



Pro Medico

wrzesień 2011 • nr 185 • ISSN 1232-8693

PISMO ŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ w Katowicach

Kontrakty - poradnik

str. 15-18

Sukcesy naszych sportowców

str. 23-25

Ornamenty mistrzostwa Polski w pływaniu „MASTERY”



REKLAMA

—

z mojego punktu widzenia...

Praca na etacie czy kontrakcie? Każdy lekarz ma prawo sam decydować o swoim losie. Musimy jednak, dla naszego własnego dobra, pamiętać, że powinniśmy dokonywać świadomych wyborów w oparciu o solidną wiedzę prawną. Dlatego tak duży nacisk kładę na pomoc samorządu w poszerzaniu naszej świadomości prawnej, stąd nasza inicjatywa studiów podyplomowych „Prawo w ochronie zdrowia”, współpraca z kancelariami adwokackimi, szeroki zakres informacji prawnych na łamach biuletynu i strony internetowej czy naszego biura prawnego. Kontrakt może być korzystny, ale koniecznie trzeba zwrócić uwagę na wszystkie aspekty umowy, warto się głęboko zastanowić przed podpisaniem. Nasi prawnicy przygotowali szczegółowy poradnik dla lekarzy, którzy podejmą pracę w ramach kontraktów. Publikujemy go na dalszych stronach pisma, rozszerzona wersja na stronie internetowej Śląskiej Izby Lekarskiej, z datą 8 sierpnia br.

Zkontraktami łączy się też czas pracy. Każdy z nas ma inny próg odporności na stres, zmęczenie, przepracowanie. Wierzę w Koleżanki i Kolegów, w Wasz zdrowy rozsądek, poczucie odpowiedzialności przede wszystkim za pacjentów, ale też i za swoje zdrowie. Jesteśmy świadomi, że wielu z nas jest różnymi sposobami zmuszanych do pracy ponad siły, a praktyka nadmiernego wykorzystywania czasu pracy lekarzy staje się nagminna. Tymczasem mówi o projektach regulacji prawnych, które nakażą lekarzowi, w razie popełnienia błędu czy nawet wystąpienia powikłań, złożyć oświadczenie o swoich łącznych godzinach pracy.

Ustawa o działalności leczniczej utrzymała dla kierujących szpitalami możliwość wyboru systemu zarządzania oddziałem, nie precyzując zasad wyboru osoby kierującej w innym, niż ordynatorski trybie. Uważamy, że także w takich przypadkach wybór powinien następować na podstawie oceny merytorycznej. Dobry oddział, to przede wszystkim ten dobrze leczący chorych, dający prawo lekarzom do wykorzystania swojej wiedzy i doświadczenia z uwzględnieniem praw pacjentów, a nie tylko sprawny organizacyjnie. Nasze stanowisko, opublikowane w dalszej części biuletynu, wysłaliśmy m. in. do marszałka województwa śląskiego i wojewody śląskiego z nadzieją na wsparcie wśród zarządzających.

Wiele mówi się o agresji, przemocy fizycznej skierowanej wobec lekarzy, Ale godności naszego zawodu mogą zagrażać też określenia, jakich się oficjalnie używa w stosunku do nas i naszych pacjentów, w dokumentach państwowych, ustawach i rozporządzeniach. Leczyć chorego, a „udzielać mu świadczenia” to nie jest to samo! Nasz pacjent jest chorym, potrzebującym, a często cierpiącym człowiekiem, któremu staramy się pomóc, zgodnie z podstawowymi nakazami etycznymi. Nie możemy się zgodzić na to, żeby relacje lekarz – chory celowo były zastępowane terminologią urzędniczej nowomowy i regulacjami świadczeniobiorca- świadczeniodawca. Brałem udział w pracach zespołu NRL, przygotowującym „Stanowisko w sprawie używania języka polskiego w ochronie zdrowia”. W Przyrzeczeniu Lekarskim, jakie składamy, znajdują się słowa: „strzec godności zawodu lekarskiego i niczym jej nie splamić”. Mam nadzieję, że nie będziemy zmuszeni zastąpić niektórych wersów Przyrzeczenia fragmentami kodeksu spółek handlowych?

Kontynuujemy cykl spotkań w Domu Lekarza: z nowymi specjalistami i opiekunami ich specjalizacji, ordynatorami odchodzącymi na emeryturę, laureatami Wawrzynów Lekarskich, naszych medali i wyróżnień oraz lekarzami, którzy najlepiej regionie zdali LDEP i LDEP. Chcemy się lepiej poznać, porozmawiać nie tylko o problemach środowiska, także o naszych sukcesach i osiągnięciach. To są dla nas uroczyste i wzruszające chwile. Teraz poznamy tych, którzy są dopiero na początku drogi. W pierwszej połowie września zaprosiłem Koleżanki i Kolegów, którzy odbiorą ograniczone prawo wykonywania zawodu. Zależy mi na tym, żebyśmy wybiegając w przyszłość, konfrontowali się z tym, co budowaliśmy do tej pory, co stanowi naszą historię i tradycję. Stanisław Lem napisał: „Społeczeństwo bez przeszłości, to tylko zbiegowisko”.





Na okładce: Sukcesy sportowe lekarzy ŚIL

W NUMERZE:

<i>Z mojego punktu widzenia...</i>	1
<i>Aktualności</i>	2
<i>Kontrole NFZ</i>	3
<i>Recepty na leki refundowane</i>	4
<i>Resuscytacja dzieci</i>	6
<i>Konkursy ordynatorskie</i>	7
<i>Projekt Pro Doctore</i>	8
<i>Relacja</i>	9
<i>Nowomowa, a lekarze</i>	11
<i>Z teki OROZ</i>	12
<i>Uwaga: agresja</i>	13
<i>Refleksje</i>	14
<i>ŚIL w obronie dóbr osobistych lekarzy</i>	15
<i>Poradnik dla lekarzy przechodzących na kontrakty</i>	15
<i>Szkolenia ŚIL</i>	19
<i>Zaproszenia</i>	21
<i>Medycyna pracy</i>	22
<i>DKF</i>	23
<i>Sport</i>	23
<i>Język angielski w medycynie</i>	26
<i>Wspomnienia</i>	27
<i>Nekrologi</i>	28
<i>Ogłoszenia</i>	29

STANOWISKO ŚRODOWISKA LEKARSKIEGO W SPRAWIE ZASAD WYBORU OSOBY KIERUJĄCEJ ODDZIAŁEM SZPITALNYM

Ustawa o działalności leczniczej wchodząca w życie z dniem 1.07.2011 r., bezpośrednio wprowadza regulacje umożliwiające dyrektorom szpitali publicznych działających w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub jednostki budżetowej, dokonania wyboru formy zarządzania oddziałami szpitalnymi. Ustawa przewiduje, że oddziałem może kierować ordynator wybierany w drodze konkursu, w przypadku jednak gdy zgodnie z regulaminem organizacyjnym oddziałem kieruje lekarz nie będący ordynatorem, ustawa wskazuje, że lekarz kierujący oddziałem nie musi być wybrany w drodze postępowania konkursowego.

W tradycji ostatnich kilkudziesięciu lat utrwaliło się, że szefem oddziału szpitalnego jest ordynator. Wybór ordynatora poprzez komisję konkursową, w skład której wchodzi – oprócz dyrekcji szpitala – także przedstawiciele różnych środowisk medycznych, w tym konsultant wojewódzki z danej dziedziny medycyny, reprezentanci towarzystw naukowych, a także osoby delegowane przez samorząd zawodowy lekarzy, stanowi gwarancję, że osoba wybrana przez tę komisję będzie nie tylko sprawnie zarządzała oddziałem, ale też będzie fachowym autorytetem dla zatrudnionego na oddziale personelu. Trzeba pamiętać, że na osobę, która jest szefem oddziału szpitalnego, niezależnie od tego jak nazwie się to stanowisko, nakładany jest szereg odpowiedzialnych zadań, w tym sprawowanie nadzoru nad merytoryczną pracą oddziału jako całości jak i nad pracą poszczególnych lekarzy, nadzór nad prawidłowością sporządzania dokumentacji medycznej, udział w rozstrzygnięciu trudnych przypadków.

Istotne jest również to, że ordynator wybrany przez komisję konkursową jest zatrudniany na podstawie umowy o pracę na okres sześciu lat. Stworzenie dla ordynatora sześcioletniego „mandatu” pozwala na prowadzenie długofalowej polityki rozwoju oddziału zarówno w aspekcie sprzętu, pozyskiwania nowych metod leczniczych, jak i dokształcania kadr medycznych.

Wyrażamy przekonanie, że po wejściu w życie ustawy o działalności leczniczej i ewentualnym wyborze przez szpital nieordynatorskiego systemu zarządzania oddziałem, ze wszelkich miar celowe jest, aby wpływ na wybór osoby kierującej oddziałem miało środowisko lekarskie, w tym konsultanci wojewódzcy z danej dziedziny, towarzystwa naukowe oraz samorząd zawodowy lekarzy. **Za uwzględnieniem głosu środowiska lekarskiego przy wyborze kierownika oddziału szpitalnego przemawia szereg argumentów.** Szczególna pozycja osoby kierującej oddziałem, jej ogromny wpływ na pracę podległego personelu medycznego, a w efekcie na poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych sprawia, że merytoryczna ocena kandydatów, którzy spełniają wymagania formalne do pełnienia tej funkcji, jest ze wszelkich miar celowa. Przy merytorycznej ocenie kandydatów wiedza i doświadczenie zawodowe konsultanta wojewódzkiego z danej dziedziny medycyny oraz przedstawicieli towarzystw naukowych jest nie do przecenienia. Towarzystwa naukowe i konsultanci wojewódzcy stanowią najbardziej doświadczoną grupę lekarzy z danej dziedziny.

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

Redaktor naczelny: Żywiśław Mendel, zastępca redaktora naczelnego: Grażyna Ogródowska, redaktor Anna Zadora-Świderek.

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

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

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

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

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

Materiały do najbliższego numeru przyjmujemy do 12-go (reklamy do 9-go) dnia każdego miesiąca poprzedzającego.

ny na terenie województwa, ich wskazówki co do umiejętności zgłaszających się kandydatów powinny być brane pod uwagę. Przy wyborze osoby kierującej oddziałem nie sposób pominąć aspektu etycznego. Osoba kierująca oddziałem będzie musiała kształcić nowe pokolenia specjalistów, a także nadzorować pracę innych lekarzy specjalistów na oddziale, z tej przyczyny kierownik oddziału powinien wykazywać nienaganną postawę etyczną. Dla oceny postawy etycznej kandydatów, dotychczasowego przebiegu kariery zawodowej, stosunku do innych lekarzy właściwi są przedstawiciele izby lekarskiej.

Należy również zwrócić uwagę, że wybór odpowiedniej osoby na stanowisko kierownika oddziału leży także w interesie dyrektora szpitala. Wraz z wejściem w życie przepisów przewidujących właściwość komisji wojewódzkich orzekających w sprawach błędów medycznych, może znacząco wzrosnąć liczba postępowań niezadowolonych pacjentów przeciwko szpitalom. Jedynym środkiem obrony przez roszczeniami pacjentów jest udowodnienie wysokiego poziomu udzielnych w szpitalu świadczeń medycznych, a nadzór nad wykonywaniem zawodu przez lekarzy zatrudnionych na oddziale sprawuje ordynator lub kierownik oddziału. Dlatego wybór kompetentnej osoby na stanowisko kierownika oddziału jest ważny zarówno z punktu widzenia praw pacjenta, jak i z punktu widzenia ochrony szpitala przed roszczeniami.

Mając na uwadze powyższe argumenty postulujemy, aby przy wyborze osoby kierującej oddziałem powoływać komisje konkursowe z udziałem przedstawiciela właściwego towarzystwa naukowego, konsultanta wojewódzkiego z danej dziedziny medycyny i osoby wskazanej przez izbę lekarską.

Stanowisko powyższe uzyskało aprobatę wszystkich specjalistycznych towarzystw medycznych skupionych w Śląskiej Konferencji Towarzystw Lekarskich oraz wszystkich konsultantów wojewódzkich w dziedzinach, w których organizowane są oddziały szpitalne.

W imieniu środowiska lekarskiego
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej

Jacek Kozakiewicz

KONTROLE NFZ

● KONTROLE NFZ W GABINETACH LEKARSKICH

Jest temat, zastanówmy się

Zapowiadane siedem dni wcześniej czy w dniu ich przeprowadzenia? NFZ uważa, że aktualne rozwiązania prawne pozwalają na niezapowiedzianą wcześniejszą wizytę kontrolerów. – To dezorganizuje nam pracę, uderza w naszych pacjentów- alarmuje samorząd lekarski. 13 sierpnia br. gościem Prezydium ORL był dyrektor ŚOW NFZ, Zygmunt Kloś.

Temat przedstawiał dr **Rafał Kielkowski**. Wskazał na rozbieżności w przepisach, z jednej strony informujących lekarzy, że kontrola powinna być zapowiedziana tydzień wcześniej, z drugiej na wyjaśnienia NFZ, że... niekoniecznie. Przypomniał, że istnieje zapis prawny, o ograniczaniu „uciążliwości kontroli” tam, gdzie to możliwe. Czy nie można go zastosować w tym przypadku? Tymczasem dyrekcja Funduszu stosuje akurat najbardziej uciążliwą formę zawiadomienia o kontroli, czyli tego samego dnia. Problem tkwi, jak diabeł, w szczegółach. Stan prawny w tej chwili jest taki, że kontrolę NFZ reguluje rozporządzenie MZ mówiące, iż zamiar kontroli można obwieścić kontrolowanemu najpóźniej w chwili rozpoczęcia kontroli. Z kolei Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej mówi o siedmiu dniach. Powstaje pytanie: czy kontrola NFZ jest kontrolą działalności gospodarczej czy kontrolą wykonywania umowy? Dyrektor ŚOW NFZ zobowiązał się wystąpić do prezesa NFZ o rozstrzygnięcie tych wątpliwości prawnych. Dr Kielkowski wskazał, jak ważny to problem, w związku z wejściem ustawy o działalności leczniczej, która wprowadza jeszcze więcej wątpliwości co do jasności przeprowadzania kontroli. Z referatu jaki wygłosił prawnik, przedstawiciel NFZ mec. Tomasz Mucha, wynika znany skądinąd fakt: przepisy prawne w ochronie zdrowia są niedopracowane, wykluczają się wzajemnie, jest ich ogromna ilość. Np. zmiana jednej ustawy pociągnęła za sobą zmiany aż w 52 innych. Póki co, „jest temat, zastanówmy się”. Centrala NFZ „dotąd nie wiedziała o tych wątpliwościach,



jak się dowie, na pewno odpowiednio zareaguje”. Celowo upraszczam, aby oddać Czytelnikom wydzwięk dyskusji. Całość przypomina mi jeden z odcinków serialu „Dr House”: pokazano tam pacjenta, u którego lewa ręka nie wiedziała, co robi prawa, a obie działały wbrew jego intencjom. Czy istnieje taka choroba, Państwo wiedzą lepiej, ale jedno jest pewne: taki przypadki już istnieją, w polskim systemie prawnym ochrony zdrowia.

Grażyna Ogrodowska

● RECEPTY LEKARSKIE

Pod okiem „Wielkiego Brata”

Od kilku miesięcy gorącym tematem dla lekarzy jest kwestia wystawiania recept na leki refundowane z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Perspektywa zwracania kwot nienależnej refundacji wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia dokonania refundacji za przepisane leków nieuzasadnionych względami medycznymi czy uprawnieniami świadczeniobiorcy oraz niezgodnie ze wskazaniami zawartymi w obwieszczeniach – do czego obliguje lekarzy art. 48 nowo uchwalonej ustawy o refundacji*, wywołała burzliwą dyskusję już na etapie projektowania tych zapisów. Samorząd lekarski od początku głosił sprzeciw wobec obciążania lekarzy obowiązkiem swobodnego prześwietlania pacjentów w zakresie tego czy są czy nie są ubezpieczeni. Zastrzeżenia dotyczyły także ograniczania autonomii medyków poprzez nadmierne kontrole merytorycznych przesłanek wypisania pacjentowi takiego czy innego leku. Podobnie konieczność śledzenia zmian w obwieszczeniach w zakresie wykazów leków refundowanych publikowanych raz na dwa miesiące w dzienniku urzędowym Ministerstwa Zdrowia wydaje się być nadmiernym obciążeniem dla już obciążonych wieloma administracyjnymi obowiązkami lekarzy. Niestety głos samorządowców nie został uwzględniony w toku prac legislacyjnych.

Aktualnie obowiązujące przepisy nie dają lekarzom możliwości odwoływania się od kar, jakie w wyniku kontroli nałoży na nich Fundusz. Jak wynika z opublikowanego w czerwcu sprawozdania z działalności NFZ, w ubiegłym roku sprawdzono 1303 lekarzy w zakresie ordynacji lekarskiej i zakwestionowano 1,75 % jej skontrolowanej wartości tj. kwotę 5,4 mln. zł.. W stosunku do 2009 roku wartość skontrolowanej ordynacji wzrosła aż o 688 proc., a liczba lekarzy o 31 proc. Ten wzrost nie

przekłada się jednak na statystyki dotyczące oddziału śląskiego NFZ. W 2010 roku u pięćdziesięciu lekarzy przeprowadzono w tym zakresie kontrolę (tj. o jednego mniej niż w 2009 roku) dając nam to 8 pozycję na liście, gdzie liderem jest oddział mazowiecki z 228 skontrolowanymi lekarzami. W naszym województwie zakwestionowano ordynację wartości blisko 170 tys. zł. i nałożono z tego tytułu kary umowne na kwotę ponad 60 tys. zł. W przeliczeniu na jednego poddanego kontroli lekarza daje to 4 578 zł, które musi on zwrócić Funduszowi. Przykładowo na Mazowszu analogiczna średnia kwota wynosi ponad 18 tys. zł. przy czym, jak podała Gazeta Wyborcza, pochodzący z tego województwa lekarz, został obciążony astronomiczną sumą 800 tys. zł – co stanowi swego rodzaju polski rekord.

