



# ProMedico

PISMO ŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W KATOWICACH

październik 2012 nr 196

ISSN 1232-8693

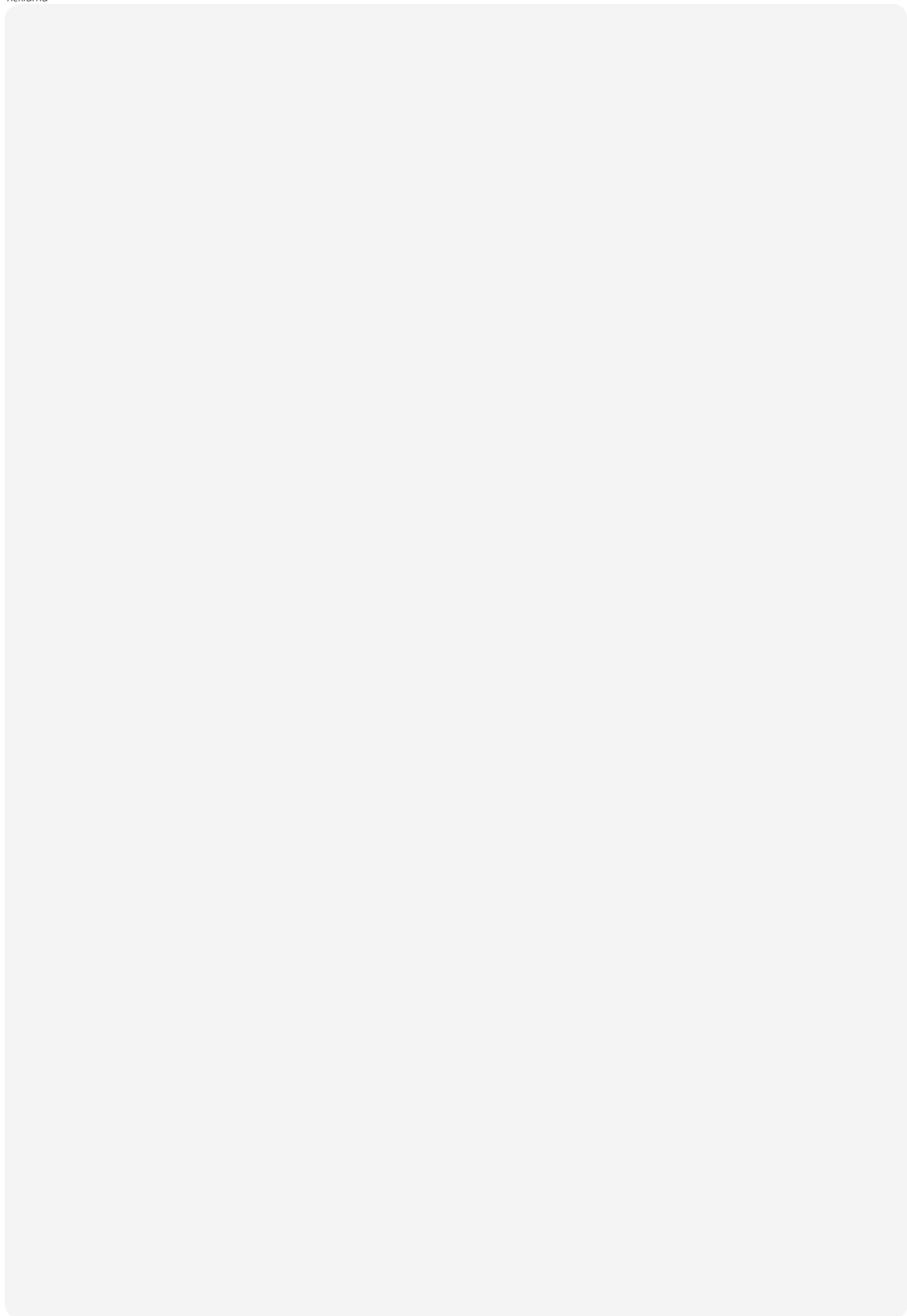


## Przychodzi dziennikarz str. 10 do lekarza...

▶ **Czego uczą  
nas chorzy**  
str. 8

▶ **Był sobie  
gabinet**  
str. 14

▶ **(I)granie  
profilaktyką**  
str. 22





# Z mojego punktu widzenia

Młody lekarz zaraz po studiach medycznych zostaje wysłany na prowincję w guberni smoleńskiej, pracuje zdany niemal wyłącznie na siebie. Z obawy przed niedostateczną wiedzą medyczną przeżywa ogromny stres. Po latach pisał: „Dobrze się stało, że spędziłem tam tyle czasu. Nie boję się już niczego, widziałem niejedno, leczyłem wszystko, co można leczyć”. Refleksje Michaiła Bułhakowa opisane w książce „Zapiski młodego lekarza” są nam bliskie, każdy z nas, doświadczonych już lekarzy, pamięta swoje pierwsze chwile w szpitalu, przychodni, na sali operacyjnej, swój pierwszy sukces i porażkę. We wrześniu tradycyjnie już spotykamy się z młodymi lekarzami, którzy odebrali Prawo Wykonywania Zawodu. Ten pierwszy ważny dokument otwiera nowy rozdział w Waszym życiu. Od tej chwili, realizując swoje marzenia i ambicje, będziecie odczuwać nieodłączną presję odpowiedzialności za zdrowie i życie chorych, których Wam powierzono.

„Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza” – tak zaczyna się Przyrzeczenie Lekarskie, wydrukowane w Prawie Wykonywania Zawodu. Nieprzypadkowo padają w nim takie właśnie słowa. Podkreślamy to bardzo często, szczególnie podczas uroczystości przyznawania naszego największego wyróżnienia: Wawrzynu Lekarskiego. Nikt z nas nie pracuje w oderwaniu od historii medycyny, dokonania naszych poprzedników, jesteśmy łańcuchem pokoleń, w którym etyczne przesłanie, sformułowane postawą życiową i zawodową naszych Mistrzów, ma wpływ na to, jakimi

jesteśmy lekarzami. Decyzją Kapituły Śląskiej Izby Lekarskiej podczas spotkania z naszymi najmłodszymi członkami rodziny lekarskiej, mamy zaszczyt wręczyć kolejny Wawrzyn Lekarski. W imieniu całej naszej lekarskiej społeczności serdecznie gratuluję Pani Docent Stefanii Górz-Kardaszewicz, dziękuję za ogromną wiedzę, doświadczenie, zawodowe osiągnięcia, realizowanie etosu zawodu lekarza.

Początek października wiąże się z inauguracją kolejnego roku akademickiego na uczelniach medycznych. Nasza Alma Mater, Śląski Uniwersytet Medyczny, istnieje od 1948 roku i jest jednym z największych i najstarszych w regionie. W SUM kształceni są m.in. lekarze, farmaceuci, analitycy medyczni, biotechnolodzy medyczni, specjaliści z zakresu zdrowia publicznego, medycyny ratunkowej, dietetyki, pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii, kosmetologii. Dla ogromnej większości członków naszej Śląskiej Izby, ta właśnie Akademia Medyczna, teraz Uniwersytet, była szkołą, dzięki której zostaliśmy lekarzami. Nowym Władzom SUM życzę wielu sukcesów w kierowaniu Uczelnią i satysfakcji z pełnionych obowiązków, a wszystkim studentom, szczególnie naszym przyszłym Koleżankom i Kolegom, wytrwałości i pasji w zdobywaniu wiedzy medycznej.

Dotychczasowe umowy o pracę coraz częściej zastępuje kontrakt lub umowa cywilnoprawna. Nagminnie ogranicza się etaty, które w randze ustawowej regulują, m.in. poprzez Kodeks Pracy, prawa i obowiązki pracodawcy

i pracownika. Umowa kontraktowa (zlecenie, dzieło) nie daje stabilnych podstaw zatrudnienia, istotnie zwiększając odpowiedzialność, także finansową. Lekarz wykonujący zawód w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w tzw. „przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego”, na takiej podstawie pozbawiony jest nie tylko ochrony przed wypowiedzeniem. Coraz częściej napotyka na trudności w zdobywaniu umiejętności, specjalizacji i ustawicznym kształceniu poddyplomowym. Wykonywanie zawodu lekarza i realizacja jego zasad powinny wiązać się z zapewnieniem przez władze publiczne właściwych warunków i stabilnych podstaw zatrudniania. Ochrona i poprawa warunków pracy lekarzy to jedno z wielu najbliższych i najważniejszych zadań, stojących przed izbami lekarskimi, szczególnie przed NIL. Nie będzie to łatwe, dopóki nie dotrze do tworzących prawo, że wszystkie „kłody” rzucające nam, lekarzom, uderzają głównie w chorych i w cały system zdrowotny naszego społeczeństwa. Staramy się w tej walce pozyskiwać nowych sprzymierzeńców, zaprosiliśmy do debaty przedstawicieli samorządów lokalnych (powiatowych i wojewódzkich), na które przenoszona jest coraz większa odpowiedzialność, przy permanentnym braku środków. Rachunek zysków i strat dokonywanych na podstawie ustawy o działalności leczniczej przekształceń nie jest bynajmniej imponujący, a często żalosny dla tych, którzy upatrują w tych działaniach skutecznego rozwiązania problemu polskiej ochrony zdrowia.

## W numerze:

Z mojego punktu widzenia	1	Wymogi, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia praktyki lekarskiej	16
Felieton „Święta polskie”	2	Specjalizacje	17
Komunikat Okręgowej Komisji Wyborczej	3	Kursy i konferencje	18
Komunikat Prezesa ORL	3	Doskonalenie zawodowe	19
Z działań samorządu: Kursy atestacyjne	3	Spotkanie Oddziału Śląskiego PTP	20
Punkty edukacyjne	4	Jubileusze	22
Wawrzyn Lekarski	5	(I)granie profilaktyką	22
Z teki rzeczownika	6	XXXI Kongres PTG	23
Kodeks Etyki Lekarskiej	7	Muzeum Chirurgii w Ustroniu	25
Czego uczą nas chorzy?	8	Czy jazda rowerem po Ukrainie to dobry pomysł?	26
Temat z okładki: Przychodzi dziennikarz do lekarza	10	„W pogoni za przeznaczeniem” - kolejny odcinek książki dr. E. Czubaka	28
Protest receptowy w wybranych mediach	11	Sport	31
Był sobie gabinet – ubezpieczenia zdrowotne	14	Ogłoszenia i reklamy	32

# Święta polskie: październik

W październiku myśli z ptakami na południe odlatują...

Pod koniec miesiąca, w ostatnią niedzielę, nastąpi powrót do czasu zimowego. W Polsce wskazówki zegarów przesuwaliśmy w okresie międzywojennym, później w latach 1957-1964, i już nieprzerwanie od 1977 roku. *Gdy październik ciepło trzyma, zwykle mroźna bywa zima, gdy ze sniegiem przybieży, na wiosnę długo śnieg na polach leży...* Nazwa miesiąca (wg Brücknera) pochodzi od słowa październik oznaczającego „odpadki od Inu lub konopi”. Obok tego funkcjonowały również nazwy: *paździerzec, październień*.

Zgodnie ze staropolskim obyczajem wprowadzonym przez króla Augusta II Sasa, możemy już rozpoczynać reduty, czyli maskarady, wydając je od października aż do zapustów, wyłączając czas Adwentu. Panowie, pamiętając o złożeniu szabli przy wyjściu, najczęściej przebijają się za diabła, stróża, woźnicę, nietoperza, Kozaka. Panie przywdziewają postać wieśniaczki, rusińskiej chłopki lub Turczynki. Kitowicz zauważał, że „(...) bywają i stroje zupełnie pozbawione smaku. Dzięki temu można w prosty sposób rozróżnić, która kobieta z jakiej klasy się wywodzi.” Główną rozrywką na tej maskaradzie były dyskusje i przechadzanie się wśród tłumu – zupełnie jak dzisiaj na imprezach celebrytów. Kostiumy możemy sobie dziś urozmaicić dowolnie, przebierając się za znane postacie.

**„Wiesz o kim mówię? „Wiem, o Leninie” „Czy tutaj mieszkał? Czy tutaj śnił?” „Tak na tej ziemi, tu w Poroninie / Przed żandarmami Cara się krył”.** Wiersz Juliana Tuwima zainspirował jednego ze studentów UJ do przebrania się podczas Juwenaliów krakowskich za „Lenina w Poroninie” ale było to w czasach, gdy takie żarty nie znajdowały zrozumienia. W zasadniczej służbie wojskowej, do której został karnie odesłany, mógł przebrać się już tylko za żołnierza Ludowego Wojska Polskiego. Dla nas, uczących się w czasach PRL-u, październik to był zawsze miesiąc Rewolucji 1917 r., hucznych akademii ku czci i oszczędzania w SKO. Wiersze wtedy recytowane wyryły się w pamięci i tam już pozostaną. **„Już z „Aurory” wystrzał padł, wybuchnął już Październik, na Pałacowym placu ślad przebiegającej czerni”** (Władysław Broniewski).

Polski październik '56 to jedna z najważniejszych dat w naszej powojennej historii. Słynna „odwilż Gomułkowska” m.in. spowodowała, że Stalinogród stał się na powrót Katowicami. 19 października 1956 roku specjalnym samolotem przybyła z Moskwy delegacja radziecka na czele z Chruszczowem, Mołotowem i marszałkiem Koniewem. Chruszczow żądał niedopuszczenia do władzy Gomułki i skończenia z polityką liberalizacji. Jak wiemy, stało się inaczej. Gomułka, nowy I sekretarz PZPR, skrytykował stalinizm i efekty planu sześcioletniego. Miał może i dobre chęci, ale wyszło jak zawsze.

Na początku miesiąca dzień trwa 11 godzin 34 minuty a ostatni już tylko 9 godzin 37 minut. Dnia ubywa i może dlatego, że to takie smutne, wesołych wierszy o październiku nie ma.

**Jesień po lesie chodzi się spowiadać  
Na ucho bukom szepcze coś po cichu  
I łą się kręci w oku października  
Gdy liść – za pokutę – opada po liściu**  
(fragment wiersza „Październik” Adama Ziemiańskiego)

Panią Doktor Krystynę Kalembę (której poezję prezentowaliśmy w Pro Medico), jesień inspirowała do wielu wierszy o upływie czasu, np. takiego:

**Umieranie jak złota jesień, rozłożone w upadłych liściach,  
wirowało w swym tańcu śmierci,  
po zrudziałych od tańca rżyskach.**  
(z tomiku „Nie ma urwanych zdarzeń”)

Nastrój może poprawić dobre jedzenie. Maria Ochorowicz-Monatowa przypominała gospodyniom pory, w których „dane produkta” są świeże i najsmaczniejsze. W październiku nie zalecała kupowania na targu świeżych pstrągów, turbotów, homarów i raków, również podawania na stół cietrzewi, dzików i guszców. Podczas przyjęć należało baczyć, by z dwóch zup w menu jedna była klarowna, a druga podprawiana, z dwóch mięs jedno musiało być białe, a drugie ciemne. I pomyśleć, że dziś królową kultury kulinarnej Polaków jest Magda Gessler, tłumaczka kucharzom, że na tym samym oleju nie smaży się, i ryby, i frytek...

W październiku obchodzimy m.in.: 1 – Międzynarodowy Dzień Walki z Wirusowym Zapaleniem Wątroby, 4 – Światowy Dzień Zwierząt (w dzień wspominania w kościele katolickim św. Franciszka, patrona zwierząt i ekologii), 10 października Światowa Federacja Zdrowia Psychicznego ustanowiła Światowym Dniem Zdrowia Psychicznego, 14 – to Dzień Edukacji Narodowej, 15 – Europejski Dzień Walki z Rakiem Piersi.

31 października – wigilia Wszystkich Świętych, uroczystości nazywanej też Świętem Zmarłych, bo w czasach PRL-u próbowano nadać temu dniu wyłącznie charakter świecki – stąd nazwa. Nic wspólnego nie ma z tym coraz huczniej obchodzony w Polsce **Haloween**, którego symbolem jest wydrążona dynia ze światłem w środku, przebieranie się za potwory i oglądanie horrorów. Święto Halloween wywodzi się z pogańskiego, celtyckiego obyczaju All Hallows' Eve, ale jest kopią made in USA. Wielu Polaków odnosi się jednak do tych zabaw sceptycznie, wychodząc z założenia, że horror mają na co dzień w pracy. Za to naszym, bo słowiańskim zwyczajem ludowym, wywodzącym się z przedchrześcijańskich obrzędów, były **Dziady**, czyli nawiązanie kontaktu z duszami zmarłych i pozyskanie ich przychylności. Obchodzone w nocy z 31 X na 1 XI, zwane też nocą zaduszkową, opisał Mickiewicz w II części arcydramatu. Polecam obejrzenie na scenie Grzegorza Przybyła w roli Gustawa-Konrada (Teatr Śląski, „Dziady” reż. Krzysztof Babicki). Ale cytat będzie nie z Mickiewicza, tylko Jeremiego Przybory, też w końcu klasyka.

**Z tej drogi, którą przeszło  
za wiosną swoją lato  
nie patrz już na przeszłość  
przed siebie patrz za to  
ze wzrokiem na zakręcie  
za którym jest już jesień  
wciąż czekam nieugięte  
że ona mi przyniesie...**

Poezja jesień przyniosła „jesienną dziewczynę”, dziewczynę z chryzantemami. Wszystkim urodzonym w październiku Czytelnikom życzymy, by ten czas przyniósł im słoneczną pogodę w sercach i wiele radości. ●

Grażyna Ogrodowska

**KOMUNIKAT Nr 1****Okręgowej Komisji Wyborczej**

**Zbliżające się wybory do organów samorządu lekarskiego VII kadencji będą odbywały się według nowej ordynacji wyborczej.**

Po raz pierwszy przewidziano wybory korespondencyjne. Każdy lekarz, lekarz dentyista, otrzyma za pośrednictwem poczty kartę do głosowania umożliwiającą oddanie głosu na wybranych kandydatów drogą pocztową. Nowa uchwała nie przewiduje organizacji zebrań wyborczych, na których uzyskanie wymaganego kworum było nie lada osiągnięciem. Urny wyborcze będą czekały na lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy zdecydują się oddać głos osobiście w wyznaczonych miejscach i określonym czasie (np. przez 6 lub 12 godzin). Nad prawidłowością głosowania będą czuwały komisje wskazane przez Okręgową Komisję Wyborczą. Podobnie jak w poprzednich kadencjach, Okręgowa Rada Lekarska, na wniosek Okręgowej Komisji Wyborczej, powołuje rejony wyborcze. W związku z powyższym **prosimy P.T. Koleżanki i Kolegów o aktualizację adresów korespondencyjnych**, w celu prawidłowego dostarczenia kart do głosowania, **miejsca zatrudnienia, bądź wykonywania zawodu** na podstawie umowy cywilno-prawnej umożliwiające wpisanie lekarza, lekarza dentyisty do właściwego rejonu wyborczego. Ponadto prosimy o **podanie adresu e-mail i numeru telefonu**, co znacznie ograniczy czas niezbędny do nawiązania kontaktów.

**Koleżanki i Kolegów o aktualizację adresów korespondencyjnych**, w celu prawidłowego dostarczenia kart do głosowania, **miejsca zatrudnienia, bądź wykonywania zawodu** na podstawie umowy cywilno-prawnej umożliwiające wpisanie lekarza, lekarza dentyisty do właściwego rejonu wyborczego. Ponadto prosimy o **podanie adresu e-mail i numeru telefonu**, co znacznie ograniczy czas niezbędny do nawiązania kontaktów.

Aktualizacji można dokonać telefonicznie pod numerami 32 203 65 47, 32 203 65 48 wew. 300,301,313,314, tel. kom. 605895855

lub e-mailowo na adres:

a.rupik@izba-lekarska.org.pl

i.saternus@izba-lekarska.org.pl

j.swoboda@izba-lekarska.org.pl

j.wojewoda@izba-lekarska.org.pl

rejestr@izba-lekarska.org.pl

staze@izba-lekarska.org.pl

**KOMUNIKAT****dla lekarzy, którzy nie podpisali umowy z NFZ upoważniającej do wystawiania recept na leki refundowane**

Uprzejmie przypominam P.T. Koleżankom i Kolegom, którzy nie zdecydowali się podpisać po 1 lipca 2012 r. nowych umów z NFZ w zakresie leków refundowanych, że:

– przy wypisywaniu leków winni posługiwać się receptami wg wzoru NIL (dostępny dla zainteresowanych także w Śląskiej Izbie Lekarskiej) lub innymi drukami spełniającymi wymogi Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich,

– w przypadku posługiwania się drukami recept pobranych w NFZ przed 1 lipca 2012 r. z wydrukowanym kodem kreskowym stanowiącym nadany przez NFZ, unikalny numer identyfikujący receptę, które to druki zachowują ważność do końca br., konieczne jest obok nazwy każdego wypisanego leku oznaczenie 100% odpłatności (znak X lub 100%) oraz niewpisywanie lub skreślenie numeru Oddziału NFZ, można również zamazać celem unieczystnienia ww. kod kreskowy, składając obok parafkę,

– jeżeli do wypisania leków zostanie wykorzystana recepta pobrana z NFZ z kodem kreskowym i obok nazwy leku nie będzie wpisane oznaczenia X lub 100%, apteki mogą potraktować taką receptę jako receptę refundowaną i wydać pacjentowi lek z należną refundacją, gdyż apteki nie mają – w chwili obecnej – możliwości weryfikowania faktu posiadania przez danego lekarza umowy z NFZ upoważniającej do wystawiania recept refundowanych.

**Jacek Kozakiewicz**

**Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej**

## ► Kurs atestacyjny z chorób wewnętrznych

Pierwszy w Polsce kurs atestacyjny z chorób wewnętrznych zorganizowany poza warszawskim Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego rozpoczął się 10 września w „Domu Lekarza” w Katowicach. Śląskiemu Uniwersytetowi Medycznemu w współpracy ze Śląską Izbą Lekarską udało się w ubiegłym roku uzyskać zgodę na realizację tego dydaktycznego przedsięwzięcia w naszym województwie.

– *To wielki sukces. Dzięki temu nasi lekarze nie są już zmuszeni opuszczać swojego domu, rodziny, miejsca pracy, ponosić dodatkowych kosztów i szukać zakwaterowania w stolicy tylko po to, by odbyć szkolenie wymagane w ramach specjalizacji* – mówił wówczas **Jacek Kozakiewicz**, prezes ORL.

