteczny. Często wstrzymanie się pacjenta od palenia papierosów na okres wybielania zębów, wszczepienia implantów, czy innego zabiegu chirurgicznego, przy właściwym, podpowiedzianym przez stomatologa, użyciu substytutów nikotyny (w postaci plastrów, gum do żucia, tabletek do ssania) staje się wyjściem do

skutecznego zaprzestania palenia, z jakże pozytywnymi skutkami ogólnozdrowotnymi.

## ► Czas na rozpoczęcie misji

Rola, jaką może spełniać stomatolog we współczesnej rzeczywistości, zaskakuje pacjentów, a przerasta niejednokrotnie samych stomatologów świadomością, że w nie mniejszym stopniu niż lekarz rodzinny stają się kreatorami zdrowia w ogólnym tego pojęciu. Towarzyszą kobiecie w ciąży, później opiekują się dziećmi, bywa, że związani są z kilkoma pokoleniami całych rodzin przez dwadzieścia, trzydzieści lat, a nawet więcej. Coraz częściej, żyjąc pod presją oczekiwań daleko bardziej odbiegających od dotychczasowych stereotypów.

Może więc stając kolejny raz przed obrazem Mony Lisy uznałabym, że w cichych, luźniejszych korytarzach, uśmiechając się, kpi sobie właśnie z nas, współczesnych stomatologów. ●

**dr n. med. Agnieszka A. Pawlik,**  
lekarz stomatolog,  
specjalista parodontolog

## Wiedziałam, że chcę być lekarzem

*„Wolność powinna być ograniczona myślą o innym człowieku”  
prof. socjolog Hanna Świda-Ziemba*

Od najmłodszych lat wiedziałam, że chcę być lekarzem i do tego celu dążyłam wytrwale, pomimo innych zainteresowań. Interesowałam się historią, sztuką, dobrze rysowałam. Maturę zdałam w Szkole Ogólnokształcącej im. Marii Konopnickiej w Katowicach w 1952 r., i w tym roku zaczęłam studia w Śląskiej Akademii Medycznej w Rokitnicy na Wydziale Lekarskim i tak zaczęły się spełniać moje marzenia. Studia trudne, wymagające dużo pracy, ale interesujące. Lata te wspominam bardzo miło – wtedy to zaczęły się przyjaźnie na całe życie. Dyplom ukończenia studiów otrzymałam 24 maja 1959 r. i zaczęłam pracę zawodową – lekarza – w Szpitalu Miejskim nr 1 w Katowicach-Bogucicach w Oddziale Laryngologicznym.

Pod opieką ordynatora dr n. med. **Edwarda Reissa** robiłam specjalizację I0 i II JT.

W 1970 r., zaczęłam pracę na wolontariacie w Klinice Laryngologicznej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach.

Przez cały okres pracy szpitalnej pracowałam w lecznictwie otwartym w Obwodowej Poradni Laryngologicznej przy Hucie Baildon, co było związane z rozpoznawaniem i orzekaniem choroby zawodowej wywołanej pracą w hałasie – urazu akustycznego. Zainteresowania moje poszły w kierunku badań nad działaniem hałasu na narząd słuchu, co zaowocowało pracą „Zachowanie się czasowego ubytku słuchu u pracowników narażonych na działanie hałasu przemysłowego”. Pracę na stopień doktora nauk medycznych obroniłam w 1974 r. Wolontariat w Klinice Laryngologicznej odbyłam w okresie, kiedy kierownikiem Kliniki był prof. dr hab. n. med. **Tadeusz Ceypek**, a następnie

prof. dr hab. n. med. **Wacław Kuśmierczyk**, a docentami wtedy byli: prof. dr hab. n. med. **Andrzej Łępkowski** i prof. dr hab. n. med. **Kazimierz Szymczyk** – ze strony których zaznałam dużo życzliwości i serdeczności oraz opiekę naukową. Po odejściu z Kliniki kontynuuję pracę w poradniach laryngologicznych.

Zamiłowanie do zawodu lekarza przelałam na moją córkę **Joannę Muchiewicz**, która jest lekarzem psychiatrą.

Życie swoje uważam za spełnione, szczęśliwe, ponieważ wybrałam zawód zgodnie z zainteresowaniem – człowiekiem.

**dr n. med. Janina Lidia Filipczyk**  
specjalista laryngolog  
avek@avek.pl



# Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim



foto: Adam Dyrda

Uczestnicy XV Mistrzostw Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim.

W Ustroniu na stoku Czantoria odbyły się w dniach 10 – 12.02.2012 r. XV Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim. Przyjechali lekarze z rodzinami z 15 okręgowych izb lekarskich, łącznie około 130 osób. Tradycyjnie pierwszego dnia zawodów, lekarze rywalizowali na oświetlonym stoku w najtrudniejszej dyscyplinie – slalomie. W kategorii „open” kobiet pierwsze miejsce wywalczyła **Agnieszka Łodziana-Żurek**, lekarz stomatolog z Bielska-Białej. W kategorii mężczyzn trofeum zdobył **Jakub Gałaszek**, lekarz stomatolog z Ustronia. Spotkanie z Prezesem

Ogłoszenie

Polskiego Związku Narciarskiego **Apoloniuszem Tajnerem** zakończyło pierwszy dzień sportowych zmagania.

W drugim dniu zawodów na starcie slalomu giganta zebrało się 102 uczestników. Najlepszy czas w kategorii kobiet ponownie uzyskała Agnieszka Łodziana-Żurek, w kategorii mężczyzn wygrał tym razem **Marek Skrzypczyński**, lekarz z Wrocławia.

Po zawodach, w sobotnie popołudnie uczestnicy spotkali się na konferencji naukowej „Medycyna i Sport”, aby wysłuchać znakomitych wykładów: prof. dr. hab.

**Szczepana Łukasiewicz** o filozoficznych i medycznych aspektach uprawiania sportu, dr. **Mariusza Smolika** o urazach kolana u narciarzy i dr. **Adama Staszkiwicza** na temat wysiłku mięśniowego towarzyszącego uprawianiu narciarstwa.

Ostatnia odsłona Mistrzostw to niedzielne zawody drużynowe. Trzyosobowe drużyny rywalizowały w slalomie gigancie. Po zaciętej walce zwyciężyła reprezentacja Beskidzkiej Izby Lekarskiej, przed Śląską Izbą Lekarską i reprezentacją Sport-Kliniki Żory. ●

**Mariusz Smolik**  
**Adam Dyrda**

Od 10 do 13 maja 2012 r. w Wiśle odbędą się XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w szachach  
Championat SzachMedica pod patronatem Naczelnej i Śląskiej Izby Lekarskiej.