Fundusz w ramach monitorowania ordynacji lekarskich, do czego zobowiązuje go ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, poza działalnością kontrolną prowadzi także inne działania.

W kwietniu tego roku Śląski Oddział NFZ rozesłał do lekarzy pisma informujące o wartości leków refundowanych zaordynowanych przez nich oraz o ich procentowej wartości w stosunku do średniej miesięcznej dla konkretnej specjalności. Wzbudziło to obawy lekarzy, które wyartykułował prezes **Jacek Kozakiewicz** w swym liście do dyrektora **Zygmunta Klosy**. „Zwróciliśmy uwagę, że informacja wysyłana do lekarzy ma charakter bardzo ogólny. Brak w niej przede wszystkim ważnych odniesień, mogących mieć zasadniczy wpływ na podane wartości, a mianowicie; ilości przyjętych pacjentów, charakteru ich schorzeń, liczby lekarzy danej specjalności w placówce świadczącej usługi medyczne, czy też miejsca zatrudnienia lekarza (opieka ambulatoryjna, oddział szpitalny) oraz zakresu obowiązków. Informacja nie zawiera zatem niezbędnych kryteriów, umożliwiających dokonanie obiektywnych ocen. Lekarze słusznie obawiają się, że



foto.: Anna Zadora-Swiderek

podobne pisma mogą posłużyć do negatywnej oceny ich pracy i są nieuzasadnioną próbą wywarcia nacisku na sposób udzielania świadczeń medycznych, za które ponoszą pełną odpowiedzialność zawodową” – napisał prezes.

Dyrektor Klosa nie podzielił tych obaw. „Treść pism wysyłanych do lekarzy, dotyczących generowanych kwot refundacji ma charakter wyłącznie informacyjny i w żadnym sposobie nie powinna wpływać na dostępność pacjentów do świadczeń i leków refundowanych. Wskazana w piśmie wartość refundacji nie jest limitem określonym przez Fundusz, więc nie ma ona również charakteru kontrolnego i nie jest próbą nacisku na sposób udzielania świadczeń medycznych.” Słowa szefa Śląskiego Oddziału NFZ nie uspokoiły jednak obaw, że chodzi tu o wywarcie, w zawaolowany sposób, wpływu na lekarzy, by wprowadzili samoograniczenia w stosowaniu terapii, zwłaszcza za pośrednictwem drogich medykamentów, nawet pomimo potwierdzonych wskazań.

Przypomnijmy, że NFZ największe wydatki ponosi na leczenie szpitalne. W ubiegłym roku koszty te wyniosły ponad 24 mld. zł, ale już na drugim miejscu uplasowała się

refundacja leków – 8,5 mld. zł. Najwyższe koszty generowały leki na choroby przewlekłe – ponad 60 proc. sumy wydatków. Mimo, że z roku na rok Fundusz przeznaczają na refundację coraz większe sumy, planowane na 2010 rok wydatki na ten cel zostały przekroczone.

Należy zatem oczekiwać, że Fundusz coraz bardziej będzie obserwował ten kosztowny dział swoich wydatków. W przyszłym roku NFZ chce odwrócić tę zwykłą tendencję i w projekcie planu finansowego na 2012 rok, który w lipcu uzyskał akceptację Sejmowej

Komisji Zdrowia, zakłada zmniejszenie kosztów ponoszonych z tytułu refundacji leków o 3 proc.

Anna Zadora- Świderek

– artykuł 48, ustępy 7-11 wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 roku

Listy do redakcji

W tym roku była w naszej jednostce kontrola z Narodowego Funduszu Zdrowia. Przeglądano recepty, które były wypisane na choroby przewlekłe w latach 2007 – 09. Porównywano przepisane leki z adnotacjami znajdującymi się w kartotekach pacjentów. Sprawdzano też uprawnienia pacjenta do otrzymania recepty na chorobę przewlekłą. Dokładnie kontrolowano ilość leków, którą można było przepisać i czy kartoteka zawiera informacje od właściwego lekarza specjalisty, który stwierdził, że pacjentowi należy się dany lek i na jaki okres on mu przysługuje. Bardzo skrupulatnie sprawdzano również czy pacjentowi z uwagą na jego schorzenie faktycznie przysługuje recepta ze znacznikiem „p”. Przepisałam Tramal, pacjentowi z ciężkim tzw. bólem przewlekłym i okazało się, że jest to nieprawne przepisanie leku na chorobę przewlekłą, bo w takiej formie można go zapisać tylko w przypadku schorzeń nowotworowych. Dlatego jako lekarz zostałam zobowiązana do zwrotu kwoty refundacji plus odsetki, w sumie blisko 600 zł.

Bardzo dokładnie sprawdzano leki przepisywane w chorobach trzustki. Jeżeli chory miał chociaż część trzustki resewowaną, to należał mu się lek na chorobę przewlekłą, w przeciwnym razie mimo wyniszczenia organizmu i ciężkich objawów pacjent nie mógł otrzymać leku Kreon, jak na chorobę przewlekłą. Sprawdzano także sposób przepisywania leku Sulfosalazyna En 500 mg, który stosuje się przy dolegliwościach jelitowych, ale tylko w przypadku choroby Crohna można go przepisać jak na chorobę przewlekłą. Kiedyś lek ten można było tak zapisywać również przy wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego, teraz już nie. Te ciągłe zmiany są bardzo kłopotliwe, bo w zasadzie musielibyśmy cały czas, na bieżąco śledzić, jak się zmienia prawo przepisywania leków na choroby przewlekłe.

Nie potrafię zgodzić się z wytycznymi NFZ odnośnie refundacji leków na choroby przewlekłe. Lekarz najlepiej wie, jaki jest stan jego pacjenta, jak się czuje, jak długo bierze dany lek i czy w jego przypadku rzeczywiście dana choroba jest przewlekła. Oczywiście można zapisywać tańsze zamienniki leków, ale ilość badań na nich wykonana jest zdecydowanie mniejsza, niż na leku oryginalnym i nie w każdym przypadku można użyć zastępstwa. Dla mnie, jako lekarza pracującego w przychodni, kłopotliwe jest również ciągle pisanie skierowań do specjalistów, żeby określili, czy mogę zapisać dany lek na chorobę przewlekłą. Mam pacjenta, który ma cukrzycę, ale zgodnie z wytycznymi NFZ ja mu nie mogę prze-

pisać leku na chorobę przewlekłą, tylko muszę go wysłać do poradni cukrzycowej, gdzie musi poczekać w kolejce kilka tygodni, by



foto: arch. „Pro Medico”

dostać opinię od lekarza diabetologa przeznaczoną dla mnie, z „dwójką” z interny, że mogę przepisać mu lek cukrzycowy na chorobę przewlekłą. I to jest absurd.

Pacjenci zapisując się do specjalistów tworzą kolejki – są zdiagnozowani, a przychodzą tylko po przepisaniu leku i tym samym zajmują miejsce w kolejkach innym pacjentom, którzy potrzebują zbadania.

Specjalista chorób wewnętrznych i reumatologii z ponad czterdziestoletnim stażem pracy w zawodzie, aktualnie lekarz POZ

Imię i nazwisko znane Redakcji

KOMUNIKAT



**Komisja ds. Młodych Lekarzy ORL
zaprasza na coroczne spotkanie integracyjne połączone
z warsztatami szkoleniowymi
„Powitanie jesieni”,
które odbędzie się 21-23 października 2011 r.
Szczegóły spotkania na stronie internetowej ŚIL
www.izba-lekarska.org.pl**

● ĆWICZYMY RESUSCYTACJĘ DZIECI W SIEDZIBIE ŚIL

Nie tylko dla pediatrów

Wtrakcie kolejnych zajęć praktycznych przeznaczonych dla tych lekarzy, którzy wcześniej ukończyli u nas kurs z resuscytacji dorosłych, zadawałem im to samo pytanie: - Czy w ciągu kilkunastu miesięcy od poprzedniego kursu udało się dobrze wykorzystać wyćwiczone u nas umiejętności?



Dr Janusz Michalak
Koordynator warsztatów
praktycznych

Wśród kilku trudnych przypadków, które opisywali lekarze, znalazła się też taka historia młodego lekarza naznaczona pewnym dystansem do siebie i poczuciem humoru.

– *Kiedy w kościele osunęła się na posadzkę starsza pani, natychmiast dzielnie ruszyłem do przodu...*

– *I co? i co? pytali inni.*

– *No nic. Okazało się, że było to klasyczne omdlenie. Zanim się nad nią pochylilem, była już właściwie w pełni przytomna.*

– *Eee... – odpowiedziało towarzystwo spragnione kolejnej ciekawej opowieści medycznej.*

– *Początkowo też byłem trochę zawiedziony, ale później uświadomiłem sobie, że gdybym wcześniej nie ćwiczył tego wszystkiego na kursie, to chyba bym nie miał tyle odwagi i raczej schował się w tej ławce kościelnej i gorąco się modlił... żeby mnie nikt znajomy nie rozpoznał.*

Na pewno też by pomógł, ale byłoby mu trudniej, bo z racji specyfiki codziennej pracy i młodego wieku – nie miał żadnych podobnych doświadczeń. Każdy z nas jest przecież najlepszym praktykiem w tej dziedzinie medycyny, którą zajmuje się na co dzień.

W resuscytacji (szczególnie dzieci) jest problemem dla lekarza brak wiedzy, tylko niepewność swych umiejętności. Ta niepewność u lekarza – specjalisty w innej dziedzinie, wynika z braku doświadczeń w na-

głych stanach zagrożenia życia i jest zrozumiała.

Dodatkowo świadomość powagi sytuacji wynikająca z wiedzy lekarza może usztywniać jego działania.

Dlatego ćwiczenia i symulacje przypadków na nowym, profesjonalnym sprzęcie szkoleniowym maksymalnie zbliżają warunki szkolenia

do warunków realnych zdarzeń. Tak jak dzieje się to w życiu, symulujemy zdarzenia nie tylko w szpitalu, poradni lub gabinecie lekarskim, ale także poza nimi. Dzięki wykorzystaniu sprzętu, instruktorzy mogą symulować konkretne przypadki medyczne, które wybierają z własnych doświadczeń. W ten sposób uczestnik szkolenia po uprzednim przygotowaniu teoretycznym i praktycznym, staje przed koniecznością podjęcia takich samych działań względem symulatora (manekina z oprogramowaniem komputerowym) jak względem żywego człowieka. Potem przy dyskretnej pomocy instruktora, manekin „odpowiada” na te działania poprawą lub pogorszeniem swego stanu. Następuje autokorekta działań i krótkie omówienie. Dopiero takie szkolenie dodaje lekarzom pewności siebie, tak niezbędnej w realnych okolicznościach.

Niewątpliwie dla rodziców najgorszą w życiu chorobą jest choroba dziecka.

Czy dla lekarzy najgorszą w pracy resuscytacją jest resuscytacja dziecka?

Pod względem psychologicznym na pewno tak. A merytorycznie?

Odpowiedź na to pytanie zależy od doświadczenia i przygotowania zawodowego lekarza. Ale jedno jest pewne: resuscytacja dziecka jest inna, niż dorosłego.

Z tego wynika konieczność organizacji odrębnego kursu poświęconego tylko resuscytacji dzieci.

A niezbędnym wymogiem profesjonalnego kursu z tej dziedziny jest dysponowanie specjalistycznym, dziecięcym sprzętem symulacyjnym. **Dzięki decyzjom Prezydium i ORL mamy już taki sprzęt i taki kurs w Śląskiej Izbie Lekarskiej, jako pierwsza izba w kraju.**

Dlaczego resuscytacja dzieci jest inna?

Przyczyny NZK u dziecka są najczęściej inne.

O ile u dorosłych wśród przyczyn NZK dominują pierwotne dysfunkcje układu krążenia, o tyle u dzieci najczęstszą przyczyną jest ostre niedotlenienie, na które dzieci są bardziej podatne. Odmienne przyczyny doprowadzają do NZK odmiennymi mechanizmami. Dlatego po podłączeniu kardiomonitora u dziecka częściej zobaczymy skrajną bradykardię, asystolię lub PEA, czyli mechanizmy niepodlegające defibrylacji.

Wniosek:

– u dzieci bez chorób serca w wywiadzie, występuje kilkakrotnie mniejsze prawdopodobieństwo wskazań do defibrylacji w razie wystąpienia NZK, niż u dorosłych. Nie zwalnia nas to z obowiązku podłączenia kardiomonitora, kiedy tylko będzie on dostępny, ale dopóki jest go brak – mamy ogólną wskazówkę, jak działać.



foto.: Anna Zadara-Smiderek

Nasz izba wzbogaciła się o specjalistyczny, dziecięcy sprzęt do symulacji

Dobrze znane odrębności fizjologiczne

Im mniejsze dziecko, tym bardziej ograniczone możliwości kompensacji utraty ciepła i kwasicy oddechowej, a także niemal brak „rezerwy” oddechowej (wobec ograniczeń w pogłębieniu pojedynczego oddechu pozostaje tylko jego przyspieszenie)

Wnioski:

- u dzieci szybciej przystępujemy do zastępczych oddechów (praktycznie nawet wtedy gdybyśmy po ocenie dziecka nie mieli jeszcze pewności czy w ogóle RKO jest niezbędna). Wystarczy sprawdzenie zewnętrznych zagrożeń i kontrola zawartości jamy ustnej, aby rozpocząć pierwsze oddechy zastępcze. Początkowo należy nawet wstrzymać wzywanie specjalistycznej pomocy, jeśli brak wolnej osoby, której można by to zlecić od razu! Stosunek C: V też powinien być dostosowany do fizjologii.
- u dzieci nie ma też sensu resuscytacja ograniczona do samych ucisków klatki piersiowej, która jest dopuszczalna u dorosłych w ściśle określonych warunkach!
- pamiętamy o ochronie przed dalszą utratą ciepła w trakcie resuscytacji!

Oczywiste odrębności anatomiczne

Wnioski:

- ograniczenie pojemności każdego zastępczego oddechu (dla podkreślenia u małych dzieci mówimy wręcz o tzw. „pufnięciach”, a nie oddechach) – ograniczenie siły ucisku klatki piersiowej (między innymi przez dostosowanie techniki ucisku do wieku dziecka)
- Im bardziej zbliża się wraz z wiekiem dziecka jego anatomia i fizjologia do typowej dla dorosłego, tym bardziej zanikają odrębności w resuscytacji. W praktyce oznacza to, że na przykład jedenastoletnia dziewczynka, która szybko się rozwija i osiągnęła już prawie wzrost i wagę dorosłej kobiety, powinna być resuscytowana według wytycznych dla dorosłych!

To przykład na duże uproszczenie, ale w medycynie ratunkowej stosowane z powodzeniem. W aktualnych wytycznych RKO nie określa się ściśle granicy wieku pomiędzy dzieckiem a dorosłym, pozostawiając to do decyzji ratowników w każdym indywidualnym przypadku.

Wracając do wrażeń lekarzy uczestniczących powtórnie w naszych szkoleniach, chcę podzielić się ogromną satysfakcją, jaką dają organizatorom kursów z resuscytacji, opinie naszych Koleżanek i Kolegów. To niezwykle dla nas ważne. Nieuświadomionym przykładem



fot.: Anna Zadora-Świderek

Ćwiczymy postępowanie lekarza na miejscu zdarzenia: w miejscu publicznym, gabinecie prywatnym, poradni lub oddziale szpitalnym

takich opinii było uparte twierdzenie wielu kursantów, że od poprzedniego ich szkolenia „te fantomy teraz lepiej chodzą – poprzednio były jakieś takie sztywne, trudno je było wentylować”. W tych miłych chwilach odpowiadałem zwyczajnie: „to nie zasługa fantomów, to wasze sprawne ręce i nic więcej”.

Informacje organizacyjne dotyczące kursów z resuscytacji dla lekarzy znajdują Państwo na zielonych stronach PM. Odpłatność jest częściowa, gdyż izby lekarskie pokrywają 80-90% kosztów szkolenia. Zapisy trwają. Omawiane kursy nie są polecane lekarzom specjalizującym się w zakresie medycyny ratunkowej lub anestezjologii i intensywnej terapii.

Serdecznie dziękuję za zaangażowanie i świetną współpracę Panu dr n. med. **Ludwikowi Stołtnemu**, który opracował program części teoretycznej szkolenia z resuscytacji dzieci i objął funkcję kierownika naukowego tego kursu.

Zapraszam Koleżanki i Kolegów do udziału w naszych kursach.

Janusz Michalak
wiceprzewodniczący Komisji Kształcenia ORL w Katowicach

Treści merytoryczne niniejszego artykułu nie stanowią uporządkowanej, kompletnej wiedzy medycznej na dany temat.