Blisko osiemdziesięciu lekarzy, w większości członków naszej Izby, przez trzy tygodnie uczestniczyć będzie w zajęciach zgodnie z programem autorstwa prof. **Jana Duławy**, konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie chorób wewnętrznych, który został zatwierdzony przez prof. **Jacka Imielę**, konsultanta krajowego w dziedzinie chorób wewnętrznych. Obaj konsultanci są także jednymi z wykładowców kursu, ponadto w gronie kadry naukowej znaleźli się także: doc. **Adam Barczyk**, dr **Grzegorz Brożek**, prof. **Jerzy Chudek**, dr **Wanda Foltyn**, dr **Ewa Gaszewska-Żurek**, prof. **Zbigniew Gąsior**, prof. **Władysław Grzeszczak**,

prof. **Marek Hartleb**, doc. **Grzegorz Helbig**, doc. **Michał Holecki**, prof. **Barbara Jarząb**, dr **Dariusz Kata**, prof. **Franciszek Kokot**, dr **Małgorzata Kopera**, dr **Przemysław Kotyla**, prof. **Eugeniusz Kucharz**, dr **Magdalena Kopeć-Mędrak**, prof. **Beata Kos-Kudła**, dr **Anna Kotulska**, prof. **Jerzy Kozielski**, doc. **Marian Kuczera**, prof. **Sławomira Kyrzcz-Krzemiń**, dr **Anetta Lasek-Bal**, doc. **Tomasz Marek**, doc. **Mirosław Markiewicz**, prof. **Katarzyna Mizia-Stec**, dr **Joanna Musialik**, doc. **Ewa Nowakowska-Duława**, doc. **Andrzej Ochała**, doc. **Marek Olakowski**, dr **Robert Pieczyrak**, prof. **Władysław Pierzchała**, dr **Wojciech Rychlik**, dr **Grzegorz Smolka**, doc. **Maciej Sosnowski**, doc. **Jan Szewieczek**, prof. **Michał Tendera**, prof. **Maria Trusz-Gluza**, dr **Marzena Trzaska-Sobczak**, doc. **Marek Waluga**, dr **Małgorzata Widuchowska**.

## ► Kurs atestacyjny z pediatrii

Już w listopadzie rozpocznie się w „Domu Lekarza” drugi kurs atestacyjny, również zorganizowany przez Śląski Uniwersytet Medyczny przy współudziale Śląskiej Izby Lekarskiej, tym razem z pediatrii. Nad merytoryczną stroną kursu czuwa prof. **Anna Obuchowicz**, konsultant wojewódzki w dziedzinie pediatrii. Kurs potrwa dwa tygodnie i przewiduje się, że weźmie w nim udział około 30 uczestników. ●

oprac. **Anna Zadora-Świderek**

# Punkty edukacyjne

**W listopadzie 2012 r. kończy się drugi okres rozliczeniowy obowiązkowego doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów.**

W okresie rozpoczętym 6 listopada 2008 r., a kończącym się 5 listopada 2012 r. każdy lekarz i lekarz dentyista powinien uzyskać co najmniej 200 punktów edukacyjnych w sposób i na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 06.10.2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. z 2004 r., Nr 231, pozycja 2326).

Możliwość stałego rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów leży w interesie całego społeczeństwa. Dlatego też samorząd lekarski nieustannie czyni starania aby:

- lekarze i lekarze dentyści, niezależnie od formy organizacyjnej w jakiej wykonują zawód, mieli zapewniony czas na udział w doskonaleniu zawodowym wynagradzany jak za pracę
- koszty związane z doskonaleniem zawo-

dowym uznać za koszty uzyskania przychodu

– znieść limity punktów edukacyjnych uzyskiwanych za aktywność w poszczególnych formach doskonalenia zawodowego.

Zgłaszane przez środowisko lekarskie postulaty i propozycje zmian obowiązującego rozporządzenia były tematem pism, stanowisk oraz apeli kierowanych przez okręgowe zjazdy lekarzy do Naczelnej Rady Lekarskiej.

Napotykanne trudności związane z realizacją doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów były przedmiotem obrad kolejnych Krajowych Zjazdów Lekarzy. Stanowiska i apele podjęte przez Krajowe Zjazdy Lekarzy skierowano do Ministra Zdrowia i parlamentarzystów. Niestety nadal nie wprowadzono satysfakcjonujących lekarzy uregulowań prawnych.

Dokonując rozliczenia punktów edukacyjnych uzyskanych w drugim okresie rozliczeniowym, należy kierować się obowiązującymi przepisami i dotychczasowymi zasadami.

Każdy lekarz i lekarz dentyista powinien złożyć w Biurze Śląskiej Izby Lekarskiej oryginały dokumentów poświadczające zdobyte przez niego punkty edukacyjne (dokumenty zostaną zwrócone), prawo wykonywania zawodu oraz uzupełniony indeks doskonalenia zawodowego lekarza lub lekarza dentyisty lub uzupełniony kalkulator punktów edukacyjnych, który znajduje się na stronie internetowej Śląskiej Izby Lekarskiej.

Ustawiczne doskonalenie zawodowe jest elementem rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów oraz odzwierciedleniem ich dorobku zawodowego.

Wychodząc naprzeciw Koleżankom i Kolegom, Śląska Izba Lekarska w zorganizowanych w drugim okresie rozliczeniowym kursach i konferencjach umożliwiła uczestnikom zdobycie 773 punktów edukacyjnych.

Zachęcamy zatem do dokonania rozliczenia punktów edukacyjnych i uzyskania wpisu o spełnieniu obowiązku w prawie wykonywania zawodu. ●

**Dział Rejestru  
Śląskiej Izby Lekarskiej**

## Śląska Izba Lekarska w Katowicach Biuro Śląskiej Izby Lekarskiej

40-126 Katowice, ul. Grażyńskiego 49a  
Czynne:

poniedziałki, środy: 8.15 do 17.00

pozostałe dni: 8.15 do 16.15

piętro III

Tel.: 32 203-65-47/48

Fax: 32 352 06 38

sekretariat@izba-lekarska.org.pl

## Dyrektor Biura ŚIL

Wanda Galwas-Prasałek

piętro III – pokój: 307

tel. wew.: 307

## Sekretariat Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

piętro IV

Czynne:

poniedziałek, środa: 8.15 do 17.00

pozostałe dni: 8.15 do 16.15

tel. 32 350 42 81, 350 42 82

oroz@izba-lekarska.org.pl

## Sekretariat Okręgowego Sądu Lekarskiego

piętro IV

tel. wew.: 319

osl@izba-lekarska.org.pl

## Sekretariat Komisji Bioetycznej i Komisji ds. Konkursów

piętro II – pokój 201

tel. wew.: 201

bioetyka@izba-lekarska.org.pl

## Główna Księgowa

Róża Wróbel

piętro II – pokój 205

tel. wew.: 205

roza.w@izba-lekarska.org.pl

## Składki

piętro II – pokój 205

tel. wew. 206, 209

## Dział finansowo-księgowy

piętro II – pokój 205

tel. wew.: 205, 206, 207, 208, 209, 330

## Zespół radców prawnych

Czynne:

codziennie od 11.00 do 16.00

piętro IV – pokój w końcu korytarza

tel. wew.: 329

prawnik@izba-lekarska.org.pl

## Redakcja „Pro Medico”:

Czynne:

poniedziałek, środa: 8.15 do 17.00

pozostałe dni: 8.15 do 16.15

piętro VI – pokój 600

tel. wew.: 310

biuletyn@izba-lekarska.org.pl

zastepca redaktora naczelnego

g.ogrodowska@izba-lekarska.org.pl

tel. 605 875 835

## Redaktor Strony Internetowej

lek. stom. Rafał Kielkowski

tel. 668 266 183

www@izba-lekarska.org.pl

## Rzecznik prasowy

Anna Zadora-Świderek

a.zadora@izba-lekarska.org.pl

tel. 668 219 362

## Dział Ewidencji Lekarzy: Stanowisko ds. staży podyplomowych

piętro III – pokój 301

tel. wew.: 300 lub 313

staze@izba-lekarska.org.pl

## Sekcja ds. wydawania Prawa Wykonywania Zawodu

piętro III – pokój 302

tel. wew.: 211, 214, 300, 301

rejestr@izba-lekarska.org.pl

## Stanowisko ds. prywatnych praktyk

piętro III – pokój 303

tel. wew.: 303, 304

praktyki@izba-lekarska.org.pl

## Informatyk

piętro III – pokój 308

tel. wew. 320

informatyk@izba-lekarska.org.pl

## Rzecznik Praw Lekarzy

dr hab. n. med. Katarzyna Ziara

tel. 795 109 136

## Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów

dr Dorota Rzepniewska

specjalista psychiatra,

specjalista psychoterapii uzależnień

d.rzepniewska@izba-lekarska.org.pl

# Wawrzyn Lekarski

– A co ty będziesz robić po wojnie?

– No, może pójdę na studia...

– A na jakie?

– Może na biologię, bo lubię uczyć się o roślinach i zwierzętach – powiedziałam to trochę na wyrost, gdyż nie miałam jeszcze zdanej matury, a był dopiero środek wojny.

– Nie – zachnęła się. – Ty powinnaś iść na medycynę! – powiedziała gromkim głosem. A ja zdumiona odważyłam się zapytać: – Dlaczego? – ona spokojnym głosem odpowiedziała – bo ty się nadajesz.\*

Powyższa rozmowa miała miejsce w czasie II wojny światowej, między nastoletnią uczennicą szkoły handlowej i jej nauczycielką. O tym, że doświadczona pedagog miała rację, świadczy najlepiej droga zawodowa i dorobek naukowy autorki wspomnień doc. **Stefanii Górz-Kardaszewicz** – znakomitej lekarki, wybitnej specjalistki i na-

uczycielki, od 1950 roku związanej ze Śląską Akademią Medyczną w Katowicach.

W czerwcu br. Kapituła Odznaczeń, Wyróżnień i Medali Śląskiej Izby Lekarskiej podjęła decyzję o uhonorowaniu jej Wawrzynem Lekarskim, najwyższym wyróżnieniem przyznawanym przez śląski samorząd lekarski. Wręczenie nagrody dostojnej laureatce odbędzie się już po zamknięciu tego numeru „Pro Medico” 24 września 2012 r. podczas uroczystości rozdania ograniczonych praw wykonywania zawodu młodym adeptom studiów medycznych.

Relację z uroczystości zamieścimy w kolejnym numerze „Pro Medico”, a tymczasem dołączamy się do życzeń i gratulacji.

**A.Z.-Ś.**

\* Stefania Górz-Kardaszewicz, *Wspomnienia*, „Echo” Biuletyn Parafii Świętego Antoniego Padewskiego w Gołkowicach, nr 13 (55) 2008.



## Stefania GÓRZ-KARDASZEWICZ



Lekarz chorób wewnętrznych, hematolog, dr hab. n. med. Urodzona 22 maja 1922 w Gołkowicach Dolnych, w woj. nowosądeckim, córka Józefa Górza i Marii z domu Więclawek, rolników. Do 1939 r. ukończyła cztery klasy gimnazjum ogólnokształcącego w Starym Sączu. W czasie wojny uczęszczała do szkoły handlowej w Nowym Sączu; po jej ukończeniu pracowała jako agronom gminny w pow. limanowskim, jednocześnie kontynuowała naukę w zakresie szkoły średniej na tajnych kompletach: w 1944 r. zdała w Nowym Sączu egzamin dojrzałości. W 1945 r. rozpoczęła studia na Wydz. Lekarskim UJ. Absolutorium uzyskała w czerwcu 1949, a dyplom lekarza 7 IX 1950. Od stycznia 1950 pracowała (początkowo jako p.o. asystenta) w Zakładzie Histologii i Embriologii ŚAM w Zabrze Rokitnicy, pod kierunkiem prof. **Tadeusza Pawlikowskiego**.

5 IV 1951 uzyskała stopień doktora medycyny na podstawie dysertacji „Zmiany morfologiczne powierzchniowej warstwy nabłonka jamy ustnej w zależności od cyklu miesięcznego u kobiet”, napisanej pod kier. prof. T. Pawlikowskiego. W maju tegoż roku przeniosła się do I Kliniki Chorób Wewnętrznych ŚAM, kierowanej przez prof. **Józefa Japę**. W 1954 r. uzyskała I stopień, a w 1957 r. II stopień specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych. Ukończyła kursy w Instytucie Hematologii i Instytucie Reumatologii w Warszawie. W latach 1954-1960 pracowała również w przyklinicznej Pracowni EKG. Po przeniesieniu kliniki z Zabrze do Katowic (1961 r.) pracowała także w Wojewódzkiej Poradni Hematologicznej. Od X 1961 do IX 1964 była zatrudniona na stanowisku starszego asystenta, od X 1964 na stanowisku adiunkta; od 1966 r. była ordynatorem Oddziału Kobiecego I Kliniki Chorób Wewnętrznych.

Na podstawie oceny ogólnego dorobku naukowego i przedłożonej rozprawy habilitacyjnej „Ziarnica złośliwa, problemy etiopatogenetyczne, rozpoznawcze i lecznicze”, uchwałą Rady Wydz. Lekarskiego ŚAM z dnia 23 V 1974 uzyskała stopień dr. hab. n. med., zatwierdzony rok później przez CKK. 1 XII 1976 została powołana na stanowisko docenta w ŚAM. Zajmowała się głównie chorobami rozrostowymi węzłów chłonnych ze szczególnym uwzględnieniem ziarnicy złośliwej; zebrała najliczniejszy w kraju materiał chorych z ziarnicą złośliwą, wypracowała i ustaliła najważniejszy sposób leczenia. Wypracowane przez doc. Górz-Kardaszewicz metody stały się wzorem do stosowania w szpitalach na terenie Śląska.

Współpracowała z Zakładem Chemii Ogólnej i Zakładem Histologii ŚAM. Ponadto prowadziła wykłady na kursach specjalistycznych doskonalenia zawodowego lekarzy, szkolenia podyplomowe dla lekarzy z terenu województwa. Pod jej kierunkiem 24 lekarzy uzyskało specjalizację. I stopnia, ośmioro – II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych. Była opiekunką trzech dysertacji doktorskich, recenzowała cztery.

Przez kilka lat była opiekunką Studenckiego Koła Naukowego. W 1980 r. przebywała na stażu naukowym w Londynie (metody leczenia chorób krwi i węzłów chłonnych). Brała udział w wielu krajowych i międzynarodowych zjazdach i konferencjach – wygłosiła około 40 komunikatów zjazdowych, opublikowała około 80 artykułów w czasopismach medycznych.

Członek Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Towarzystwa Internistów Polskich (skarbnik w latach 1961-1964), Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, ZZPSZ, a od 1980 NSZZ „Solidarność”. Odznaczona m.in. Krzyżem Kawalerskim OOP, Złotym Krzyżem Zasługi, Odznaką „Zasłużony pracownik służby zdrowia”. W 1952 r. wyszła za mąż za **Lecha Kardaszewicza**; dzieci: Zofia, Piotr (dr n. med.) Wojciech i Jerzy. Na emeryturę przeszła 30 IX 1988, jest konsultantem hematologiem (w niepełnym wymiarze godzin) w Szpitalu Miejskim w Nowym Sączu. Mieszka w Gołkowicach Dolnych.

**Barbara Gruszka**

Bibliografia: Fot. w zbiorach CDDMiF; – Kto jest kim w polskiej medycynie; – Arch. Zakł. ŚAM w Katowicach: Akta osobowe, sygn. 588/496; Akta dot. przewodu doktorskiego lek. Stefanii Górz, sygn. 75/166; Akta dot. przewodu habilitacyjnego dr Stefanii Górz-Kardaszewicz, sygn. 263/23.

„Przedruk z: Centrum Dokumentacji Dziejów Medycyny i Farmacji Górnego Śląska/I. Hasła biograficzne (baza pełnotekstowa) [on-line]. Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach – Biblioteka Główna 2005–, ISBN 978-83-88895-14-2, <http://dokument.sum.edu.pl/> [dostęp z dnia 3. 09. 2012].

## Dotychczasowi laureaci „Wawrzynów Lekarskich”

### Rok 2007

dr Norbert Prudel i dr Zygfryd Wawrzynek

### Rok 2008

nadbryg. Janusz Skulich – Zastępca Komendanta Głównego PSP w Warszawie

### Rok 2009

dr Krzysztof Brożek, Maria Trzeciak, dr Henryk Stangrecki

### Rok 2011

prof. Adam Cekański, prof. Bożena Hager-Małecka, prof. Franciszek Kokot, prof. Władysław Nasiłowski, prof. Rozalia Osuch-Jaczevska

### Rok 2012

prof. Andrzej Łępkowski, prof. Szczepan Łukasiewicz



# Rzecznik Praw Pacjenta a odpowiedzialność zawodowa lekarzy i nie tylko...

W nawiązaniu do poprzedniego artykułu chciałem przedstawić jeszcze jeden z aspektów zależności przepisów regulujących zasady odpowiedzialności zawodowej lekarza w odniesieniu do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

#### Z akt sprawy:

*Dnia 3 marca br., około godziny 4.00 do izby przyjęć jednego ze szpitali, działającej w trybie SOR-u, zgłosiła się 30-letnia pacjentka, zgłaszając trwające od czterech godzin bóle brzucha, bóle w klatce piersiowej z towarzyszącymi dusznościami, zawroty głowy, dreszcze oraz trudności w oddychaniu i biegunkę (w wywiadzie pacjentka zgłosiła, iż wcześniej spożywała grzyby). Pacjentką w izbie przyjęć opiekował się doświadczony lekarz, specjalista z zakresu chorób wewnętrznych i alergologii. Przeprowadził on badanie fizykalne oraz wykonał badanie EKG. Rozpoznał on u pacjentki dużego stopnia komponentę neurovegetatywną. W ciągu trzygodzinnej obserwacji podał pacjentce Relanium, Metaclopramid i po uzyskaniu poprawy odesłał pacjentkę z kartą informacyjną do domu. Kilka godzin później pacjentka ponownie zgłosiła się do tego szpitala, gdzie została zbadana przez innego lekarza. W trakcie ponownego badania dominowały ewidentne bóle mięśniowe i przykurcze. Pacjentce zlecono leki przeciwbólowe oraz zalecono wykonanie konsultacji neurologicznej i badania usg jamy brzusznej. Badanie usg wykonane zostało po trzech dniach i potwierdziło obecność w jamie otrzewnowej niewielkiej ilości płynu i obecność w zatoce Douglas'a nieprawidłowych mas o niejednorodnej strukturze 8x4 mm! Radiolog wykonujący badanie zalecił konsultację ginekologiczną. Dnia 17 marca br., a więc 14 dni po opisanych zdarzeniach, pacjentka trafiła do oddziału ginekologiczno-położniczego innego szpitala z objawami krwawienia dootrzewnowego, gdzie została zoperowana z powodu pęknięcia jajnika prawego z krwawieniem dootrzewnowym i stwierdzoną endometriozą miednicy małej i jajników.*

Skarga na postępowanie lekarza udzielającego pomocy dnia 3 marca trafiła do biura rzecznika odpowiedzialności zawodowej

oraz do Rzecznika Praw Pacjenta. W analizie przypadku nie można doszukać się cech przewinienia zawodowego lekarza. Natomiast ze zdziwieniem przeczytałem pismo informujące o załatwieniu tej skargi przez Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie, który przeprowadził własne postępowanie wyjaśniające, potwierdzające naruszenie prawa pacjenta, które polegało na nieudzieleniu świadczeń zdrowotnych „tj. na nieprzeprowadzeniu badania i szczegółowego wywiadu z pacjentką, nieskierowaniu na usg jamy brzusznej. Lekarz ten, pomimo zgłaszanych silnych dolegliwości bólowych, ograniczył się jedynie do zlecenia podawania Relanium (utrzymywał, że jest to nerwica) oraz No-spa domięśniowo (...). Objawy bólowe nie ustępowały, pacjentka ponownie zgłosiła się do szpitala, wówczas stwierdzono obecność płynu w jamie otrzewnowej oraz guz na prawym jajniku. W trybie pilnym wykonano zabieg operacyjny. Na podstawie przekazanych przez dyrektora szpitala wyjaśnień wynika, że wszystkie wskazane przez Panią zarzuty zostały potwierdzone, a w stosunku do lekarza wyciągnięte konsekwencje służbowe”.

Przedstawiony tutaj przykład zwraca uwagę na kolejne zagrożenie dla środowiska lekarskiego. Rzecznik Praw Pacjenta, generalnie zgodnie z ustawowymi zapisami ma obowiązek zajmować się wyłącznie naruszeniem praw pacjenta przez instytucje. Oczywiście instytucja nie leczy. Leczeniem zajmują się lekarze. Jeżeli w trakcie procesu diagnostyczno-leczniczego dochodzi do naruszenia praw pacjenta przez lekarza, wówczas obowiązkiem Rzecznika Praw Pacjenta jest przekazanie sprawy do rozpoznania i prowadzenia przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Taka kolej rzeczy i obowiązek takiego działania wynika stąd, że wszystkie zapisy ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dotyczące lekarzy zostały stosownymi zmianami uwzględnione w aktualizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. A co za tym idzie, jeżeli lekarz narusza te przepisy swoim postępowaniem, polega odpowiedzialności z zakresu art. 53 ustawy o izbach lekarskich, który to definiuje przewinienie zawodowe.

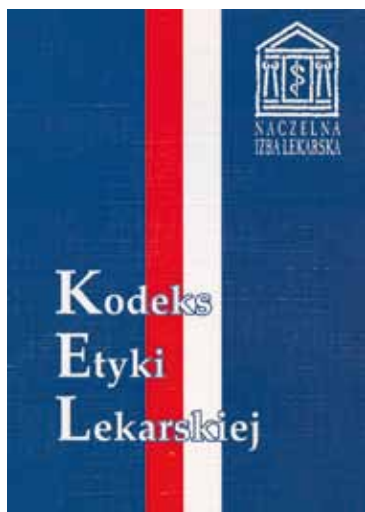
Powyższe wyjaśnienie pozornie może wy-

glądać na zawile, ale upraszczając sprawę, Rzecznik Praw Pacjenta prowadzić swoje postępowanie może wyłącznie wobec instytucji, która lekarza zatrudnia, a nie przeciwko niemu samemu. Ponieważ ten zakres pozostaje wyłącznie w kompetencji rzeczników odpowiedzialności zawodowej. Oczywiście, jeżeli rzecznik odpowiedzialności zawodowej uzna winę lekarza, która zostaje potwierdzona wyrokiem sądu lekarskiego, wówczas Rzecznik Praw Pacjenta ma prawo nałożyć stosowne kary na instytucję, która lekarza zatrudnia. To z kolei może rodzić jakieś konsekwencje dla lekarza na zasadzie zstępstwa wynikające z Kodeksu pracy bądź umowy cywilno-prawnej.