**XI Mistrzostwa Polski Lekarzy w szachach szybkich P'15**

**Mistrzostwa Polski Lekarzy w Blitzu P'5**

**VI Otwarte Mistrzostwa Polski w Rozwiązywaniu Zadań Szachowych**

**Turniej Rodzin Lekarskich w P'15**

**Turniej Rodzin Lekarskich w P'5**

**Symultana i spotkanie z Mistrzem Świata do 20 lat - Arcymistrzem Dariuszem Świerczem**

Zgłoszenie udziału w Mistrzostwach Lekarzy, w Turniejach Rodzin, w Rozwiązywaniu Zadań i w Symultanie oraz rezerwacji miejsc w hotelu należy dokonać pocztą elektroniczną na adres: [biuro@zabrze.org.pl](mailto:biuro@zabrze.org.pl) do dnia 4.05.2012 lub telefonicznie do Sędziego Głównego: **Alfreda Maślanka** - tel. 32/278-10-34 i kom. 514-231-907.

Zgłaszać można się również do Dyrektora Mistrzostw: **Jerzego Pabisa**: tel. 605-569-065  
Informacje o turniejach dostępne są w serwisie turniejowym na stronie [www.chessarbiter.to.pl](http://www.chessarbiter.to.pl)  
Formularz Zgłoszeniowy jest też dostępny w kalendarzu imprez na stronie [www.zabrze.org.pl](http://www.zabrze.org.pl)

Zastrzegamy sobie prawo zmian powyższych ustaleń

Dyrektor Mistrzostw: dr Jerzy Pabis

# Lekarze spod znaku Rodła

Spośród symboli, które w XX wieku wzbogaciły polską historię, obok kotwicy Polski Walczącej czy gdańskiej „solidarycy”, na utrwalenie w narodowej pamięci zasługuje też RODŁO, szczególnie znak łączności Polaków w Niemczech z Macierzą. Wymyśliło go grono działaczy Związku Polaków w Niemczech, w odpowiedzi na wprowadzenie swastyki jako godła państwowego. Rodło, białe na czerwonym tle, przedstawia stylizowany bieg Wisły z zaznaczonym Krakowem. Hitlerowcy znak zaakceptowali, najwidoczniej nie zdając sobie sprawy z jego głębokiej treści. Polacy w ówczesnych Niemczech byli dobrze zorganizowani. Mimo dyskryminacji czy indywidualnego terroru, mieli swoje szkoły – w tym gimnazja w Bytomiu i Kwidzynie, wydawnictwa i prasę, spółdzielnie, harcerstwo, związki śpiewacze i szereg innych organizacji. Od 1933 r. wymownym symbolem tego życia organizacyjnego stało się Rodło. Na Górnym Śląsku znaczącą część nielicznej inteligencji polskiej stanowili lekarze. Od początku wieku napływali tu głównie z Wielkopolski, z czasem jednak rekrutowali się coraz liczniej z miejscowej ludności. Jako obywatele niemieccy, podlegali niemieckiemu ustawodawstwu z obowiązkiem służby wojskowej włącznie.

Dzięki iście benedyktyńskiej pracy badawczej dr. **Krzysztofa Brożka** znane są ich nazwiska, a biogramy publikowane były przed laty na łamach „Pro Medico” zanim znalazły się w bezcennej monografii Autora z 2009 r.

Na Górnym Śląsku znaczącą część nielicznej inteligencji polskiej stanowili lekarze. Powinniśmy zachować pamięć o naszych poprzednikach.

Przypominanie niektórych z nich tutaj ponownie uzasadnia powinność zachowania żywej pamięci o naszych poprzednikach. Kilku z nich stało się ofiarami hitleryzmu, a wszyscy dali przykład wierności ojczyźnie.

Mniej od dr. **Andrzeja Mielęckiego** z Katowic spopularyzowana jest dzisiaj postać dr. **Augustyna Kośnego** (1896 – 1939) syna rolnika z Chróścic w pow. opolskim. Po studiach m.in. w Krakowie i Wrocławiu, jako wybitnie zaangażowanego w polską działalność organizacyjną, odmówiono mu prawa praktyki na terenie Opolszczyzny. W 1937 r. podjął więc pracę w Berlinie. W lipcu 1939, w atmosferze nagonki antypolskiej został zamordowany. Jego

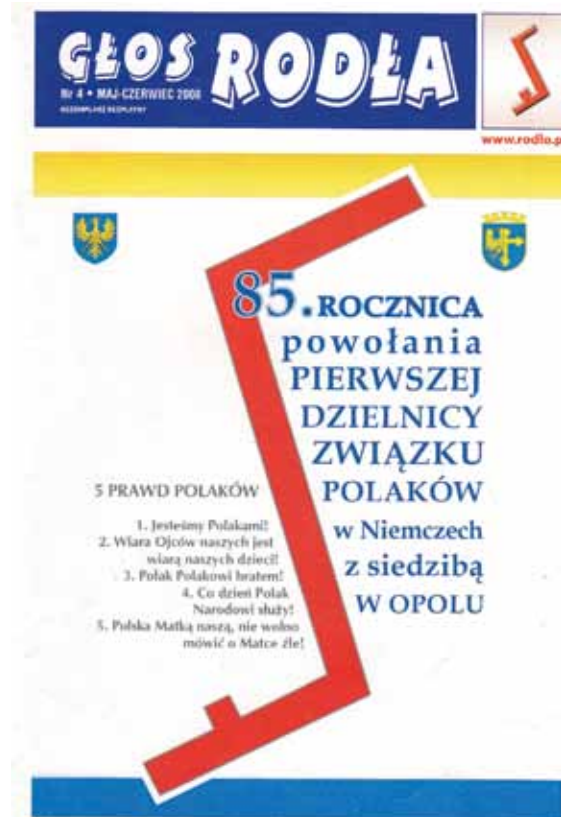
ciało wyłowiono z berlińskiego kanału rzecznego. (Warto przypomnieć, że zwłoki dr. Mielęckiego wyłowiono 19 lat wcześniej z katowickiej Rawy.)

Dr **Franciszek Gabriel** (1904 – 1944), syn rolnika z Dobrzonia Wielkiego w pow. opolskim, po studiach m.in. we Wrocławiu, nie uzyskał prawa do praktyki w Niemczech. Dopiero jesienią 1937 r. został lekarzem szkolnym w polskim gimnazjum w Kwidzynie. Aresztowany wraz z gronem nauczycielskim w końcu sierpnia 1939, więzień obozów koncentracyjnych Stutthof, Sachsenhausen i od 1941 r. na Majdanku. Zginął podczas próby ucieczki w czasie ewakuacji obozu w lipcu 1944 r.

Dr **Franciszek Gralla** (1905 – 1945) z gliwickich Sobieszowów, wybitny działacz polskich organizacji studenckich, prezes Związku Akademików Górnoślązaków Silesia Superior we Wrocławiu. Dyplom 1934, pracował jednak tylko zastępując lekarzy niemieckich na Dolnym Śląsku w czasie nieobecności, ponieważ nie uży-

wał prawa do stałej pracy. Interesował się neurologią. Od 1941 r. (?) więzień KL Auschwitz. Pracując w szpitalu obozowym uratował od śmierci wielu współwięźniów, w tym ojca niżej podpisanego. Zginął po ewakuacji do KL Meuengamme i zatopieniu na statek Gap Arcona, zatopiony przez Aliantów 3.05.1945.