Należy je traktować jako zwiastun tematyki kursu medycznego.



fot.: Anna Zadora-Świderek

Bardzo ważne jest zrozumienie dla osób ćwiczących i przychylność ze strony lekarzy-instruktorów

ORDYNATORZY

LEKARZE WYBRANI W DRODZE KONKURSU NA STANOWISKA ORDYNATORÓW, W OKRESIE OD KWIEŃNIA DO CZERWCA 2011 ROKU



dr Emilia Bogdali
Oddział Okulistyczny SP ZOZ Szpitala nr 2 im. dr T. Boczonía w Mysłowicach – dotychczasowa ordynator tego oddziału, wygrała konkurs 10 maja br.



dr Artur Kuligowski
Oddział Urologii SP ZOZ Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie – nowy ordynator tego oddziału, wygrał konkurs 11 maja br.



dr Iwona Meca
Oddział Wewnętrzny I ZOZ-u w Rydułtowach – nowa ordynator tego oddziału, wygrała konkurs 14 czerwca br.



dr Marek Rajczykowski
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii ZOZ-u w Rydułtowach – dotychczasowy ordynator tego oddziału, wygrał konkurs 10 maja br.



dr Andrzej Gruca
Oddział Chirurgii Dziecięcej SP ZOZ Szpitala Wielospecjalistycznego w Jaworznie – dotychczasowy ordynator tego oddziału, wygrał konkurs 11 maja br.

Opracowanie A.Z-Ś.

SKOLENIA

UZNANY ZA JEDEN Z NAJLEPSZYCH

Projekt ŚIL wspierający rozwój kadr medycznych

Urząd Marszałkowski województwa śląskiego w ramach promocji przygotował cykl mini-reportaży telewizyjnych pod tytułem „Kapitał to Ty” poświęconych realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki w województwie śląskim.

Każdy z odcinków informuje o możliwościach pozyskania środków w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, jednocześnie pokazując najciekawsze i najlepiej realizowane projekty w naszym regionie w ramach poszczególnych działań/poddziałań Programu.

Do jednego z reportaży zaproszono Śląską Izbę Lekarską, w związku z realizacją projektów „Prodoctore” i „Prodoctore 2” – Projektów Wspierających Rozwój Kadr Medycznych w Województwie Śląskim”.

Ten projekt powstał z myślą o lekarzach i lekarzach dentytach z województwa śląskiego, którzy chcą podnieść swoje kwalifi-

kacje zawodowe. Pierwszy Projekt jeszcze się nie zakończył. Dotąd w kursie wzięło udział 255 lekarzy i lekarzy dentytów.

Pierwotny plan zakładał przeszkolenie 240 osób, jednak dzięki powstałym w trakcie realizacji oszczędnościom w sumie objęcie on 270 uczestników.

Ale nawet ta zwiększona liczba miejsc nie jest w stanie zaspokoić zapotrzebowania na szkolenie w zakresie zdrowia publicznego, dlatego w 2010 roku wystąpiliśmy ponownie z wnioskiem o dofinansowanie na realizację podobnego kursu.

Dzięki pozytywnej ocenie wniosku, w kwietniu 2011 roku rozpoczęliśmy kolejny projekt, w ramach którego zrealizowanych zostanie 16 edycji kursu dla 240 lekarzy i lekarzy dentytów z naszego województwa.

Justyna Cichoń-Korbutt



● ODSŁONIĘCIE TABLICY KU CZCI POMORDOWANYCH PROFESORÓW LWOWSKICH (1941-2011)

Hołd ofiarom nazistowskiej zbrodni

„Mniej więcej w połowie zbocza zobaczyłem nad wykopaną jamą cztery cywilne osoby zwrócone twarzą do zbocza, a plecami do mnie. Za plecami tych osób stali czterej niemieccy żołnierze z karabinkami w rękę, a obok nich oficer. Zapewne na słowną komendę tego oficera żołnierze równocześnie strzelili i wszystkie cztery osoby wpadły do jamy. Wówczas sprowadzono z góry ścieżką nowe cztery osoby i cała scena dokładnie się powtórzyła. Trwało tak do końca, aż wszystkie osoby cywilne zostały sprowadzone nad jamę i zastrzelone. Ostatnią osobą rozstrzelaną była kobieta w długiej czarnej sukni. Schodziła ona sama, słaniając się. Gdy przyprowadzono ją nad jamę pełną trupów zachwiała się, ale oficer podtrzymał ją, żołnierz strzelił i wpadła ona do jamy.”*

To fragment relacji inż. **Karola Cieszkowskiego**, naocznego świadka brutalnego mordu dokonanego przez nazistów na lwowskich profesorach.

4 lipca 1941 roku na Wzgórzach Wuleckich zginęło kilkudziesięciu polskich naukowców i intelektualistów, z których wielu było obrońcami Lwowa z 1918 roku, a także członków ich rodzin oraz osób postronnych. Wśród ofiar znajdowało się kilkunastu lekarzy, ordynatorów, kierowników klinik oraz byłych dziekanów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Zginął tam również dr **Tadeusz Boy-Żeleński**, lekarz, krytyk literacki, tłumacz, autor licznych felietonów społeczno – publicystycznych.

Dziewiętnastego czerwca, w siedemdziesięciolecie tamtych wydarzeń, w krypcie Katedry Chrystusa Króla w Katowicach miała miejsce uroczystość odsłonięcia pamiątkowej tablicy ku czci ofiar bestialskiego mordu. Poprzedziła ją sesja naukowa poświęcona lwowskim wydarzeniom na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu Śląskiego, gdzie referat „Lwowianie w lecznictwie na Górnym Śląsku po roku 1945” wygłosił mgr **Lesław Józków**, członek Komisji Historycznej ŚIL.

„Nocą z 3 na 4 lipca 1941 r. między godziną 22 a 2 kilka oddziałów złożonych z członków SS, policji i połowej żandarmerii pod dowództwem oficerów SS rozjechało się po mieście i przeprowadziło aresztowania profesorów wyższych uczelni we Lwowie. Poza profesorami zabierano wszystkich obecnych w mieszkaniu mężczyzn powyżej 18 roku życia. Na ogół panował pośpiech, kazano się szybko ubierać (część profesorów już spała), przeprowadzano zwykle powierzchowną rewizję, rabując przy tej okazji złoto, dewizy, inne przedmioty wartościowe i w jednym przypadku maszynę do pisania.”*

W uroczystościach uczestniczyli przedstawiciele uczelni wyższych regionu oraz samorządu lekarskiego. Gościem specjalnym była dr **Ewelina Hrycaj-Małańcz**, prezes Stowarzyszenia Lekarzy Polskich we Lwowie. Śląską Izbę Lekarską reprezentował dr **Jack Kozakiewicz**, prezes



Uroczyste odsłonięcie tablicy pamiątkowej

oraz prof. **Grzegorz Opala**, współorganizator konferencji.

Śląska Izba Lekarska wraz z krakowskim oddziałem Towarzystwa Miłośników Lwowa wydała z tej okazji wspomnienia wybitnego lekarza i humanisty, prof. Tadeusza Ceypka, naocznego świadka sowieckiej i hitlerowskiej okupacji Lwowa. Książka nosząca tytuł „Lwów w czasach trudnych” zainaugurowała cykl Biblioteki Historycznej ŚIL, który ma ocalić od zapomnienia postaci, wydarzenia i fakty z przeszłości medycyny, nie tylko naszego regionu. Monografię prof. Ceypka otrzymali uczestnicy uroczystości w katowickiej katedrze. Jej egzemplarze zostały także rozesłane do wszystkich izb lekarskich w Polsce oraz licznej grupy przedstawicieli towarzystw naukowych i stowarzyszeń.

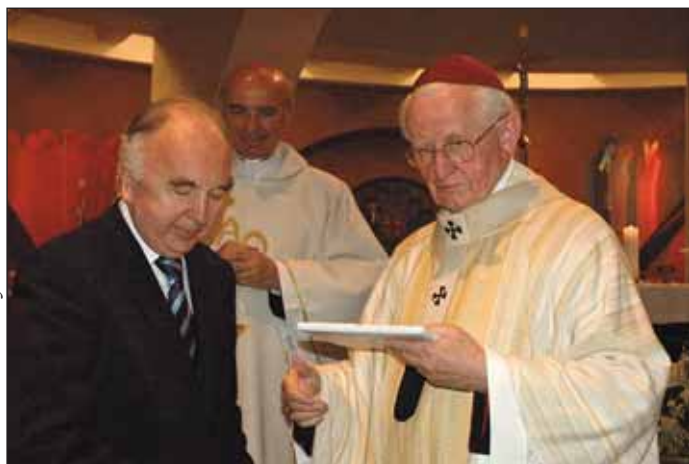
Organizatorami całości obchodów rocznicy było Towarzystwo Miłośników Lwowa i Kresów Południowo-Wschodnich oddział w Katowicach, Uniwersytet Śląski oraz Duszpasterstwo Akademickie w Katowicach.

Anna Zadora-Świderek

* Cytaty pochodzą z artykułu Zygmunta Alberta „Każdy profesorów Lwowskich w lipcu 1941 roku” <http://www.lwow.com.pl/albert/albert-pl>.

Monografia prof. Tadeusza Ceypka „Lwów w czasach trudnych”, jest dostępna w Głównej Bibliotece im. S Konopki w Warszawie, Oddział Katowice, która mieści się w Domu Lekarza (Katowice, ul. Grażyńskiego 49a)

fot.: dr Stanisław Mysiak



Abp Damian Zimoń otrzymuje książkę prof. Ceypka, z rąk prezesa ORL Jacka Kozakiewicza



KATEDRA I ODDZIAŁ
KLINICZNY PEDIATRII
W BYTOMIU
ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

Katedra i Oddział Kliniczny Pediatrii Wydziału Opieki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
we współpracy z Akademią Elamed i miesięcznikiem „Lekarz”

zapraszają na

Pierwsze Katowickie Spotkanie Kliniczne Pediatrów i Alergologów

organizowane z okazji 10-lecia Wydziału Opieki Zdrowotnej SUM

15 października 2011 r.

Pod patronatem:

JM Rektor SUM prof. dr hab. n. med. Ewy Małeckiej-Tendery,
Prezesa Śląskiej Izby Lekarskiej dr. n. med. Jacka Kozakiewicza,
Oddziału Śląskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Zgłoszenia:

Zgłoszenia prosimy kierować
do Działu Szkoleń Wydawnictwa Elamed
tel. 32 788 51 50, tel. kom. 602 347 463
e-mail: szkolenia@elamed.pl

Rozpoczęcie konferencji:

godz. 9³⁰ (rejestracja uczestników od godz. 8³⁰)

Miejsce obrad:

Aula A3 im. profesora W. Zahorskiego,
ul. Medyków 18, Katowice

Udział bezpłatny

Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne

Program naukowy:

Wykład inauguracyjny

Choroby alergiczne u dzieci Anno Domini 2011,

prof. dr hab. med. Ryszard Kurzawa, Klinika Alergologii i Pulmonologii
Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce-Zdroju

Jubileusz prof. dr hab. n. med. Bożeny Hager-Małeckiej

– wybitnego pediatry, naukowca, społecznika

Sesja pierwsza:

Choroby alergiczne układu pokarmowego. Krwawienie z przewodu pokarmowego jako objaw alergii pokarmowej,

prof. dr hab. med. Krystyna Wąsowska-Królikowska, Klinika Gastroenterologii
i Alergologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Błędy w diagnostyce i leczeniu alergii na białka mleka krowiego,

dr hab. med. Urszula Grzybowska-Chlebowczyk, Klinika Pediatrii, GCZD

Sesja druga:

Choroby alergiczne układu oddechowego. Astma wczesnodziecięca,

prof. dr hab. med. Anna Bręborowicz, Klinika Pneumonologii, Alergologii Dziecięcej i Immunologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego
w Poznaniu

Związek otyłości z występowaniem astmy oskrzelowej u dzieci i młodzieży,

dr hab. med. Edyta Machura,
Katedra i Klinika Pediatrii w Zabrze, SUM w Katowicach

Sesja trzecia:

Choroby alergiczne z objawami skórными

*Objawy skórne chorób alergicznych od niemowlęctwa do okresu
młodzieńczego,* prof. dr hab. med. Joanna Narbutt, Klinika Dermatologii
i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Atopowe zapalenie skóry – problemy terapeutyczne

w praktyce pediatrii alergologa, dr med. Jolanta Pietrzak,

Katedra i Oddział Kliniczny Pediatrii w Bytomiu,
SUM w Katowicach

Warsztaty

(według kolejności zgłoszeń, 20 osób/warsztat)

I. Monitorowanie leczenia astmy oskrzelowej (PEF, spirometria),
lek. Jacek Zeckel

II. Leczenie inhalacyjne – zasady, wskazania, przeciwwskazania,

dr med. Jolanta Pietrzak

● NOWOMOWA, A LEKARZE

Bunt leksykalny

Coraz częściej lekarze odwołują się do dawnych, „mitycznych” już czasów, gdy pacjent i jego choroba były nie tylko czteroznakowym kodem w międzynarodowej kwalifikacji chorób ICD10. Aż tak zmieniła się rzeczywistość czy może tylko język, jakim nią opisujemy?

Frazeologia i leksykologia, którym podporządkowana jest składnia, wpływa na nasze po-znanie, postrzeganie zjawisk i ich interpretację. Psychologia lingwistyczna zakłada, że sło-wa, które używamy, mają moc, by zmieniać sposób, w jaki doświadczamy codzienność.

GENERATOR PRZEMÓWIEŃ

Najlepszym przykładem była propagandowa nowomowa PRL, odizolowany, osobny twór językowy. Prof. Michał Głowiński na podstawie analizy tekstów z lat 70- 80 -tych określił, że cechowały ją m. in. dominacja arbitralnie narzuconych wartości nad znaczeniem słów, sloganowość wyznaczająca ramy obowiązującego świata, antykomunikatywność i jednostronność przekazu. Prof. Jerzy Bralczyk podkreślał z kolei, że publiczne teksty pisane (polityczne, ideologiczne, propagandowe) były formułowane w coraz bardziej sformalizowanym języku, gdzie ważniejsze było czerpanie z ideologicznie i politycznie ustabilizowanego zbioru słów, niż nadawanie zdaniom treści. W latach 80-tych funkcjonował nieoficjalnie tzw. „Generator przemówień”, ponoć nadesłany anonimowo do „Polityki”. Kiedy połączyło się do-wolne zdanie z jednej rubryki z dowolnym zdaniem z innej, można było otrzymać tysiące możliwych kombinacji, starczających na 40 godzin przemówienia. Np. **szeroka konsulta-cja z aktywnym** łączyła się dowolnie z: „spełnia ważne zadania w wypracowaniu... zmusza nas do przeanalizowania zabezpiecza udział w kształtowaniu... powoduje docenianie wagi... pociąga proces wdrażania... Na miejscu aktywu mogła być też „aktualna struktura organizacji” i nic się nie zmieniało.

Taki język fałszuje rzeczywistość, zaciemnia prawdziwe relacje lekarz-pacjent-choroba-szpital-poradnia-pomoc-leczenie

NIEZROZUMIAŁY JĘZYK, A SYSTEM

Kiedy przyjrzymy się dokładniej oficjalnemu językowi stosowanemu w ochronie zdro-wia widać że ponownie, choć oczywiście bez politycznej ideologii, nastąpiła rytualizacja pu-blicznego przekazu. Język, jakim opisuje się ochronę zdrowia, stał się wyalienowany i nie-zrozumiały.

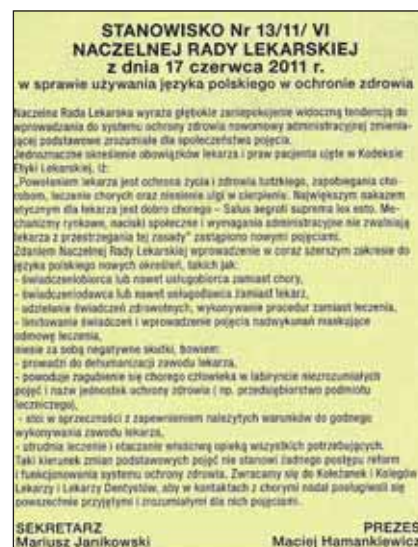
Oto jeden z wielu komunikatów Narodowego Funduszu Zdrowia, wybrany na „chybił –trafił”. „*Prawidłowość kwalifikacji do określonej grupy zdefiniowanej w charakterystyce będzie weryfikowana na podstawie wykazania przez świadczeniodawcę odpowiednich procedur ICD-9 zgodnych z bieżącą wersją Klasyfikacji Procedur opublikowaną na stronie NFZ. Do badania spełnienia warunków kwalifikacji do poszczególnych grup (procedury z rangą powyżej 2) pod uwagę brane są procedury zawarte w załączniku nr 7 do ww. zarządzenia. (...) W przypadku rozliczenia grupą z katalogu 5a, w atrybucie „krotność” oraz „krotno-fakt” należy wpisać wartość „1”, natomiast wartość w polu „taryfa” powinna być zgodna z wartością punktową zawartą w katalogu.”*

Kto zrozumie sens tych zdań i przypisze je do kategorii medycyna?