Cytowany przykład wskazuje natomiast inne zagrożenie. Należy pamiętać, iż kary nakładane na instytucje (np. szpitale) mogą sięgnąć kwoty do 500 tysięcy złotych. Dla większości zadłużonych placówek służby zdrowia tak dotkliwa kara może doprowadzić do całkowitego załamania się sytuacji finansowej. Dyrektorzy działający pod taką presją mogą prowadzić swoje postępowania wyjaśniające na prośbę Rzecznika Praw Pacjenta w zakresie odpowiedzialności służbowej. W związku z powyższym należy się spodziewać, iż dla uniknięcia kary finansowej chętniej przyznawac będą rację zarzutom osób skarżących, chcąc tym samym udowodnić, iż ich placówka przestrzega praw pacjentów, doskonale współpracuje z ich rzecznikiem, a w stosunku do „winnych” lekarzy wyciąga dotkliwe konsekwencje służbowe. Takie zagrożenie niesie ze sobą niestety kolejne niebezpieczeństwo dla lekarza, ponieważ informacje o poczynionych ustaleniach, a w tym przypadku również stwierdzenia o winie lekarza, przekazywane są osobom składającym skargę. Potwierdzenie winy przez tak poważną instytucję umacnia z kolei skarżącego w poczuciu własnej racji a dalej skutkować może postępowaniem w zakresie prawa cywilnego, a w szczególnych przypadkach – karnego. ●

**Tadeusz Urban**  
**Okręgowy Rzecznik**  
**Odpowiedzialności**  
**Zawodowej**





# O jednym z najbardziej wymagających zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej

## Artykuł 48

***Wszelkie odkrycia i spostrzeżenia związane z wykonywaniem zawodu lekarz winien przekazywać środowisku lekarskiemu i publikować przede wszystkim w prasie medycznej.***

Być może nie wszyscy lekarze pojmują istotę powyższego zapisu. Dlaczego Kodeks Etyki Lekarskiej wymaga przekazywania środowisku lekarskiemu wszelkich spostrzeżeń związanych z wykonywaniem zawodu? Problem nie polega jedynie na ogłaszaniu nowych odkryć w dziedzinie diagnostyki i terapii, czym z pewnością będą się chcieli pochwalić odkrywcy czy wynalazcy. Art. 48 zobowiązuje lekarzy do przekazywania wszelkich obserwacji dotyczących leczenia lub diagnostyki, zarówno dobrych, jak i złych. Ważne jest poinformowanie społeczności lekarskiej o niepożądanym działaniu leków, o ich nieskuteczności w chorobach, w których są zalecane. Po-

dla takich abstrakcyjnych pojęć jak dobro, prawda czy sprawiedliwość. Lekarze niejednokrotnie podpisują zobowiązania, że firma opłacająca badanie kliniczne jest właścicielem wyników prowadzonych przez nich badań. Uniemożliwia to publiczne ujawnianie informacji świadczących o szkodliwym wpływie badanych leków, co z kolei rodzi konflikt między prawnym zakazem przedstawiania prawdziwych wyników, jeśli są negatywne, a etycznym nakazem ich opublikowania. Mimo ewidentnych korzyści finansowych, jakie płyną z podpisania takich umów, lekarze nie powinni się zgadzać na zbyt restrykcyjne zapisy, które rodzą konflikty sumienia.

wania w zalecanych dawkach leczniczych, profilaktycznych lub diagnostycznych, zgodnie z zarejestrowanymi wskazaniami. W ciągu 15 dni kalendarzowych od daty ich obserwacji należy wypełnić odpowiedni formularz, podpisać i przesłać pocztą lub faksem do Ośrodka Monitorowania Działań Ubocznych Leków. Współpracuje on z międzynarodowymi organizacjami monitorującymi działania niepożądane leków w ramach programu WHO. Szczególnie ważne jest zgłoszenie ciężkich i jednocześnie niespodziewanych reakcji. Za ciężkie odczyny polekowe uważa się zgon, stan zagrożenia życia, konieczność hospitalizacji, trwałe inwalidztwo, wady rozwojowe płodu. Jako niespodziewaną reakcję traktuje się taką, która nie jest wymieniona w charakterystyce produktu leczniczego. Minimum informacji niezbędnych do oceny wniosku to: nazwa leku, opis reakcji polekowej, dane chorego (inicjały) i dane lekarza – personalne, z kontaktem zawierającym adres, telefon lub faks. Informacje te mają olbrzymie znaczenie dla tworzenia zasad sztuki lekarskiej opartych na evidence based medicine. Decydują o bezpieczeństwie stosowanego leczenia, ale chronią też lekarzy ordynujących leki przed popełnianiem błędów i wynikającymi z tego roszczeniami. Badania nad wprowadzeniem leku na rynek mają istotne ograniczenia. Zwykle biorą w nich udział stosunkowo małe grupy specjalnie selekcjonowanych chorych (ok. 1500 osób), a czas obserwacji jest zbyt krótki dla określenia interakcji ze współistniejącymi chorobami czy rozlicznymi lekami, oceny odległych efektów ich stosowania, powodujących niewydolność narządów, co powinno skutkować eliminacją takich leków. Po zarejestrowaniu lek bywa stosowany niejednokrotnie przez wiele lat nawet przez miliony chorych obciążonych wieloma chorobami współistniejącymi i przyjmujących bardzo różne leki. Wiele działań niepożądanych można stwierdzić dopiero po długotrwałym stosowaniu leków. Bywają związane z interakcjami z żywnością lub innymi lekami, a także

Lekarze nie powinni się zgadzać na zbyt restrykcyjne zapisy, które rodzą konflikty sumienia. Z podobnych względów konieczne jest dziś zgłaszanie potencjalnych konfliktów interesów przez wykładowców, autorów książek, artykułów, a zwłaszcza rekomendacji.

dobnie jest ze stwierdzeniem ograniczeń w stosowaniu określonych metod diagnostycznych, wynikających z fałszywie dodatnich lub ujemnych wyników badań. Być może jest to spowodowane lenistwem i niechęcią do opisywania nieskutecznych metod diagnostycznych lub sposobów leczenia. Dla jednych to strata czasu, dla innych – może nawet finansowa. Lekarze współpracujący z producentami leków, w obawie przed utratą atrakcyjnych wynagrodzeń i form sponsoringu, nie są zainteresowani prezentowaniem negatywnych informacji na temat sprzedawanego przez te firmy produktu. Bardzo trudno podejmować decyzje powodujące negatywne skutki dla nas samych. Wymaga to uczciwości, poczucia odpowiedzialności za losy chorych, altruizmu i poświęcenia korzyści osobistych

Z podobnych względów konieczne jest dziś zgłaszanie potencjalnych konfliktów interesów przez wykładowców, autorów książek, artykułów, a zwłaszcza rekomendacji. Wbrew pozorom to jeden z bardziej wymagających zapisów Kodeksów Etyki Lekarskiej i niewielu lekarzy się do niego stosuje. Od pewnego czasu ten etyczny nakaz wzmocniony został przepisem prawnym. Zgodnie z Rozporządzeniem ministra zdrowia z 17 lutego 2003 r. w sprawie monitorowania bezpieczeństwa produktów leczniczych (Dz U, nr 43 z 19.03.2003 r.) lekarz, farmaceuta, ale także pielęgniarka i położna, są zobowiązani do zgłoszenia każdego zaobserwowanego działania niepożądanego leku zarejestrowanego w Polsce. Za działanie takie uważa się wszelki niekorzystny jego wpływ stwierdzony podczas stoso-

# O jednym z najbardziej wymagających zapisów Kodeksu Etyki Lekarskiej

ciąg dalszy ze str. 7 ►►►

wynikają z przewlekłego stosowania danego specyfiku. Lekarze muszą uważnie obserwować efekty leczenia i przekazywać środowisku związane z tym spostrzeżenia.

Do niedawna liczba zgłaszanych przez polskich lekarzy niepożądanych działań leków lub odczynów poszczepiennych była bliska zeru. W Europie Polacy należą do nacji najrzadziej zgłaszających takie działania. Ostatnio do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych wpływa ponad tysiąc zgłoszeń z Polski, ale przy 50 tys. doniesień z innych krajów Unii Europejskiej to wciąż niewiele. Świadczy to o słabej znajomości prawnetycznych aspektów zawodu lekarza i braku odpowiedzialności nie tylko ze strony lekarzy, ale również organów nadzoru. Zdziwienie może również budzić wymóg publikowania odkryć przede wszystkim w prasie medycznej. W ostatnim czasie szereg doniesień naukowych, szczególnie tych kontrowersyjnych lub wręcz nagannych etycznie, opublikowano w czasopismach

nieprzeznaczających określonych reguł. Przykładowo doniesienie z Korei Południowej o sklonowaniu zarodka ludzkiego nie ukazało się w piśmie naukowym. Nic dziwnego, skoro kontrola przeprowadzona po opublikowaniu podobnego artykułu w „Science” wykazała, że autorzy koreańscy w rzeczywistości sklonowali komórki psa, a nie człowieka. Podobnie było z amerykańską firmą działającą na podstawie liberalnego prawa w stanie Nevada, która ogłosiła w prasie niemedycejskiej, że udało jej się sklonować człowieka. Autorzy tego doniesienia nie zgodzili się na wykonanie przez niezależnych ekspertów testów genetycznych na rzekomym klonie. Nie przeszkadzało im to reklamować się w prasie i proponować klonowanie noworodków. Znaleźli się nawet chętni, którzy wpłacili zaliczki za wpisanie się na listę oczekujących na sklonowanie. W polskiej prasie brukowej również można znaleźć podobne sensacyjne doniesienia na temat nowych cudownych leków na nieuleczalne choroby. Ich autorzy powołują się

niejednokrotnie na autorytety medyczne, w niektórych publikacjach nawet lekarze zachwalają te cudowne eliksiry na raka, otyłość czy zapewniające wieczną młodość. Oczywiście konieczna jest popularyzacja w społeczeństwie wiedzy medycznej. Do obowiązków lekarzy, biorących udział w takim działaniu, należy jednak dbałość o odpowiedni poziom przekazywanych informacji. Niezbędna jest zawsze ostra reakcja na wszelkie nierzetelne prezentacje i wypaczenia, które naruszają zaufanie do zawodu. Kodeks Etyki Lekarskiej jednoznacznie zabrania lekarzom uczestniczenia w tworzeniu tego rodzaju reklamowych, sensacyjnych publikacji, pisanych głównie z myślą o zysku opartym na oszustwie. ●

**Tadeusz Maria Zielonka**  
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej  
WUM

Przedruk z Miesięcznika Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie PULS 08-09 2012

## Fragment książki prof. Szczepana Łukasiewicza „Pożytki z filozofii”

### Czego uczą nas chorzy?

Zawsze uważałem, że nauka, ludzie zajmujący się nauką, ludzie tworzący naukę i postęp, to jest „sól ziemi”, to jest nasz wspólny kapitał, który w różnej formie i w różnym czasie daje wysoki procent.

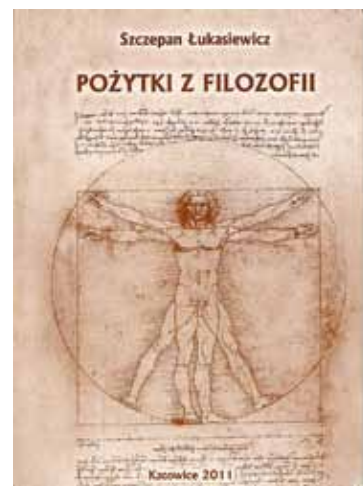
Przeżyliśmy okres trudny i bolesny, kiedy to półanalfabeci oceniali, krytykowali i klasyfikowali ludzi nauki. W ten sposób rozdrapywano, niszczone i dezawuowano najdelikatniejszą tkankę Narodu. Jednak mamy szczęście, że o tym dzisiaj możemy mówić swobodnie, i co najważniejsze, mówić w czasie przeszłym.

Rozwój nauki jest nie tylko pasjonujący, ale w moim odczuciu jest zastraszający. Dzisiaj nauka przekracza wszystkie wyobrażenia z niedalekiej przeszłości, sięga do tematów, które były właściwie nietykalne, albo uważane za zamknięte. Okazuje się, że postęp nauki nie zna granic, czy ograniczeń. np. wynalazłem artykuł wyjaśniający w oparciu o fizykę kwantową, dlaczego świadomości nie należy utożsamiać z mózgiem (<http://radioamator.elektroda.eu/swizadomosc.html/>)

Naturalnie nie rozumiem całości wywodu, pozostaje mi tylko albo uwierzyć, albo od-

rzucić koncepcję. Nie chodzi zresztą o to. Praca bowiem wskazuje na współzależność różnych działów nauki (fizyka, fizjologia, psychologia) oraz to, dokąd sięga dzisiejsza nauka.

Jest jeszcze wielu lekarzy cieszących się powszechnym i zasłużonym szacunkiem, którzy poza perfekcją zawodową zajmują się działalnością społeczną w naszym środowisku. W piśmie Śląskiej Izby Lekarskiej „Pro Medico” z grudnia 2010 roku zamieszczono wypowiedź doc. **Zygryda Wawrzynka**, nazywanego największym humanistą wśród śląskich lekarzy, pierwszego prezesa odrodzonej Śląskiej Izby Lekarskiej. Treść tej wypowiedzi może być streszczeniem całości rozważań, które przedstawiam w moim opracowaniu, dlatego pozwolę sobie zacytować ten fragment: *Zreformujmy system nauczania medycyny. Nie na wiedzy nam tylko zależeć powinno, lecz na sercu. Rozwijajmy w studentach i młodych lekarzach współ-*



*czucie, wszczepiajmy w nich poczucie obowiązku, uczmy, że chory to nie tylko ciekawy przypadek, lecz nieszczęśliwy człowiek, nasz bliźni. Uczmy nie słowami, lecz własnym przykładem. Niech młodzi lekarze nie widzą nigdy chciwości, jarmarcznych targów o honoraria, szorstkości w obchodzeniu się z chorym i lekceważenia cierpień.*

Ten fragment drukowanej wypowiedzi brzmi jak manifest, zawiera w kilku zdaniach niemal całość problemów dotyczących ukształtowania lekarza oraz jego relacji z chorymi.

W tym samym numerze „Pro Medico” wypowiedzi się prof. **Franciszek Kokot**, jeden ►►►

z Najznamienitszych Uczniów Wielkiego Nauczyciela: *Nieszczęście jest mniejsze, gdy człowiek dzieli się nim z innym człowiekiem. My, lekarze, mamy szczęście, że po to właśnie nas powołano, by dzielono się z nami tragedią. Jesteśmy od tego, by rozmawiać, potrzymać za rękę (...). Lekarz musi mieć ogromną wiedzę, nigdy nie może być zmęczony. I najważniejsze: musi kochać ludzi.*

Wielki Nauczyciel Profesora Kokota prof. **Kornel Gibiński** mówił: *Bądź lekarzem, do którego ludzie mają zaufanie.* W tych kilku słowach też mieści się ogromna treść.

Papież Jan Paweł II ustanowił dzień 11 lutego DNIEM CHOREGO. Z tej okazji zadano w śląskim naukowcom pytanie: Czego uczą nas chorzy?

Wśród pytaných nie mogło oczywiście zabraknąć prof. Franciszka Kokota, który odpowiedział: *Chorzy uczą przede wszystkim pokory. To może być pokora wobec przyrody, której nasza wiedza nigdy nie ogarnie, i wobec wiary, która czyni cuda* (Podaję za Gazetą Wyborczą z 11.02.2011)

Wszyscy z sześcioro wypowiadających się naukowców nawiązywali do aspektów humanitarnych i filozoficznych, co świadczy o aktualności tematu. Równocześnie jest to pocieszający dowód na to, że istniejący problem jest dostrzegany przez ludzi, których słowo w środowisku lekarskim się liczy. Może to być jeden z impulsów do stworzenia programu przeciwdziałania odczłowieczaniu medycyny. Wydaje się, iż byłoby sensowne włączenie do tego rodzaju dyskusji organizatorów i ekonomistów zajmujących się funkcjonowaniem ochrony zdrowia w Polsce gdyż, być może, nie wszyscy zdają sobie sprawę z tego, co czynią w płaszczyźnie psychologicznej. Warto też pamiętać przy tej okazji o socjologicznej regule, że *NIE JEST TAK JAK JEST, TYLKO TAK, JAK LUDZIE ODCZUWAJĄ*. Dlatego upajanie się danymi statystycznymi w oderwaniu od rzeczywistych ocen jest błędem. Prof. Kołodko pisze o statystyce, iż jest to nauka podobna do kobiety, która eksponuje wszystko co może, żeby być piękną, ale to co kluczowe, jest zakryte.

Problem ochrony zdrowia ma charakter ogólnoswiatowy, różne kraje w różny sposób starają się łagodzić te zjawiska, często polega to na organizowaniu różnorodnych zabezpieczeń lekarzy przed narastającą falą roszczeniową i agresją. Jednak w tych rozważaniach nie można wracać do paternalistycznych zachowań wyrażających się w istnieniu „jedynej racji”. Wytworzy się bowiem jeszcze większa przepaść między chorym i lekarzem, która może się, zgodnie z aktualnymi tendencjami, pogłębiać.

Musimy brać pod uwagę, że tak jak w każdej profesji, nie jesteśmy bezbłędną grupą geniuszy, tak jak w każdej profesji mamy prawo do błędów, ale błąd lekarski nie może wynikać z żadnego zaniedbania, z niespełnienia wszystkich obowiązujących warunków zabezpieczenia wykony-

wanej procedury, z niedomagań, czy niedopatrzeń osobistych.

Jeżeli w renomowanym czasopiśmie Amerykańskiego Towarzystwa Lekarskiego JAMA. zamieszcza się informację, że w Stanach Zjednoczonych uboczne działania leków powodują w ciągu jednego roku śmierć ponad 106 000 pacjentów, co stanowi 4,6% wszystkich zgonów, to każdy potencjalny pacjent ma prawo się bać. Nie znam danych polskich, ale myślę, że nie odbiegają w sposób wyraźny od danych amerykańskich. We wszelkich rozważaniach trzeba też uwzględnić tego rodzaju fakty. Dla czytelników tego czasopisma są to tylko, może niezbyt przyjemne, dane statystyczne. Dla pacjenta, który ginie, czy dla jego rodziny, to jest zawsze 100%.

*„Zreformujmy system nauczania medycyny. Nie na wiedzy nam tylko zależeć powinno, lecz na sercu. (...) Uczmy nie słowami, lecz własnym przykładem. Niech młodzi lekarze nie widzą nigdy chciwości, jarmarcznych targów o honoraria, szorstkości w obchodzeniu się z chorym i lekceważenia cierpienia.” – apelował pierwszy prezes odrodzonej Śląskiej Izby Lekarskiej, Zygfryd Wawrzynek.*

Strach nieodłącznie towarzyszy chorym zgłaszającym się do leczenia – szczególnie poważnych chorób. Jest to jeden z namacalnych dowodów angażowania psychiki w przypadkach konieczności leczenia się. Najbardziej ostro występuje to w chirurgii, gdyż leczenie prowadzi się najczęściej za pomocą ostrego narzędzia. Krótko mówiąc, jest to metoda brutalna polegająca na interwencji ostrym narzędziem w żywy organizm. Chirurg przez delikatność postępowania, przez okazanie empatii i współczucia, przez nawiązanie psychicznego kontaktu z chorym, może uczynić tę metodę łagodniejszą. Równocześnie w ten sposób można uzyskać lepsze, czy szybsze efekty leczenia.

Zwraca na to uwagę prof. **Cezary Szczylik** w rozmowie z Adamem Szostkiewiczem (Polityka nr 3, z 15. I. 2011, str. 16-18): *Na pewno istnieje jakaś więź między psyche a naszymi możliwościami broniąca się przed chorobami. Sądzę, że to jest jeden z najciekawszych kierunków, w jakim nauka będzie eksplorować życie.*

Jak już wyżej wspomniałem, angażowanie się autorytetów w tematykę etyki, moralności i psychologii w procesie leczenia jest pozytywnym, rokującym nadzieję symptomem. Aktualnie bardzo poważnego zagrożenia tej sfery upatrywałbym w skrajnej, w często izolowanej od życia, ekono-

mii. Człowiek rozsądny, nie mówiąc już, że odpowiednio wykształcony, powinien przewidywać nie tylko zyski, czy pozytywne wyniki z podjętych decyzji, ale również skutki ujemne tej decyzji. Prócz tego właściwa realizacja wszelkich koncepcji może mieć miejsce tylko wtedy, kiedy jest zrozumiała i akceptowalna przez wykonawców. Wielokrotnie powtarzałem, że chirurgia jest organizacją „paramilitarną”, gdzie wymagana jest bezwzględna dyscyplina (najlepiej świadoma), bezwzględna gotowość do wykonywania zadań, forma psychiczna i fizyczna bez względu na porę dnia i nocy, „biegłość w rzemiośle” i ogromna wiedza. Powtórzę tutaj jeszcze opinię moich nauczycieli z okresu studiów: Chirurgia jest kochanką nie znoszącą rywalek. Chyba

dosyć cech kwalifikujących delikwenta do chirurgicznej profesji. Dodam jeszcze, że chirurgię trzeba pokochać, a w ślad za tym idzie zasada pokochania chorego.

Z drugiej strony medycyna, a w szczególności chirurgia, dostarcza tyle pozytywnych przeżyć, że warto poświęcić życie tej profesji. Zwróć jeszcze uwagę na socjologiczną zasadę: *Jeżeli wykonujesz to, co lubisz – nie pracujesz.*

Przedstawiłem pewien zasób argumentów dotyczących jedności ducha i ciała. Z tego wynika logiczny wniosek, że leczenie powinno obejmować obie te sfery i tylko wtedy można mówić o całościowym leczeniu. My nie musimy przekonywać przekonanych, ale należy się zastanowić w jaki sposób zwiększać systematycznie liczbę „przekonanych”.

Wszystkie te problemy wchodzą w zakres filozofii ochrony zdrowia i właśnie filozofia stawia pytania, proponuje sposób myślenia mający na uwadze człowieka w relacjach wzajemnych, w relacjach ze środowiskiem, z zagrożeniami i z perspektywą rozwoju i postępu wolnego od „toksycznych ubocznych produktów”.

Dlatego kontakt z filozofią, nauczanie filozofii, stawianie filozoficznych pytań przed ludźmi młodymi jest ze wszech miar wskazane. ●

**Szczepan Łukasiewicz**

# Przychodzi dziennikarz do lekarza...

Podobnie jak lekarze, dziennikarze kierują się swoimi, przyjętymi w zawodzie zasadami. Informowanie jest najważniejszą z nich. Są, niestety, tacy, którzy o niej zapominają. To nie dziwi – złe nawyki niektórych dziennikarzy rzutują na obraz całej grupy zawodowej. W większości przypadków mamy jednak do czynienia ze stereotypami i właśnie z nimi należy walczyć. Skutecznie.

**Dr Łukasz Drzyzga: Przychodzi dziennikarz do lekarza. I jak to u lekarza – stres i lęk.**

**Alicja Waliszewska:** To chyba tak, jak w przypadku, gdy pacjent czeka na diagnozę. Poziom stresu w obu przypadkach można śmiało porównać, prawda? Tylko czego się bać?

**Ł.D.:** Po pierwsze to stres. Taki największy – stres przed nieznanym. Staje się jeszcze większy, gdy u progu gabinetu pojawia się dziennikarz. Nie ma gdzie uciec. Za późno, by się wycofać. Wtedy pojawia się kolejna myśl: co jeśli mnie ośmiesz? Co gorsza, co jeśli powiem coś nieprzemyślanego, czego potem nie będę mógł odwołać?

**A.W.:** Skąd ten pomysł, że to, co raz powiedziane, na przykład przejęzyczenie, błąd logiczny od razu pójdzie na antenę albo zostanie napisane? Pacjent ma swoje prawa, ale również lekarz. Analogicznie: dziennikarz ma swoje prawa, więc także jego rozmówca. Zwykle jest to kwestia indywidualna – wypracowanie dobrych relacji opartych na wzajemnej pomocy i zaufaniu.

**Ł.D.:** Tak. Jednak zawsze jest obawa, że dziennikarz będzie szukał sensacji. Uśpi czujność, zada najpierw kilka merytorycznych pytań, a na koniec zostawi takie, które mnie jako lekarza zdyskredytuje, ośmiesz. Co wtedy?