Dr **Juliusz Kóleczo** (1910 – 1943?) z Mechnicy, pow. Koźle, studiował w Wiedniu i Wrocławiu, dyplom 1937, doktorat 1938, czynny w organizacjach studenckich Silesia Superior i Piast we Wrocławiu. Po wybuchu wojny wcielony do Wehrmachtu, także aresztowany (1941) pod zarzutem zdrady stanu, torturowany. Zmarł we wrocławskim więzieniu na Klęczkowskiej.



Nie sposób przypomnieć tu wszystkich, którym udało się uniknąć losu wymienionych kolegów, mimo iż w czasie studiów lekarskich otwarcie przyznawali się do polskości, a po dyplomie i wcześniej zasilili kadrę organizacji spod znaku Rodła. Płacili za to z reguły zakazem praktyki podyplomowej w niemieckich szpitalach, a potem odmową prawa wykonywania zawodu co najmniej na terenie Śląska Opolskiego, a nawet całych Niemiec. Opolskie gestapo od 1936 r. prowadziło kartotekę polskich działaczy na Opolszczyźnie. Obejmowała ponad 10 000 nazwisk, w tym kilku lekarzy. Byli to:

**Leon Głogowski** (1908 – 1970) z Gliwic, wnuk uczestnika powstania styczniowego, czynny w harcerstwie i Związku Silesia Superior, więzień KL Auschwitz. Po wojnie lekarz w Katowicach.

**Tadeusz Kania** (1906 – 1986) ze Starych Siołkowic, pow. Opole, syn chłopca poety ludowego Jakuba, więziony m.in. w latach 1941 – 1944 w więzieniu w Brzegu za kontakt z konspiracyjną grupą „Olimp” we Wrocławiu. W PHL lekarz i działacz społeczny na Opolszczyźnie.

**Maksymilian Kośny** (1905 – 1989) z Chróścic, brat zamordowanego Augustyna, uczestnik III powstania śląskiego. Po dyplomie (1932) bez prawa do stałej pracy ►►►

# W pogoni za przeznaczeniem

▶▶▶ w Niemczech. Podczas okupacji ukrywał się w Krakowie, uczestniczył w konspiracji. W PRL lekarz w Dobrzemiu Wielkim.

**Jan Kurpiers** (1904 – 1976) z Opola, szukanowany za propolską postawę, dopuszczony do egzaminu dyplomowego (którego mu nie zaliczono!) dopiero na podstawie zgody MSW. Od początku do końca wojny w obozach koncentracyjnych. Po wojnie pracował w laboratorium PZH we Wrocławiu.

**Jan Kwoczek** (1895 – 1950) z Grabiny, pow. Prudnik. Od 1919 r. miał praktykę lekarską w Opolu. Jeden z czołowych działaczy polskich. Aresztowany we wrześniu 1939, potem wysiedlony na Łużyce. Po wojnie lekarz szkolny w Opolu.

**Miroslaw Spychalski** (1906 – 1983) z Opola, zaangażowany w życie Polonii wrocławskiej, dyplom 1932 r. Lekarz szkolny w Polskim Gimnazjum w Bytomiu (1933 – 1939). Później pozbawiony prawa, wykonywania zawodu, szukanowany, zesłany do KL Buchenwald. W PRL ftyzjatra w Kluczborku.

Ten gestapowski spis bez trudu dałoby się uzupełnić choćby o dr. **Adolfa Warzoka** (1915 – 1997) spod Raciborza, maturzystę Gimnazjum Polskiego w Bytomiu, studenta medycyny we Wrocławiu w latach 1937 – 1939 (dyplom dopiero 1950), członka organizacji studenckich i ZHP w Niemczech. Uwięziony 1939 – 1940 w KL Buchenwald, następnie wcielony do Wehrmachtu (1940 – 1945), z kolei 1952 – 1953 do Ludowego WP. W latach 1954 – 1980 lekarz oddziału urologicznego Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, w tym 23 lata jego ordynator. Aktywny działacz społeczny w Opolu, harcmistrz.

Etos, jakim się kierowali wymienieni tu i niewymienieni lekarze wraz z całą społecznością polską w Niemczech niejako „streszczony” został na Kongresie Polaków w Berlinie w marcu 1938 r. w formie pięciu tzw. Prawd Polaków: **Jesteśmy Polakami! Wiara ojców naszych jest wiarą naszych dzieci! Polak Polakowi bratem! Co dzień Polak Narodowi służy! Polska Matką naszą, nie wolno mówić o Matce źle!**

Szkoda, że dziś brzmią one cokolwiek anachronicznie. ●

**Stefan Kasperek**

*Źródła:*

K. Brożek: *Polscy lekarze na Górnym Śląsku i Śląsku Cieszyńskim od końca XIX do połowy XX wieku*. TS, Katowice 2009.

*Ludzie spod znaku Rodła. Biografie działaczy Zw. Polaków*

w Niemczech

na Śląsku Opolskim. F. Hawranek (red.), Opole 1972, t. I.

Rozpoczynamy druk fragmentów książki dr. Eugeniusza Czubaka „W pogoni za przeznaczeniem. Od Krakowa do Bytomia. Wspomnienia lekarza.” wydanej w 2011 r. nakładem wydawnictwa ALATUS. O autorze i jego wspomnieniach obszernie pisaliśmy w lutym numerze „Pro Medico”, zamieszczonym na stronie internetowej ŚIL. W pierwszym odcinku bohater rozpoczyna studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Krakowie. Jest rok 1948. (GO)

(...) Na inauguracyjny wykład zebraliśmy się w gmachu Theatrum Anatomicum przy ulicy Kopernika 12. W wypełnionej do ostatniego miejsca, świeżo odremontowanej sali przemawiał profesor Tadeusz Rogalski, anatom. Na tę okoliczność wybrał sobie wdzięczny temat: zapłodnienie. Z przylegającego, wielkiego pomieszczenia czuć było piekącą w oczy formalinę, chwilami mdły zapach spoczywających tam zwłok, zwiastujący niejako, że odtąd zagadnienie śmierci i próby zaprzeczenia jej będą również naszym udziałem.