NOWA NOWOMOWA

Jeżeli język jest zwierciadłem, które „*odkrywa przed nami również świat nadawcy, nawet wbrew jego woli*”, jak chcą lingwiści, to co dostrzegamy poprzez tę nową nowomo-wę? Co mówi nam nadawca? Także poprzez pojawienie się określeń: „*świadczeniobiorcy*”

„*świadczeniodawcy*” „*usługa*” „*procedu-ra*” „*punkt rozliczeniowy*” czy definicję, że lekarz (tu z kolei rozporządzenie ministra zdrowia) „*wykonuje świadczenie lub grupę świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń, dla których w umowie okre-sła się kwotę finansowania*”.



Czy nie fałszuje się przez to rzeczywistości, nie zaciemnia prawdziwych relacji lekarz-pacjent-choroba-szpital-poradnia-pomoc-leczenie? Jeśli tak, to co jest skutkiem?

Język odzwierciedla rzeczywistość. W czasach PRL-u określał ekonomiczne braki i poczucie, że to Państwo organizuje (kontroluje) życie jednostce. Dziś sprowadzenie lekarzy niemal wyłącznie do roli podmiotów świadczących usługi, z kolei kieruje punkt ciężkości ku finansom, rozliczeniom, ekonomii, jakby dla ukrycia prawdziwego znaczenia słów „pomoc chorym”, „szpital” czy „poradnia”. Lepiej brzmi rozporządzenie o ograniczeniu limitów świadczeń w rodzaju ... niż o zabranianiu pieniędzy na leczenie chorych.

OD ROZMOWY JEST PSYCHOLOG

Jest jeszcze druga strona tej nowomowy, kto wie, jak dalece przez nią spowodowana. To dehumanizacja współczesnej medycyny. Pojawienie się nowych terminologii z obszaru najnowocześniejszych zdobyczy techniki medycznej buduje kolejną barierę ję-

zykową między pacjentem, a prowadzącym leczenie. Jednak wielu lekarzy młodego pokolenia uważa, że „od rozmowy i trzymania za rękę pacjenta jest psycholog” i wcale nie chodzi tu o brak czasu.

PRZEKŁADAĆ NA JĘZYK POLSKI

Nadawca kreuje własny system językowy, ale czy odbiorca musi się nim koniecznie posługiwać? Dlaczego sami lekarze, izby lekarskie, ich biuletyny, tak łatwo przyjęły konwencje językowe narzucone przez urzędników, polityków i prawników? Co by się stało, gdyby w odpowiedzi na pismo urzędowe ministra zdrowia czy NFZ, zastosować przekład na język polski? Konsekwentnie nazywać rzeczy po imieniu, podkreślać słowa – klucze:

leczyć, leczenie, chory, chorzy na ... Sens zostałby ten sam, ale uderzająca byłoby odniesienie do rzeczywistości, nie tej schowanej za wykreowanymi sztucznie neologizmami.

ZAINFEKOWANI

Pół biedy, że lekarze podejmują taki dialog w wewnętrznych rozliczeniach z urzędami, gorzej, że język ten przeniknął już do mediów i świadomości społecznej. Nowomowa wniknęła w samych lekarzy, jak kolejny pasażer statku Nostromo. Udzielają w tym „języku” wywiadów, piszą tak do swoich kolegów w biuletynach izbowych, rozmawiają między sobą. Dostosowują się do konwencji leksykalnej, zawartej w ustawach i rozporządzeniach, jak do nowego języka, który trzeba było przyswoić.

Lekarz człek zdolny do nauki całe życie. Niewiele już trzeba, by na pytania, gdzie pracuje i w jakim zawodzie, odpowiadał „**wykonuję grupę świadczeń wyodrębnionych, w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego**”.

Bunt leksykalny pilnie konieczny?

Grażyna Ogrodowska

Z TEKI OROZ

Pocztówka z wakacji

Koleżanki i Koledzy! Czy w tym roku nie zapomnieliście wysłać sobie pocztówek z pozdrowieniami z wakacji??? ...tak, tak do samych siebie ...



dr Tadeusz Urban

Tym razem chciałem odbiec trochę od komentowania spraw rozpatrywanych przez OROZ, a skupić się bardziej na

tematach wakacyjnych.

Ministerstwo Zdrowia zagwarantowało nam niezwykle radosne tegoroczne miesiące wakacyjne wprowadzając od 1 lipca Rozporządzenie: „**W sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania**”.

Kontrowersyjny już jest sam termin wprowadzenia tak drastycznych zmian w zasadach prowadzenia dokumentacji medycznej, ponieważ każdy rozsądnie myślący człowiek wie, że taką rewolucję robi się bądź od początku roku, bądź od października. Lipiec w naszym klimacie jest okresem wakacji, kiedy to wszyscy ludzie pracy udają się

na urlop, bądź go planują. Absencja urlopową skutkuje tym, że i w szpitalach znajduje się znacznie mniej personelu, który do tego jeszcze podlega naturalnej rotacji – jedni na urlop jadą, inni z niego wracają. A co za tym idzie – bardzo trudno zapoznać wszystkich pracowników z zarządzeniami dyrektorów szpitali czy kierowników poradni, którymi to wprowadzają w życie nowe wzory dokumentów i zasady ich prowadzenia. Utrudnia to również praktyczne zaznajomienie się z wprowadzonymi zmianami.

Doświadczenie uczy, że najłatwiej stworzyć zarządzenia, najtrudniej natomiast nauczyć ludzi codziennego ich przestrzegania.

Kiedyś wychodziłem ze szpitala mając ręce białe od talku z rękawic, dzisiaj są one czarne od tuszu długopisu i pieczętek.

Pomysłodawca tych zmian kierował się chyba chęcią ułatwienia nam życia (i to bez sarkazmu), ponieważ dopuścił możliwość prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Bezduszna maszyna, jaką jest komputer chętnie i bezproblemowo powieli raz wprowadzone dane, opatrując nimi każdy tworzony dokument, bez względu na to czy będzie to historia choroby czy też jakiegokolwiek skierowanie.

Zapomniano chyba jednak, że placówki służby zdrowia od lat borykające się z niedoborem środków finansowych, nie posiadają wystarczającego zaplecza informatycznego. W związku z powyższym, zdecydowana większość dokumentacji prowadzona jest w tradycyjnej formie „papierowej” i od 1 lipca wszyscy pracownicy szpitali i poradni rozpoczęli mżolne i przede wszystkim niezwykle czasochłonne wypełnienia dziesiątków druków, załączników i formularzy. Wszyscy wspólnymi siłami przepisują niezwykle istotne, a przede wszystkim do granic absurdu rozbudowane dane identyfikujące tak pacjenta, jak i personel zaangażowany w leczenie, kody resortowe pracowni i wszelkie inne wymagane identyfikatory.

Pomysłodawca zmian sam chyba nigdy nie przeprowadził symulacji, jak wygląda i ile czasu zajmuje wypełnienie narzuconych nam rygorów formalnych. Życie i praktyka pokazuje natomiast niezbicie, że skradziono nam, a właściwie pacjentom, olbrzymią ilość czasu, który to im, ich problemom, a przede wszystkim leczeniu, powinniśmy poświęcić.

Powinniśmy chyba zacząć używać tak popularnej wśród referentów okresu międzywojennego zarękawków, chroniących białe mankiety koszul, zamiast białej odzieży ochronnej.

Podobnie jak na informatyzację, tak i na zatrudnienie dodatkowego personelu do tworzenia dokumentacji placówkom służby zdrowia brak jest po prostu pieniędzy. To na lekarzach i pielęgniarzach spoczął głównie ten obowiązek, ale tak naprawdę zmuszając lekarzy do wypełniania nad wyraz rozbudowanej dokumentacji medycznej wybrano przecież najbardziej kosztowną reformę, ponieważ godzina pracy lekarza jest najdroższą godziną obciążającą dyrektorów szpitali czy kierowników poradni.

Będąc zabiegowcem, wychodziłem kiedyś ze szpitala mając ręce białe od talku z rękawic, dzisiaj są one czarne od tuszu długopisu i pieczętek. Zamiast białej odzieży ochronnej powinniśmy chyba zacząć używać tak popularnej wśród referentów okresu międzywojennego zarękawków chroniących białe mankiety koszul. Innym przykładem jest absurd pisanie skierowań w ramach wewnętrznej działalności szpitali. Dla przykładu: jeśli zlecę na wizycie badanie ultrasonograficzne pacjentce, to zobowiązany jestem wypisać skierowanie ze

wszystkimi szykanami do pracowni USG oddziału, w którym pracuję. Na badanie schodzę z pacjentką i ze skierowaniem w dłoń. Wszystko skrętnie przepisuję do księgi pracowni. Skierowanie przechowuję przez 20 lat. Po badaniu oczywiście jeszcze wypisuję wynik badania. Samo badanie to już drobnotka. Lubię pisać... ale dlaczego sam do siebie? Teraz będę sobie sam wysyłał jeszcze życzenia świąteczne i imiennowe... ale jeszcze pozdrowienia z wakacji też.

Zachęcam do pisania o absurdach dotyczących nowości w dokumentacji medycznej. Może jeśli wszyscy będziemy o tym głośno mówić poza zaciszem dyżurek KTOŚ nas usłyszy???

Tadeusz Urban

UWAGA: AGRESJA

Niebezpieczny zawód

TYTUŁEM WSTĘPU

Zawód lekarza jest poczytywany za zawód tak zwanego zaufania publicznego. Już od lat dziecięcych w ramach szeroko rozumianych zabaw w przedszkolach dzieci pytane są o ewentualne plany na przyszłość. Może to za wcześnie, ale jest zapewne w tym jakiś cel. Dzieci te chcą być listonoszami, kierowcami, strażakami, policjantami, żołnierzami, pielęgniarzami oraz także lekarzami. W zasadzie jest to jakby wstęp. Potem podczas nauki w szkole dochodzi do krystalizacji poglądów i część absolwentów szkół średnich (niekoniecznie tych, którzy deklarowali chęć zostania lekarzami) rozpoczyna studia medyczne, kończy je i zostaje lekarzami. W zasadzie „po drodze” do uzyskania szlifów zawodowych nie mówi się o zagrożeniach wynikających z charakteru pracy.

ZAGROŻENIA

Wspomniane zagrożenia można jakoś podzielić.

Z jednej strony każdy lekarz jest w swojej pracy narażony na zarażenie chorobą – od gruźlicy poczynając – poprzez wirusowe zapalenie wątroby – do AIDS włącznie. Oczywiście wskazują tu najgroźniejsze – pozostałe, których jest także trochę – pomijam.

Kolejnym rodzajem zagrożenia jest przepracowanie – niewiele bowiem zdaje sobie sprawę z faktycznej długości pracy przeciętnego lekarza, który oprócz wykonywania swojego zawodu musi znaleźć czas na doksztalcenie zawodowe. Nie chodzi tu o formalne kształcenie (i zdobywanie punktów edukacyjnych) ale faktyczne – szkolenia, specjalizacje, w przyszłości umiejętności lekarskie. Dlatego części naszego środowiska może dotyczyć problem wypalenia zawodowego, spowodowany – splotem oczywiście problem, stosując skrót myślowy – związany z długoletnim wykonywaniem pracy szczególnie odpowiedzialnej. Należy podnieść, że wielu lekarzy „ucieka” od problemu w leki czy alkohol.

Innym rodzajem zagrożenia jest agresja ze strony pacjenta. Może ona przyjmować formy „cywilizowane” lub nie. Ta pierwsza to skargi – a to do różnych instytucji państwowych, a to do izby lekarskiej (przyczyn rozwijać nie będę) poprzez rozmaite roszczenia sądowe – od spraw cywilnych poprzez doniesienia do prokuratur i spraw karnych do spraw przed sądami lekarskimi. Często mamy do czynienia ze wszystkimi łącznie. Ta druga to wymierzane sprawiedliwości osobiście – awantury, pyskówki, a nawet próby pobicia.

Doświadczyłem tego problemu – osoba, która nie uzyskała mojej pozytywnej opinii w postępowaniu sądowym w roku ubiegłym, usiłowała mnie pobić – na szczęście (dla mnie) okazałem się zbyt duży i nie doszło do wiadomych skutków. Informacje na ten temat zgłosiłem prezesowi Sądu Okręgowego (jestem biegłym, a problem związany był z opiniowaniem) oraz w strukturach izb lekarskich.

CO ROBIĆ?

W przypadku narażenia na zakażenie bardzo istotne jest przestrzeganie rozmaitych procedur związanych czy to z działaniem zapobiegawczym, czy w przypadku bezpośredniego niebezpieczeństwa zakażenia w związku z kontaktem z materiałem zakaźnym. W przypadku problematyki związanej z przepracowaniem, wypaleniem, możliwa jest pomoc, w tym ze strony izb lekarskich. Natomiast w przypadku agresji pacjenta wielokrotnie zdarza się, że lekarz pozostaje sam ze swoim problemem. Co robić w tym ostatnim przypadku? Przede wszystkim sprawę należy nagłośnić. O ile dojdzie do naruszenia nietykalkości cielesnej, należy oczywiście powiadomić odpowiednie organa. W przypadku nieudanej próby takiego postępowania – nie należy zachowywać informacji o takim zdarzeniu dla siebie. O fakcie

winien być każdorazowo powiadomiony prezes OIL, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i przewodniczący Sądu Lekarskiego a także Rzecznik Praw Lekarzy. W przypadku lekarza biegłego sądowego informację winien uzyskać prezes sądu okręgowego, w którym dany biegły został wpisany na listę. Jeżeli zaś dotknie to lekarza pełniącego funkcję w izbie – winien on poinformować o takim zdarzeniu także Naczelny Sąd Lekarski oraz Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Dlaczego piszę o konieczności przekazywania takich informacji? Dlatego, że ich nieprzekazanie może rodzić

problem w przyszłości. Zdarzyć bowiem się może, że to napastnik lub potencjalny napastnik pierwszy złoży doniesienie, a wtedy poszkodowany lekarz będzie oczywiście musiał się bronić – udowadniając, że „nie jest zającem, bowiem nie jest królikiem”. Niestety, droga do sprawiedliwości bywa wyboista, a w przypadku takiej sprawy może trwać długo.

PODSUMOWANIE

Moim zdaniem we wszystkich izbach winny zostać opracowane procedury postępowania w przypadku agresji skierowanej do lekarza (tak jak inne procedury postępowania w sytuacjach nagłych – nadzwyczajnych) a na łamach naszego pisma oraz na stronie internetowej należy je opublikować i oczywiście okresowo przypominać o ich istnieniu.

Zachęcam Koleżanki i Kolegów do dyskusji na ten temat, do dzielenia się własnymi przeżyciami i doświadczeniami z zakresu postępowania, do którego doszło w takich przypadkach.

Dr n. med. Ryszard Szozda

Naiwna wiara

Niedawno jeden z moich kolegów lekarzy opowiedział mi o pewnej sytuacji ze swego życia zawodowego.

Pracował od paru lat w pewnej poradni, ale już w niej nie przyjmuje pacjentów, gdyż nie przedłużono kontraktu na porady specjalistyczne w jego dziedzinie.

Rzecz miała miejsce w małej miejscowości na terenie Górnego Śląska; dotąd działały tam dwie poradnie świadczące takie same usługi. Jedna nadal funkcjonuje jak dawniej, w drugiej wobec braku kontraktu z NFZ już pacjentów się nie przyjmuje. Jej właściciel nie mógł pojąć, dlaczego po latach otrzymywania kontraktu i bezproblemowej współpracy z tą instytucją nagle został wykluczony.

Dopełnił wszystkich formalności przy składaniu oferty, a wszystkie próby dotarcia do informacji dlaczego nie przydzielono mu kontraktu, spęły na niczym. I pewnie nigdy by się nie dowiedział, co legło u podstaw odmowy ze strony NFZ, gdyby lekarz przyjmujący w drugiej, konkurencyjnej poradni nie „wygadał” się, że w ofercie konkursowej jego przychodni obniżono cenę poradę o... 50 groszy. I tak jeden lekarz „załatwił” drugiego.

Ta historia skłania do refleksji, dlaczego stosujemy wobec siebie nawzajem takie nieczyste chwyt? Gdzie solidarność zawodowa? Czyżby „kasa” całkowicie przestani-

ła nam świat i wyparła wszelkie, ludzkie odruchy? Przyczyn jest pewnie wiele, ale może warto spojrzeć na świat lekarski z pewnego dystansu przez pryzmat pewnego epizodu sprzed wielu, wielu lat.

Rzecz działa się w 1984 roku, w Domu Lekarza w Katowicach odbywało się spotkanie dotyczące etyki lekarskiej. Wśród wielu szacownych gości był także ks. Józef Tischner, niekwestionowany autorytet moralny tych czasów. Głos zabrało wielu dyskutantów, znanych lekarzy, profesorów akademii medycznej, ale największe zdumienie, wręcz aplauz sali zdobyło pewne stwierdzenie studenta medycyny.

Zauważył on, że świat lekarski jest emanacją kondycji całego społeczeństwa i nie jest wolny od cech dominujących w kraju. Skoro brak przestrzegania zasad etyki jest normą w polskim życiu społecznym, to dlaczego akurat lekarze mieli być odizolowaną wyspą uczciwości i etyki?

Wiara, że lekarski świat może być oazą sprawiedliwości w świecie obłudy, zachłanności i konsumpcji, jest naiwna.