**„Gdyby w reżimie obowiązującego polskiego prawa prasowego wymagającego pod groźbą kary kryminalnej autoryzacji od osoby, która uprzednio swobodnie, świadomie i bezpośrednio udzieliła informacji dziennikarzowi, miała publikować swoje wywiady Oriana Fallaci – świat nie poznałby odpowiedzi na najbardziej niewygodne i brutalne pytania zadawane przez nią możnym tego świata: J. Arafatowi, Hajle Sellasje, M. Reza Pahlavi (...). Po autoryzacji odpowiedzi byłyby zbiorem opracowanych przez sztab zauszników komunałów.”**

Ze zdania odrębnego prof. Andrzeja Rzeplińskiego do wyroku TK z 29 września 2008 r. (SK 52/05)

(cyt. za konferencją Obserwatorium Wolności Mediów w Polsce i Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka oraz Zakładu Praw Człowieka UW w 2011 r.)



foto: archiwum Szpitala

Przychodzi i zwykle zadaje dziesiątki pytań budząc tym samym tysiące obaw. Teraz, na potrzeby niniejszej publikacji, będzie nieco inaczej.

Bo to lekarz, dr Łukasz Drzyzga, zasypie pytaniami Alicję Waliszewską, dziennikarkę TVP Katowice, która na co dzień zajmuje się tematyką medyczną w redakcji „Aktualności”.

**A.W.:** „Z chęcią udzielę odpowiedzi na to pytanie, jednak nie uprzedzał mnie pan, że również ten temat będzie przedmiotem dzisiejszej rozmowy” – takie zdanie pomoże wybrnąć z trudnej sytuacji. „Możemy się jednak umówić w najbliższym czasie, wtedy z przyjemnością i merytorycznie odpowiem na pańskie pytanie.” Czyż nie ładnie? Przecież nie trzeba udzielać odpowiedzi za każdym razem. Nie o to chodzi. Poza tym, w takich sytuacjach można żądać autoryzacji – ma Pan prawo wiedzieć, co i w jakim kontekście pojawi się na antenie. W wielu szpitalach i innych placówkach medycznych są zatrudnieni rzecznicy prasowi – oni pomogą weryfikować i na pew-

no przygotują lekarzy do wystąpień przed kamerą.

**Ł.D.:** A jeśli ich nie ma?

**A.W.:** To wystarczy na zakończenie rozmowy poprosić o datę publikacji i umówić się z dziennikarzem na wysłanie maila z treścią wypowiedzi. To zajmie mu kilkadziesiąt sekund. Tylko nie warto instytucji autoryzacji nadużywać. Tak jak i Pan, tak dziennikarz ma niewiele wolnego czasu, często liczy się każda sekunda. Gdy za każdy razem będzie Pan prosił o autoryzację, będzie to sporą uciążliwością i może sprawić wrażenie, że cokolwiek dziennikarz by nie zrobił, lekarz i tak mu nie ufa. Może Pan dziennikarza do siebie zniechęcić, a przecież nie o to chodzi. Dziennikarz też musi mieć świadomość, że jeśli postąpi nie fair – trudno mu będzie po raz kolejny liczyć na lekarską przychylność przy okazji następnego wywiadu i będzie miał poważny problem.

**Ł.D.:** Czasem z największą przyjemnością zrobiłbym wszystko, by uniknąć takiego spotkania. Wolę po prostu dobrze pracować. To przecież jest najważniejsze, a nie kontakty z dziennikarzami. ►►►

▶▶▶ **A.W.:** Nie zawsze. Wykonuje Pan pracę, która jest interesująca, wręcz fascynująca. Warto o niej opowiadać. Istotna jest również świadomość społeczna. Współpraca dziennikarzy i lekarzy staje się niezbędna. Warto czasem wyzbyć się uprzedzeń, stworzyć skuteczny i sprawny team. To możliwe!

**Ł.D.:** Dziękuję za rozmowę.

**A.W.:** Dziękuję.

**Alicja Waliszewska,**  
dziennikarka TVP Katowice  
Dr n. med. **Łukasz Drzyzga,**  
Samodzielny Publiczny Szpital  
Kliniczny Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu  
Medycznego w Katowicach

\*\*\*

### Autoryzacja

Art. 14 ust. 2 Prawa Prasowego (ust. z dn. 26 stycznia 1984 r.) mówi, że dziennikarz nie może odmówić osobie udzielającej informacji autoryzacji dosłownie cytowanej wypowiedzi, o ile nie była ona uprzednio publikowana. Dziennikarz nie ma prawnego obowiązku informowania o prawie żądania autoryzacji, ale jest to etycznie wskazane i należy do dobrych zawodowych obyczajów. W praktyce jest tak, że generalnie przyjęte jest autoryzowanie przede wszystkim rozmów i wywiadów, niezmiernie rzadko wypowiedzi newsowych czy prostych wypowiedzi publicystycznych. Odmowa autoryzacji przez redakcję (teoretycznie) stanowi przestępstwo, zagrożone karą pozbawienia wolności do 6 miesięcy, wg art. 49 Prawa Prasowego, ale ten przepis nie jest stosowany w praktyce, a sprawy dotyczące autoryzacji rozstrzygane są sporadycznie przez sądy cywilne. Dziennikarz może „obejść” przepis o autoryzacji, kiedy zamieni bezpośrednio cytowaną wypowiedź w mowę zależną. Autoryzowanie wywiadów (przetrzymanie tekstów, częste przypadki zmieniania przez rozmówców sensu swoich wypowiedzi, dopisywania nowych wątków, skreślania zdań już wypowiedzianych, a nawet ingerencje w pytania dziennikarza) jest jednym z najbardziej dyskusyjnych i poddawanych krytyce problemów, związanych z przestarzałym prawem prasowym. Podkreśla się, że zapis ten służy przede wszystkim politykom, którzy mają możliwość wycofania się z niezgrabnych sformułowań czy opinii, dziennikarze z kolei unikają niewygodnych pytań, wiedząc, że „wypadną” one z wywiadu podczas autoryzacji. Problemem zawodowym jest też dla dziennikarza sytuacja, gdy pracuje nad uzyskaniem podczas rozmowy zdań emocjonalnych, potocznych, bliskich charakterowi rozmówcy, a po autoryzacji otrzymuje banalne, oficjalne, wystylizowane na komunikat urzędowy zdania. ●

Oprac.  
**Grażyna Ogródowska**

## Raport wizerunkowy akcji protestacyjnej w sprawie kar za uchybienia w receptach na leki refundowane

# Protest receptowy w wybranych mediach

Ideał najwspanialszego wizerunku medialnego jest mniej więcej taki: żeby pisali o nas jak najlepiej i jak najczęściej, a naszych przeciwników „wdeptali w ziemię”, by nasza racja jaśniała na wysokościach niepodważalnej prawdy. Każda organizacja, instytucja czy firma, usiłująca wpłynąć na opinię publiczną, marzy o takim wizerunku swojej sprawy.

Druga czerwcowo-lipcową odsłoną lekarskiego protestu w sprawie kar za nieprawidłowości w wystawianiu recept na leki refundowane, zwana protestem receptowym, ma wizerunek medialny bliski tego ideału. Dla wielu to stwierdzenie może wydać się zaskakujące. Nie każdy codziennie śledzi wszystkie doniesienia prasowe, radiowe i telewizyjne, nie może mieć zatem pełnego oglądu, a nawet jeśli to robi – w sposób naturalny daje pole własnym, subiektywnym odczuciom, co daje wypaczony obraz całości.

Aby rzetelnie ocenić całokształt przekazów medialnych, trzeba się za to zabrać metodycznie, stosując uznane metody naukowe. Dla oceny wizerunku medialnego protestu receptowego została przeprowadzona analiza z wykorzystaniem dwóch metod – analizy zawartości i analizy treści przekazów prasowych. Kryteria oceny zostały dopasowywane do oczekiwań środowiska lekarskiego, które dążyło do tego, żeby protest był:

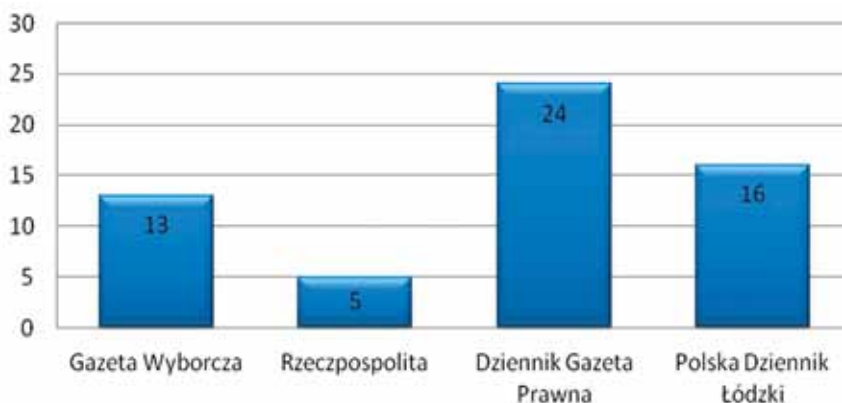
1) szeroko nagłośniony, a jego przekaz – przekonywujący i przedstawiający wszystkie racje lekarzy, natomiast miażdżący wo-

bec zapisów zawartych we wzorze umowy narzuconej lekarzom przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

2) skuteczny, czyli wywołujący na tyle poważną sytuację w kraju, by organy władzy państwowej i władze NFZ zmusić do ustępstw;

3) przyjmowany ze zrozumieniem przez pacjentów, przy akceptacji argumentów, że lekarze protestują także w obronie ich interesów (przedstawiciele organizacji lekarskich wkładali dużo wysiłku, aby przekonać o tym opinię publiczną), a jeśli nawet krytykowany – to nie nazbyt donośnie.

W porównaniu z pierwszą grudniową odsłoną protestu (zwanego protestem pieczętkowym), protest receptowy był o wiele mniej powszechny, ale tylko niewiele mniej wyrazisty medialnie i niewiele mniej skuteczny. Przez to może nasuwać się wniosek, że efektywność działań protestacyjnych podejmowanych w rzeczywistości lekarskich gabinetów, ile od medialnej jego popularności – a ta w stosunku do skali działań była naprawdę duża.



Wykres nr 1

ciąg dalszy na str. 12 ▶▶▶

# Protest receptowy w wybranych mediach

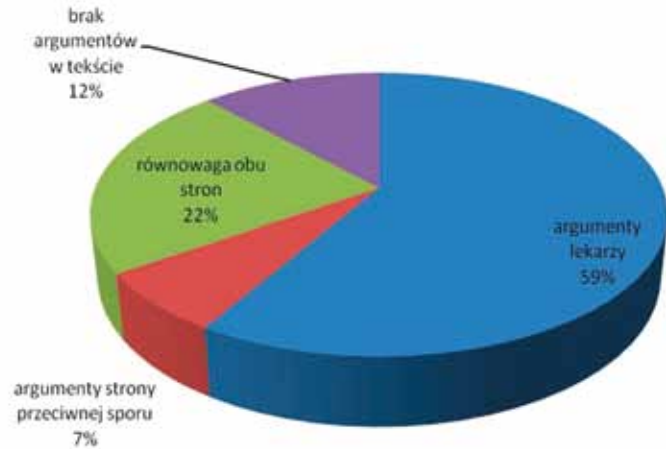
ciąg dalszy ze str. 11 ►►►

\*\*\*

Najważniejsze wydarzenia związane z badanymi zagadnieniami oraz same zagadnienia były prezentowane w tym samym czasie niemal przez wszystkie media w Polsce. Materiałem do naszej analizy stały się artykuły prasowe czterech gazet o zasięgu ogólnopolskim: Gazeta Wyborcza, Rzeczpospolita, Dziennik Gazeta Prawna oraz Polska Times (do której należy obecnie Dziennik Łódzki, ukazujący się jako jego mutacja regionalna). Analizie poddano łącznie 58 artykułów opisujących temat protestu, które ukazały się między 13 kwietnia i 27 lipca 2012 r. (106 dni). Protest cieszył się dużym zainteresowaniem tych gazet w okresie przed jego czynnym rozpoczęciem (39 tekstów przed 1 lipca br.), natomiast po jego zakończeniu to zainteresowanie było minimalne (3 artykuły po 7 lipca br.).

Najwięcej miejsca na swoich łamach poświęcił sprawie protestu Dziennik Gazeta Prawna, najmniej – Rzeczpospolita. Skalę zainteresowania poszczególnych tytułów tematem przedstawia wykres nr 1 (poprzednia strona – przyp. red.). Wśród 58 analizowanych publikacji zdarzały się nieliczne wywiady (4), felietony (2), komentarze redakcyjne i komentarze ekspertów (3), natomiast w zdecydowanej większości były to artykuły informacyjne i publicystyczne (49). W tym ostatnim zbiorze rozmiar tekstów przeważnie albo sięgał połowy strony (20), albo były to notatki nieprzekraczające objętość 1/4 strony (29).

Koronnym elementem oceny wizerunku przekazów medialnych jest tzw. wydźwięk: pozytywny, negatywny lub neutralny, zależny w dużej mierze od równowagi argumentów stron. W naszym badaniu wyróżniono wydźwięk poszczególnych artykułów w odniesieniu do środowiska lekarskiego oraz do przeciwnej strony sporu (Ministerstwo Zdrowia, NFZ) w sprawie kar za uchybienia w wypisywaniu recept. Proporcjonalny udział tekstów, badanych pod



Wykres nr 2

kątem równowagi zawartych w nich argumentów, przedstawia wykres nr 2. Wynika z niego, że w 59% analizowanych artykułów prasowych przeważają argumenty lekarzy, w 7% – ich adwersarzy, w 22% występuje równoważna ilość argumentów obu stron, a w 12% argumentacji nie ma.

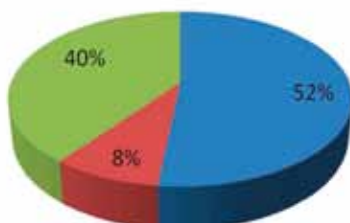
Po uwzględnieniu proporcji argumentów oraz sposobu ich prezentacji w poszczególnych artykułach, oceniono analizowane teksty pod kątem ogólnego wydźwięku: korzystny, niekorzystny, neutralny – w odniesieniu osobno do obu stron sporu. Wyniki tej analizy (odsetek tekstów) prezentują wykresy nr 3 (w odniesieniu do środowiska lekarskiego) oraz nr 4 (w odniesieniu do MZ i NFZ).

\*\*\*

Argumenty stron receptowego sporu, zawarte we wszystkich 58 analizowanych tekstach, są ogromną grupą prawie 400 stwierdzeń, dotyczących sześciu zagadnień: samego protestu, biorących w nim udział lekarzy, drugiej strony protestu (MZ, NFZ), zapisów prawnych, które go wywołały oraz reakcji pacjentów. Udział procentowy poszczególnych, wyodrębnionych powyżej kategorii przedstawiono na kołowym wykresie nr 5 (w legendzie podano ich liczebność).

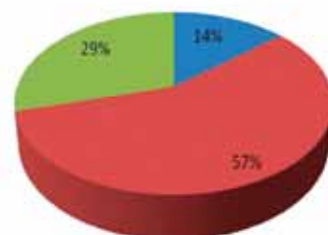
Wśród argumentów i stwierdzeń dotyczących samego protestu lekarzy dominowały te, które opisywały jego formę, skalę, zasięg i efektywność. Częściej wskazywano, że większość lekarzy przystąpi/przystąpiła do protestu, niż na to, że skala protestu jest niewielka. Bardzo często podkreślano, że do protestu przystąpią/przystąpili lekarze prowadzący prywatne praktyki lekarskie. Wyjątkowo pojawiały się stwierdzenia, że protestować będą także lekarze w publicznych szpitalach i przychodniach. Często wspomniany był sukces styczniowego protestu pieczętkowego, w wyniku którego udało się skłonić Sejm RP do usunięcia zapisów o karach dla lekarzy z ustawy refundacyjnej. W okresie poprzedzającym czynny protest dziennikarze często podkreślali jego uciążliwość dla pacjentów, natomiast po jego rozpoczęciu – śledząc sytuację w aptekach i porównując ją do styczniowej – stwierdzali, że zapowiadany scenariusz nie sprawdził się. W opisach protestu dominowały wyraziste określenia, nacechowane emocjonalnie, np. bunt, wojna, pożar, koszmarny protest, tykająca bomba. Grupa stwierdzeń opisujących postawy i działania protestujących lekarzy obfituje w te, które przedstawiają i oceniają ich ►►►

- korzystny dla środowiska lekarskiego, pozytywnie przedstawiający postulat lekarzy i ich działania
- niekorzystny dla środowiska lekarskiego, negatywnie ukazujący postulat i działania lekarzy
- neutralny dla wizerunku środowiska lekarskiego

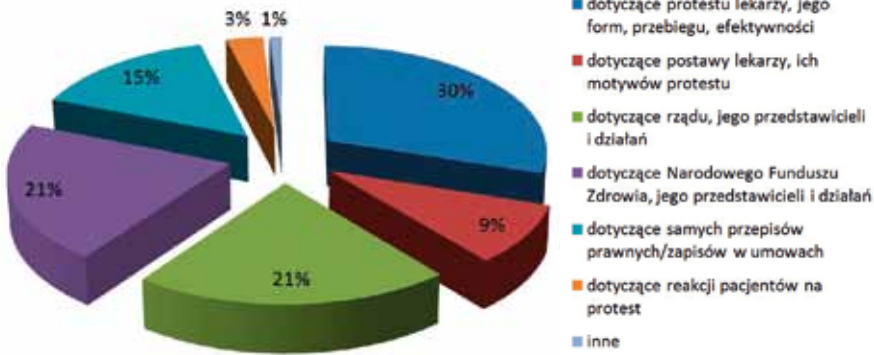


Wykres nr 3

- korzystny dla strony przeciwnej, pozytywnie ukazujący jej działania i postawy
- niekorzystny dla strony przeciwnej, negatywnie ukazujący jej działania i postawy
- neutralny dla wizerunku strony przeciwnej



Wykres nr 4



Wykres nr 5

motywacje, nastawienie i oczekiwania. Warto dodać, że tym razem dziennikarze w pełni zaprezentowali całą linię argumentacji środowiska lekarskiego. Skrupulatnie odnotowywali także wszelkie działania podejmowane przez lekarzy oraz organizacje lekarskie – zarówno te kierowane pod adresem organów władz centralnych, jak i adresowane do całej społeczności lekarskiej w Polsce.

W zbiorze argumentów dotyczących rządu, jego przedstawicieli i ich działań zdecydowanie dominują głosy krytyki, wyrażane nie tylko przez przedstawicieli środowiska lekarskiego, ale także np. ekspertów zaproszonych do wypowiedzi na łamach wymienionych gazet. Największe natomiast ciężki w mediach przy okazji protestu receptowego zebrał Narodowy Fundusz Zdrowia. Krytyczne stwierdzenia i argumenty, dotyczące tej instytucji, jej przedstawicieli i ich działań były ilościowo i jakościowo miążdzące. Wyrażane były przy tym przez różne osoby (także autorów artykułów) w większości w formie ostrej krytyki, również personalnej.

Wśród prawie 400 stwierdzeń i argumentów prezentowanych na temat protestu

receptowego w czterech wymienionych gazetach, zaledwie dziesięć opisuje reakcje pacjentów. Wszystkie to anonimowe „zbiórki” przedstawione przez Rzecznika Praw Pacjenta, łącznie z radami dla chorych, jak w sytuacji protestowej można sobie radzić. Żadna z nich natomiast nie opisała ani jednej dramatycznej sytuacji w lekarskim gabinecie czy aptece, wywołanej protestem, jak to miało miejsce w styczniu.

\*\*\*

Określenie skali protestu stanowiło problem dla wszystkich: przedstawicieli samorządu lekarskiego i innych organizacji lekarskich, aptekarzy, NFZ, pacjentów, dziennikarzy. Do dziś dokładnie nie wiadomo, jaka ona była w rzeczywistości, jednak w rzeczywistości medialnej była całkiem spora. To, czego zabrakło w prezentacji czerwcowo-lipcowego protestu w mediach, to z pewnością opisu jednostkowych zdarzeń. Wiadomo tymczasem, że dobrze opowiedziana historia uciemzonego przez protest pacjenta zaważyłaby z pewnością na wizerunku lekarskiej sprawy, a z kolei dramatyczne story lekarza udręczonego przez bezduszny system, odziera-

jący go z kilkunastu tysięcy złotych tytułem kary za drobne, ludzkie pomyłki na receptach, mogłaby zapewne zburzyć podstawy złego prawa w bardzo krótkim czasie (tak jak to miało miejsce w przypadku słynnych kar za niedopełnienie sprawozdawczości odnośnie odpadów medycznych).

Panuje przekonanie, że odwołanie prezesa NFZ **Jacka Paszkiewicza** ze stanowiska i powołanie jego następczyni – **Agnieszki Pachciarz** było receptą ministra zdrowia **Bartosza Arłukowicza** na ugaszenie receptowego protestu lekarzy. Coś w tym jest, gdyż nowa Pani Prezes dołączyła po swoim powołaniu zaprosiła przedstawicieli samorządu lekarskiego do negocjacji, co przełożyło się na nieznaczną poprawę zarówno wizerunku resortu, jak i samego Funduszu. Niestety, nie przełożyło się na wzmocnienie wizerunku środowiska lekarskiego. W przestrzeni publicznej zapanował pogląd nowej Pani Prezes, że osiem z dziesięciu postulatów lekarzy w sprawie umów z NFZ na wypisywanie recept refundowanych zostało spełnionych. W mediach obwieszczono, że lekarze odstąpili od protestu 7 lipca br. Na ile jedno czy drugie jest prawdą, tego do końca opinia publiczna nie wie. Jedna organizacja zakończyła protest, inne go rozpoczęły, jeszcze inne zmodyfikowały jego formę. Jedna cieszy się z kompromisu, inne chcą lepszego, jeszcze inne nie ustąpią aż do końca. Środowisko lekarskie rozwarstwilo się, co po raz kolejny dowiodło, że rozbieżność zdań w jego obrębie jest zbyt duża, a to... zbyt dobrze prognozuje dla adwersarzy. ●

Adriana Sikora

**Autorka jest rzecznikiem prasowym Łódzkiej Izby Lekarskiej**

Przedruk z miesięcznika Łódzkiej Izby Lekarskiej „Panaceum”, wrzesień 2012 r.

Tytuł oryginalny: Protest receptowy bardziej medialny, niż realny

## Zaproszenie na Koncert

Komisja ds. Kultury Śląskiej Izby Lekarskiej serdecznie zaprasza – już po raz ósmy – na tradycyjny koncert

### „Pro Memoria”

dla upamiętnienia Koleżanek i Kolegów, którzy odeszli „na wieczny dyżur” w czasie ostatniego roku.

**Koncert odbędzie się w auli Domu Lekarza,  
5 listopada br. o godz. 17.00**



**Grzegorz Góral**  
Przewodniczący  
Komisji ds. Kultury

## Na marginesie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych

# Był sobie gabinet



W pewnym zakładzie pracy zatrudniającym około 150 pracowników, przez lata istniał sobie skromnie wyposażony gabinet lekarski. Na całym etacie pracowała tam doświadczona pielęgniarka, a pani doktor, specjalista chorób wewnętrznych, przyjmowała dwa razy w tygodniu. Była znakomitą diagnostką i kładła duży nacisk na profilaktykę. Doskonale знаła swoich pacjentów i to, jaką konkretnie pracę każdy z nich wykonuje. Udało się jej zdiagnozować nowotwory we wczesnym stadium, początki cukrzycy i wiele innych przewlekłych schorzeń.