W ciągu paru tygodni ze studiów zrezygnowało kilka osób. Nagłe zderzenie z nagimi, całymi lub rozkawałkowanymi zwłokami, aura tragizmu i marności ludzkiego bytu były ponad ich psychiczną wytrzymałość. Trudności w akceptacji obranego kierunku studiów i wynikających z tego faktu obowiązków, przejawiały się w różnych, niekiedy paradoksalnych zachowaniach. Wiele osób zaczęło namiętnie palić, choć dotąd przysięgały, że nie będą tego robić, opowiadano niewybredne kawały. Pewnie stąd rodziły się opinie o ogromnym zepsuciu wśród medyków. Kiedy w trakcie ćwiczeń z anatomii stanąłem przy rozkawałkowanych zwłokach spoczywających na blaszanych stołach i przyszło mi je kroić, zrobiło mi się słabo. Siłą powstrzymałem się, żeby nie opuścić sali i wyjść na świeże powietrze. Myślałem: jeśli wyjdę, już tu nie wrócę.

Należeliśmy do rocznika, na którym skrupiły się wszystkie pośpiesznie wprowadzane reformy. Przeniesiono cały ogromny materiał anatomii człowieka i histopatologię na pierwszy rok – dotąd wykładane w okresie dwuletnim. Obowiązywały tradycyjnie, chemia ogólna i fizyka.

Chemię wykładał doktor Jan Robel, postrach wszystkich pokoleń medyków. Fizykę – profesor Henryk Niewodniczański, twórca atomistyki polskiej, uczeń noblisty Nielsa Bohra. Wykłady i ćwiczenia z fizyki odbywały się na czwartym piętrze gma-



chu Collegium Fizicum przy ulicy Wiślniej. Biologia, jak poprzednio, rozpisana była na pierwszy i drugi rok. Mieliśmy jeszcze mniej ważne przedmioty: elementy nauk społecznych, w istocie nauka o państwie i ustroju w myśl jedynie słusznej i obowiązującej teorii marksistowskiej, lektoraty – angielskiego i rosyjskiego (do wyboru) oraz kilka godzin wychowania fizycznego. Zwierczeniem reformatorskich zapędów było tak zwane przysposobienie lekarskie. Rozbudowany program wymagał nie tylko wielkiego wysiłku, organizacji własnego czasu, lecz także dokonywania wyborów. Dominowała anatomia obejmująca: anatomię prawidłową oraz topograficzną wraz z ćwiczeniami sekcyjnymi i embriologią szczegółową – 140 godzin w semestrze pierwszym, w drugim 260. Następne miejsce zajmowała chemia ogólna, dalej biologia i fizyka. Byliśmy pod nieustającą presją kolokwium z anatomii. Kto nie zaliczył choćby jednego, pozostawał w tyle.

ciąg dalszy na str. 26 ▶▶▶

# W pogoni za przeznaczeniem

ciąg dalszy ze str. 25 ►►

Do egzaminu z anatomii przystępowaliśmy trzykrotnie: najpierw zdawało się część praktyczną na zwłokach (należało samemu wypreparować fragment narządu, zespół mięśni, naczyń, układu nerwowego itp.). W związku z licznymi wyrokami śmierci zbrodniarzy wojennych zakład nie miał trudności z uzyskaniem potrzebnej liczby zwłok. Potem był egzamin pisemny. Dopiero po zaliczeniu obu uzyskiwało się dopuszczenie do części końcowej, czyli egzaminu ustnego. Wprowadzony nowy przedmiot (po dwóch latach wycofany) – przysposobienie lekarskie, o bliżej nieokreślonym zakresie i wymaganiach, prowadził profesor E. Siedlecki. Z wykładanych treści i pobytu w szpitalu niewiele mogliśmy skorzystać, a do praktycznej pomocy chorym jeszcze nie nadawaliśmy się. Czasem tylko salowe pozwały związać zużyte bandaże. Przez miesiąc biegaliśmy na drugi koniec Krakowa do Wojewódzkiego Szpitala Ubezpieczalni

Dokonały się też inne daleko idące zmiany w strukturze i organizacji nauki polskiej. W 1951 r. Polska Akademia Umiejętności – naczelna instytucja nauki w czasie zaborów i w okresie międzywojennym – została przekształcona w Polską Akademię Nauk. Wraz z przekształceniami strukturalnymi dokonano zmian procedury uzyskiwania tytułów naukowych. Tytuł doktora zastąpiło kandydatem nauk. Osiągało się go (wzorem radzieckim) w drodze studiów aspiranckich, mających być równorzędnymi z przewodem doktorskim. Model ten nie zyskał przychylności. Godził bowiem w uświęconą tradycją obyczajowość akademicką, nie odpowiadał nomenklaturze i znaczeniu, jakie w świecie, a zwłaszcza w Polsce, posiadał doktorat. Trzeba dodać, że absolwenci wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego przez wiele lat mieli przywilej uzyskiwania wraz z dyplomem tytułu doktora, ściślej doktora wszech

pozycji, rzeczywistego dorobku wykładowcy. Samodzielny pracownik nauki, przemawiając ex cathedra, ma prawo do wygłaszania własnych poglądów (w danym przedmiocie). Jest jak kapłan, kaznodzieja podający do wierzenia prawdy, dogmaty religijne. Jednak w odbiorze liczy się osobowość, charyzmat, erudycja. Na niektóre wykłady się chodzi, innych unika, uczęszcza z przymusu albo „olewa”. W ocenach bywaliśmy niezwykle krytyczni, w sądach niesprawiedliwi, niekiedy okrutni.

Na wykładach chemii ogólnej doktora Robla sala bywała wypełniona do ostatniego miejsca, często z zajętymi przejściami. Robla otaczał nimb wielkiego chemika, człowieka zasad, oryginała, a przede wszystkim niezwykle wymagającego egzaminatora. Wiedzieliśmy również, że był współpracownikiem profesora Marchlewskiego w zakresie badań nad chlorofilem. Wykazali oni podobieństwo zielonego barwnika roślin do hemu, składnika hemoglobiny krwi. Badania te przyjmuje się za początki biochemii ewolucyjnej. Robel nigdy nie był profesorem. Nawet nie życzył sobie, aby go tak tytułować. Został przy tytule doktora nadanym mu, jako ewenement, za celujące wyniki w szkole średniej oraz pracę naukową w czasie studiów na wydziale chemii. Przyczyną tak dużej frekwencji i zainteresowania przedmiotem był on sam, jego osobowość, jasny i zrozumiały język, elegancja w zachowaniu, ubiorze, punktualność, uprzedzający takt. Robel wzbudzał respekt, imponował. Trapiła świadomość, że przyjdzie się z nim zmierzyć, stanąć przed jego obliczem, pokazać nie tylko wystarczającą znajomość przedmiotu, lecz przede wszystkim logikę i dyscyplinę myślenia. Egzamin u doktora Robla to ceremonia, rozprawa, wiwisekcja możliwości intelektualnych. Dobra odpowiedź to odpowiedź na zadane pytanie – tylko i wyłącznie. Kto nie wytrzymał tej presji i zaczął się rozdrabniać, mówić szerzej, choć dobrze, już w oczach doktora tracił. Robel nie przerywał, pozwalał się zastanowić, słuchał, jakby to była wymiana myśli partnerów. Powtarzały się zwroty: „Co pan wie?... Jak się panu wydaje?... A jeśli...?”. Cały egzamin przebiegał w urzekającej atmosferze. Do dziś mam w pamięci rozradowaną twarz Antka zbiegającego z piętka. „No i co?... Celujący?...” – pytaliśmy. – „Oblałem! Ale jak miło!”. Panowała opinia: kto zda chemię u Robla, na pewno skończy medycynę.