Ta wypowiedź, której sens przytaczam z pamięci, jest może najlepszym wytłumaczeniem podłoża historii, jaką opisałem wcześniej. Współczesne, polskie życie społeczne zostało niestety skutecznie pozbawione wielu koniecznych do normalności cech. Prymat wiodą cwaniactwo, chciwość, kombinacje. Byle mieć więcej i to jak najszybciej, koszty się nie liczą.

Smutne, że dotyczy to także nas, lekarzy. Słowa etyka, przyzwoitość, umiar są w głębokiej defensywie. Tak było dawniej, tak jest i dzisiaj. Mam nawet wrażenie, że w latach minionej epoki, gdy wszyscy byliśmy znacznie biedniejsi, mniejszą wagę przywiązywaliśmy do dóbr materialnych. Wiara, że lekarski świat może być oazą sprawiedliwości w świecie obłudy, zachłanności i konsumpcji, jest naiwna.

A najsmutniejsze, że te „nowe” normy dla wielu, może większości z nas stały się oczywiste. Dziwią raczej odruchy przyzwoitości, normą jest „deptanie” i lekceważenie innych ludzi. Bez głębokiego przewartościowania, przywrócenia funkcjonowania elementarnych zasad życia społecznego będzie tylko gorzej. Tylko czy to jest w ogóle możliwe? Medicus medico lupus...

prof. dr hab. Wojciech Pluskiewicz

● LEKARZE NIE MOGĄ BYĆ BEZKARNIE POMAWIANI, UZNAŁ PREZES ORL JACEK KOZAKIEWICZ

ŚIL w ochronie dóbr osobistych lekarzy

Wykonywanie zawodu lekarza wiąże się nieodłącznie z jego osobistym kontaktem z pacjentem. Ten kontakt nie zawsze jest łatwy. Coraz częściej trafiają do nas informacje o nie stosownym zachowaniu pacjentów wobec lekarzy. Zachowanie to przybiera różną formę. Czasami są to tylko wyrazy niezadowolenia skierowane bezpośrednio do lekarza w zaciszu gabinetu, niekiedy jednak przyjmują postać publicznego znieważenia lekarza w oczach innych pacjentów, kolegów z pracy, personelu medycznego lub pracodawcy.

Z jednym z takich przypadków zgłosił się do Śląskiej Izby Lekarskiej lekarz, który został niesłusznie posądzony o spożywanie alkoholu w czasie pracy. Został on przebadany przez funkcjonariuszy Policji na zawartość alkoholu we krwi. Pomimo tego, że badanie nie wykazało obecności alkoholu, lekarza ponownie publicznie posądzono o spożywanie alkoholu w czasie pracy.

Prezes ORL **Jacek Kozakiewicz** uznał, że lekarze nie mogą być bezkarnie pomawiani. Z jego inicjatywy Śląska Izba Lekarska zaangażowała się w sprawę i udzieliła pomocy

lekarzowi w dochodzeniu przed sądem roszczeń służących ochronie dóbr osobistych.

Postępowanie sądowe zakończyło się sukcesem, a korzystny dla lekarza wyrok jest prawomocny. Sąd zobowiązał pozwaną do opublikowania przeprosin na łamach prasy, a nadto zgodnie z żądaniem pozwu zasądził na rzecz Fundacji Lekarzom Seniorom kwotę 1 000 zł.

Jakub Frakowski

*Kancelaria Radców Prawnych Niczpan,
Trefon, Prasalek s. c.*

● WAŻNE DLA LEKARZY PRZECHODZĄCYCH NA KONTRAKTY

Poradnik

Poniższy poradnik sporządzono z myślą o osobach, które dotychczas wykonywały zawód lekarza na podstawie umowy o pracę, a zamierzają przejść na kontrakt. W poradniku staram się zachować chronologię podejmowanych czynności prowadzących do zawarcia kontraktu.

1. REJESTRACJA W EWIDENCJI DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

Szpitala i inne podmioty lecznicze zawierają kontrakty z praktykami lekarskimi, na co zezwala im art. 27 ustawy o działalności leczniczej. Oznacza to, że w chwili zawierania kontraktu lekarz musi być formalnie zarejestrowany jako praktyka lekarska. Pierwszym krokiem, który do tego prowadzi jest zarejestrowanie się w ewidencji działalności gospodarczej.

Ewidencje działalności gospodarczej prowadzi urząd gminy/urząd miasta. Ważne jest to, że lekarz, który zamierza prowadzić praktykę lekarską musi się zgłosić do urzędu miasta właściwego ze względu na swoje miejsce zamieszkania, nawet jeśli praktykę lekarską będzie wykonywał w innym mieście (przykład: osoba zamieszkała w Gdańsku zamierzająca prowadzić praktykę lekarską w Warszawie, zgłasza się do ewidencji działalności gospodarczej w urzędzie miasta w Gdańsku).

Zgłoszenie w ewidencji działalności gospodarczej wymaga wypełnienia urzędowego formularza, formularz ten jest wspólny dla całego kraju. (Formularz zamieszczony jest na stronie internetowej ŚIL.)

Lekarz wnoszący o zarejestrowanie w ewidencji działalności gospodarczej nie ponosi żadnej opłaty. Zgodnie z ustawą prawo działalności gospodarczej zarówno wniosek o wpis, jak też wniosek o zmianę wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nie podlega opłacie.

Rejestrując działalność gospodarczą w ewidencji działalności gospodarczej, lekarz powinien wskazać przedmiot wykonywanej działalności gospodarczej zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności.

Numer klasyfikacyjny dla działalności medycznej w systemie PKD to:

86.21. Z. – dla praktyki lekarskiej ogólnej

86.22. Z. – dla praktyki lekarskiej specjalistycznej

86.23. Z. – dla praktyki dentystrycznej.

Klasyfikacja PKD nie wyróżnia praktyk lekarskich na wezwanie i praktyk w podmiotach leczniczych ani praktyk tzw. stacjonarnych, dlatego dla każdej z tych praktyk kod PKD jest wspólny.

2. REJESTRACJA PRAKTYKI LEKARSKIEJ W IZBIE LEKARSKIEJ.

Od strony formalnej, dla powstania praktyki lekarskiej nie wystarczy samo zgłoszenie w ewidencji działalności gospodarczej w urzędzie miasta, należy ponadto zarejestrować praktykę w izbie lekarskiej.

Z racji tego, że istnieje kilka rodzajów praktyk lekarskich, lekarz przed zawarciem kontraktu ze szpitalem powinien rozstrzygnąć, jaką praktykę powinien założyć. Ustawodawca przewidział możliwość założenia następujących typów praktyk:

- indywidualnej praktyki,
- indywidualnej praktyki w miejscu wezwania oraz
- indywidualnej praktyki w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem.

Każda z wyżej wymienionych praktyk może być praktyką specjalistyczną albo „zwykłą” (ogólnolekarską), decyduje oczywiście posiadanie specjalizacji z danej dziedziny medycyny.

Najszerze uprawnienia daje założenie indywidualnej praktyki lekarskiej (zwanej potocznie stacjonarną). Jest to praktyka lekarska, która musi mieć odebraną przez sanepid stałą siedzibę, w której przyjmowani są pacjenci. Celem tej praktyki jest świadcze-

nie usług medycznych pod własnym szyldem, nie ma jednak przeszkód, aby lekarz prowadzący taką praktykę zawarł dodatkowo kontrakt ze szpitalem czy innym podmiotem leczniczym i na podstawie tego kontraktu wykonywał świadczenia medyczne w siedzibie szpitala.

Specjalnie dla lekarzy, którzy zamierzają pracować na kontrakcie w szpitalach i innych podmiotach leczniczych utworzono z dniem 1 lipca 2011 r. nowy typ praktyki – **praktykę w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego**. Lekarz zakładający ten rodzaj praktyki nie musi posiadać własnego sprzętu, ani pomieszczenia zatwierdzonego przez sanepid. Założenie praktyki w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego umożliwi lekarzom wykonywanie świadczeń zdrowotnych np. w ramach dyżurów szpitalnych czy w ramach tzw. kontraktów całonocnych w szpitalach czy poradniach.

Natomiast **praktyka na wezwanie** nie będzie mogła wykonywać kontraktu w szpitalach ani innych podmiotach leczniczych. Ustawa o działalności leczniczej, która weszła w życie w dniu 1 lipca 2011 r. wyraźnie przesądza, że praktyki wyłącznie w miejscu wezwania nie mogą być wykonywane w podmiocie leczniczym (art. 20 ustawy o działalności leczniczej). Oznacza to, że lekarze, którzy po dniu 1 lipca 2011 r. zamierzają przejść na kontrakt, nie będą mogli w tym celu utworzyć praktyki w miejscu wezwania. Natomiast praktyki lekarskie, które w dniu 1 lipca 2011 r. były zarejestrowane w izbie lekarskiej będą mogły jeszcze przez 1 rok tj. do dnia 30 czerwca 2012 r. działać na starych zasadach i zachować zawarty uprzednio kontrakt.

Z powyższego zestawienia wynika, że lekarz, który chce przejść na kontrakt, może założyć w tym celu praktykę w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, albo może poszerzyć zakres działania praktyki potocznie zwanej stacjonarną. Wykluczone jest zawarcie kontraktu przez praktykę w miejscu wezwania.

Praktykę lekarz rejestruje we właściwej izbie lekarskiej, od lipca 2011 r. opłata za zarejestrowanie praktyki została obniżona do kwoty 69 złotych, kwota ta jest jednakowa niezależnie od rodzaju zakładanej praktyki.

3. USTALENIE, KTO JEST STRONĄ KONTRAKTU

Dla procedury zawierania kontraktu z podmiotem leczniczym istotne jest, z jakim podmiotem lekarz prowadzący praktykę będzie ten kontrakt zawierał. Jeśli stroną kontraktu jest podmiot leczniczy, który należy do grupy instytucji prawa publicznego, czyli jednostek stosujących ustawę prawo zamówień publicznych, wówczas przy zawieraniu kontraktów stosuje się dość sformalizowaną procedurę, w której nie ma miejsca na negocjowanie warunków kontraktu. Typowym przykładem takiego podmiotu, z którym nie może negocjować warunków kontraktu są **samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej**. Ustawa o działalności leczniczej przewiduje, że w przypadku podmiotów prawa publicznego kontrakt zostaje zawarty po przeprowadzeniu konkursu ofert – oznacza to, że lekarze ubiegający się o zawarcie kontraktu składają swoje pisemne oferty, które są przyjmowane albo odrzucone, nie ma miejsca na dalsze negocjacje. Zwykle lekarze składający oferty konkurują tylko ceną.

Inaczej sprawa przedstawia się w razie zawierania przez lekarzy kontraktów **z prywatnymi podmiotami leczniczymi**. W tym przypadku podmiot leczniczy nie jest związany sztywnymi regułami postępowania konkursowego, istnieje więc możliwość prowadzenia negocjacji polegających nie tylko na ustaleniu wynagrodzenia, ale też na weryfikacji postanowień przyszłego kontraktu.

4. NAJWAŻNIEJSZE POSTANOWIENIA UMOWNE

Sporządzenie prawidłowego kontraktu lekarza prowadzącego praktykę z podmiotem leczniczym to dość trudna sztuka. Z jednej strony lekarz musi „zapomnieć” o szczególnych uprawnieniach, jakie przysługiwały mu na podstawie umowy o pracę, natomiast podmiot leczniczy nie może oczekiwać, że wszelkie koszty i całe ryzyko niepowodzenia prowadzonej działalności przerzuci na lekarza – jak wiadomo poszukiwanie tzw. sprawiedliwości kontraktowej nie jest łatwe.

Analiza występujących w obrocie kontraktów lekarskich pokazuje, że błędy kontraktowania to nie tylko brak elementarnej sprawiedliwości w rozłożeniu wzajemnych praw i obowiązków, ale także nieprzysłuchiwanie zarówno przez lekarzy, jak i szpitale należytej wagi do sposobu zredagowania najistotniejszych postanowień umownych.

Poniżej zamieszczam omówienie tych postanowień umowy, na które warto położyć największy nacisk w czasie negocjowania warunków kontraktu.

Bardzo ważne przy zawieraniu umowy jest precyzyjne ustalenie, co jest jego przedmiotem, czyli do czego lekarz się zobowiązuje. W spotykanych kontraktach często brakuje precyzyjnego określenia przedmiotu umowy. W szczególności kontrakt winien określać, czy lekarz zobowiązał się wykonywać świadczenia medyczne tylko poza normalnymi godzinami pracy oddziału (dyżury) czy też wyraża gotowość do wykonywania usług zarówno w czasie normalnej ordynacji, jak i poza jej godzinami. W praktyce zdarzają się sytuacje, w których lekarz jest przekonany, że podpisał kontrakt „dyżurowy” tymczasem w umowie zapisano ogólnie, że lekarz zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych bez wskazania, że chodzi o świadczenia poza normalnymi godzinami pracy, co oznacza, że na podstawie tak zawartej umowy szpital może oczekiwać od lekarza dyspozycyjności nie tylko w czasie dyżuru, ale także w czasie normalnych godzin pracy.

Kontrakt powinien określać czasowy zakres zaangażowania lekarza, poprzez ustalenie jaką liczbę godzin miesięcznie lekarz zobowiązuje się poświęcić na wykonywanie kontraktu. Liczba tych godzin nie musi być sztywno określona, można zapisać jak „widelkowo” np. od 50 godzin miesięcznie nie więcej niż 100 godzin miesięcznie. Podmioty lecznicze tworząc treść kontraktu z lekarzem dość często zamieszczają postanowienie, że lekarz zobowiązuje się świadczyć tyle usług, ile wynika z kontraktu danego podmiotu leczniczego z NFZ, w tej sytuacji lekarz przed podpisaniem kontraktu powinien ustalić jakie normy pracy wynikają z kontraktu danego podmiotu leczniczego z NFZ.

Dokładne określenie przedmiotu umowy oznacza również poświęcenie uwagi postanowieniom dotyczącym rodzaju świadczeń medycznych i miejsca ich wykonywania. Z punktu widzenia lekarza, nie jest wystarczające wskazanie w kontrakcie, że lekarz zobowiązuje się wykonywać dla szpitala usługi np. z zakresu chorób wewnętrznych. Sugeruję, aby

w kontrakcie doprecyzować, że lekarz zobowiązuje się wykonywać usługi z zakresu chorób wewnętrznych w oddziale chorób wewnętrznych szpitala X. Zdarza się bowiem tak, że lekarz podpisując kontrakt, w którym nie określono miejsca wykonywania usług, zamiast na oddział chorób wewnętrznych jest kierowany do izby przyjęć, czego nie brał pod uwagę podpisując kontrakt.

Zwykle kontrakty przewidują, że lekarz ma obowiązek świadczyć szpitalowi usługi według harmonogramu. **Ważnym elementem kontraktu jest określenie, w jaki sposób ów harmonogram ma być ustalany.** Występującym w praktyce zapisom kontraktowym zwykle brakuje precyzji. Rozstrzygnięcia w umowie wymaga nie tylko z jakim wyprzedzeniem harmonogram jest ustalany (np. na dwa tygodnie przed rozpoczęciem miesiąca kalendarzowego), ale też tryb rozstrzygnięcia sytuacji spornych, tj. takich, w których np. lekarze oddziału nie potrafią zgodnie ustalić grafiku, można wówczas zaproponować rozwiązanie, że harmonogram w razie sporu ustala ordynator.

Kontrakt powinien zawierać klauzulę gwarantującą lekarzowi prawo do regeneracji sił. Wyśiłek lekarza wykonującego świadczenia zdrowotne na podstawie kontraktu nie może być nadmierny, dlatego negocjując warunki umowy należy pamiętać o zapisie upoważniającym lekarza do odmowy świadczenia usług medycznych w sytuacji, gdy okresy odpoczynku pomiędzy poszczególnymi dyżurami nie zapewniają odpowiedniej regeneracji sił. Klauzula taka powinna zostać umieszczona w tej części umowy, która jest poświęcona ustalaniu harmonogramu, bo o rozsądne ułożenie czasu świadczeń należy zabiegać już na etapie jej planowania.

W kontrakcie powinna być uregulowana kwestia napraw sprzętu potrzebnego do prawidłowego wykonywania przez lekarza świadczeń objętych umową. W praktyce zdarzały się kontrakty, w których szpitale przerzucały na lekarza obowiązek zakupu materiałów do bieżącej konserwacji sprzętu medycznego. Kontrakt powinien więc ustalać, że lekarz wykonuje świadczenia zdrowotne z wykorzystaniem sprzętu i materiałów szpitala, a szpital jest zobowiązany na własny koszt zapewnić konieczne naprawy i konserwacje sprzętu niezbędnego do udzielania świadczeń objętych umową. W razie gdyby szpital tego obowiązku nie wykonał, lekarz ma prawo powstrzymać się od wykonywania umowy do czasu naprawy sprzętu z zachowaniem prawa do wynagrodzenia.