### ► PRZYSZŁO NOWE

Centrala w ramach cięcia kosztów nakażała likwidację gabinetów w zakładowych oddziałach. Pielęgniarka i pani doktor dostały wypowiedzenia, kartoteki schowano do archiwum, gabinet zamknięto. Zawarto umowę o ubezpieczeniu zdrowotnym wszystkich pracowników (to już tysiące osób) z dużą firmą Med X (prywatny sektor opieki zdrowotnej). Wersję minimum refunduje zakład, jak pracownik chce, płaci dodatkowo. Dostał plastikową kartę i numer telefonu. „Tam dzwonicie, jak zachorujecie.” I dzwonią. Do Warszawy. Pracownicy infolinii zadają pytania: co panu/pani dolega. Potem odzwaniają, gdzie należy się udać. Gabinety są w różnych dzielnicach, w różnych przychodniach (jak wygląda wydostawanie dokumentacji medycznej, tłumaczyć nie trzeba).

### ► I NOWSZE...

Po roku przychodzi nowsze. Dotychczasowa firma przegrała przetarg, zamiast Med X jest teraz Med Y. Ale ci sami pacjen-

ci nie mogą dostać się do tych samych lekarzy, bo ci pracują w innym „Medzie”, z którym nowy Med nie ma umowy. I tak chorzy trafiają znowu gdzie indziej, wg harmonogramu wskazań z Warszawy.

Teoretycznie każdy pracownik dostał wykaz dostępnych świadczeń, ale w praktyce często wygląda to tak: lekarz z Med Y podczas wizyty zlecił, na przykład, rtg. Teraz trzeba dzwonić do Warszawy na infolinię i rejestrować się od nowa, w oczekiwaniu na potwierdzenie czy „pakiet pozwala”. Okazuje się, że nie. Za samą wizytę „zrobimy rtg, a potem zobaczymy” ktoś jednak płaci. „Ktoś” też zapłaci drugi raz za to samo, bo skierowanie trzeba zdobyć ponownie – nie jest ważne tam, gdzie ubezpieczenie podstawowe. O ile pacjent nie zdecydował się zapłacić sam, znowu rejestracja, tym razem w Przychodni Rejonowej, skierowanie do specjalisty, oczekiwanie na termin, wyjście z gabinetu z nowym skierowaniem (prześwietlenie, a potem zobaczymy). Mija czas, chory jest chory coraz bardziej. Za chwilę będzie już na L4 i znowu „ktoś” za to będzie płacił. Tak wygląda na razie reforma, która prze-

widywała „podwyższenie poziomu opieki zdrowotnej w zakładach, które są zawarte w kodeksie pracy”. Dotychczas nie spreycyzowano czy lecąc się u świadczeniodawcy, który nie ma podpisanej umowy z NFZ, pacjent posiadający „dwie polisy”, zrzeka się czegokolwiek? Na razie ponosi więc koszty dodatkowego ubezpieczenia, ale często nadal jest traktowany tak, jakby był „z powszechnego” i mając dodatkową polisę, najczęściej i tak dopłaca.

### ► KTO OSZCZĘDZIŁ, KTO STRACIŁ

Ile kosztowało pół etatu pani doktor w tym zakładzie pracy i czy ktokolwiek policzył, ile pieniędzy zaoszczędziła wszystkim jedna lekarka? Jej sumienna praca i zaangażowanie, znajomość pacjentów i ich problemów zdrowotnych, pozwoliły na uniknięcie wielu kosztownych i długotrwałych rehabilitacji, długich zwolnień i rent. Czy w spółce handlowej szukającej zysków, ktokolwiek zrobił taką finansową symulację i czy kogokolwiek to interesowało, wszak to „różne kieszenie i różne pieniądze”? ►►►



## ►►► „IMPLEMENTACJE”

Już dwa lata temu Ministerstwo Zdrowia planowało nową ustawę o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. Województwo śląskie miało być objęte w 2012 r. programem pilotażowym. W 2011 r. wiceminister zdrowia **Jakub Szulc** mówił o „implementacji systemu opartego na konkurujących ze sobą płatnikach”. To trudne słowo jest pojęciem związanym głównie z procesem informacyjnym, ale może to być też mechanizm kontrolny (stosowany w prawie międzynarodowym). Ale pewnie lepiej brzmi niż „kontrola”.

Ministerstwo Zdrowia zakładało, że korzystniejsze będzie dla pacjentów wykonywanie dodatkowych ubezpieczeń, niż leczenie prywatne – bo to chyba kryje się za określeniem ograniczenia „ewentualnego ponoszenia wysokich opłat bezpośrednio u świadczeniodawcy”? Będzie chodziło o ogromne pieniądze, bo coraz więcej pacjent ich wydaje w prywatnych gabinetach medycznych. Krajowy Instytut Ubezpieczeń ocenił, że co trzecią złotówkę przeznaczoną na leczenie Polacy dokładają z własnej kieszeni. (np. w 2010 r. do 56 mld zł zebranych z naszych składek przez Narodowy Fundusz Zdrowia dołożyliśmy dodatkowo 33 mld zł).

### ► CO ZROBIONO?

„Ten projekt jest wyzwaniem politycznym” mówił dla „Rynku Zdrowia” jeszcze w październiku 2010 r. wiceminister zdrowia Jakub Szulc. Wtedy, dwa lata temu, zapowiedziano: „Resort planuje wprowadzenie

**Ministerstwo Zdrowia wraca po przerwie do projektu ustawy o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. Jeśli ustawa wejdzie w życie, może oznaczać poważne zmiany w prawie i sytuacji w polskiej ochronie zdrowia.**

ubezpieczeń suplementarnych, które mają zapewnić m.in. krótszy czas oczekiwania na świadczenia, oraz komplementarnych, pozwalających na dostęp do świadczeń, które nie są gwarantowane przez państwo”. (Daniel Kuropas/Rynek Zdrowia, 21-10-2010)

### RZĄDOWY PROJEKT MIAŁ M.IN. OBJĄĆ:

- wprowadzenie definicji prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego
- umożliwienie objęcia prywatnym ubezpieczeniem także świadczeń z zakresu medycyny pracy
- określenie minimalnych wymagań, jakie powinna spełniać umowa ubezpieczeniowa

Prywatne wydatki na opiekę zdrowotną urosły z ok. 19 mld zł w roku 2005 do ok. 31 mld zł w roku 2010. Z tego ponad połowa trafia do branży farmaceutycznej za leki bez recept, ok. 12 mld zł stanowią usługi medyczne płacone bezpośrednio przez pacjentów, ok. 2 mld zł – tzw. abonamenty medyczne, a ok. 200 mln zł – dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne (dane Ministerstwa Zdrowia).

„Wg raportu firmy badawczej PMR pt. „Rynek prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce 2012. Prognozy rozwoju na lata 2012-2014”, w 2011 r. dynamika wzrostu rynku prywatnej opieki zdrowotnej była wyższa niż w 2010 r., kiedy wyniosła 3,5%, ale niższa niż w najlepszych dla rozwoju segmentu prywatnej opieki zdrowotnej latach 2007-2009. Między 2012 a 2014 rokiem, według prognoz, rynek będzie się rozwijał w tempie około 5% średnio rocznie (CAGR). W 2014 r. wartość rynku zbliży się do 36 mld zł, podwoi się więc niemal w porównaniu do 2005 r.” (cyt. za *prnews.pl*. 18.06.2012 r.)

- zapisy dotyczące warunków współpracy (w tym przekazywania danych) między zakładami ubezpieczeń a NFZ
- dodatkowe wymagania dla podmiotów wykonujących świadczenia jednocześnie dla NFZ i firmy ubezpieczeniowej.

W czerwcu 2011 projekt ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym został uznany za priorytetowy. Aż 107 stron mają uwagi – uzgodnienia międzyresortowe – do tego projektu, opublikowane na stronach MZ. Już na pierwszej stronie wskazano m.in., że „zazwyczaj w ogólnych warunkach ubezpieczenia zawarte są postanowienia, iż ubezpieczonym nie może być osoba powyżej 65. roku życia oraz wprost wyłączone są m.in. osoby chore psychicznie, posiadające wrodzone choroby i wady lub trwale niezdolne do pracy (do zawarcia umowy konieczne jest wypełnienie wniosku dotyczącego stanu zdrowia ubezpieczonego). Wydaje się wysoce prawdopodobne, iż w tej sytuacji wskazane wyżej

ności będzie realizowane leczenie osób, które wykupiły ubezpieczenie dodatkowe. Powstały też wątpliwości zgłoszone przez Ministerstwo Finansów, dotyczące roli lekarza pierwszego kontaktu. – „Czy skierowanie wystawione przez lekarza pozostającego w NFZ będzie mogło stanowić podstawę do uzyskania świadczenia na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, czy też wymagane będzie wystawienie skierowania przez lekarza specjalistę?” oraz – „Czy istnieje ryzyko, że lekarz będzie działał na rzecz ubezpieczyciela i dokonywał selekcji pacjentów mniej kosztochłonnych dla zakładu ubezpieczeń, a obciążonych wyższym ryzykiem zdrowotnym, będzie kierował do systemu publicznego, jak będzie to monitorowane i egzekwowane?” Tzw. partnerzy społeczni również uznali, że projekt zawiera wiele błędów, uniemożliwiających dalsze prace nad dokumentem. „Ten projekt to bubel” pisała prasa.

29 maja 2012 r. odbyło się posiedzenie Zespołu Trójstronnego przy Ministerstwie Zdrowia. Sekretarz Stanu w MZ Jakub Szulc (przewodniczący zespołu) przypominał, że w poprzedniej kadencji Sejmu prace zostały zakończone na etapie konsultacji społecznych, a Ministerstwo Zdrowia „zgłasza gotowość do ponownego otworzenia procesu legislacyjnego”. Prace nad nową ustawą zaczęły się od nowa. Czy projekt podzieli los poprzedniego i wielu innych, które miały stworzyć spójny system?

Polska, w przeciwieństwie do większości krajów UE i OECD, nie wbudowała ubezpieczeń zdrowotnych w system ochrony zdrowia. Dodatkowe ubezpieczenia mają objąć leczenie szpitalne i ambulatoryjne oraz refundację leków. Jeśli ustawa wejdzie w życie, może oznaczać poważne zmiany w prawie i sytuacji w polskiej ochronie zdrowia. Póki co, pracownicy oddziału dużej spółki uważają, że z tamtym małym gabinetem i panią doktor na pół etatu było lepiej. ●

**Grażyna Ogrodowska**

# Wymogi, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia praktyki lekarskiej

Jednym z warunków, w oparciu o przepis art. 18 ustawy o działalności leczniczej, który obowiązany jest spełnić lekarz, wykonujący działalność leczniczą jako indywidualną praktykę lekarską, jest **dysponowanie pomieszczeniem, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne**, wyposażonym w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny odpowiedni do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, oraz **posiadanie opinii właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków wymaganych przy udzielaniu określonych świadczeń zdrowotnych**, a także świadczeń udzielanych w zakresie określonym w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Przepis ten stosuje się odpowiednio do indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej.

Zgodnie z przepisem art. 22 ustawy o działalności leczniczej, pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiadają wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wymagania dotyczą w szczególności warunków:

- 1) ogólnoprzestrzennych;
- 2) sanitarnych;
- 3) instalacyjnych.

Przepis art. 22 ust. 3 ustawy daje delegację Ministrowi Zdrowia do wydania rozporządzenia, w którym Minister określi szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, a także rodzajem wykonywanej działalności i zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych. W oparciu o ww. przepis, Minister Zdrowia wydał Rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, które weszło w życie 1 lipca 2012 r.

Ponadto, na mocy przepisu art. 207 ustawy o działalności leczniczej, podmiot wykonujący działalność leczniczą w dniu wejścia w życie ustawy (a więc podmiot istniejący w dniu 1 lipca 2011 r.), niespełniający wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1, dostosuje pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2016 r. Jednocześnie na podmiot wykonujący działalność leczniczą nałożono obowiązek przedstawienia organowi prowadzącemu rejestr, programu dostosowania tego podmiotu do wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1, w terminie do dnia 30 czerwca 2012 r., zaopiniowanego przez właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Opinia ta jest wydawana w drodze decyzji administracyjnej. **Termin 30 czerwca 2012 r., nowelizacją ustawy o działalności leczniczej, został przedłużony do 31 grudnia 2012 r.**

Zgodnie z pierwotnym brzmieniem przepisu art. 219 ust. 1 pkt. 3 ustawy o działalności leczniczej, akt wykonawczy wydany na podstawie art. 50b ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny, służące wykonywaniu indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej), zachowuje moc do dnia wejścia w życie odpowiedniego aktu wykonawczego wydanego na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy, jednak nie dłużej niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy. Wymienione rozporządzenie obowiązywało do 30 czerwca 2012 r. Mając na uwadze powyższe, wskazać należy na następujące kwestie:

Istotnym jest wyróżnienie trzech grup lekarzy:

1. lekarzy, którzy posiadali praktyki lekarskie przed 1 lipca 2011 r.,
2. lekarzy, którzy zarejestrowali praktyki lekarskie pomiędzy 1 lipca 2011 r. a 30 czerwca 2012 r.
3. lekarzy, którzy zarejestrowali i będą rejestrować praktyki lekarskie po 1 lipca 2012 r.

## ► DOTYCZY PIERWSZEJ GRUPY LEKARZY

Lekarz posiadający indywidualną bądź grupową praktykę lekarską, obowiązany jest posiadać pomieszczenie, które będzie spełniało odpowiednie wymagania. Wymagania te zostały potwierdzone decyzją Państwowej Inspekcji Sanitarnej, która została dołączona do wniosku o rejestrację tej praktyki. W dacie wydawania opinii przez Inspekcję (a tym samym w dacie rejestracji tej praktyki), gabinet spełniał właściwe wymagania.

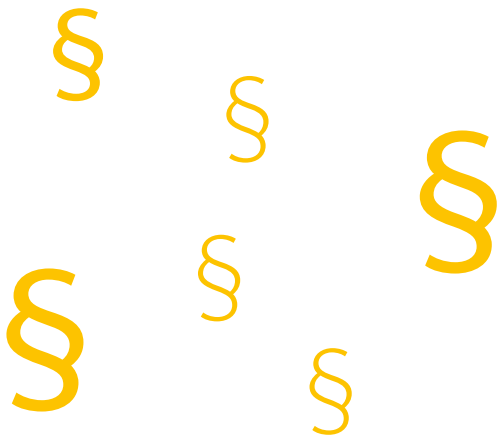
W związku z wejściem w życie w dniu 1 lipca 2011 r. ustawy o działalności leczniczej, lekarz winien dostosować praktykę, w tym pomieszczenia, do jej wymogów. Tym samym winien samodzielnie sprawdzić czy spełnia warunki wynikające z nowego Rozporządzenia Ministra z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

W przypadku stwierdzenia przez lekarza, że pomieszczenie, w którym wykonuje praktykę nie odpowiada wymogom ustawy i rozporządzenia, winien podjąć następujące kroki:

1. przygotować program dostosowania praktyki do wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy, a więc również przepisów rozporządzenia,
2. przedstawić program do zaopiniowania właściwemu organowi Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
3. po uzyskaniu ww. opinii lekarz ma obowiązek przedstawienia programu organowi prowadzącemu rejestr, tj. Okręgowej Radzie Lekarskiej w Katowicach, co winno być zrealizowane do dnia 31 grudnia 2012 r.,
4. faktycznie dostosować pomieszczenia i urządzenia do ww. wymagań zgodnie z programem dostosowania – do dnia 31 grudnia 2016 r.

Biorąc pod uwagę powyższe, jeśli w ocenie lekarza mającego praktykę, pomieszczenia tej praktyki odpowiadają wymogom nowego rozporządzenia, to nie ma





▶▶ obowiązkowi podejmowania kroków celem uzyskiwania opinii Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzającej ten stan. Tym samym, poprzednio wydana opinia Inspekcji zachowuje moc prawną.

Niemniej należy podkreślić, iż w sytuacji, w której lekarz posiadający praktykę rażąco narusza warunki wymagane do wykonywania działalności objętej wpisem (w tym dot. dysponowanego pomieszczenia), Okręgowa Rada Lekarska, jako organ prowadzący rejestr, ma możliwość wykreślenia lekarza, który prowadzi taką praktykę z naruszeniem przepisów.

#### ▶ DOTYCZY DRUGIEJ GRUPY LEKARZY

Lekarze, którzy zarejestrowali praktykę lekarską po 1 lipca 2012 r. (czyli po dacie wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej) i do 30 czerwca 2012 r. (czyli przed datą wejścia w życie nowego rozporządzenia) obowiązani byli posiadać pomieszczenia, które opiniowane były przez Państwową Inspekcję Sanitarną pod kątem spełnienia wymogów z Rozporządzenia z 9 marca 2000 r. Wobec braku uregulowania w ustawie o działalności leczniczej sytuacji prawnej tych lekarzy, przyjmując należy, iż winni oni postąpić jak lekarze z pierwszej grupy, tj. dokonać samodzielnego sprawdzenia, czy pomieszczenia praktyki odpowiadają wymogom nowego rozporządzenia. W zależności od ustaleń, lekarz będzie zwolniony z obowiązku dostosowania lub koniecznym będzie podjęcie działań dostosowawczych.

#### ▶ DOTYCZY TRZECIEJ GRUPY LEKARZY

Lekarze, którzy chcą zarejestrować praktykę lekarską – indywidualną bądź grupową, po 1 lipca 2012 r., winni posiadać pomieszczenie, które spełnia wymagania określone w przepisie art. 22 ustawy o działalności leczniczej. Dla tej grupy lekarzy nie przewidziano możliwości dostosowania pomieszczeń, a więc od razu, w chwili składania wniosku o wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,

winni posiadać pomieszczenia, które odpowiadają wymogom z przepisu art. 22 ustawy i nowego rozporządzenia, a tym samym przedstawić opinię Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu tych wymogów.

Nowe Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, ujednocila i porządkuje wymagania dla wszystkich rodzajów podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj. dawnych zakładów opieki zdrowotnej, praktyk lekarskich i praktyk pielęgniarskich. Zgodnie z intencją Ministra Zdrowia, przepisy te mają na celu usystematyzowanie wymogów dla pomieszczeń i urządzeń podmiotów wykonujących działalność w tym samym zakresie, bez względu na formę organizacyjno-prawną tego podmiotu.

Analizując zapisy Rozporządzenia wskazać należy, iż przepisy te w odmienny sposób niż dotychczas obowiązujące Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2000 r., określają wymogi dotyczące pomieszczeń praktyk lekarskich. Poprzednio obowiązujące Rozporządzenie szczegółowo i precyzyjnie określało wytyczne, jakie musiało spełniać pomieszczenie, by lekarz mógł w nim prowadzić praktykę. Obecnie obowiązujące przepisy nie stawiają przed lekarzem tak rygorystycznych wymogów. Wręcz przeciwnie, można przyjąć, iż przepisy te nie wymagają od pomieszczeń praktyki lekarskiej spełnienia wielu, dotychczas enumeratywnie wyliczonych wymogów, pozwalając na stosunkowo dużą elastyczność. Istotnym warunkiem jest, by pomieszczenia i urządzenia odpowiadały rodzajowi wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresowi udzielanych świadczeń zdrowotnych. ●

**Katarzyna Różycka**  
aplikant radcowski

## Witam wszystkich specjalizujących się lekarzy!

*Jak wiecie, zanoszę się na zmiany trybów specjalizacji. Uważam, że należy ten czas wykorzystać do zasugerowania zmian w programach specjalizacji. Wiele elementów naszych programów jest rozsądnie zaplanowana, jednak są i takie, które krytykujemy. W dyżurkach mówi się o stracie czasu na niektórych niepotrzebnych stażach czy kursach, kursach praktyczne niedających żadnych umiejętności ani uznawanych certyfikatów, zakresach procedur niemożliwych do realizacji, „tonach” kartek potrzebnych do złożenia w urzędach, by zakończyć specjalizację itd. Chcemy zebrać Wasze uwagi i przedstawić je w Ministerstwie Zdrowia i CMKP.*

*Piszcie więc do nas (można anonimowo), czekamy na Wasze opinie. Jeżeli nie podejmiemy tej inicjatywy, ktoś zadecyduje za nas, bo jak wiecie „nieobecni nie mają głosu”.*

**Rafał Sołtysek**  
p.o. przewodniczącego  
Komisji ds. Młodego Lekarza

**JEŻELI CHCESZ POPRAWIĆ PROGRAM SVOJĘ SPECJALIZACJI, JEŻELI UWAŻASZ ŻE MOŻNA ZAPLANOWAĆ JĄ LEPIJ JEŻELI OCZEKUJESZ INNEGO SZKOLENIA**

**NAPISZ DO KOMISJI MŁODEGO LEKARZA (nowa zakładka na naszej stronie internetowej FORUM MŁODEGO LEKARZA)**

**Zbieramy Wasze głosy z wszystkich dziedzin specjalizacji**

**CHCEMY BY PROGRAM SPECJALIZACJI BYŁ DLA NAS A NIE MY DLA PROGRAMU**

**Komisja Młodych Lekarzy ŚIL**

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

## ▶ 11.10.2012 (czwartek) godz. 15.30

### **Kurs doskonalący ZAAWANSOWANY KURS Z ZAKRESU RESUSCYTACJI KRAŻENIOWO-ODDECHOWEJ DOROSŁYCH**

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 – 4 godziny dydaktyczne, 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. Zgłoszenia wyłącznie na formularzu zgłoszeniowym. Decyduje kolejność zgłoszeń.

Kierownik naukowy dr n. med. Wojciech Rychlik.

## ▶ 15.10.2012 (poniedziałek) godz. 15.30

BRAK MIEJSC

### **Kurs doskonalący DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA JAMY BRZUSZNEJ W TEORII I PRAKTYCE – KURS PODSTAWOWY**

Kierownik naukowy dr Marek Potempa.

## ▶ 20.10.2012 (sobota) godz. 10.00

### **Konferencja POPRAWA KONTROLI GLIKEMII**

Współpraca: Novo Nordisk Pharma

## ▶ 23.10.2012 (wtorek) godz. 15.30

### **Kurs doskonalący RESUSCYTACJA KRAŻENIOWO-ODDECHO- WA DOROSŁYCH**

Kurs przygotowany jest szczególnie dla lekarzy bez doświadczeń w leczeniu nagłych stanów zagrożenia życia.

Po wykładzie uczestnicy zostaną podzieleni na małe grupy warsztatowe do ćwiczeń resuscytacji z zastosowaniem manekinów i sprzętu ratunkowego.

Terminy spotkań warsztatowych podane zo-

staną do wyboru w dniu wykładu.

Czas trwania: wykład – 6 godzin dydaktycznych, ćwiczenia – 7 godzin dydaktycznych.

Liczba miejsc została ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń. Każdy z uczestników wykładów weźmie udział w jednym spotkaniu warsztatowym.

Odpłatność za udział w kursie wynosi 50 zł.

Wpłaty należy dokonywać na konto: 43 1020 2313 0000 3102 0020 0246 (z dopiskiem: resuscytacja dorosłych).

Warunkiem uczestnictwa jest wypełnienie i przesłanie formularza zgłoszeniowego oraz dokonanie przelewu.