Mój egzamin przebiegał podobnie. Zaczęło się od:

– Czy pan wie, co to jest czad?

– Wiem – odpowiedziałem.

– A jak pan myśli, czy to jest gaz lżejszy, czy cięższy od powietrza?

– To można obliczyć.

U wykładowcy liczy się osobowość, charyzma, erudycja. Na niektóre wykłady się chodzi, innych unika, uczęszcza z przymusu, albo „olewa”. W ocenach bywaliśmy niezwykle krytyczni, w sądach niesprawiedliwi, niekiedy okrutni.

społecznej na wykłady „kieszonkowej interny” (jak je nazywaliśmy) i zapoznanie się z życiem szpitalnym. W praktyce była to fatalna strata czasu. W dodatku przedmiot obłożono rygiem kolokwium zaliczeniowego, rangi egzaminu. W takich warunkach o porozumienie między pytającym a odpowiadającym było raczej trudno. Na dobrą sprawę nikt nie wiedział, dlaczego zdał albo dlaczego oblał.

W 1950 r. utworzono samodzielną uczelnię, Akademię Lekarską – po przyłączeniu Wydziału Farmacji przemianowaną na Akademię Medyczną. W ten sposób wydziały: lekarski i farmaceutyczny, znalazły się poza Uniwersytetem Jagiellońskim, czego świat lekarski Krakowa długo nie akceptował. Jako przyjęci w 1948 r. jeszcze na wydział lekarski UJ i posiadający charakterystyczne niebieskie książeczki, indeksy uniwersyteckie, czuliśmy się nadal studentami najstarszej uczelni w Polsce. Nosiliśmy czerwone aksamitne czapki z przytwierdzoną trupią czaszką (tradycja z dawnych lat). Ów element kojarzący się z okupacyjną, tragiczną przeszłością został zastąpiony krzyżykiem z Eskulapem.

nauk lekarskich. Tytuł kandydata nauk przyjmowany był niechętnie, traktowany jak coś nienaturalnego. Spadała liczba młodych decydujących się na tę drogę awansu naukowego. Rozpoczął się niemal bojkot – niezorganizowany, ale powszechny. Cóż to za tytuł, mawiano, skoro zostaje się dopiero kandydatem. Przypomnę powtarzane ówczesnie, dość dosadne, powiedzenie: „przewód kandydacki jest jak przewód pokarmowy – długi, kręty i g... z niego wychodzi”.

Tok studiów uległ znacznemu zaostrzeniu. Obok starosty roku wybierało się tak zwanych starostów grup. Ich zadaniem była kontrola obecności na zajęciach (odnotowywana w specjalnych książeczkach absencji) i ogólne dyscyplinowanie studentów. Jednak w rzeczywistości starali się ochraniać, przychodzić z pomocą. Interweniowali u asystentów w przypadkach niezaliczonego kolokwium, u profesorów o przełożenie albo dodatkowy termin egzaminu itd. Sam byłem starostą grupy trzeciej. Student kieruje się własną filozofią, ma własne kryteria oceny asystentów, profesorów. Myliłby się ten, któryby uważał, że obecność na wykładach zależała tylko od rangi,



▶▶▶ Szermierka intelektualna. Na końcu spytał, gdzie się uczyłem chemii. Naturalnie chodziło mu o szkołę średnią. Otrzymałem notę celującą.

Na wykładach profesora Maziarskiego, ojca i nestora histologii polskiej, którego podręczniki tłumaczone były na kilka języków, w tym japoński, członka PAU i wielu towarzystw naukowych, sala była kompromitująco pusta. Fakt – mieliśmy się z czego uczyć, to znaczy z podręcznika Maziarskiego. Profesor mówił (miał wtedy 72 lata) powoli, monotonna, często odwracał się do tablicy, na której coś niewyraźnie pisał, tłumaczył jakby samemu sobie. Dociekliwi natychmiast się zorientowali, że wygaszane partie odpowiadają – jota w jotę – fragmentom jego książki. Z wykładu na wykład sala pustoszała coraz bardziej. Dalsze tolerowanie szkodliwej, demoralizującej i uwłaczającej godności koryfeusza nauki polskiej praktyki było niemożliwe. Starosta roku, starościny i starostowie grup postanowili, aby zmianowo każda grupa gwarantowała na wykładzie obecność kilku kolegów. Załatwiliśmy sprawę w iście studencki sposób. Profesor zdumiony tak nagłym wzrostem frekwencji zauważył: „A panowie to na wykład Maziarskiego przyszli?”

Naszą obecność na wykładach warunkował ogromny brak źródeł i podręczników akademickich. Pojedyncze, zachowane z lat międzywojennych, traktowane były jak bezcenne skarby. Wędrowały z rąk do rąk, staraliśmy się zdążyć z nich skorzystać i natychmiast zwrócić, bo inni czekali. Na całym roku istniało zaledwie kilkanaście, często zdekompletowanych egzemplarzy podsta-

wowego podręcznika anatomii człowieka autorstwa Bochenka oraz kilka atlasów Rauber-Kopscha. Tworzyły się grupy wspólnie korzystające z tych pomocy. Sporządzałem sobie barwne obrazy, schematy układów mięśni, naczyń, kości, nerwów, płatów mózgowych itd.

Notatki robiło się przez kilka kalek na maszynie do pisania. Ostatnie strony bywały nieczytelne. Tak przygotowanych żaden z asystentów ani profesorów nie godził się korygować i autoryzować. A z drukowanych na prymitywnych, spirytusowych powielaczach powstawały całkiem przyzwoite skrypty. Szefem całego przedsięwzięcia był odważny i bardzo sprawny organizacyjnie kolega Marian Łyp. Nikt nie wiedział, skąd zdobył powielacz, farbę i papier. Wszystko odbywało się w Domu Medyka. Produkcję skryptów należało trzymać w konspiracji.

Żyję w zwariowanym tempie: bieganina, nauka, wykłady, ćwiczenia, kolokwia, egzaminy. Harmonogram zajęć jest fatalny: ma okienka, co oznacza sporą stratę czasu. Ciągle mam świadomość, że nie wolno mi niczego zaniedbać. Muszę się utrzymać na studiach.