Kontrakty tworzone przez szpitale nakładają na lekarzy obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej i statystyki na potrzeby rozliczeń z NFZ, zastrzegając, że w razie nieprawidłowości szpital pobiera od lekarza karę umowną. W tej sytuacji należy postulować, aby w kontrakcie zamieszczona była **klauzula zobowiązująca szpital do przeprowadzenia szkolenia w zakresie zasad rozliczania świadczeń z NFZ oraz do organizowania szkoleń uzupełniających w razie zmiany zasad rozliczania przez NFZ.**

Bardzo ważna jest ta część kontraktu, która dotyczy wynagrodzenia wypłacanego lekarzowi. Nie chodzi przy tym tylko o jego wysokość, bo to nie wymaga omówienia przez prawnika, chodzi raczej o zasady jego ustalenia i wypłaty. Pierwsza rzecz, na którą należy zwrócić uwagę, to **zasady obliczania wynagrodzenia** – istnieje tu bogactwo rozwiązań: 1) wynagrodzenie może przysługiwać w określonej stawce za godzinę pracy 2) wynagrodzenie może być ryczałtowe za dany miesiąc 3) wynagrodzenie może być pochodną wypracowanych przez lekarza punktów z NFZ. Ważne jest to, aby z umowy jasno wynikało, który z tych systemów został przyjęty. W praktyce można spotkać kontrakty lekarskie, w których postanowienia o wysokości wynagrodzenia są nieprecyzyjne, a jak wiadomo lepiej porządnie ustalić zasady wynagradzania na etapie zawierania umowy niż później toczyć spory w oparciu o podpisany, niejasny kontrakt.

Trudności w praktyce kontraktowej sprawia również kwestia świadczeń medycznych wykonanych przez lekarza ponad określony z NFZ limit, zwanych nadwykonaniami. Kontrakty lekarskie często w sposób ogólny wspominają o zmniejszeniu wynagrodzenia lekarza w razie, gdy wykonał on świadczenia ponad limit określony przez NFZ. Jeśli strony godzą się na taki zapis, to **umowa powinna jasno określać według jakiej zasady matematycznej wynagrodzenie lekarza będzie redukowane.** Ponadto należy zauważyć, że zasada zmniejszenia wynagrodzenia lekarza w razie nadwykonań jest trudna do zaakceptowania w sytuacji, w której NFZ zapłacił jednak Szpitalowi pełne lub częściowe wynagrodzenie za świadczenia wykonane ponad limit.

Ważne jest również, aby postanowienia kontraktowe dotyczące wypłaty wynagrodzenia nie narażały lekarzy na dodatkowe koszty. Przykładowo, zbyt długi termin płatności faktury wystawionej przez lekarza sprawia, że lekarz poniekąd kredytuje szpital – tj. zanim otrzyma należne mu wynagrodzenie musi „ze swoich pieniędzy” opłacić składki na ZUS i podatki. Sugeruję zatem, aby w kontraktach zastrzegać dla szpitala maksymalnie 14 dniowy termin na zapłatę wynagrodzenia.

Dość często spotyka się w umowach postanowienie, że za datę zapłaty przez szpital należności objętych kontraktem uznaje się datę obciążenia rachunku bankowego szpitala. **Tego rodzaju klauzula jest krzywdząca dla lekarza,** jako datę zapłaty należności z tytułu wynagrodzenia lekarskiego powinno się określać datę uznania rachunku bankowego lekarza, czyli wpływu pieniędzy na konto lekarza, a nie datę obciążenia rachunku szpitala.

Zastrzeżenia budzą także klauzule kontraktowe, które ustanawiają dla lekarzy zakaz działalności konkurencyjnej nie precyzując, jakie czynności objęte są zakazem konkurencji. Wszelkie postanowienia kontraktowe, które mają na celu zakazanie lekarzowi innej pracy powinny być sformułowane w sposób jasny i czytelny tak, aby lekarz decydując się na podpisanie kontraktu wiedział od jakiej dodatkowej działalności powinien się powstrzymać. **Jako przykład niewystarczająco jasnej regulacji należy wskazać klauzulę zakazującą lekarzowi „podejmowania innej działalności, która nie jest zgodna z interesami szpitala”.**

Niezwykle dożo emocji wzbudzają zastrzeżone w kontraktach **kary umowne.** Nie spodziewam się, aby dyrektorzy szpitali mieli odstąpić od stosowania kar umownych, bowiem są one wygodnym instrumentem uzyskiwania odszkodowania za niewłaściwe wykonanie umowy przez lekarzy.

Brak perspektywy wyeliminowania kar umownych z kontraktów każde przeniesienie punktu ciężkości na prawidłowe zapisanie klauzul zastrzegających kary umowne. Wysokość kar umownych oraz okoliczności, które uzasadniają nałożenie kary znacząco wpływają na kalkulację opłacalności zawarcia kontraktu. W występujących w praktyce kontraktach wątpliwości budzi sposób sformułowania poszczególnych kar umownych. Po pierw-

sze lekarze przed podpisaniem kontraktu powinni zwrócić uwagę czy wysokość kary umownej nie jest nadmierna.

Za nadmierną należałoby uznać karę umowną w wysokości kilkudziesięciu procent wartości kontraktu za każdą (nawet drobną) nieprawidłowość w prowadzeniu dokumentacji medycznej.

Należy zauważyć, że wartość kontraktu, od której oblicza się tak ustaloną karę umowną to nie wartość miesięcznego wynagrodzenia, lecz wartość całego kontraktu zawartego np. na dwa lata. Przy podpisywaniu umowy zawierającej kary umowne należy zwracać uwagę na to czy okoliczności uzasadniające obciążenie lekarza karą umowną nie są zapisane zbyt ogólnie, a przez to nieprecyzyjne, za takie należałoby uznać np. zapisy o karach umownych nakładanych w razie „naruszenia umowy”.

Opracował **Michał Kozik**, radca prawny

KOMUNIKATY

LEKARZU! PRZYJDŹ! ZADZWOŃ! NAPISZ E-MAILA!

JEŚLI SAM MASZ PROBLEM Z NADUŻYWANIEM ALKOHOLU LUB SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH

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
664 187 499; (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; pelnomocnik@izba-lekarska.org.pl

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

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...



DLA SENIORÓW TANIEJ

Już od 18 miesięcy, w ramach akcji pt. „Apteka dbam o zdrowie”, osoby, które ukończyły 60 rok życia mogą zakupić leki na receptę z 25% zniżką, okazując w aptece imienną dyskietkę.

Dyskietkę możemy uzyskać po wypełnieniu formularza dostępnego na stronie internetowej www.60plus.doz.pl w ciągu 14 dni lub po wypełnieniu ankiety osobiście, w aptece biorącej udział w akcji (personel prześle ankietę organizatorowi).

Przy tak wysokiej cenie leków, za wysokiej, jak na nasze możliwości finansowe, zaoszczędzone przeciętnie 50 zł miesięcznie zachęca do skorzystania z tej możliwości.

Życzę zdrowia i pozdrawiam,
Ziuta Niemcewicz, z-ca przew. Komisji ds. Emerytów i Rencistów

OGŁOSZENIE PŁATNE

SZKOLENIA ŚIL

Język angielski dla lekarzy

Termin realizacji: **od października 2011 do czerwca 2012**

Dodatkowe informacje: Kurs częściowo odpłatny. Rekrutacja trwać będzie do 23 września br.

Kurs doskonalący – warsztaty: **Akademia umiejętności społecznych (AUS) dla lekarzy.**

Komunikacja interpersonalna lekarz – pacjent – współpracownik

Termin: **19.09.2011 r. (poniedziałek) godz. 15³⁰**

Dodatkowe informacje: Liczba miejsc została ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń. Zgłoszenia na formularzu zgłoszeniowym zamieszczonym na stronie www.izba-lekarska.org.pl w zakładce Kursy dla lekarzy.

Warsztaty wyrównawcze: **Zmiany wytycznych resuscytacji dorosłych**

Terminy do wyboru: **20.09, 4.10, 11.10.2011 (wtorki) godz. 15³⁰**

Dodatkowe informacje: Szkolenie przeznaczone dla lekarzy, którzy wcześniej uczestniczyli w kursach podstawowych z resuscytacji w ŚIL. Składa się z prelekcji poświęconej ostatnim zmianom wytycznych i kilku godzin ćwiczeń symulacyjnych. Małe grupy (ilość miejsc ograniczona). Koszt 50 zł. Wpłaty na konto 43 1020 2313 0000 3102 0020 0246 z dopiskiem: resuscytacja. Zgłoszenia wyłącznie na formularzu zgłoszeniowym.

Kurs doskonalący – warsztaty: **Akademia umiejętności społecznych (AUS) dla lekarzy. Asertywność**

Termin: **21.09.2011 r. (środa) godz. 9³⁰, 26.09.2011 r. (poniedziałek) godz. 15³⁰**

Dodatkowe informacje: Liczba miejsc została ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń. Zgłoszenia na formularzu zgłoszeniowym zamieszczonym na stronie www.izba-lekarska.org.pl w zakładce Kursy dla lekarzy.

Kurs doskonalący: **Chirurgia stomatologiczna i implantologiczna**

Termin: **23.09.2011 r. (piątek) godz. 16⁰⁰**

Dodatkowe informacje: Wykład poprowadzi dr hab. n. med. *Piotr Malara*

Współpraca: MIP Pharma

Kurs doskonalący: **Zdrowie reprodukcyjne - wykład i dyskusja**

Termin: **27.09.2011 r. (wtorek) godz. 9³⁰**

Dodatkowe informacje: Wykład poprowadzi prof. *Violetta Skrzypulec-Plinta*

Kurs doskonalący: **Choroby przenoszone przez kleszcze – nowe wyzwanie**

Termin: **28.09.2011 r. (środa) godz. 11⁰⁰**

Dodatkowe informacje: Wykład poprowadzi dr n. med. *Lucjan Kępa*

Kurs doskonalący: **Aktualne wytyczne diagnostyki i terapii osteoporozy**

Termin: **5.10.2011 r. (środa) godz. 11⁰⁰**

Dodatkowe informacje: Wykład poprowadzi dr n. med. *Joanna Głogowska-Szeląg*

Współpraca: Roche

Kurs doskonalący: **Postępy w onkologii wieku rozwojowego**

Termin: **11.10.2011 r. (wtorek) godz. 10⁰⁰**

Dodatkowe informacje: Wykład poprowadzi dr n. med. *Grażyna Sobol*

Kurs doskonalący: **Szczepienia – prawdy i mity**

Termin: **12.10.2011 r. (środa) godz. 13⁰⁰**

Dodatkowe informacje: Wykład poprowadzą dr n. med. *Anita Witor*, dr n. med. *Jan Miczek*

Kurs doskonalący: **Estetyka w odcinku przednim w różnych sytuacjach klinicznych**

Termin: **14.10.2011 r. (piątek) godz. 16⁰⁰**

Dodatkowe informacje: Wykład poprowadzi lek. dent. *Rafał Mędzin*

Współpraca: 3M ESPE

Kurs doskonalący: **Prawa pacjenta a odpowiedzialność zawodowa lekarza**

Termin: **19.10.2011 r. (środa) godz. 9³⁰**

Dodatkowe informacje: Wykład poprowadzi dr n. med. *Tadeusz Urban*

SZKOLENIA ŚIL

Kurs doskonalący: **Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dzieci według nowych wytycznych**

Termin: **27.10.2011 r. (czwartek) godz. 15³⁰**

Dodatkowe informacje: 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. Koszt 50zł, wpłaty należy dokonać na konto: 43 1020 2313 0000 3102 0020 0246 (z dopiskiem: resuscytacja dzieci). Liczba miejsc została ograniczona. Decyduje kolejność zgłoszeń. Zgłoszenia na formularzu zgłoszeniowym zamieszczonym na stronie www.izba-lekarska.org.pl w zakładce Kursy dla lekarzy.

Informacje o kursach i konferencjach planowanych w listopadzie i grudniu 2011 roku znajdują się na stronie internetowej: www.izba-lekarska.org.pl w zakładce: Kursy dla lekarzy.

.....

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

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

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



Uprzejmię informujemy, że 1 kwietnia br. rozpoczęła się rekrutacja na kursy specjalizacyjne „Zdrowie Publiczne” w ramach projektu „Pro Doctore 2 – projekt wspierający rozwój kadr medycznych w województwie śląskim”. Nr projektu WND-POKL. 08.01.01-24-185/10

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

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

Kursy są bezpłatne.

Szczegółowe informacje dotyczące uczestnictwa w kursach można uzyskać:

BIURO PROJEKTU:

Śląska Izba Lekarska, 40-126 Katowice, ul. Grażyńskiego 49a

tel: 032 2036547 wew. 321, 322 tel. kom. +48 694 659 061, fax: 032 352 06 38

e-mail: prodoctore@izba-lekarska.org.pl www.izba-lekarska.org.pl/prodoctore/

Studia Podyplomowe - Prawo w ochronie zdrowia

Kierownik studiów podyplomowych: prof. dr hab. Teresa Dukiet- Nagórska

Studia podyplomowe „Prawo w ochronie zdrowia” prowadzone są po raz pierwszy wspólnie przez Uniwersytet Śląski, Śląski Uniwersytet Medyczny i Śląską Izbę Lekarską.

Studia skierowane są do osób wykonujących zawody medyczne. Studia służą poprawie orientacji w zakresie przepisów prawa medycznego, wyznaczających m.in. ramy wykonywanego zawodu, a także orientacji w podstawowych przepisach innych dziedzin prawa.

Zajęcia będą prowadzone w formie wykładów połączonych z zajęciami o charakterze warsztatów.

Szczegółowe informacje dotyczące rekrutacji dostępne są na stronach internetowych:

www.wpia.us.edu.pl/podyplomowe-studia-prawo-w-ochronie-zdrowia

oraz www.izba-lekarska.org.pl

Jednocześnie informujemy, że punkt informacyjny znajduje się również w siedzibie

Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach przy ul. Grażyńskiego 49a

tel. (32) 203 65 47, 203 65 48 wew. 321, 322 (w godzinach pracy izby)

Wszyscy chętni będą mogli składać wskazane komplety dokumentów od 12 września br.

w siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej (Ośrodek Kształcenia, IV piętro pokój 410)

Dokumenty te zostaną przekazane do Uniwersytetu Śląskiego w dniu 24 września br.,

tj. pierwszym dniem rekrutacji.

Limit miejsc: 75 osób. Decyduje kolejność zgłoszeń

BOGATY PROGRAM OBCHODÓW

10 lat Wydziału

W październiku 2011 roku uroczymy obchodzimy X-lecie Wydziału Opieki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Serdecznie Państwa zapraszamy do udziału w obchodach i imprezach towarzyszących.

W dniach **6-8 października**, odbędzie się IV Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Kontrowersje w ginekologii dziecięcej i dziewczęcej”.

W ramach tej konferencji **7 października**, chcemy uczcić 90-lecie urodzin oraz 60-lecie pracy zawodowej Pana Prof. dr hab. n. med. **Adama Cekańskiego**, nestora śląskich ginekologów – uroczystym benefisem.

15 października odbędzie się I Katowickie Spotkanie Kliniczne Pediatrów i Alergologów pt.: „Problemy alergologiczne w praktyce pediatrycznej”.

16 października w Katedrze Chrystusa Króla przy ul. Plebiscytowej 49a w Katowicach, o godzinie 9.00 – odbędzie się msza św. z okazji obchodów 10-lecia, w Centrum Dydaktycznym WOZ SUM w Katowicach, ul. Medyków 12c rusza akcja prospołeczna „WOZ-em przez życie” – pod patronatem prezydenta Katowic Piotra Uszoka.

17 października uroczyste obchody X-lecia WOZ. Patronat honorowy nad obchodami objęła: JM rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach prof. dr hab. n. med. Ewa Mafecka-Tendera, w trakcie obchodów odbędą się sesje naukowe z zakresu pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii, adaptowanej aktywności fizycznej i sportu niepełnospraw-

nych, psychologiczno-pedagogiczna, Studenckich Towarzystw Naukowych oraz sesja plakatowa.

18 października odbędzie się kolejne spotkanie z problematyką niepełnosprawności i osobami niepełnosprawnymi „Z innego poziomu do mistrzostwa artystycznego” – pod patronatem prezydenta Katowic Piotra Uszoka.

W dniach **21-22 października**, w sali koncertowej Akademii Muzycznej w Katowicach, ul. Zacisze 3, odbędzie się VIII Ogólnopolska Konferencja „Profilaktyka w medycynie”.

Zapraszamy do odwiedzenia naszej strony internetowej: www.xleciewoz.pl

W imieniu organizatorów
dr hab. n. med. **Tomasz Irzyniec**

KOMUNIKATY



Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii
Narządu Ruchu

Wydziału Lekarskiego w Katowicach
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

zaprasza do udziału w

**Międzynarodowym Sympozjum
Traumatologicznym**

pod auspicjami

**Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego
i Traumatologicznego**

Katowice **18.11.2011**, Qubus Hotel Prestige
Sala Turkusowa, godz. 9-15

WSTĘP BEZPŁATNY

Przewodniczący Komitetu Naukowego
Damian KUSZ

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
Sławomir DUDKO

**Absolwenci Wydziału Lekarskiego Śląskiej
Akademii Medycznej w Zabrze-Rokitnicy
rocznik 1955**

Z okazji 56. rocznicy ukończenia studiów
zapraszamy na

ZJAZD KOLEŻEŃSKI,

który odbędzie się w hotelu „Jaskółka” w Ustroniu
w dniach **24 i 25 września 2011 r.**

Koszty bankietu i obiadu 150.00 zł

Koszt pokoju 1 osobowego 125.00 zł

Koszt pokoju 2 osobowego 90.00 zł

Koszty organizacyjne związane z zaproszeniem
gości (do zapłaty w recepcji hotelu) 20.00 zł

Zgłoszenia uczestnictwa należy dokonać dzwoniąc
do hotelu, podając hasło:

„zjazd integracyjny 24 i 25 września”

Konto bankowe hotelu:

87 1050 1096 1000 0001 0102 4859

z dopiskiem: zjazd integracyjny 24 i 25 września.
Szczegółowy program Zjazdu zamieszczony jest
na stronie internetowej:

ziutaniemcewicz.blog.onet.pl

Kontakt do mnie tel. (32) 227 24 25

tel. kom. 601 780 797

Serdecznie pozdrawiamy i do zobaczenia
w Ustroniu!