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

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

## ▶ 06.11.2012 (wtorek) godz. 16.00

### **Kurs doskonalący ZAKAŻENIA HIV I AIDS – CO KAŻDY LEKARZ I LEKARZ STOMATOLOG NA TEN TEMAT WIEDZIEĆ POWINIEN**

Wykład poprowadzi dr n. med. Marek Beniowski.

## ▶ 16.11.2012 (piątek) godz. 16.00

### **Kurs doskonalący ABRAZJA POWIETRZNA W CODZIENNEJ PRAKTYCE STOMATOLOGICZNEJ**

Wykład poprowadzi dr Bożena Szymala  
Współpraca All-Dent

## ▶ 27.11.2012 (wtorek) godz. 16.00

### **Kurs doskonalący POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU ZAKAŻEŃ WIRUSAMI HEPATOTROPOWYMI: – ZAKAŻENIA WIRUSAMI HAV, HBV, HCV, – ZAKAŻENIA INNYMI WIRUSAMI**

Wykład poprowadzi prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Mazur.

## ▶ 29.11.2012 (czwartek) godz. 15.30

### **Kurs doskonalący RESUSCYTACJA KRAŻENIOWO-ODDECHO- WA DZIECI**

Po wykładzie uczestnicy zostaną podzieleni

na małe grupy warsztatowe do ćwiczeń resuscytacji dzieci 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.

Liczba miejsc została ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń. Każdy z uczestników wykładów weźmie udział w jednym spotkaniu warsztatowym.

Odpłatność za udział w kursie wynosi 50 zł.

Wpłaty należy dokonywać na konto: 43 1020 2313 0000 3102 0020 0246 (z dopiskiem: resuscytacja dzieci).

Warunkiem uczestnictwa jest wypełnienie i przesłanie formularza zgłoszeniowego oraz dokonanie przelewu.

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

Kierownik naukowy dr n. med. Ludwik Stołtny

## ▶ 30.11.2012 (piątek) godz. 15.30

### **Kurs doskonalący BRAK MIEJSC ZARZĄDZANIE CZASEM W PRAKTYCE LE- KARZA I LEKARZA STOMATOLOGA**

## ▶ 07.12.2012 (piątek) godz. 9.00

### **Kurs doskonalący KURS PODSTAWOWY USG – CZĘŚĆ II**

Kierownik naukowy dr n. med. Wojciech Wawrzynek.

Jest to kontynuacja kursu z grudnia 2011 r.

## ▶ 14.12.2012 (piątek) godz. 9.30

### **Konferencja „ZIMOWE SPOTKANIA ZE STOMATOLOGIĄ. OD JUNIORA DO SENIORA”**

Konferencja połączona z Targami Stomatologicznymi.

Koszt udziału w Konferencji wynosi 150,00 zł od osoby. Wpłaty należy dokonać na konto Domu Lekarza:

VW Bank 78 213000042001049204680001 lub w kasie Domu Lekarza

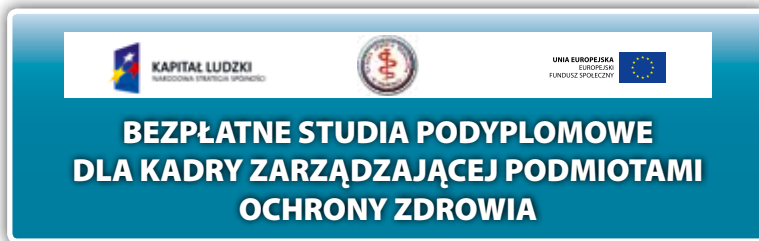
Kierownik naukowy dr n. med. Halina Borgiel-Marek.

Kursy i konferencje 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 dentyków (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.

## Wyższa Szkoła Medyczna w Sosnowcu zaprasza na studia podyplomowe z zakresu Zarządzania w ochronie zdrowia, współfinansowane przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Bezpłatne studia podyplomowe, atrakcyjny program studiów, wykładowcy – praktycy, noclegi, materiały dydaktyczne, zwrot kosztów dojazdu



### Kto może być uczestnikiem projektu – ważne!

Przypominamy, iż uczestnikami studiów podyplomowych mogą być pracownicy podmiotów leczniczych (publicznych i niepublicznych) należący do kadry zarządzającej (tj. dyrektorzy, główni księgowi, koordynatorzy, kierownicy komórek organizacyjnych w tym ordynatorzy oraz pielęgniarki oddziałowe, ich zastępcy etc.), zatrudnieni na podstawie umowy o pracę, którzy z własnej inicjatywy wyrażają chęć udziału w projekcie. Osoby, które nie spełnią powyższych kryteriów, będą odrzucane z przyczyn formalnych.

### Informacje o projekcie

Wyższa Szkoła Medyczna w Sosnowcu otrzymała dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia (środki z Europejskiego Funduszu Społecznego) na zorganizowanie sześciu edycji studiów podyplomowych z zakresu Zarządzania w ochronie zdrowia. Nabór na pierwszą i drugą edycję rozpoczynamy od lipca 2012 r. Zajęcia rozpoczną się w październiku br. Studia są dwusemestralne i trwają 160 godzin (10 zjazdów sobotnio-niedzielnym).

Studia są bezpłatne, mają 100% dofinansowania z EFS. Uczestnicy w ramach projektu mają zagwarantowane: zwrot kosztów dojazdu (do 150 zł za jeden zjazd), noclegi oraz materiały dydaktyczne.

Uczestnikami studiów mogą być pracownicy podmiotów leczniczych należących do kadry zarządzającej (tj. dyrektorzy, główni księgowi, kierownicy komórek organizacyjnych, w tym ordynatorzy oraz pielęgniarki oddziałowe, ich zastępcy etc.), zatrudnieni na podstawie umowy o pracę, którzy z własnej inicjatywy wyrażają chęć udziału w projekcie. Zapraszamy!

**Celem projektu jest podniesienie jakości zarządzania w podmiotach leczniczych poprzez wsparcie 360 przedstawicieli kadry zarządzającej (w 3 naborach).**

### Program nauczania.

1. Wybrane zagadnienia kodeksu spółek handlowych dla menedżerów szpitali 15 wykładów, 10 ćwiczeń

2. Aspekty przekształcenia SPZOZ w spółkę prawa handlowego 15 wykładów, 10 ćwiczeń

3. Ekonomia menedżerska 10 wykładów, 10 ćwiczeń

4. Zarządzanie finansowe w zakładach opieki zdrowotnej 10 wykładów 5 ćwiczeń

5. Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia 10 wykładów

6. Kontraktowanie usług medycznych 30 ćwiczeń

7. Negocjacje i mediacje 20 wykładów, 5 ćwiczeń

8. Odpowiedzialność prawna pracowników ochrony zdrowia 10 wykładów, 5 ćwiczeń

9. Rynek usług medycznych 10 wykładów, 10 ćwiczeń

10. Organizacja i zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej 10 wykładów, 10 ćwiczeń

11. Zarządzanie zespołem, czasem, organizacją pracy w zespole 10 wykładów, 10 ćwiczeń

12. Prawo pracy w zakładach opieki zdrowotnej 10 wykładów, 10 ćwiczeń

13. Zamówienia publiczne 10 wykładów, 10 ćwiczeń

14. Restrukturyzacja szpitala przed przekształceniem w spółkę prawa handlowego 15 wykładów, 10 ćwiczeń

15. Seminarium dyplomowe

### Rekrutacja

Grupą docelową projektu będzie 360 pracowników (w tym 230 K) podmiotów leczniczych należący do kadry zarządzającej (tj. dyrektorzy, główni księgowi, kierownicy komórek organizacyjnych, w tym ordynatorzy oraz pielęgniarki oddziałowe, ich zastępcy etc.), zatrudnieni na podstawie umowy o pracę, którzy z własnej inicjatywy wyrażają chęć udziału w projekcie.

Warunkiem podjęcia studiów podyplomowych jest ukończenie studiów wyższych.

W ramach rekrutacji należy przedłożyć do biura projektu (osobiście lub listownie) komplet dokumentów składający się z:

- podania o przyjęcie na studia (wypełniany on line poprzez zakładkę Rekrutacja on line),
- kwestionariusza osobowego (dostępny w zakładce Do pobrania),
- zaświadczenia o zatrudnieniu (dostępny w zakładce Do pobrania)

– odpisu dyplomu ukończenia studiów wyższych lub jego kopia (oryginał do wglądu),  
– dwóch zdjęć.

Dodatkowo kandydat musi złożyć wypełnioną ankietę badającą obszary zainteresowania i potrzeby uczestników oraz list motywacyjny. Ankieta jest dostępna w zakładce Do pobrania.

Osoby, które przedłożyły komplet dokumentów rekrutacyjnych i są uprawnione do uczestniczenia w projekcie zostaną poddane procedurze kwalifikacji przez Komisję Rekrutacyjną, w skład której wchodzi: koordynator projektu oraz dwóch przedstawicieli kierunku Zarządzanie, w tym opiekun merytoryczny kierunku.

Komisja będzie weryfikowała przedłożone komplety dokumentów, oceniając:

- przydatność studiów do pracy zawodowej (na podstawie formularza rekrutacyjnego, ankiety i listu motywacyjnego) – max. 4 pkt.
- miejsce pracy (preferowane będą osoby pracujące w podmiotach leczniczych zlokalizowanych w miejscowościach do 100 tys. mieszkańców) – 2 pkt.– miejsce zamieszkania (preferowani będą mieszkańcy miast do 25 tys. i wsi) – 2 pkt.

– kryterium płci (mężczyźni) – 2 pkt.

Dodatkowym kryterium będzie kolejność zgłoszeń, stosowana w przypadku identycznej punktacji otrzymanej za kryteria preferencyjne lub merytoryczne.

Osoby, którym zabraknie punktów do przyjęcia na studia w danej edycji, znajdą się na liście rezerwowej. Osoby zakwalifikowane podpiszą umowę o świadczenie usługi edukacyjnej (studia podyplomowe) oraz deklarację uczestnictwa w projekcie.

Terminy rekrutacji

I edycja – od lipca do października 2012 r.

II edycja – od stycznia do marca 2013 r.

III edycja – od lipca do października 2013 r.

### O kierunku

Studia podyplomowe będą odbywały się w systemie weekendowym.

Zajęcia będą się odbywały w jeden weekend każdego miesiąca.

Więcej informacji na temat projektu znajdziemy na stronie Ministerstwa

<http://zdrowie.gov.pl> ●

## Spotkanie ODDZIAŁU ŚLĄSKIEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PATOLOGÓW

# Klasyfikacja molekularna raków piersi

13 czerwca br. miało miejsce przedwacacyjne spotkanie Oddziału Śląskiego Polskiego Towarzystwa Patologów (PTP). Spotkanie odbyło się w Zakładzie Patologii Nowotworów Instytutu Onkologii w Gliwicach, którego kierownikiem, jak również przewodniczącym Oddziału Śląskiego PTP, jest dr hab. **Dariusz Lange**, prof. IO.

Tematem spotkania był rak piersi. Omówiono najnowsze zmiany dotyczące jego molekularnych podtypów (dr **Agata Stanek-Widera** – „Klasyfikacja molekularna raka piersi”).

Zgodnie z ustaleniami z St. Gallen z 2011 roku, grupa ekspertów proponuje podzielić wszystkie raki naciekające piersi na pięć zasadniczych grup. Są to grupy wyodrębnione poprzez analizę profilu ekspresji genów na platformach macie-

rzowych. Można je także zidentyfikować za pomocą badań immunohistochemicznych (ocena stanu receptorów estrogenowych, progesteronowych, HER-2 oraz indeksu proliferacyjnego Ki-67). Na podstawie uzyskanych wyników wyodrębnia się pięć następujących podtypów molekularnych inwazyjnego raka piersi:

1. typ luminalny A
2. typ luminalny B (HER2-ujemny)
3. typ luminalny B (HER-dodatni)
4. typ HER-2 (HER-dodatni, nieluminalny)
5. typ podstawny (trójujemny).

Te nowo wyodrębnione podtypy różnią się przebiegiem klinicznym oraz innymi sposobami leczenia systemowego. Znane dotychczas typy histopatologiczne raków inwazyjnych piersi, których klasyfikacja WHO wyróżnia około dwudziestu, da

się zaszerzować do powyższych pięciu podgrup. Klasyfikacja molekularna raków piersi obowiązuje już w części krajów europejskich i trafia obecnie także do Polski. Osobom zainteresowanym tematem polecamy specjalne wydanie Polish Journal of Pathology<sup>1</sup> oraz informujemy, że w lipcu br. ukazała się nowa klasyfikacja WHO guzów piersi<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Olszewski WP, Chmielik E, Ryś J. Patomorfologiczna selekcja chorych do terapii systemowej. Pol J Pathol 2011; 4 (supl 4): s. 28 – s.33.

<sup>2</sup> Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, Tan PH, van der Vijver M. WHO Classification of Tumours of the Breast. IARC, Lyon 2012.

**dr hab. n. med. Bogna Drozdowska**  
zastępca Przewodniczącego  
Oddziału Śląskiego PTP

Komunikaty

## Zebranie naukowo-szkoleniowe OŚ PTMP

**16.10.2012 r. o godz.13 00 w Instytucie Medycyny Pracy w Sosnowcu odbędzie się kolejne zebranie naukowo-szkoleniowe Oddziału Śląskiego Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy.**

**W programie:**

- sprawozdanie z obrad Walnego Zgromadzenia Delegatów oraz Krajowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy
- Co dalej z polską medycyną pracy - dokąd zmierzamy?
- wybrane aspekty problematyki „medycyny podróży”

**Wstęp wolny. Zapraszamy wszystkich lekarzy wykonujących zadania medycyny pracy oraz zainteresowanych. Uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne.**

**dr n. med. Ryszard Szozda**  
Przewodniczący Zarządu Oddziału Śląskiego PTMP

Reklama

- Ceny mieszkań od **147 000zł** brutto
- Parterowe mieszkania idealne pod działalność gospodarczą
- **Garaż podziemny, windy**



**II BUDYNEK JUŻ W SPRZEDAŻY**

**Biuro sprzedaży na terenie inwestycji**

**ul. ks. I. Siwca 4E/2, Tarnowskie Góry**

[www.apartamentylasowice.pl](http://www.apartamentylasowice.pl) | kom. 695 924 567 | tel. 32 284 21 12

# Dostojna Jubilatka

**Prof. dr hab. Henryka Langauer-Lewowicka** 12 lipca 2012 r. ukończyła 90 lat. W zasadzie kobietom wieku przypominać podobno nie należy, ale nie wolno zapominać o takich ludziach jak Pani Profesor, która, pomimo swojego wieku, jest nadal pracownikiem Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego, bierze udział w zebraniach i spotkaniach i ma nadzieję na dalszy rozwój i kontynuację zamierzeń. Należy wspomnieć, że pracę zawodową rozpoczęła w roku 1943 (z przerwą na studia medyczne), od 1961 r. pracuje w Instytucie Medycyny Pracy, a od roku 1984 posiada tytuł profesora. Jest autorką i współautorką licznych prac naukowych, pełniła liczne odpowiedzialne funkcje, uzyskała wiele wyróżnień (z tym tytuł Członka Honorowego Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy) i nie myśli o tak zwanym odpoczynku.

7 sierpnia 2012 w gabinecie dyrektora Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego miałem zaszczyt, jako przedstawiciel Śląskiej Izby Lekarskiej i przewodniczący Śląskiego Oddziału Towarzystwa Medycyny Pracy, wręczyć Pani



foto: Anna Zadóra-Swiderek

Życzenia i gratulacje dla szacownej Jubilatki; od lewej: dr Ryszard Szozda, prof. Henryka Langauer-Lewowicka, dr Piotr Brewczyński, dyrektor instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego.

Profesor list gratulacyjny, wystosowany do Szanownej Jubilatki przez Okręgową Radę Lekarską z inicjatywy jej prezesa, dr. **Jacka Kozakiewicza**. Pani Profesor, jak zwykle pełna entuzjazmu, przedstawiła swoje plany z terminami ich realizacji. Wspom-

nieniom nie byłoby końca, gdyby nie to, że Jubilatka stwierdziła, że jest w pracy i musi kontynuować swoje zamierzenia... Serdeczne życzenia, wraz z wyrazami uszanowania, Pani Profesor! ●

**Ryszard Szozda**

## „(I)granie profilaktyką”

### czyli o grze szklanymi paciorkami w polskim wydaniu

Schorzenia jamy ustnej, ze względu na swoją powszechność i silną zależność od ogólnego stanu zdrowia oraz stylu życia, stanowią istotny element zdrowia publicznego. A obszar ten wymaga współpracy profesjonalistów z wielu dziedzin: stomatologów, higienistek stomatologicznych, lekarzy medycyny.

Informacje przekazywane przez producentów i importerów środków do higieny jamy ustnej są optymistyczne: sprzedaż szczoteczek do zębów i past wciąż wzrasta. Paradoksalnie jednak, wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że w Polsce zapadalność na próchnicę i choroby przyzębia utrzymuje się, wg kryteriów Światowej Organizacji Zdrowia, na wysokim poziomie i jest jedną z najwyższych w Europie i na świecie...

Akcja jednej z powieści niemieckiego noblisty, Hermana Hesse „Gra szklanych paciorków”, rozgrywa się w fikcyjnej, środkowoeuropejskiej prowincji, w bliżej nieokreślonej przyszłości. To całkowicie wyalienowane z codziennej rzeczywistości miejsce egzystencji ascetycznego zakonu intelektualistów. Nieświadomi zwykłych problemów, jej mieszkańcy zajmują się wyłącznie studiowaniem wybranych przez siebie nauk i sztuk. Kulturywują oni też grę szklanych paciorków. Głównym bohate-

rem powieści jest mistrz owej gry. Niestety, nawet bardzo uważny czytelnik nie wie po zakończeniu lektury powieści Hesse, na czym praktycznie polega wspomniana gra. Jej natura pozostaje przez wszystkie strony powieści nieuchwytna. Aluzje co do jej zasad są podane w tak skomplikowany sposób, że trudno jest ją sobie wręcz wyobrazić. Główny natomiast bohater powieści, wycofany z codziennego życia, pełnego często problemów, porzuca pewnego dnia idylliczną egzystencję, opartą o studia nad grą szklanych paciorków, w społeczeństwie nieświadomym życia na zewnątrz. Wątpi bowiem, czy aby wybitnie uzdolnieni mieszkańcy idyllicznej prowincji, w której żyje, mają prawo do absolutnego wycofania się z codziennego, rzeczywistego świata. Niestety, w kilka dni po porzuceniu zakonu ginie, nie będąc odpowiednio przygotowanym do sytuacji czekających na niego w realnej rzeczywistości.

Nie sposób nie odnieść wrażenia, że problem profilaktyki schorzeń jamy ustnej

w polskich warunkach, przypomina opisaną przez Hesse, prawie przed wiekiem, historię.

Głównym celem realizowanym przez lekarzy stomatologów we współczesnym świecie jest poprawa sytuacji zdrowotnej społeczeństwa w zakresie zdrowia jamy ustnej oraz prowadzenie działań wzmacniających profilaktykę w tym zakresie. Właściwa polityka zdrowotna w temacie stomatologii może bowiem przynieść w perspektywie ogromną korzyść, tak w postaci oszczędności finansów (szczególnie publicznych), jak i poprawy miejscowego oraz ogólnego stanu zdrowia, w związku ze zmniejszeniem następstw nieleczzonej próchnicy, czy choroby przyzębia.

Schorzenia jamy ustnej plasują się na czwartym miejscu najbardziej kosztownych do leczenia. Równocześnie jednak, ponad 90% z nich, włączając schorzenia nowotworowe, jest do uniknięcia przy ►►



przestrzeganiu zasad profilaktyki i skutecznej edukacji prozdrowotnej społeczeństwa. Niestety, przeprowadzona ponad 10 lat temu w Polsce reforma opieki zdrowotnej i publicznych ubezpieczeń społecznych, preferuje w dziedzinie stomatologii zabiegi lecznicze, na drugim planie pozostawiając edukację i profilaktykę. A prywatne gabinety stomatologiczne, których z każdym rokiem przybywa, działając we własnym zakresie, również koncentrują się przede

sponsorowane w czasopiśmie prozdrowotnych, ulotki i informacje w punktach sprzedaży).

Warto, aby wiedza dotycząca profilaktyki stomatologicznej dotarła także do lekarzy rodzinnych, pediatrów, internistów i lekarzy innych specjalności. Schorzenia bowiem jamy ustnej, ze względu na swoją powszechność i silną zależność od ogólnego stanu zdrowia oraz stylu życia, stano-

Profilaktyka schorzeń jamy ustnej nie jest w polskich warunkach opłacalna. Z punktu widzenia ekonomicznego, jesteśmy swoistym światowym fenomenem.

wszystkim na zabiegach leczniczych. Przeznaczanie czasu na profilaktykę schorzeń jamy ustnej nie jest w polskich warunkach opłacalne. Okazuje się więc, że z punktu widzenia ekonomicznego jesteśmy swoistym światowym fenomenem...

W konsekwencji, wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że w Polsce zapadalność na próchnicę i choroby przyzębia utrzymuje się wg kryteriów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na wysokim poziomie (na jednym z najwyższych w Europie i na świecie).

Z danych ostatnich lat, opracowanych przez CBOS wynika, że 26% Polaków nie zgłasza się w ogóle na wizyty profilaktyczne u stomatologa, a 43% odwiedza gabinet dentystryczny maksymalnie raz na rok. Równocześnie świadomość prozdrowotna matek okazuje się niewielka, żeby nie powiedzieć żadna: 61,5% dzieci w wieku 3 lat nigdy nie było u stomatologa, tylko 37,1% dzieci szczotkuje zęby dwa razy dziennie, 31,3% dzieci czyści zęby bez pomocy rodziców i tylko 6% matek zwraca uwagę na czas szczotkowania zębów. Ponad połowa dzieci spożywa codziennie słodycze. Powszechne jest także przekonanie, że nie warto dbać o zęby mleczne, bo i tak wypadną.

Powszechność głównych schorzeń jamy ustnej (próchnicy, chorób przyzębia) wymaga działań w wymiarze zdrowia publicznego o charakterze kompleksowym (edukacja zdrowotna, profilaktyka, organizacja ochrony zdrowia). Niestety w ostatnich latach w Polsce ze środków publicznych, w ramach ubezpieczenia zdrowotnego refundowane są tylko niektóre zabiegi lecznicze wchodzące w zakres leczenia, z roku na rok i tak ograniczane dyrektywami NFZ.

Edukacja natomiast i profilaktyka przesuwane są na plan coraz dalszy. Społeczeństwu pozostaje więc jedynie wiedza prozdrowotna jako element marketingu, finansowany przy okazji promocji ze strony producentów środków do higieny jamy ustnej (reklamy w telewizji, radio, artykuły

wią istotny element zdrowia publicznego. A obszar ten wymaga współpracy specjalistów z wielu dziedzin: stomatologów, higienistek stomatologicznych, lekarzy medycyny.

**W związku z aktualnym stanem zdrowia jamy ustnej Polaków, Ministerstwo Zdrowia opracowało „Narodowy Program Zdrowia na lata 2007- 2015”, przyjęty Uchwałą Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15.05.2007.**

**Strategiczne cele zdrowotne w części poświęconej stomatologii, które powinny być osiągnięte w skali globalnej w 2020 roku to:**

- **promocja zdrowia,**
- **minimalizacja wpływu chorób jamy ustnej na ogólny stan zdrowia i rozwój człowieka,**
- **minimalizacja wpływu na jednostkę i społeczeństwo chorób systemowych, przebiegających z objawami w jamie ustnej.**

Czy aby jednak istnieją jakiegokolwiek szanse na ich realizację?