Do domu na wieś wyjeżdżam coraz rzadziej. Czasem tylko na jeden dzień i natychmiast wracam do Krakowa. Powitania z mamą stają się przykre, a pożegnania jeszcze przykrzejsze. Cięży mi świadomość, że zawiodłem jej nadzieje. Oboje wiemy, że z obranej drogi nie zawrócę. Niczego nie mogę i nie chcę zmienić. Wiosną 1949 roku z przymusowych robót w Niemczech wraca najstarszy brat. O matkę i dom jestem spokojniejszy. Średni, Tadek, wybrał Kanadę. Pierwszy rok zaliczyłem z wynikami pozytywnymi. Niestety, z plamą na honorze

Notatki robiło się przez kilka kalek na maszynie do pisania. Ostatnie strony bywały nieczytelne. Tak przygotowanych, żaden z asystentów ani profesorów nie godził się korygować i autoryzować.

Nadzór nad słowem drukowanym sprawowały Urząd ds. Prasy i Publikacji oraz Urząd Bezpieczeństwa. Profesorowie, choć z zasady przeciwni takim działaniom, w tym przypadku nie protestowali. Skrypty służyły jeszcze następnym rocznikom.

– notą niedostateczną z nieszczęsnego przysposobienia lekarskiego. Z powodu przeciężenia materiałem pierwszy rok oblało około 180 osób i musieli pożegnać się ze studiami. ●

Ogłoszenie

Cdn.



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

**W kursach mogą uczestniczyć lekarze i lekarze dentyści  
zamieszkałi 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**

## Krótkie zimowe reminiscencje

# Cudze chwalicie, swego nie znacie, czyli na fokach na **Skrzyczne**

Od roku obok narciarstwa alpejskiego uprawiam także narciarstwo turowe. Jak zwykle w życiu bywa, wszystko zaczęło się od przypadku, ale to był bardzo dobry przypadek. W ubiegłym roku zaliczyłem klasyczną trasę Haute Route (Wysoka Droga) z Chamonix do Zermatt. Ale w Alpy daleka droga i w tym roku parę razy udało mi się wyskoczyć w Beskidy. Zima początkowo była marna, ale już od początku stycznia można było wyruszyć w góry.

Moja ulubiona trasa wiedzie z Czerwnej w Szczyrku na Skrzyczne; zwykle pokonywałem ją samotnie, ale tym razem miałem towarzystwo. Moja żona Bogna, obserwując moją nową pasję, zapragnęła także spróbować sił na nartach turowych. Jesienią zakupiliśmy sprzęt, ale dopiero tej zimy udało się zorganizować wspólny wyjazd. Nad Polską rozbudowywał się wyż syberyjski, który gwarantował pogodę. Śniegu w dolinie nie brakowało, ale świat prawdziwej zimowej bajki rozciągał się gdzieś od wysokości 1000 m n.p.m. Mokry śnieg padający na początku roku, wraz z silnymi wiatrami, otulił drzewa grubą warstwą śniegu, tworząc miejscami zdumiewające kształty, a iskrzący się w styczniowym słońcu śnieg wręcz raził oczy. Pokrywa sięgająca 1,5 metra oraz ogromne miejscami zasy stwarzały sporo trudności. Ale na grani czekała na nas nagroda: wspaniała panorama Beskidów, Fatry oraz Tatr wynagradzały trud podejścia. Wcho-



dząc na najwyższy szczyt Beskidu Śląskiego nie mogłem oprzeć się wrażeniu, że nieraz gna nas na krańce świata, a tuż za rogiem mamy perły natury czy kultury

materialnej, które są nam prawie zupełnie nieznane. ●

*tekst i zdjęcia:*

**prof. dr hab. Wojciech Pluskiewicz**

Nieraz gna nas na krańce świata,  
a tuż za rogiem mamy perły natury,  
które są nam prawie zupełnie nieznane...



# Wspomnienie o Profesorze Andrzeju Szczekliku

Prof. dr hab. med. Andrzej Szczekliki, uczyony i lekarz wielkiego formatu, odszedł od nas tak nagle, tak za wcześnie. Jakże trudno mówić o Profesorze w czasie przeszłym każdemu, kto kiedykolwiek się z Nim zetknął.

Profesor Andrzej Szczekliki należał do najbardziej rozpoznawalnych autorów prac naukowych na świecie. Publikacje dotyczące astmy aspirynowej zapewniły Mu pierwsze miejsce w światowym rankingu cytowań. Jest autorem około 650 publikacji naukowych, których większość została opublikowana w prestiżowych czasopiśmie zagranicznych. Jest autorem podręczników wydanych nie tylko w Polsce, ale też w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Szwajcarii, Francji, a nawet Japonii.

To miara spektakularnego sukcesu, który rozstawił polską naukę i polską medycynę w wielu krajach i na wielu kontynentach.

Został wyróżniony członkostwem Royal College of Physicians w Londynie i American College of Physicians, visiting profesor uniwersytetu w Sheffield, King's College Medical Centre w Londynie oraz Kliniki Davos Wolfgang w Szwajcarii, Papieskiej Akademii Nauk w Watykanie. Otrzymał nagrodę Totus, przyznaną przez Fundację Episkopatu Polski „Dzieło Tysiąclecia” za świadectwo głębokiego humanizmu, inspirowane nauczaniem Jana Pawła II. Za wybitne osiągnięcia naukowe został również uhonorowany nagrodą czasopisma „Lancet” i nagrodą im. C. von Pirqueta przyznaną przez European Allergology & Clinical Immunology.

To spektakularny sukces i miara wielkiego uznania najbardziej prestiżowych gremiów naukowych na świecie dla jego dokonań naukowych. To sukces na skalę pokoleń.

Otrzymał tytuł doktora honoris causa polskich Uniwersytetów Medycznych: we Wrocławiu, Warszawie, Katowicach, Łodzi i Uniwersytetu Jagiellońskiego.

*Szanownemu Koledze  
dr. n. med. Janowi Frycz  
składamy najgłębsze  
wyrazy współczucia i kondolencje  
z powodu śmierci*

## Mamy

*Zespół Rzeczników Odpowiedzialności  
Zawodowej ŚIL  
oraz pracownicy Kancelarii OROZ*

Był wiceprezesem Polskiej Akademii Umiejętności i członkiem rzeczywistym Polskiej Akademii Nauk, rektorem Akademii Medycznej w Krakowie, a później, po restrukturyzacji tej Uczelni, prorektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego ds. Collegium Medicum. Był członkiem honorowym polskich towarzystw naukowych. Polskie Towarzystwo Alergologiczne jest dumne, że Profesor Andrzej Szczekliki przyjął tytuł członka honorowego.

O charyzmatycznym, ujmującym sposobie bycia, wnikliwości rzetelnego badacza i humanistycznej wiedzy człowieka renesansu budził sympatię wszystkich, z którymi kiedykolwiek się spotkał. Niejeden z nas w kontaktach służbowych z kolegami z innych krajów podpierał się autorytetem Profesora, gdyż mieć choćby najmniejszy kontakt zawodowy z Nim, to już sama w sobie nobilitacja.