Ziuta Niemcewicz i Krysia Leuchter (32) 251 03 93

● SOLEC KUJAWSKI 7-8.07 2011

Szkolenie warsztatowe dla służb medycyny pracy

Unia Europejska współfinansuje w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego szkolenia dla lekarzy różnych specjalności. Są bezpłatne dla lekarzy, a ich treść jest dostosowana do aktualnych potrzeb w zakresie doskonalenia wiedzy medycznej. Jednym z programów przeznaczonych dla lekarzy służb medycyny pracy zawiaduje Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, a wskazane w tytule szkolenie współorganizował Instytut Medycyny Wsi w Lublinie oraz gospodarz spotkania (warsztatów) Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Bydgoszczy.

Warsztaty w Solcu Kujawskim dotyczyły profilaktyki zakażeń krwiopochodnych oraz chorób przenoszonych przez kleszcze ze szczególnym uwzględnieniem boreliozy – temat jak najbardziej aktualny dla różnych specjalności, a szczególnie służb medycyny pra-

cy. Wykłady dotyczyły aktualnych przepisów dotyczących chorób zawodowych z uwzględnieniem tych dotyczących chorób, powodowanych przez czynniki biologiczne, zasad postępowania po przypadkowej ekspozycji, badań profilaktycznych pracowników ochrony zdrowia (niedocenianych przez pracodawców i samych pracowników), opieki nad ukąszonymi przez kleszcze oraz konferencji „okrągłego stołu” – uczestnicy bowiem, w większości praktycy, mieli w założeniu wskazać na ewentualne wady systemu, bowiem celem warsztatów nie było tylko przekazanie aktualnej wiedzy, ale dyskusja nad nią i uzyskanie wniosków i informacji, które mogłyby się przełożyć potencjalnie na zmiany przepisów. Uczestniczyłem w warsztatach jako jedyny ze ŚIL. Ogółem udział wzięło ponad 30 osób z całej Polski.



Autor tekstu z organizatorami spotkania

Dr n. med. Ryszard Szozda

KOMUNIKATY

KONFERENCJA NAUKOWO – SZKOLENIOWA DLA LEKARZY

4 października 2011 roku o godz. 13⁰⁰ (wtorek)

w siedzibie Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, ul. Kościelna 13 odbędzie się konferencja Oddziału Śląskiego Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy.

Zapraszamy Członków Towarzystwa, lekarzy sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, lekarzy rodzinnych oraz kardiologów, a także wszystkich specjalizujących się w zakresie medycyny pracy oraz zainteresowanych tematyką

W programie:

- „Opieka nad pracownikiem niepełnosprawnym z chorobami układu krążenia”
dr Marta Leśniak ordynator O/Rehabilitacji Szpitala im. L. Rydygiera w Krakowie
- „Co nowego w medycynie pracy i dziedzinach pokrewnych (ze szczególnym uwzględnieniem pracowników niepełnosprawnych)”

dr hab. n. med. Renata Złotkowska, konsultant wojewódzki z zakresu medycyny pracy
oraz dr n. med. Ryszard Szozda przewodniczący Oddziału Śląskiego PTMP

- Sprawozdanie z konferencji Dni Medycyny Pracy i innych
dr n. med. Ryszard Szozda przewodniczący Oddziału Śląskiego PTMP
- Uczestnicy otrzymują punkty edukacyjne. Wstęp wolny

ZAPROSZENIE

Kierownik oraz zespół Pracowników Katedry i Kliniki Neurologii w Zabrze, SUM w Katowicach zawiadamia i zaprasza wszystkich byłych pracowników i sympatyków na uroczyste spotkanie z okazji

60-lecia Katedry

które odbędzie się dnia 29.10.2011 r. (sobota) o godz. 10⁰⁰

w Filharmonii Zabrzeńskiej w Parku Hutniczym 7

pod honorowym protektoratem

Prezydenta Miasta Zabrze Małgorzaty Mańki – Szulik

i Dziekana Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Dentystycznym Prof. dr hab. Wojciecha Króla,

● SPOTKANIE PIĘCDZIESIĄTE SZÓSTE

14 września pokażemy film, którego emisję planowaliśmy pierwotnie na lipiec – „Bez granic”, w reżyserii Martina Campbella. W obsadzie Angelina Jolie, Clive Owen.

Natomiast 12 października zapraszamy na dramatspolecznie zaangażowany, zatytułowany „Fast Food Nation”. Reżyseria Richard Linklater. Grają między innymi: Catalina Sandino Moreno (znamy ją z prezentowanego w naszym DKF filmu „Maria łaski pełna”), Avril Lavigne, Ethan Hawke, Bruce Willis.

To wielowątkowa, ale zaledwie ślizgająca się po kilku ważnych problemach współczesnego świata opowieść. Momentami może zbyt oczywista; za to w innych chwilach dość

szokująca. Nie dająca gotowych odpowiedzi, ale skłaniająca do zadawania pytań – a to już wystarczający pretekst, by spotkać się przed ekranem...

Wojciech Bednarski

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

SPORT

● V EDYCJA MISTRZOSTW POLSKI LEKARZY W SIATKÓWCE PLAŻOWEJ

Kolejne sukcesy

10-12.06.2011 r., w Niechorzu odbyła się już V edycja Mistrzostw Polski Lekarzy w Siatkówce Plażowej. Jak zwykle nasze drużyny mocno zaznaczyły swoją obecność, zdobywając aż pięć medali, w tym 1 złoty, 2 srebrne, 1 brązowy.

Tegoroczne rozgrywki spotkały się z bardzo dużym zainteresowaniem. W najbardziej prestiżowej klasyfikacji Open wystartowało rekordowo w historii Mistrzostw 13 par. Nasza doświadczona para, obecna na mistrzostwach od ich początków w 2007 r., dr n. med. **Przemysław Rosak**, dr **Michał Fatyga** oraz debiutanci dr **Łukasz Polczak** – dr **Kamil Baczyński** po batalii siedmiu, „ciężkich” meczów dostały się do półfinałów, gdzie rozegrały zacięty, „bratobójczy” i niezwykle widowiskowy pojedynek o trzecie miejsce.

Po siedmiu piłkach meczowych zwycięstwem i brązowym medalem mogli się pochwalić debiutanci, którzy w ten sposób znakomicie podkreślili obecność drużyn ŚIL na arenie ogólnopolskiej.

W klasyfikacji Pań wystartowały dwie pary ze Śląskiej Izby Lekarskiej dr n. med. **Bibiana Sobczyk-Rosak**, dr **Julita Fatyga** (srebro) oraz dr **Izabela Polczak** – **Elżbieta Buszkiewicz** (złoto). Nasze dziewczyny były bezkonkurencyjne, zdobywając złoty i srebrny medal w pięknym, bardzo kobiecym stylu. Jak co roku rozegrane zostały również mecze w kategorii mixt (pary mieszane – kobieta i mężczyzna), do której w 99% zgłaszają się małżeństwa lekarzy, wystawiając w ten sposób na szwank swoją „harmonię rodzinną”.



Od lewej: Michał Fatyga i Przemysław Rosak

Srebrny medal zdobyła para Bibiana i Przemysław Rosak, a brązowy medal **Izabela i Łukasz Polczak**.

Czas na rewanż i ewentualne kolejne sukcesy przyjdzie już niedługo w Zakopanem, podczas Igrzysk Lekarskich, do udziału w których wszystkich aktywnych lekarzy serdecznie zapraszamy. A już teraz sympatyków siatkówki zapraszamy wiosną 2012r., na organizowane przez ŚIL, Mistrzostwa Polski Lekarzy w Siatkówce Halowej w Dąbrowie Górniczej.

Bibiana Sobczyk-Rosak

● KOLEJNY TYTUŁ MISTRZA POLSKI LEKARZY DLA MEDYKA ZABRZE!

Niepokonani od czterech turniejów z rzędu

18-19.06.2011 r. odbyły się IV Mistrzostwa Polski Lekarzy w piłce nożnej 6-osobowej na otwartym boisku. Po raz drugi z rzędu gospodarzem imprezy była Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie.

Tym razem do „duchowej stolicy Polski” przyjechało dziewięć drużyn. Formuła turnieju okazała się bardzo nietypowa dla tego typu zawodów. Ustalono, że nie będzie podziału na grupy i w ten sposób każda z drużyn rozegra aż osiem meczy w ciągu dwóch dni!

Dla nas turniej o tyle trudniejszy, że przyjechaliśmy bronić tytułu. Mało tego, gdyby dorzucić Mistrzostwa Polski Lekarzy w hali w Mielcu i Igrzyska Lekarskie w Zakopanem, to aż od czterech turniejów z rzędu jesteśmy niepokonani. Wiadomo, że w roli zdecydowanych faworytów turnieju gra się

jeszcze trudniej niż zawsze. My jednak jechaliśmy do Częstochowy bardzo dobrze przygotowani. Turniej w Częstochowie to było dla nas ostre przetarcie przed kolejnymi Mistrzostwami Świata Lekarzy, które odbędą się już w lipcu w Las Palmas (jedziemy tam bronić tytułu wicemistrzowskiego).

PIERWSZY MECZ ROZEGRALÍSMY Z KRAKOWEM.

Po pięknym strzale **Jarka Gorola** wygraliśmy 1:0. W drugim meczu trafiliśmy na gospodarzy, chyba najbardziej pechowy dla nas mecz. Mielismy przewagę przez całe spotkanie, prowadziliśmy 1:0 (**Michał Kaczyński**), nie wykorzystaliśmy kilku sytuacji strzeleckich, co się zemściło golem samobójczym, straciliśmy w ten sposób jedyne punkty w turnieju. Następnie pewne zwycięstwa z OIL Warszawa 4:0 (**Norbert Foltynski 2, Dominik Obierzyński, Maciej Wiewióra**), z Kielcami 1:0 (**Konrad Korniluk**), z Bydgoszczą 3:1 (**Maciej Wiewióra, Michał Kaczyński, Norbert Foltynski**), z PPMK Łódź 3:0 (**Konrad Korniluk 2, Michał Kaczyński**) oraz z Toruniem 2:0 (**Michał Kaczyński, Jarek Gorol**). Prawdą jest, że nie było podziału na grupy, gier ćwierćfinałowych i półfinałowych, ale ostatni mecz turnieju wyglądał i w zasadzie był Wielkim Finałem imprezy.

WIELKI FINAŁ

Gralismy z Wojskową Izbą Lekarską z Warszawy. Przed meczem ta sama ilość



Na zdjęciu stoją od lewej: **Jarosław Gorol, Maciej Pozowski** (Dwa dni przed zawodami wziął ślub, długich lat szczęśliwego życia), **Tomasz Palacz, Andrzej Wnęk, Damian Kawecki, Dominik Obierzyński, kłęczą od lewej: Norbert Foltynski, Mateusz Tajstra, Michał Kaczyński, Maciej Wiewióra, Konrad Korniluk, Sebastian Telesz, Artur Bielak** (brakuje go, niestety, na zdjęciu). Tuż przed zawodami na jednym z treningów kontuzji nabił się **Marian Wolniewicz** (zerwał Achillesa). Marianku- szybkiego powrotu do zdrowia! Na turnieju zabrakło również **Jacka Ciekalskiego**, który wyjechał do Aten jako lekarz na Światowe Igrzyska Olimpiad Specjalnych.

punktów, lepszy bilans i więcej strzelonych bramek dla nas. Sytuacja bardzo jasna – wystarczył nam remis do obrony tytułu. Jednak stara prawda piłkarska mówi, że kto gra na remis, najczęściej przegrywa. Dlatego nie pozwoliliśmy rywalom na wiele i zasłużenie wygraliśmy 1:0 po pięknej akcji całego zespołu, wykończonej przez **Jarka Gorola**. Turniej zakończyliśmy również nagrodami indywidualnymi. **Najbardziej wartościowym piłkarzem zawodów został rozgrywający kapitalne zawody Norbert Foltynski, a najlepszym bramkarzem (tylko 2 bramki puszczono) Sebastian Telesz.** Sebastian swój indywidualny sukces zadedykował córeczce, która ma się urodzić na początku lipca. Naładowani tym wspaniałym sukcesem już rozpoczęliśmy ostatnie przygotowania i ostatnie treningi przed Las Palmas.

Ze sportowym pozdrowieniem,
Damian Kawecki, kapitan zespołu

● TYM RAZEM WALKA O DOBRE MIEJSCA

Las Palmas 2011

32nd World Medical & Health Games już za nami. W tym roku gospodarzem imprezy było Las Palmas na Gran Canaria.

Medyk Zabrze wyjeżdżał na te zawody z dużymi nadziejami, pokrzepiony niedawno obronionym tytułem Mistrza Polski w Częstochowie. Byliśmy bardzo dobrze przygotowani poprzez wielomiesięczne treningi dwa razy tygodniowo, sparingi, turnieje i przygotowanie siłowe. Wydawało się, że w tym roku Mistrzostwo Świata będzie nasze!

Jednakże sport nie byłby tak fascynujący, gdyby nie zaskakujące rozstrzygnięcia.

Trafiliśmy do „grupy śmierci” z Algierią i Turcją. Obie te drużyny po cztery razy zdobywały tytuły mistrzów świata. Mecze były bardzo zacięte. Turcji ulegliśmy 1:3, a Algierczyków pokonaliśmy 2:0. W bezpośrednim meczu między naszymi rywalami padł wynik remisowy 3:3. Awansowaliśmy do ćwierćfinału z drugiego miejsca. I tu nastąpiło największe rozczarowanie. Zetknęliśmy się z drugą drużyną reprezentującą Polskę – Białymstokiem. Mimo, że większą część meczu prowadziliśmy 1:0 to ostatecz-



Drużynę Medyka Zabrze reprezentowali: **Jacek Ciekalski, Marian Wolniewicz, Tomasz Palacz, Mateusz Ciekalski, Jarosław Gorol, Damian Kawecki, Maciej Wiewióra, Radosław Chołuj, Leszek Simitowski, Artur Bielak, Maciej Pozowski, Konrad Korniluk, Michał Kaczyński, Robert Wolniewicz, Mateusz Tajstra.**

nie po bardzo dobrej i konsekwentnej grze wygrali Białostocczanie 2:1. I to oni cieszyli się awansem do czwórki najlepszych.

Nam pozostała walka o miejsca 5-8. Najpierw pokonaliśmy Francuzów 3:0, a w decydującym o 5 miejscu meczu rozbiliśmy Hiszpanów 6:0 (niektórzy mówili, że był to rewanż za porażkę naszej pierwszej reprezentacji w Murcji rok temu).

Tytuł mistrza świata przypadł jednak polskiej drużynie. Medycy z Białegostoku zostali złotymi medalistami. Patrzyliśmy na to trochę z zazdrością, ale wygrali turniej za służenie. Po powrocie do domu i analizie turnieju zabieramy się do jeszcze większej pracy, aby w przyszłym roku w Istambule zdobyć upragnione trofeum.

Z pozdrowieniami, **Damian Kawecki**

● UDANE ZAWODY PŁYWACKIE

Cztery medale dla lekarza ŚIL

W Las Palmas reprezentowałem Śląską Izbę Lekarską i jak zwykle uczestniczyłem w zawodach pływackich. Oprócz mnie w pływaniu uczestniczył jeszcze jeden Polak, kardiolog

Krzysztof Kawecki z Bydgoszczy, reprezentujący Wojskową Izbę Lekarską.

Zawody odbywały się w jednym z 50-metrowych basenów w Las Palmas. Startowałem w kategorii wiekowej C (45-55 lat). Pływałem na pięciu dystansach różnymi stylami i zdobyłem cztery medale. Złoty medal na dystansie 50m stylem

z czasem 1 min 07,31 sek i o 0,2 sek (wyprzedził mnie zawodnik z Niemiec), drugi srebrny medal wywalczyłem na dystansie 50 m stylem grzbietowym z czasem 36,48 sek, czwarty medal – brązowy zdobyłem na dystansie 200 m stylem zmiennym z czasem 3 min 05,90 sek. W wyścigu na 1500 m stylem dowolnym zająłem czwarte miejsce, z czasem 25 min 10 sek.

Były to dla mnie bardzo udane zawody, szczególnie dlatego, że moja kategoria wiekowa była bardzo licznie reprezentowana- uczestnicy z Argentyny, Urugwaju, Niemiec, Włoch, Algierii, Austrii, Węgier, Belgii i Hiszpanii.



dekoracja za zajęcie 2 miejsca na dystansie 50m stylem grzbietowym

motylkowym z czasem 31,09 sek, srebrny medal na dystansie 100 m stylem dowolnym

Jan Wilczek

● IX MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W WĘDKARSTWIE SPŁAWIKOWYM OŚWIĘCIM-KRUKI 4-5.06.2011

„Złowiony” srebrny medal

Wszyscy z uśmiechem na twarzy zgodnie stwierdzili, że za rok znów się spotkamy na jubileuszowych, X Mistrzostwach.