Aktualny kryzys gospodarczy wpływa dodatkowo na zmniejszenie dostępności, jakości i bezpieczeństwa stomatologicznej opieki zdrowotnej. Wielu pacjentów napotyka już teraz na finansową barierę dostępu do świadczeń, mimo coraz większego rozwoju prywatnych gabinetów stomatologicznych, w których usługi, wyposażenie w sprzęt i materiały nie ustępują w Polsce innym krajom Unii Europejskiej.

Idylliczna, wyalienowana z rzeczywistości teoria o profilaktyce, tonie w zderzeniu z polską rzeczywistością. Próby jej indywidualnego realizowania przez stomatologów są niczym próba gry szklanymi paciorkami – abstrakcyjna i nierealna próba syntezy teorii o profilaktyce, walki o zachowanie poczucia własnej etyki i finansowego bilansu własnej praktyki stomatologicznej. ●

**dr n. med. Agnieszka A. Pawlik**

## XXXI Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

**Każdy Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego jest wielkim świętem polskiej ginekologii, które w 2012 roku wiąże się ze 123-leciem działalności Towarzystwa Ginekologicznego. Hasło przewodnie tego najważniejszego w naszym kraju w 2012 roku spotkania naukowego ginekologów i położników to „Kobieta XXI wieku”.**

Program naukowy Kongresu obejmuje praktycznie wszystkie obszary ginekologii i położnictwa, ale istotną nowością są zagadnienia związane z ginekologią estetyczną i z szeroko pojętym problemem anti-aging'u.

W czasie czterodniowego spotkania proponujemy uczestnikom udział w sesjach plenarnych, głównych, tematycznych oraz sesji polonii ginekologicznej świata. Obok sesji wykładowych, przewidzieliśmy także czas na dyskusję i spotkania warsztatowe. Kongres to okazja do podsumowania trzyletniej aktywności naukowej, klinicznej, edukacyjnej oraz wyróżnienia osób szczególnie zaangażowanych w rozwój ginekologii i położnictwa.

Zaprosiliśmy do Katowic ginekologów – położników, neonatologów, położne i pielęgniarki, psychologów, fizjoterapeutów, studentów medycyny, a także przedstawicieli innych specjalności, których zainteresowania mieszczą się w głównym nurcie osiągnięć naukowych ginekologii. Zaproszeni wykładowcy z kraju i ze świata zaprezentowali najnowsze wytyczne i standardy postępowania w położnictwie i ginekologii, a ciekawy program artystyczny i inne imprezy towarzyszące były wspaniałym dopełnieniem wrażeń z tego Kongresu.

XXXI Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego odbył się w dniach 19-22 września 2012 roku w Hali Widowiskowej „Spodek” oraz na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. ●

**Marcin Kuryłło**

*„Pro Medico” przyjęło patronat medialny nad Kongresem. Relację zamieścimy w listopadowym numerze.*

**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 32 203 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](mailto:d.rzepniewska@izba-lekarska.org.pl), [pełnomocnik@izba-lekarska.org.pl](mailto:pełnomocnik@izba-lekarska.org.pl)  
Jednocześnie istnieje możliwość KONTAKTU TELEFONICZNEGO Z BIUREM PEŁNOMOCNIKA  
w godzinach pracy Śląskiej Izby Lekarskiej pod numerem tel. 32 203 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...**



KAPITAŁ LUDZKI  
NARODOWA STRATEGIA SPOŁECZNA



UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY

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

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach  
Europejskiego Funduszu Społecznego.

**W kursach mogą uczestniczyć lekarze i lekarze dentyści zamieszkali i zatrudnieni  
na terenie województwa śląskiego.**

**Warunkiem zakwalifikowania na kurs jest zatrudnienie  
na zasadzie umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej.  
Kursy są bezpłatne.**

Szczegółowe informacje dotyczące uczestnictwa w kursach można uzyskać:  
**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](mailto:prodoctore@izba-lekarska.org.pl)  
[www.izba-lekarska.org.pl/prodoctore](http://www.izba-lekarska.org.pl/prodoctore)

# Muzeum Chirurgii w Ustroniu

Lekarze pochylają się nad stołem operacyjnym, na którym leży pacjent przykryty zielonymi chustami. Chirurdzy wkładają narzędzia w krwawiącą ranę umożliwiającą dostęp do stawu biodrowego. Przyciszony głos, dźwięk wiertarki, monotonny odgłos pracującej aparatury do narkozy. Wokół stołu walają się zakrwawione gaziki, obok na stolyczku instrumentariuszki na swoją kolej czekają endoprotezy, móździerz i frezy.



foto: Anna Zadora-Świderek

Zrekonstruowana sala operacyjna z lat 70. ubiegłego wieku.

W pierwszym momencie, przestępując próg, goście cofają się zaskoczeni, że weszli na salę operacyjną w trakcie zabiegu. Dopiero po chwili uświadamiają sobie, że to nie jest prawdziwy zabieg, tylko z dużą troską o szczegóły i bardzo sugestywnie odtworzona sala operacyjna z lat siedemdziesiątych XX wieku.

– *Ja to jeszcze pamiętam, używaliśmy tego na oddziale* – mówi ktoś. Inni śmieją się, że te „zabytki” są jeszcze na chodzie.

Sala stanowi pierwszą ekspozycję Muzeum Chirurgii, powstającego na terenie Śląskiego Szpitala Reumatologiczno-Rehabilitacyjnego w Ustroniu. Jej uroczyste otwarcie nastąpiło w czerwcu br., ale to dopiero początek planów wystawienniczych, jakie ma dyrektor szpitala **dr Ryszard Wąsik**.

Ze Śląskiem związanych było wielu znakomych chirurgów, których dorobek naukowy i wkład w rozwój tej dziedziny medycyny jest nie do przecenienia zarówno w skali kraju, jak i Europy. Chirurgia to

również stały postęp technologiczny i organizacyjny, ciągle udoskonalanie metod leczenia. Stąd pomysł, by ocalić dla przyszłych pokoleń to, co w szybkim tempie, na naszych oczach przechodzi do lamusa.

– *W Polsce nie ma muzeum medycyny z prawdziwego zdarzenia, nie mówiąc już o placówce, która prezentowałaby dzieje chirurgii. Chcemy, aby tutaj w Ustroniu na około czterystu metrach kwadratowych znalazło się miejsce na zaprezentowanie w nowoczesnej formie narzędzi i sprzętu używanego podczas operacji. Tego, jak na przestrzeni dziesięcioleci następowała jego ewolucja wynikająca ze zmian zachodzących w technikach i metodach chirurgicznych. Chcemy również przypomnieć sylwetki wybitnych chirurgów, bez których nierzadko pionierskiej pracy, postęp ten nie byłby możliwy* – powiedział dyrektor Wąsik.

Muzeum, poza gromadzeniem i prezentowaniem eksponatów, zamierza również prowadzić działalność naukową i edukacyjną. Idea stworzenia takiej instytucji

znalazła uznanie Oddziału Śląskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich (TCHP), które aktywnie pomaga w jego organizacji i gromadzeniu zbiorów.

– *Jeśli się dobrze poszpera na strychach, w piwnicach, czasem garażach, na pewno uda się odnaleźć wiele ciekawych eksponatów. Gromadźmy je i bądźmy współbudowniczymi tego muzeum, które może zachować dla przyszłych pokoleń intelektualną przeszłość, stanowiącą podstawę naszego zawodu* – apelował prof. **Jerzy Arendt**, prezes Oddziału Śląskiego TCHP.

Pomysł utworzenia muzeum poparła także Śląska Izba Lekarska. Prezes ORL **Jacek Kozakiewicz**, gratulując pomysłodawcom i proponując pomoc prawną oraz organizacyjną dla nowo powstającej instytucji, podkreślił wagę tworzonego przedsięwzięcia.

– *Pamięć bywa ulotna, fakty, biogramy, wspomnienia to tylko część naszego dziedzictwa, ważnym jej dopełnieniem są przedmioty i wynalazki – wszystko to, co składa się na kulturę materialną. Dlatego tym cenniejsza jest inicjatywa powołania muzeum, że pozwala zobaczyć autentyczny kontekst wydarzeń i ich uczestników* – mówił prezes.

Jesienią planowane jest udostępnienie zwiedzającym kolejnych ekspozycji m.in. XVIII-wiecznej sali operacyjnej, zabytkowych narzędzi chirurgicznych oraz sylwetek wybitnych chirurgów. ●

**Anna Zadora-Świderek**

*Misją muzeum jest uczynić bardziej zrozumiałą, długą i trudną drogę chirurgii i chirurga w jego zmaganiach z chorobą, kalectwem i urazem – w jej realizacji liczymy na Państwa pomoc.*

*Cały czas trwa kompletowanie zbiorów muzeum: urzędów, narzędzi, zdjęć, książek i dokumentów. Dlatego proszę wszystkich, którzy dysponują pamiątkami z przeszłości, a chcieliby je przekazać instytucji, która zadba o ich zachowanie dla przyszłych pokoleń i naukowe opracowanie, o kontakt ze mną.*

**Ryszard Wąsik**  
(tel. kom. 604 123 957)



# Czy jazda rowerem na Ukrainie to dobry pomysł?

Nad Dniestrem.

Od zeszłego roku krążył wokół mnie pomysł na wyjazd rowerowy na dawne polskie wschodnie rubieże.

Namawiał mnie do tego mój wieloletni partner rowerowy z tras w różnych krańcach Europy, **Grzegorz Michniewski**. Obaj mamy „wschodnie” korzenie, stąd te tereny darzymy dużym sentymentem. W ubiegłym roku wyjazd nie doszedł do skutku, ale w tym roku nasza determinacja była większa. Jako że obaj należymy do osób bardzo zajętych, już na początku roku ustaliliśmy termin wyjazdu. Problemem okazała się podróż, gdyż nie ma możliwości zabrania ze sobą roweru do pociągu do Lwowa, autobus także nie wchodzi w grę. Pozostał samolot, ale tu także nie bardzo chciano zabrać rower.

Ale jakoś przezwyciężyliśmy te trudności i wreszcie wylądowaliśmy we Lwowie. Lotnisko zbudowane na Euro 2012 robi dobre wrażenie, a nieopodal stoi okazały, klasycystyczny gmach przedwojennego polskiego lotniska. Nie było czasu na zwiedzanie Lwowa, dalej kolejną przemieściliśmy się do Stanisławowa, startując z pięknie utrzymanego lwowskiego dworca kolejowego. To miasto ma pięknie odrestaurowane centrum, a atmosfera wieczorem przypominała nieco atmosferę włoskich czy hiszpańskich miast Południa.

## ► KAMIENIEC PODOLSKI – „TO WASZE, POLSKIE MIASTO”

Po miłych chwilach w tym uroczym miejscu ruszyliśmy w kierunku Kamieńca Podolskiego. Zamek w Kamieńcu to tkwiąca w naszych głowach projekcja Sienkiewiczowskiej Trylogii z tragicznym bohaterem pułkownikiem Wołodyjowskim, którego współczesnym uosobieniem, dzięki swej znakomitej roli filmowej, jest Tadeusz Łomnicki. Po drodze minęliśmy Buczacz i Czortków, ale obie miejscowości zrobiły złe wrażenie. Chaos architektoniczny, nieład, a Czortków nocą nie ma żadnego oświetlenia, co jest naprawdę przynębiające.

Z Czortkowa, gdzie nocowaliśmy, do Kamieńca jest tylko 80 km i już wczesnym popołudniem w oddali zamajaczył na horyzoncie imponujący zamek. Korzystając z wczesnej pory, już bez bagażu ruszyliśmy na zwiedzanie zamku i objazd okolicy. Kamieniec leży nad Dniestrem malowniczo wijącym się w dość głębokim kanionie. Nad miastem góruje zamek, a na drugim brzegu rzeki znajduje się stare polskie miasto. Zabytki, np. ratusz, kamieniczki i kościoły, są naprawdę świetnie odnowione, czuje się tu duch polskości. Ale to nie tylko nasze, być może subiektywne odczucia idą tropem polskości.



Zamek w Chocimiu.



▶▶▶ Proszę sobie wyobrazić, że gdy o coś pytaliśmy przypadkowo napotkanego przechodnia, ten stwierdził: „Kamieniec to jest wasze, polskie miasto”. A zupełnie nas rozbroił fakt, iż młoda kelnerka (Ukrainka) w restauracji świetnie знаła polski, a nauczyła się go w miejscowej szkole! Polska, polska kultura, polski język, ciągle są atrakcyjne dla mieszkańców tych ziem. Pewnie to wynik częstych wizyt w Polsce (wielu rozmówców stwierdzało, że pracowało w Polsce lub ma taki zamiar albo ma kogoś w rodzinie, kto właśnie u nas pracuje), ale nie można upraszczać tego zagadnienia i sprawać li tylko do kwestii merkantylnych. Sześć wieków polskiej obecności na tych terenach nie mogło tak po prostu „wyparować” ze świadomości społecznej.

#### ▶ PO OBU STRONACH DNIESTRU

Twierdza w Chocimiu, dokąd udaliśmy się następnego dnia, okazała się jeszcze bardziej imponująca; podobnie jak zamek w Kamieńcu Podolskim, leży nad brzegiem Dniestru. Chocim był najdalej na wschód położonym punktem trasy, naszym kolejnym celem były Karpaty Wschodnie. Worochta i Jaremczce to są miejscowości górskie, które w okresie II RP były równie popularne jak Zakopane, a otaczające je szczyty przekraczają 2000 metrów.

Trasa wiodła bocznymi, szutrowymi drogami, wijąc się malowniczo wśród wzgórz. Dwukrotnie promami przekraczaliśmy Dniestr. Niestety, właśnie nocą, gdy w namiotach nocowaliśmy nad Dniestrem, pogoda się załamała i przez kolejne dni padało i zrobiło się bardzo zimno, a temperatura w ciągu dnia oscylowała wokół 10-12 stopni. Mimo to udało się nam jakoś dojechać do Worochty, zaliczając po drodze nocleg w Kołomyi. Gór nie udało się zobaczyć, gdyż cały czas niebo było spowite niskimi, deszczowymi chmurami. No cóż, trzeba będzie tam kiedyś wrócić...



Zamek w Kamieńcu Podolskim.

#### ▶ WSZYSTYCY NAM ODRADZALI

I na koniec odpowiedź na nieco przewrotne tytułowe pytanie. Gdy przygotowaliśmy się do wyprawy, nie spotkałem nikogo, kto by mnie doń zachęcał. Zarówno bywalcy Małopolski Wschodniej, jak i inne osoby stanowczo nam odradzały wyjazd na te tereny.



W Kamieńcu Podolskim.

Mogę zrozumieć obawy osób starszych obciążonych balastem przeszłości, ale jakoś nie bardzo rozumiem np. pani z biura turystycznego specjalizującego się w wyjazdach w te strony, która starała się mnie kategorycznie zniechęcić. Twierdziła, że nigdy nie spotkała na drogach rowerzystów z sakwami i jazda rowerem jest na pewno niebezpieczna.

Zgodnie z moimi doświadczeniami, da się tam jeździć na rowerze, ludzie są mili, nastawieni przyjaźnie, a baza turystyczna jest całkiem niezła. Zachowanie kierowców wobec rowerzystów jakoś istotnie nie odbiega od polskich zwyczajów, ale ruch samochodowy na Ukrainie jest znacznie mniejszy niż u nas. Na prowincji przeważają stare łady, wołgi, widywaliśmy nawet zabytkowe zaporożce, ale między nimi przemykają auta najlepszych światowych marek. Fakt, nie ma rowerzystów z sakwami (mówiono nam, że widziano paru Niemców i jakąś polską grupę), ale my nikogo nie spotkaliśmy. Przyglądano się nam z uwagą, ciekawością, ale i sympatią. Turystów z Polski jest niewielu, widzieliśmy jeden autobus, dwa busy i parę samochodów osobowych, głównie w górach. Tam też jest pewna liczba Polaków wędrujących po górach, a w grupie młodzieży z Bytomia spotkałem nawet studenta stomatologii Lwowskiego Uniwersytetu. Nie ma kempingów, ale sieć hoteli jest wystarczająca, a w każdej, nawet najmniejszej wiosce są sklepy spożywcze czynne do późnych godzin wieczornych.

Ceny są niższe niż w Polsce, choć w miejscowościach turystycznych bywają nawet wyższe niż u nas. Drogi są raczej marne, dziur nie brakuje, ale dla rowerzysty to nie jest żadna przeszkoda.

W ogóle mieszkańcy tych stron są bardzo aktywni, widać na każdym kroku ich przedsiębiorczość np. często spotykaliśmy ludzi sprzedających owoce lub warzywa. Sporo jest także małych zakładów usługowych lub produkcyjnych. Niezłe ogólne wrażenie psuje ogromna ilość śmieci zalegających pobocza dróg.

Odpowiedź na tytułowe pytanie brzmi: TAK. ●

**Tekst i zdjęcia:**  
**Wojciech Pluskiewicz**



kolejny odcinek książki dr. Eugeniusza Czubaka „W pogoni za przeznaczeniem”

## Raz maść, raz paść...

Znalazłem się w dużym zakładzie leczniczym, tutaj będę mógł realizować najgorętsze pragnienia. Zakosztowawszy w Zakładzie Biologii satysfakcji z pracy naukowej, znajdę również możliwości rozwoju w tym kierunku...

Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych liczyła łącznie 136 łóżek. Posiadała oddziały: skórny męski i kobiecy, dermatologii dziecięcej, dwa zamknięte na kształt zakaźnych oddziały weneryczne, kobiecy i męski; ambulatoria: ogólne, dla studentów i z oddzielnym wejściem weneryczne; dział diagnostyki laboratoryjnej, pracownię histopatologiczną; gabinet fizyko- i rentgenoterapii; bibliotekę ogólnomedycyną i czasopism specjalistycznych, polskich i zagranicznych, oraz rzadkość – muzeum mularzy.

Z chwilą nastania nowego kierownictwa zaczęła się szybko unowocześniać, przystosowywać do poziomu i wymogów medycyny drugiej połowy XX wieku. Znalazłem się w dużym zakładzie leczniczym, któremu ton nadawał niespożytej energii klinicysta i naukowiec profesor Kazimierz Lejman. Tutaj będę mógł realizować najgorętsze pragnienia. Zakosztowawszy w Zakładzie Biologii satysfakcji z pracy naukowej, znajdę również możliwości rozwoju w tym kierunku. Podejmowanie i godzenie dwóch dziedzin, z których każda wymaga

rownika katedry i zachowując pełnię jednoosobowej władzy, dawał dużą swobodę w prowadzeniu oddziału. Jednak, zwłaszcza w czasie wizyt, nie lubił wszczynać dyskusji. Swe stanowisko demonstrował krótkimi autorytarnymi rozstrzygnięciami. Pierwszą nauczycielką wprowadzającą mnie w podstawy dermatologii była doktor Krystyna Capińska, osoba dużej wiedzy i zacności charakteru. Do kliniki przyszła jeszcze za czasów profesora Waltera. Według tutejszych podziałów należała do starej gwardii, pozostającej w pewnej opozycji do nowego kierownictwa. Mnie to naturalnie nie interesowało. Nie wiedziałem i nie chciałem wiedzieć, kto jest za kim, a kto przeciw, z kim wypada się zadawać, a komu nie powinno się okazywać sympatii. Najważniejsze, że moja przełożona była osobą życzliwą, chciała uczyć i traktowała młodszego kolegę jak partnera, a nie człowieka stojącego w hierarchii niżej.

Wiadomości dermatologiczne wyniesione ze studiów okazały się niewystarczające. Postanowiłem je szybko uzupełnić. Uczylem się zapamiętałe, pochłaniałem

kołowska, a także: doc. Zbigniew Oszałt (pracownia fizyko- i rentgenoterapii), prof. Henryk Reiss (ambulatorium wenerycznych), prof. Mieczysław Obtulowicz (alergologia).

Praca w klinice zaczynała się wcześniej rano. Mierzenie ciepłoty ciała należało do nocnej zmiany. W porze kiedy jeszcze znaczna część pacjentów spała, rozpoczęło się budzenie, wkładanie pod pachę termometru i upominanie, aby go, uchwaj Boże, nie zniszczyli, bo drugiego nie dostaną. Tak więc już pierwsza elementarna czynność medyczna wzbudzała irytację. Obowiązywał zadawniony pogląd, że najniższa temperatura (także gorączka) występuje w godzinach wczesnorannych, a najwyższa w popołudniowych i wieczornych, czego nie można przeoczyć. Jednak praktyka codzienna wykazywała, że wobec ludzi ogólnie zdrowych (znakomita większość dermatologicznie chorych) nie ma to aż tak istotnego znaczenia. Prowadzi do banalizacji tej czynności. Niektóre pielęgniarki rozdawały termometry hurtem, a po ich zebraniu odnotowywały na kartach gorączkowych ewentualne odchylenia od normy. Walczyła z tym nawykiem przełożona. Upominał profesor: „Mierzenie ciepłoty ciała jest równie ważne, jak każda inna czynność medyczna. I nie wolno go sprowadzać do: kreska w górę, kreska w dół...”

Następnie do akcji wkraczały salowe. Zaczynał się ruch, stukanie wiadrami, otwieranie i zamykanie drzwi, głośne rozmowy. O spaniu na „drugą turę” nie było już mowy. Pielęgniarki rannej zmiany wykonywały czynności związane przede wszystkim z przygotowaniem chorych do najważniejszego zdarzenia, czyli głównej wizyty lekarskiej.

Prowadzący oddział przychodzili przed godziną ósmą, asystenci (w zależności od osobistego zaangażowania i poczucia obowiązku) różnie. Najbardziej punktualny był doktor Kazimierz Boczar – adiunkt, zastępca profesora. Można było nastawiać zegarki, kiedy zbliżał się do kliniki, otwierał główne wejście... Dokładnie o godzinie siódmej rozpoczynał wizytę na oddziale wenerycznym, dawał zlecenia siostrze Broni, równie zdyscyplinowanej jak on, i szedł na odprawę z asystentami. Pod tym względem był przeciwieństwem profesora, któremu rzadko kiedy udawało się zdążyć na ▶▶▶

**W porze, kiedy jeszcze znaczna część pacjentów spała, rozpoczynało się budzenie, wkładanie pod pachę termometru i upominanie, aby go, uchwaj Boże, nie zniszczyli, bo drugiego nie dostaną.**

wielkiego wysiłku i ogromnego poświęcenia wydawało się możliwe i osiągalne. Marzyłem też o pomocnym i życzliwym środowisku, w którym każdy będzie miał jednakowe prawo działania i wypowiedzenia swych opinii.