To właśnie On, Profesor Andrzej Szczekliki łączył w tak harmonijny sposób umiejętność prowadzenia wnikliwych, odkrywczych badań naukowych z praktyką lekarską, ucząc tak wielu z nas w subtelny i zarazem wyrazisty sposób konieczności współgrania tych dwu pozornie rozdzielnych nurtów medycyny. Podkreślał w swoich bestsellerowych dziełach literackich „Katharsis” i „Kore”, że zawód lekarza to sztuka oparta na głębokiej wiedzy zjawisk biologicznych. Ten przekaz powinien pozostać na zawsze wśród całej społeczności lekarskiej, również wśród najmłodszych adeptów sztuki lekarskiej, studentów medycyny.

„Katharsis” i „Kore” to dowód wielkiego umysłu Profesora, wiedzy wykraczającej daleko poza medycynę. Książki te czytają wszyscy, lekarze, pacjenci i studenci, również osoby niezwiązane z medycyną. Budzą zainteresowanie w innych krajach, zostały przetłumaczone na język angielski, niemiecki, hiszpański, węgierski i litewski. Wartości, które reprezentował Profesor, budzą ogromny szacunek tak wielu z nas nie tylko w Polsce, ale w wielu krajach świata. Opatrzność obdarzyła Go niezwykle hojnie, ale umiał dzielić się swoją wielkością z innymi i być jednocześnie emisariuszem tego, co najlepsze w nauce i medycynie polskiej, co czynił tak często jako zaproszony wykładowca prestiżowych kongresów międzynarodowych w różnych krajach świata i na różnych kontynentach. To patriotyzm najwyższej klasy.

Miarą Jego sukcesów było również stworzenie i kierowanie programem Europejskiej Sieci Badań nad Astmą Aspi-



rynową (AIANE), która skupiła zespoły ośrodków uniwersyteckich z kilkunastu krajów, włącznie z tak prestiżowym, jak Katedra Immunologii Uniwersytetu Harvarda w Bostonie i Katedra Chorób Płuc w Nagoi. Kolejny raz dzięki Profesorowi Andrzejowi Szczekliki nauka polska stanęła na wysokim podium międzynarodowej sławy.

I wreszcie doroczne Kongresy Chorób Wewnętrznych skupiające parę tysięcy uczestników, w czasie których eksperci z poszczególnych dziedzin chorób wewnętrznych na zaproszenie Profesora dzielą się wiedzą, stale uaktualnianą o nowe dane, tak bardzo potrzebną w uprawianiu sztuki lekarskiej.

Kongresy to wielki sukces organizacyjny Profesora. Te spotkania uczyły nas, że niezależnie od konieczności dzielenia medycyny na wiele specjalności, umiejętność obejmowania całości jest ważna, bo służy dobru chorego. Również w tym wyrażał się humanizm i wielkość umysłu Profesora jako lekarza. To kolejne, ważne przesłanie Profesora.

Podręcznik „Choroby wewnętrzne” znajduje się w bibliotece niemalże każdego lekarza w Polsce, nie rozstają się z nim studenci. Wielu z nas, lekarzy, rozwiązując zagadkę cierpienia chorego sięga do „Szczekliki”. Nie tylko piękny umysł Profesora Andrzeja Szczekliki, ale i bezkompromisowość Jego poglądów imponuje tak wielu z nas. Wierzyć należy, że pozostanie drogowym dla obecnych i przyszłych pokoleń jak dążyć do prawdy w nauce i rzetelności w praktyce lekarskiej.

Wierzymy, że to wielkie dzieło Jego życia będą kontynuować nie tylko najbliżsi P.T. Współpracownicy Profesora, Koleżanki i Koledzy II Katedry Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, ale my wszyscy.

Musimy o tym pamiętać. Będziemy.

Panie Profesorze, dziękujemy za tak wiele.

**Barbara Rogala**

# Śp. dr Marek Wyrobiec (1958 – 2012)

## Dziękujemy Ci Marku, że byłeś z nami

21 stycznia 2012 roku na cmentarzu w Jaworznie – Byczynie tłumy przyjaciół, znajomych, pacjentów żegnały dr. Marka Wyrobca – pracownika Oddziału Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie. Mroźny dzień, tłumy ludzi towarzyszyły mu w jego ostatniej drodze.

Dr Marek Wyrobiec pochodził ze znanej jaworznińskiej rodziny lekarskiej. Jego ojciec Józef również przepracował wiele lat w jaworznińskiej służbie zdrowia jako chirurg. W sposób naturalny więc, Marek po ukończeniu liceum został studentem medycyny na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum w Krakowie, a następnie po ukończeniu studiów od kwietnia 1989 roku był zatrudniony w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej w Jaworznie. W roku 1994 uzyskał I° specjalizacji a w 2000 roku II° specjalizacji z zakresu chirurgii ogólnej. Oprócz pracy w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, dr Marek Wyrobiec w roku 1997 podjął się bardzo trudnego zadania rozbudowy i kierowania Pracownią Endoskopii Przewodu Pokarmowego.

Angażował się nie tylko w bieżącą działalność Szpitala. Wykonywał również badania endoskopowe w ramach programów profilaktycznych skierowanych do mieszkańców miasta Jaworzna. Brał czynny udział we wdrażaniu nowych procedur medycznych. W uznaniu jego zasług, za zaangażowanie w działalność Szpitala w 2008 roku został odznaczony Odznaką Państwową III stopnia – Medalem Brązowym za Długoletnią Służbę a w 2011 roku Odznaką Państwową II stopnia – Medalem Srebrnym za Długoletnią Służbę.

Pełnił dyżury w Oddziale Chirurgii Dziecięcej oraz w zespole wyjazdowym karetki reanimacyjnej. Był również wieloletnim pracownikiem Pogotowia Ratunkowego. Pracował w przyszpitalnych Poradniach Specjalistycznych udzielając świadczeń

zdrowotnych z zakresu chirurgii ogólnej mieszkańcom Jaworzna. Świadczył pracę w Przychodni PŚZiPZ – ELVITA Jaworzno III NZOZ GZLA oraz w Poradni Chirurgicznej przy Kopalni „Janina” w Libiążu.

W słowniku Marka w trakcie swojej pracy zabrakło słów takich jak: „nie można”, „nie mam czasu” lub „nie zrobię”. Dał się poznać jako niezwykle życzliwy i koleżeński człowiek. W każdej chwili był gotowy do przyjazdu do pracy i do dyspozycji chorego.