Oddziałem kierowali adiunkci i usamodzielnieni starsi asystenci. Odpowiadali za prawidłowość rozpoznań, planowali sposób leczenia, wykonywali ważniejsze zabiegi, dawali zalecenia poszpitalne. Pełnili funkcję ordynatorów, choć takie stanowisko w klinice nie istniało. Obowiązujące tutaj obyczaje i zależności funkcyjne nieco odbiegały od istniejących w innych klinikach. Tam profesor, docent osobiście zlecał pacjentowi leki, wyznaczał rodzaj zabiegu, operatora i asystę, często sam operował. Jego głos był niepodważalny. Asystent nie miał szans na własną inicjatywę. Profesor Lejman, nie tracąc nic z autorytetu kie-

wiedzę ze wszystkich możliwych źródeł – także z dawnych podręczników. Zawierały bowiem bezcenne opisy nieraz już nieistniejących chorób i sposobów leczenia. Wsłuchiwałem się z uwagą w wypowiedzi i opinie przełożonych, przyswajałem i notowałem w pamięci sposób badania, wykonywania zabiegów, prowadzenia rozmów z chorymi. W pierwszej kolejności postanowiłem dokładnie opanować nazewnictwo łacińskie chorób i objawów, aby swobodnie poruszać się w środowisku kliniki. Zacząłem od elementarza, czyli nazw wykwitów chorobowych.

System kształcenia asystentów polegał na kolejnym przechodzeniu wszystkich oddziałów, odcinków, pracy w ambulatoriach, gabinetach zabiegowych, pracowniach. Moimi bezpośrednimi przełożonymi byli: wspomniana dr Krystyna Capińska, dr Kazimierz Boczar, dr Helena Kowarz-So-

▶▶▶ odpowiednią porę. Szef wiedział o swej słabości i wstydił się jej. Spóźniony prawie pędem wbiegał po schodach na drugie piętro, przemykał korytarzem do gabinetu, aby go w takim momencie nie zobaczył ktoś z personelu.

Zgromadzeni w dyżurce wiedzieliśmy, że z radiową dokładnością o godzinie ósmej otworzą się drzwi, a w nich ukaże się adiunkt. Niektórzy odliczali sekundy. Nigdy się nie spóźnił. Taka postawa oddziaływała. Wejście w czasie odbywającej się odprawy było prawie niemożliwe. Ewentualny spóźnialski wołał przeczekać na zewnątrz. Owe ranne spotkania po wysłuchaniu kilku komunikatów, bieżących zaleceń, szybko przemieniały się w towarzyskie, swobodne rozmowy, dzielenie się nowościami z dziedziny społecznej, politycznej, zdarzeniami w kraju, w Europie, wynikami sportowymi itp. Boczar, pełen osobistego uroku, prowadził je w sposób nadzwyczaj swobodny. Ogólną wiedzę i odczytaniem nie przytłaczał, przeciwnie – zachęcał do wypowiedzi. Wkrótce wyrosło kilka autorytetów: w sprawach klinicznych – dr Kowarz, administracyjnych – dr Stapiński (był również adiunktem), sportowych zawsze sam Boczar, ewentualnie ktoś z młodszych kolegów, w nowościach mody koleżanki, a zwłaszcza piękna Ala Kordeusz. Do mnie należały zagadnienia społeczne i polityczne, filozofia i naturalnie biologia. Nieraz udawało mi się bezbłędnie przepowiedzieć dalszy bieg zdarzeń. Boczar mówił piękna polszczyzną, znał biegle angielski, nieco słabiej niemiecki i francuski. W kręgach krakowskiej bohemy miał opinię najprzystojniejszego, najmodniej ubranego mężczyzny – drugiego po premierze Wielkiej Brytanii, Atlee. Również w tej dziedzinie profesor usiłował za nim nadążyć. Pamiętam, kiedy buty mokasyń wychodziły z mody, profesor zaczął je nosić.

W klinice istniały dwa rodzaje pokoi zabiegowych: czyste i brudne, czyli tak zwane smarowalnie. W pierwszych, przeznaczonych do opieki pielęgniarskiej i medycznych zleceń, wykonywane były czynności

podstawowe i pobierane wycinki skóry do badań histologicznych. Zastrzyki często były kwestią newralgiczną. Bywało, że na wizytach profesor ni stąd, ni zowąd pytał pacjenta: „Kto panu dziś dawał zastrzyk?”. Naturalnie chory odpowiadał zgodnie z prawdą. I wtedy wybuchała awantura, bo zdaniem szefa ta czynność należy do

**O niedoskonałościach leczenia zewnętrznego profesor mówi wielokrotnie: „Ograniczoność ścisłych wskazań prowadzi do obniżenia dyscypliny myślenia lekarskiego, nieprzywiązywania należytej wagi do zapisywania określonej maści, pasty, kremu...”.**

**I przestrzegał: „Koledzy, to nie jest ot tak: raz maść, raz paść...”**

obowiązków asystenta. Tymczasem pielęgniarki w najlepszej wierze i dla usprawnienia pracy zdążyły same wykonać zastrzyki – fakt, wielokrotnie czyniły to lepiej od niejednego lekarza. Wbrew potocznej opinii prawidłowe wykonanie zastrzyku nie należy do łatwych i wiąże się z odpowiedzialnością. Skala trudności niepomiernie wzrasta w przypadkach małych dzieci, kiedy trzeba się wkląć do jedynej maleńkiej żyłki na główce. Umiejętność tę w wystarczającym stopniu opanowało tylko kilkoro starszych asystentów, a z pielęgniarek siostra Teresa z oddziału dziecięcego oraz pielęgniarka Bronia z ambulatorium. Drugi trudny zabieg, wykonywany wyłącznie przez doświadczonego lekarza, to punkcja lędźwiowa w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego do badań serologicznych w przypadku kiły. Mnie najszybciej udało się opanować jej technikę spośród osób, które rozpoczęły pracę w tym samym czasie, dzięki czemu zostałem dopuszczony do samodzielnego wykonywania tego zabiegu. Smarowalnie to specyficzne dla dermatologii pomieszczenia przeznaczone do leczenia zewnętrznego, polegającego na aplikacji środków leczniczych bezpośrednio na zmiany chorobowe

kach i na linoleum stały naczynia szklane, emaliowane, blaszane, a w nich różnej barwy i konsystencji maści, pasty, kremy, pudry suche i płynne, słoje ze środkami odkażającymi itd. Na każdym naczyniu widniała informacja o rodzaju i składzie procentowym gotowych do stosowania substancji. Odbywały się tu jedyne w swym rodzaju zabiegi medyczne. Wśród kilkunastu pacjentów stłoczonych na stosunkowo małej przestrzeni, obnażonych do naga, albo odsłaniających tylko zmienioną chorobowo część ciała, kręciły się pielęgniarki lub wykonujące te same czynności siostry zakonne. Nakładały i umiejętnie rozprawały na chore miejsca zlecone specyfiki, pędzlowały odkażającymi płynami itd. Żywoczerwone, zapalne zmiany chorobowe przybierały różne kolory i odcienie: po paście cynobrowej – różowy, po maściach siarkowych i dziegciowych – sinoszary, po ichtiolu – czarny, po błękitie gencjany – ciemnoniebieski, po płynie Castellianiego – jaskrawoczerwony. Chorzy z nałożonym na całe ciało pudrem płynnym wyglądali jak posypani mąką. Potem następowało bandażowanie. „Siostrzo!” – błagali chorzy: „Tylko nie na makowe!”. „Makowa” to wspólne zabandażowanie wszystkich palców uniemożliwiające posługiwanie się dłonią. „Zostawcie przynajmniej wolny duży palec” – prosili. Pacjenci z uogólnionym zapaleniem skóry, trzęsący się z zimna na skutek dużej utraty ciepła, wysmarowani od stóp do głów, otrzymywali, nieraz zaimpregnowane trudno piorącymi się substancjami, workowate, sztywne, szpitalne koszule. I tak obleczeni podążali do swych sal, nie wiedząc, co ze sobą zrobić: czy się położyć do łóżka, czy dalej chodzić. Przetłuszczona, ciężka koszula przylepiała się do ciała, krępowała ruchy, nie dawała ochrony. Dlatego nadal trzęśli się z zimna. Potem upragnione łóżko – nieraz również z przetłuszczoną pościelą, nieprzytulne, odpychające. Zewnętrzny, jedyne dla nich sposób leczenia, stawał się dodatkowym utrapieniem. Znosili je z konieczności i wy-



Legitymacja członkowska autora.

# Raz maść, raz paść...

ciąg dalszy ze str. 29 ►►

obrażali sobie, że kiedyś wszystkie maści, pasty, pudry itd., odstawią i będą się leczyć tylko tabletkami, w ostateczności zastrzykami. Zresztą, co tu dużo mówić: zastrzyki to zastrzyki. A kremy? Kremy zastosują tylko dla upiększania, bo takie powinno być ich przeznaczenie. Nieraz się zastanawiałem, dlaczego pacjenci nie mają swych ulubionych maści, kolorów, o które by prosili, pokładali w nich nadzieje.

Pokój zabiegowy leczenia zewnętrznego. Pacjenci zgrupowani, stłoczeni na małej przestrzeni, naznaczeni chorobą jak trędowni, jak średniowieczni zapowietrzeni, obnażeni lub nie, a pośród nich kręcące się białe fartuchy, czepki z czarnym paskiem, szare habitę i sztywne kornety – obraz smutny, przynębiający. Dla kogoś spoza kręgów medycznych wstrząsający. Podobnego wrażenia doznałem, kiedy znalazłem się tu po raz pierwszy. Na ćwiczeniach z dermatologii nigdy nas tutaj nie prowadzono. Wspólnym, trudnym przeżyciem chorych dermatologicznie jest świadomość lokalizacji ich zmian. Cierpią, że inni to widzą, że zauważą najdrobniejszą plamkę, krostę, wyprysk. Każde nawet przelotne spojrzenie

dyscypliny myślenia lekarskiego, nieprzywidywania należytej wagi do zapisywania określonej maści, pasty, kremu...” I przestrzegal: „Koledzy, to nie jest ot tak: raz maść, raz paść... Za każdym razem dajemy zlecenie konkretnemu pacjentowi, na konkretną chorobę lub jej postać!”

Ważnym obowiązkiem spadającym na barki młodszych asystentów było pisanie historii chorób, zapis pobytu chorego w klinice: personalia, rozpoznanie wypisane po łacinie, wywiad, wyniki badań, zleczone leki, wykonane zabiegi oraz epikryza, czyli końcowa ocena stanu chorego, przebiegu leczenia i wskazania dla pacjenta po opuszczeniu kliniki. Jest to dokument ważny również dla innych zakładów leczniczych, instytucji ubezpieczeniowych, władz śledczych itd. Ale mimo to, a może właśnie dlatego, ogólnie uważa się, że jest czynnością nudną.

Początkowo starałem się, żeby moje historie chorób były wzorem dokładności, przejrzystości, poprawności językowej i ściśle odpowiadały temu, co dotyczyło chorego i przebiegu jego pobytu w klinice. Po okazaniu przełożonemu odnosiłem je

**Panie doktorze! – Błagam! Poczekalnia pełna. Ludzie są oburzeni. Doktora Andrzeja nadal nie ma. Aż się boję tam wrócić!**

do sekretariatu, skąd wędrowały do archiwum. Odtąd nikt się już nimi specjalnie nie interesował. Chyba że w klinice zjawił się ponownie ten sam pacjent albo potrzebowała ich inna instytucja. W miarę upływu czasu mój zapał się wyczerpywał, pojawiała rutyna, wkradało dążenie do szybkiego skończenia zadania, które się nie kończy... Nie byłem odosobnionym przypadkiem. Bywało, że historie chorób u niektórych kolegów długo zalegały w teczkach, w biurkach. Awantura wybuchała, kiedy były pilnie potrzebne.

Pamiętam kolegę Andrzeja, skądinąd przesympatycznego, ale trochę nie z tej ziemi. Traf chciał, że w jego biurku znalaziono kilkanaście niezakończonych historii dawno wypisanych pacjentów. Skandal udało się zatuszować. Andrzej przysięgał, że to się już nie powtórzy. Tak czy inaczej, sporządzenie tego podstawowego dokumentu wymagało (zawsze wymaga) pełnej uwagi oraz samodyscypliny. Andrzej był indywidualistą. Ubrał się na ciemno, nosił długie opadające na ramiona włosy, tak zwaną plerezę, uważaną ówczesnie za młodzieńczy wybrzyk, w socjalizmie nietolerowany. Przestrzeganie obowiązków i rygorów klinicznych traktował z filozoficzną rezerwą. Co miał zrobić dziś, odkładał na jutro. Należał do najczęściej spóźniających się asystentów, co zresztą przyznawał z roz-

brającą szczerością. Lubiłem go bardzo, choć nieraz z jego powodu miewałem kłopoty, zwłaszcza kiedy pracował w ambulatorium. Na oddziale zawsze mógł go ktoś zastąpić. Bywało że poczekalnia pełna, a doktora jak nie ma, tak nie ma. Zrozpaczona pielęgniarka Bronia udawała się na poszukiwania. Sytuację najczęściej ratowałem ja. Czasem tak się gdzieś zaszył w zakamarkach kliniki, że nikt nie wiedział, gdzie w danej chwili może się znajdować. Ale raz przekroczył wszelkie granice. Była godzina dwunasta. Do dyżurki na oddziale dziecięcym, gdzie wtedy pracowałem, wpadła ogromnie zdenerwowana pielęgniarka.

– Panie doktorze! – mówi podniesionym głosem. – Błagam! Poczekalnia pełna. Ludzie są oburzeni. Doktora Andrzeja nadal nie ma. Aż się boję tam wrócić!

– No, nie! Teraz już mu nie daruję! Musimy go znaleźć! – powiedziałem wściekły. Obiegnęliśmy wszystkie miejsca, gdzie najczęściej bywał. Bez efektu. Zrozpaczeni i pozbawieni nadziei zajrzeliśmy do pokoju wydzielonego z oddziału kobiecego na pierwszym piętrze, znajdującego się poza gabinetami fizyko- i rentgenoterapii. Przebywały tutaj chore z gruźlicą skóry i chronicznym toczniem rumieniowatym – przypadki ciężkie, ze zmianami głęboko uszkodzającymi skórę, szpecącymi. Panujący w pokoju łagodny półmrok nieco rozjaśniało, wpadające przez małe okienko, światło.

Obraz, który się ukazał naszym oczom, był równie zaskakujący co niewyobrazalny. Oto przy okrągłym stoliku, pochodzący z jakiegoś archaicznego, zdekompletowanego zestawu, siedzi Andrzej. Słucha w zamyśleniu muzyki płynącej ze starego patefonu z wielką tubą. To był jego prywatny patefon, każdorazowo przynoszony i odnoszony do domu. Leżące na łóżkach i wpatrzone w niego pacjentki są także zasłuchane. Nasze wejście nie wywołało żadnej reakcji: doktor nie zmienił pozycji, pacjentki ani drgnęły. Wszyscy zachowywali się jak w transie. Staliśmy zamurowani. Sytuacja niewiarygodna i głęboko poruszająca. Po dłuższej chwili zamknąłem cicho drzwi, chwyciłem pielęgniarkę pod ramię i szepnąłem: – Wychodzimy! Doktor musi tu zostać...

Andrzej Kłosiński, smutny Teodor, jak określał go profesor Reiss, wizjoner, prekursor? Nie wiem, jak należało by go najważniejszej nazwać. Upłynęło kilka lat, zanim doceniono kojącą rolę muzyki w procesie leczenia, zanim została włączona do procesu rehabilitacji nerwic, zaburzeń czynnościowych serca i innych. Z kliniki odszedł przed uzyskaniem pełnych kwalifikacji. Przeniósł się do Nowej Huty. Tam dokończył specjalizację. Pracował w rejonowej przychodni. Pacjenci go uwielbiali. ●

**Eugeniusz Czubak**  
cdn.



# I Międzynarodowy **PUCHAR POLSKI** LEKARZY i FARMACEUTÓW w narciarstwie alpejskim i klasycznym 1-3 lutego 2013 r.

Już w pierwszy weekend lutego serdecznie zapraszamy Koleżanki i Kolegów wraz z rodzinami do Ustronia, gdzie odbędzie się I Międzynarodowy Puchar Polski Lekarzy i Farmaceutów w narciarstwie alpejskim i klasycznym. Patronat nad zawodami objęły Śląska Izba Lekarska, Śląska Izba Aptekarska, Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej – Oddział Śląski oraz Akademia Wychowania Fizycznego w Katowicach.

Będzie to pierwsza tego typu impreza organizowana w naszym kraju, której celem jest integracja środowiska lekarzy i farmaceutów, uprawiających najbardziej popularne sporty zimowe: narciarstwo alpejskie, klasyczne i ski tour. Rywalizacji sportowej towarzyszyć będzie Konferencja Medycyny Sportowej (1 lutego – piątek, Sport-Klinika Żory), w trakcie której pragniemy przedstawić różne aspekty sportu: od żywienia, przez fizjologię i biomechanikę, aż po

Reklama

kontuzje, ich zaopatrzenie ortopedyczne oraz leczenie rehabilitacyjne. Liczymy także, że taka forma spotkania będzie doskonałą formą promocji aktywnego spędzania czasu wolnego przez nasze środowisko.

W programie Mistrzostw umieszczone zostały dyscypliny slalomu, slalomu giganta i zawodów drużynowych (narciarstwo alpejskie) oraz biegu na 5 km kobiet i 10 km mężczyzn (narciarstwo klasyczne). Planujemy również organizację zawodów ski tour. Również dla osób towarzyszących i dzieci przewidujemy zawody oraz wiele atrakcji. Chętnych zapraszamy na treningi slalomu na Czantorii, które będą się odbywały od początku grudnia przy dobrych warunkach śniegowych.

W sobotę po zakończeniu zawodów planujemy wspólne spotkanie połączone z rozdaniem nagród i uroczystą kolacją. Uczestnicząc co roku w Mistrzostwach Świata Lekarzy i Farmaceutów, obser-

wujemy duże zainteresowanie zawodami, nie tylko wśród samego środowiska medycznego, ale także wśród postronnych widzów, często gości miejscowości turystycznych. Wierzymy, że będą Państwo w Ustroniu z nami i że sami doskonale się bawiąc, będziemy przez sport promować nasze środowisko. Kontakt w sprawie konferencji, zawodów i treningów: Sport-Klinika, tel. 32 475 93 78, e-mail: szk@sport-klinika.pl Serdecznie zapraszamy! ●

**Mariusz Smolik,  
Piotr Zagórski oraz Zarząd  
Sport-Kliniki w Żorach**

„Pro Medico” przyjęło patronat medialny.

## ogłoszenia płatne

Zapraszamy do współpracy lekarzy specjalistów NZOZ Bytom, Chorzów;  
tel. 502 568 844, 32 241 37 14

Nowoczesny gabinet stomatologiczny w Żorach zatrudni  
lekarza dentystę; tel. 32 307 74 47

NZOZ w Rudzie Śląskiej zatrudni lekarza dentystę w ramach NFZ  
i prywatnie; tel. 601 448 788

Poradnia Centrum Katowic zatrudni:  
alergologa, reumatologa, endokrynologa, urologa; tel. 32 353-21-59

NZOZ „DENTO” w Dąbrowie Górniczej zatrudni stomatologów  
na bardzo dobrych warunkach; tel. 693 433 888

Gliwickie Centrum Medyczne Sp. z o.o.  
w Gliwicach ul. Kościuszki 29  
zatrudni  
lekarzy specjalistów z zakresu:  
chorób wewnętrznych  
kardiologii  
anestezjologii  
Oferty przyjmuje Dział Kadr  
tel. 32 461 33 97  
e-mail: kadry@szpital.gliwice.pl

Wynajmę gabinet stomatologa z nowym sprzętem oraz inne  
pomieszczenia w Gliwicach – Sośnica; tel. 601 411 8 20

NZOZ poszukuje lekarza stomatologa na 1/2 etatu; tel. 660 034 133

NZOZ w Katowicach zatrudni lekarza do pracy w POZ, w niepełnym  
wymiarze czasu pracy. Forma zatrudnienia oraz godziny pracy  
do uzgodnienia; tel. 501 942 902

Prestiżowe powierzchnie do wynajęcia na gabinety lekarskie z parkin-  
giem oraz sale szkoleniowe, doskonała lokalizacja, wysoki standard.  
Gliwice - Sośnica;  
tel. 503 156 423 509 671 196

SPSK Nr 7 SUM w Katowicach GCM im. prof. Leszka Gieca w Katowicach  
ul. Ziółowa 45/47 zatrudni lekarza alergologa w Poradni Alergologicznej.  
Kontakt: Dział Kadr tel. 32 359 85 56

Sprzedam NZOZ STOMATOLOGIA w Bytomiu, dochodowy, nowoczesny,  
20 lat tradycji (duża baza pacjentów), 3 stanowiska, pracownia RTG +  
panorama. Pow. lokalu 113 m kw.; tel. 502 222 502

NZOZ w Tychach podejmie współpracę ze stomatologiem;  
tel. 796 335 414, 32 440 11 81

NZOZ w Katowicach zatrudni ginekologa w godzinach  
przedpołudniowych; tel. 32 257 06 99

RCKiK w Raciborzu zatrudni od zaraz lekarza medycyny do kwalifikacji  
dawców. Kontakt: sekretariat@rckik.pl, tel. 32 418 15 92

NZOZ w Rudzie Śląskiej zatrudni lekarza rodzinnego do pracy w POZ  
oraz podejmie współpracę ze stomatologiem, neurologiem,  
kardiologiem, ginekologiem, diabetologiem w ramach usług prywatnych;  
tel. 506 172 304

NZOZ w Łędzinach (okolice Tychów) zatrudni lekarza stomatologa;  
tel. 662 044 102 (po godz. 20.00)

Zatrudnię stomatologa w Piekarach Śląskich w ramach NFZ  
i prywatnie; tel. 664 555 575

NZOZ w Pyskowicach zatrudni lekarza dentystę i lekarza ortodontę;  
tel. 721 860 135

Odstąpię działający gabinet stomatologiczny w Pawłowicach Śląskich;  
tel. 784 047 419, 793 694 202

Przychodnia stomatologiczna w Dąbrowie Górniczej zatrudni lekarza  
dentystę NFZ i prywatnie; tel. 662 918 098

Sprzedam Aparat do USG zatok, rocznik 2007, nr seryjny Ho\_US4000,  
tel. 32 274 84 71

NZOZ w centrum Bytomia zatrudni specjalistów  
w gabinetach prywatnych.  
Nowoczesne wyposażenie sprzętowe:  
USG, UKG – oprogramowanie Astraia, Holtery RR, EKG,  
spirometr, rektoskop, endoskopy, mammotomia i inne.  
Kontakt tel. 603 863 412

Sieć poradni na Śląsku zatrudni lekarzy: med. rodzinnej, med. pracy,  
pediatrę; tel. 508 893 085

## szukam pracy

Specjalista dermatolog-wenerolog z 20-letnią praktyką kliniczną i ambu-  
latoryjną nawiąże współpracę w okolicy: Tychy, Ruda Śląska, Katowice;  
tel. 602 437 604

Laryngolog szuka pracy; tel. 514 195 132

Okulista poszukuje zatrudnienia. Poradnia lub oddział.  
Kontakt mail: okonet@vp.pl

Lekarz emeryt poszukuje pracy jako lekarz ogólny na terenie Zabrze  
lub okolicy; tel. 32 271 31 32

Specjalista chorób wewnętrznych i medycyny pracy poszukuje pracy  
(etat); tel. 669 618 785

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

Kardiolog z doświadczeniem w rehabilitacji kardiologicznej poszukuje  
pracy na Śląsku; tel. 501 172 908, e-mail: bedan@interia.eu