W trakcie swojej pracy w Oddziale Marek wyrósł na doskonałego chirurga i endoskopistę, wykonującego w sposób perfekcyjny swoją pracę. Wyniki jego badań i diagnoz nie budziły u nas żadnych wątpliwości. Potrafił również w rozważny sposób korzystać z doświadczeń i wiedzy innych. Posiadał cenną cechę pokory zawodowej, poczucie olbrzymiej odpowiedzialności oraz służebnej roli zawodu, który wykonywał. Zagoniony, zapracowany, cały czas myślał o rodzinie, o córkach, których sukcesy i osiągnięcia bardzo przeżywał, starając się równocześnie poukładać odrobinę skomplikowane życie osobiste.

Starał się być perfekcyjny w tym, co robił. Jego wieczorne raporty o godz. 20.00, gdy rozmawialiśmy na temat leczonych w Oddziale chorób, były zawsze nadzwyczaj dokładne, o każdym z chorych potrafił powiedzieć wszystko.

Choroba dopadła go w sposób niespodziewany – jak grom z jasnego nieba. Wiadomość: Marek ma zawał – przybiła nas wszystkich. Diagnoza, leczenie, nasz duży optymizm, poparty wynikami badań kontrolnych oraz poprawą jego samopoczucia po kilku miesiącach się kończy. Okazuje się, że jest to wierzchołek góry lodowej. Pod tymi objawami kryje się jeszcze straszniejsza choroba. Marek rozpoczyna kolejny etap walki o zdrowie i życie. Tu po raz kolejny uwidacznia się popularność i charyzma Marka. Na apel o dawców szpiku spon-



tanicznie organizuje się szerokie grono Jego przyjaciół. W dniu dawcy na ten apel zgłasza się prawie 600 osób, którzy chcą mu pomóc. Podziwiamy Jego postawę jako człowieka cierpiącego i chorego. Jego męstwo, ciche bohaterstwo, mimo pełnej świadomości zagrożenia. Podziwiamy Jego optymizm i chęć chronienia najbliższych przed zagrożeniami i złymi wiadomościami. Prawie się nie skarżył, a w każdym słowie, które wypowiadał, przebijała nuta optymizmu i nadziei.

W rozmowach, które z nim prowadziłem, wyznaczył sobie datę powrotu do pracy. Powiedział: „Szefie, na Pana urodziny chcę wrócić do pracy”. Na dwa tygodnie przed tym terminem zmarł... Niestety nie spełniły się Jego i nasze marzenia. Po Jego śmierci pozostała na Oddziale pustka, którą trudno będzie wypełnić. Ale jeszcze większa pustka, ból i żal dotyka nas osobiście i jego najbliższych. Dziękujemy Ci Marku, że byłeś z nami...

**Dyrektor  
SP ZOZ Szpitala Wielospecjalistycznego  
w Jaworznie  
dr n. med. Józef Kurek**

*Pragniemy złożyć głębokie wyrazy  
współczucia Najbliższym*

*lek. stom. **Natalii Joško-Wajner***

*która tak wcześnie od nas odeszła*

*koleżanki i koledzy stomatolodzy  
z rocznika 1990-1995*

*„Nie umiera Ten, co trwa w pamięci żywych...”*

*Z głębokim żalem i smutkiem  
żegnamy naszą Koleżankę*

*dr **Barbarę Wacowską***

*Zespół OAiT Szpitala Miejskiego  
w Siemianowicach Śląskich*



## Reklama w Pro Medico:

*Wypełniony druk zlecenia ogłoszenia/reklamy lub dodatku w formie wkładki należy przesłać faksem 32 352 06 38 lub e-mailem (biuletyn@izba-lekarska.org.pl), następnie przesłać pocztą oryginał zlecenia na adres Śląskiej Izby Lekarskiej.*

*W przypadku, gdy zleceniodawca chce otrzymać kopie zlecenia podpisaną przez reprezentantów ŚIL, należy przesłać pocztą dwa egzemplarze wypełnionego zlecenia.*

*Zlecenia ogłoszenia/reklamy lub dodatku w formie wkładki można również dokonać osobiście w siedzibie ŚIL (VI piętro) w godzinach pracy Izby. Warunkiem zamieszczenia reklamy/ogłoszenia w piśmie jest dokonanie przedpłaty i przesłanie dowodu wpłaty na nr faxu 32 352 06 38.*

*Bezpłatnie zamieszczane są ogłoszenia lekarzy i lekarzy dentystów poszukujących pracy.*

*Szczegóły i formularze: [http://www.izba-lekarska.org.pl/268-zlecenia\\_reklamy](http://www.izba-lekarska.org.pl/268-zlecenia_reklamy)*

## Ogłoszenia

**szukam pracy**

*Specjalista psychiatra szuka pracy na terenie Katowic lub okolicy;  
tel. 795 505 059*

*Lekarz z 11-letnim stażem pracy w POZ oraz 3,5-letnim stażem pracy  
w Pogotowiu Ratunkowym, specjalista medycyny rodzinnej,  
podejmie pracę na ½ etatu lub na cały etat w Katowicach i okolicy;  
tel. 601 640 333*

*Kardiolog z doświadczeniem w rehabilitacji kardiologicznej poszukuje pracy  
na Śląsku; e-mail: bedan@interia.pl*

*Endokrynolog, ginekolog szuka pracy; tel. 502 568 844*

*Laryngolog IO szuka pracy; tel. (32) 440 11 81*

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

**XXII Mistrzostwa Polski Lekarzy  
w tenisie ziemnym**

**MERCEDES CUP**

**Zabrze 07-10.06.2012**  
**Korty Klubu Sportowego Mostostal Zabrze**  
**tel.32/2714813; fax 32/2711065;**  
**www.klubmostostal.pl**

**Kontakt: Wojtek Wawrzynek kom. 601430032**  
**Ela Wawrzynek kom. 604970731**

**LEKARZU! PRZYJDŹ! ZADZWOŃ! NAPISZ E-MAILA!**

**JEŚLI SAM MASZ PROBLEM**

jeśli twój kolega lekarz ma problem  
jeśli twoja żona, twój mąż lekarz ma problem  
jeśli twoja mama, tato, córka czy syn lekarz ma problem

**PEŁNOMOCNIK DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW  
DOROTA RZEPNIEWSKA**

**DYŻUR OSOBISTY ORAZ POD TELEFONEM**

203-65-47 w. 326 PEŁNI W PIĄTEK W GODZ. 16.00-18.00 w siedzibie ŚIL - Domu Lekarza w Katowicach  
przy ul. Grażyńskiego 49a w pokoju 501  
e-mail: d.rzepniewska@izba-lekarska.org.pl; pelnomocnik@izba-lekarska.org.pl

**Jednocześnie istnieje możliwość**

**KONTAKTU TELEFONICZNEGO Z BIUREM PEŁNOMOCNIKA**  
w godzinach pracy Śląskiej Izby Lekarskiej pod numerem tel. 203-65-47 w. 310 z p. Anną Zadorą-Świderek

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

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

**PODEJMIJ DECYZJĘ ZANIM INNI ZADECYDUJĄ ZA CIEBIE...**