Pierwsza tura została rozegrana na Kanale Dwory koło Oświęcimia. Na zbiórkę przybyło 19 zawodników z całej Polski wraz z osobami towarzyszącymi.

Po serdecznym przywitaniu przez organizatora, Pana Doktora **Klaudiusza Komora**, zawodnicy przystąpili do losowania stanowisk. Zawody rozpoczęły się o godzinie 9⁰⁰ i trwały do godziny 12³⁰.

Ryby tego dnia nie chciały współpracować, co odbiło się na wynikach. Łowiono małe okonie i leszczyki, które pobierały przynętę bardzo delikatnie.

Po końcowym sygnale kończącym I turę IX Mistrzostw Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym, sędziowie przystąpili do ważenia ryb i okazało się, że osiągnąłem trzeci wynik, łowiąc 680 g ryb.

Druga tura zawodów odbyła się na łowisku Kruki w Oświęcimiu.(...) Łowisko okazało się bardzo rybne i wielu zawodników poprawiło swoje wczorajsze wyniki. Tego dnia złowiłem 2680 g ryb, głównie płoci i zająłem drugie miejsce.

Z dorobkiem dwudniowym 5 punktów zdobyłem srebrny medal na IX Mistrzostwach Polski Lekarzy w Wędkarstwie Spławikowym. Wygrał dr **Tomasz Skorzyński** ze Starachowic, z dorobkiem 3 punktów sektorowych.

Wojciech Ilków

● WELCOME TO THE ENGLISH SECTION

Medical collocations

To nie pomyłka redakcji. Tekst, który drukujemy, jest po angielsku, bez polskiego tłumaczenia. Wielu lekarzy na co dzień biegle posługuje się angielskim podczas sympozjów czy konferencji, czytają Państwo naukowe opracowania, tłumaczą i piszą teksty. Nasz nowy cykl ma na celu rozwinięcie umiejętności, wskazać na językowe pułapki medycznego języka angielskiego. Liczymy na Państwa opinie.

Grażyna Ogrodowska.

My name is Arkadiusz Badziński and I shall be your guide through a plethora of English medically-related matters.

As a professional medical translator and interpreter, I come across many problematic issues with translation and they will be discussed in the following editorials. The matters include different traps and obstacles connected with the proper usage of the English Language which has become a lingua franca in today's medical world. The following editorial is the first of the series devoted to the problems Polish speakers encounter when writing and publishing their articles and manuscripts on the one hand and problems encountered when using practically the English Language.

Arkadiusz Badziński



– anglista, tłumacz przysięgły symultaniczny, konsekwentny i pisemny medyczny i prawno-ekonomiczny, nauczyciel akademicki na Uniwersytecie

Śląskim, autor największego w Polsce Słownika czasowników frazowych, członek nadzwyczajny Polskiego Towarzystwa Tłumaczy Przysięgłych i Specjalistycznych PT TEPIS z doświadczeniem dydaktycznym zdobytym m. in. na stanowisku kierownika zamkniętego ośrodka British Council i egzaminatora ACCUEIL i TELC; autor pierwszego w Polsce Medycznego słownika kolokacji angielsko-polskiego i polsko-angielskiego. Kontakt e-mail: arkadiusz.badzinski@interia.pl

The first editorial is devoted to medical collocations.

Collocations are the way words combine with one another in order to produce natural-sounding speech and writing. Such word combinations especially in medical register can be arranged from the totally free to the totally fixed and idiomatic and between these two extremes there is a plethora of other expressions as medicine itself in fact is so collocationally rich. Collocations fall into two major categories i. e. grammatical collocations and lexical collocations.

The precise meaning in any context is determined by that context. In other words, by the words that surround and combine with the head word.

Grammatical collocations are phrases consisting of a dominant word (noun, verb, adjective) and a preposition (e. g. highly depend on). Lexical collocations, however, are devoid of prepositions, infinitives and consist of nouns, adjectives and adverbs (e. g. restless legs syndrome).

Compare, for example, the following sentence:

„Dexamathasone is a corticosteroid with potent antiinflammatory effects that contributes to decreased wound pain after oral surgery; it also has antiemetic properties in patients receiving highly emetogenic chemotherapy” (Anesthesia & Analgesia 2001; 92-85-8).

As the following sentence shows, there are at least 5 major collocations in it. They constitute the major meaning as they sound naturally and therefore the sentence reads well and is natural for a native medical professional.

Please compare now the same sentence which is grammatically correct and whose meaning is exactly the same but in which there are no collocations used. Therefore it does NOT sound correct or natural for a native speaker with the medical background. As a result, the following sentence could NOT be published anywhere since is so poorly constructed irrespective of its grammatical and meaning accuracy.

** Dexamathasone is a corticosteroid with strong antiinflammatory effects that contributes to lowered wound pain after oral surgery; it also has antiemetic features in patients receiving very emetogenic chemotherapy.*

As the above sentence illustrates, combining words together in such a way that they sound naturally takes a great degree of competence, especially if they refer to a specialist register such as medical one. In fact, it is improbable to communicate satisfactorily without knowing collocations since they are a key part in the English language and form a rich and complex area that is, unfortunately, very often neglected.

Most of the collocations are labeled as „word-word collocations” but the full range of collocations covers different types (e. g. adjective + noun, preposition + noun, adjective + noun + preposition + adjective + noun). Therefore collocations constitute the most important element in a properly constructed medical text. Without collocations the text has no chance to stay clear or natural and as a result is immediately rejected and disqualified.

Remember when learning English:

Common medical terms easily confused

- **prostate** (gland at the base of the urinary bladder in males)
- **prostrate** (lying down or being in horizontal position)
- **vesical** (referring or pertaining to the urinary bladder)
 - **vesicle** (tiny blister)
- **palpation** (examination with hands and fingers)
 - **palpitation** (rapid heart pulsation)
- **mucous** (referring or pertaining to or resembling mucus)
 - **mucus** (mucous membrane secretion)

Arkadiusz Badziński

● DOKTOR JAKUB PREIS (1959-2011)

28 lipca 2011 roku na cmentarzu przy ul. Francuskiej w Katowicach pożegnaliśmy dr Jakuba Preisa. Dla rodziny i przyjaciół Jego śmierć była ogromnym zaskoczeniem i wstrząsem. Nikt nie był na to przygotowany.

Kuba miał 52 lata, był anesteziologiem. Zmarł nagle, na dyżurze. Nic tego nie zapowiadało, był zdrowy, silny, wysportowany. Jego śmierć była szeroko komentowana przez media, ponieważ do zgonu doszło podczas dyżuru pełnionego piątą dobę z rzędu. Do tego feralnego „ciągu” dyżurowego Kuba przystąpił krótko po innym dyżurze, trwającym nieprzerwanie przez siedem dni. Był to Jego świadomy wybór i wszelkie medialne spekulacje sugerujące, że był do tego zmuszony, są kompletną bzdurą. Inna sprawa, że coś takiego nie powinno być w ogóle możliwe, jednak nie to będzie tematem moich dzisiejszych rozważań.



Miałem ogromne szczęście, ponieważ pozostawałem z Kubą w bardzo bliskich relacjach przez ponad 25 lat. Był moim przyjacielem i bardzo mi Go teraz brakuje. Świadomość, jak ogromna i nieodwracalna jest to strata, dotarła do mnie dopiero po pewnym czasie, burząc mój spokój i przynosząc falę refleksji i wspomnień.

Poznaliśmy się z Kubą w 1985 roku, kiedy jako młodzi lekarze pracowaliśmy wspólnie na bloku operacyjnym Centralnego Szpitala Górniczego w Katowicach-Ochojcu. Anestezjologia była dla nas wielką fascynującą przygodą. Ci, którzy z nami wtedy pracowali, na pewno pamiętają, jakie pomysły przychodziły nam wtedy do głowy...

Później, we wczesnych latach dziewięćdziesiątych, już jako „poważni” anesteziolodzy pracowaliśmy wspólnie przez kilka lat w Wielkiej Brytanii. Wraz z Jego żoną Magdą (anesteziologiem) i moją żoną Małgosią (anesteziologiem) dzieliliśmy wszystkie troski i niepokoje, związane z pobytem w obcym kraju. Nie były to jeszcze czasy, kiedy do kraju przylatywało się tanimi liniami na każdy weekend. Każdy, kto kiedykolwiek mieszkał wtedy dłużej za granicą, dobrze wie, co mam na myśli.

Po powrocie do kraju wybraliśmy zupełnie odmienne sposoby na życie, ale cały czas pozostawaliśmy w bardzo bliskich kontaktach, co zawsze dawało mi pewien zdrowy dystans do moich własnych poczyną.

Kuba był zupełnie niezwykłym zjawiskiem w naszej dzisiejszej plastikowej, seryjnej, komercyjnej rzeczywistości. Pozostawał na uboczu współczesnej życiowej gonitwy. Nie interesowały go tak przyziemne sprawy jak kariera, wpływy, władza, tytuły i stanowiska czy też stan swojego konta w banku. Spokojnie kroczył własną, dość oryginalną życiową ścieżką. Nie chciał korzystać z tych okruczeń dnia, które normalnie pozostają człowiekowi po codziennym powrocie z pracy do domu. Kiedy było trzeba, ciężko pracował (czasami niestety przez wiele dni z rzędu), po czym jakby „zatrzymywał się” i wtedy z kolei podróżował, dużo czytał, słuchał muzyki, medytował. Mówił niewiele, za to potrafił prawdziwie słuchać. Miał w sobie niesłychane wręcz pokłady empatii i życzliwości dla innych. Prowadził dziennik, w którym zapisywał swoje spostrzeżenia, trafne uwagi, złote myśli i aforyzmy, to, co wydawało mu się w danej chwili ważne lub ciekawe. Dobrze wiedział, że źle przeżyty czas nie da się powtórzyć. Tę prostą prawdę próbował mi przekazać bardzo wiele razy. „Znowu masz zmęczone oczy, zwolnij” – mówił mi często.

Rozumieliśmy się zawsze znakomicie, „nadawaliśmy na tych samych falach”, a jednocześnie byliśmy zupełnie różni. Reprezentowaliśmy ten sam zawód i specjalność, ale nawet na medycynę patrzyliśmy w zupełnie odmienny sposób. Kuba był nie tylko bardzo dobrym i kompetentnym anesteziologiem, ale też znakomitym akupunkturzystą i prawdziwym znawcą tradycyjnej medycyny chińskiej. Aby zgłębić jej tajemnice, wybrał się na wielomiesięczne szkolenie do Chin i krajów Dalekiego Wschodu. Na chorego człowieka potrafił spojrzeć nie tylko poprzez pryzmat medycyny opartej na faktach, ale w znacznie bardziej kompleksowy, bardziej dojrzały sposób. Niezwykła skuteczność jego zabiegów (którą obserwowa-

łem wielokrotnie) dawała mi zawsze wiele do myślenia i wpędzała w zakłopotanie. Reprezentowałem przecież świat nauki, w którym wszystko powinno dać się zmierzyć, zważyć, zdefiniować i wytłumaczyć. Współczesną medycynę, która rozwija się z kosmicznym tempie, ale w prostych sprawach czasami kompletnie zawodzi lub traci zdrowy rozsądek, proponując pacjentom naprzemiennie przyjmowanie statyn, beta-blokerów, witamin, suplementów diety, środków uspokajających, analgetyków i antydepresantów.

Uważam, że ludzie tacy jak Kuba są wyjątkowo potrzebni na świecie. Ze swoim sercem na dłoni, wrażliwością, empatią, ciepłem, humorem, spokojem i zdrowym rozsądkiem, są taką samą rzadkością jak kolorowe motyle – bez nich świat również funkcjonowałby w miarę sprawnie, ale byłby o wiele smutniejszy, bardziej plastikowy, skomercjalizowany i zimny.

Dlaczego Kuba odszedł? Zapewniam, że nie rozumieją tego nawet Ci, którzy znali go bardzo dobrze. Odpowiedź na to pytanie przynosi dopiero cytat z książki słynnego psychologa i psychiatry, Carla Gustava Junga: *„Cień jest tak zły, jak człowiek jest pozytywny. Im bardziej staramy się być dobrzy, cudowni, idealni, tym bardziej definitywnie Cień pragnie być ciemny, zły i destrukcyjny. Kiedy człowiek stara się wykroczyć poza własne możliwości i stać się idealnym, Cień zstępuje do piekła i staje się diabłem. A to dlatego, że z punktu widzenia natury i prawdy stawianie się kimś lepszym od siebie samego jest równie grzeszne, jak stanie się kimś gorszym od siebie”*.

Dreszcz mnie przechodzi, kiedy sobie uświadomię, że był to ostatni wpis w znalezionym przy Kubie dzienniku. Wszyscy byliśmy przekonani, że demony, które czasem towarzyszyły Kubie w przeszłości, opuściły Go definitywnie wiele lat temu. Pomyliliśmy się.

W życiu trzeba więc być bardzo czujnym. Kiedy zauważymy, że pojawia się przy nas nasz Cień, należy go przepędzić, a jeżeli się to nie udaje – trzeba od razu bić na alarm i szukać pomocy. Nie jesteśmy przecież sami. Na pewno znajdzie się ktoś, kto nam wtedy poda pomocną dłoń.

Prof. dr hab. med. Piotr Knapik
Przewodniczący Oddziału Śląskiego
Polskiego Towarzystwa Anestezjologii
i Intensywnej Terapii

● DOKTOR KRZYSZTOF GORBACZ (1957-2011)

Krzysztof Gorbacz urodził się 29 lipca 1957 roku w Mysłowicach. Dzieciństwo spędził w rodzinnej miejscowości, skończył Liceum Ogólnokształcące im. Tadeusza Kościuszki - ukończył również w Mysłowicach.



w Mysłowicach.

W latach 1976 – 1982 studiował na Wydziale Lekarskim w Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Po planowo i dobrze ukończonych studiach, jako młody lekarz wyjechał do pracy w szpitalu w Suchej Beskidzkiej. W tamtejszym szpitalu – co mało kto już dziś pamięta, zaczynał specjalizować się jako ginekolog. Jednak to najprawdopodobniej względy osobiste, jak poznanie przyszłej małżonki – Marioli, zdecydowały o tym, że wrócił w 1985 roku do rodzinnej miejscowości. Od kwietnia tamtego roku rozpoczął pracę w Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala nr 2 w Mysłowicach.

W tymże szpitalu uzyskał specjalizację z chirurgii ogólnej: I w 1989 roku i II w 1997 roku. Od 2004 roku pełnił funkcję zastępcy ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej, od kilku lat był także kierownikiem

bloku operacyjnego. Koledzy i koleżanki po fachu, pielęgniarki i cały personel szpitala wspominają Go jako zawsze pogodnego i umiejącego współżyć ze wszystkimi człowiekiem.

Krzysztof miał niesamowity dar utrzymywania dobrego nastroju, humoru i pogody ducha w pracy. Najbardziej zapracowanej pielęgniarce czy salowej potrafił powiedzieć coś tak miłego, że ta miała od razu twarz pełną pogodnego uśmiechu. Za tą ogólną dobroć był także uwielbiany przez pacjentów. Dobrze wiedział, że pacjent oprócz zasadniczego badania często potrzebuje czegoś więcej. Krzysztofowi świetnie udawało się nawiązywać kontakt osobisty z pacjentem, pocieszał, uspakajał. Wiedział dobrze, że pacjent po samej wizycie u lekarza, będąc w drodze do apteki, już powinien czuć się lepiej.

Ostatnie dziesięć lat Jego pracy to również prowadzenie poradni schorzeń piersi w myśłowickiej mini – Klinice. Była to Jego życiowa pasja. Szkołę się nieustannie, zwłaszcza w badaniach USG, był najlepszym ultrasonografistą piersi w Mysłowicach. Liczba przyjmowanych pacjentek rosła w sposób wyraźny z roku na rok. Żywię nadzieję, że może Jego córka Olga, z której był tak dumny, a która właśnie ukończyła pierwszy rok studiów na Wydziale Lekarskim SUM, przejmie tę pasję po Ojcu.

Odszkodnią Krzysztofa od pracy była polityka. Nie wiem czy aż tak bardzo ją lubił i czy przyniosło Mu to jakiś pożytek w życiu? W latach 90 – tych był członkiem SLD. Był radnym Rady Miasta Mysłowice aż przez trzy kadencje w latach 1995 – 2006. W kadencji 2002 – 2006 piastował funkcję przewodniczącego Komisji Zdrowia i Opieki Społecznej. W tym czasie brał aktywny udział i z pewnością wraz z życzliwymi szpitalowi kolegami z Rady Miasta, przyczynił się do powstania wielu inwestycji. Największą była budowa nowoczesnego bloku operacyjnego w Szpitalu nr 2. W okresie tym miał okazję współpracować z trzema różnymi prezydentami, z których ten ostatni był najgłośniejszy (także w kraju). No cóż – nie święci garnki lepią, Krzysztof z różnych życiowych zakrętów wychodził obronną ręką. Potrafił walczyć z ludzkimi słabościami – również z tymi osobistymi – bardzo skutecznie.

Ostatni rok życia tego Chirurga o wielkim sercu to już najbardziej osobista walka, na śmierć i życie – z chorobą nowotworową. Dwukrotnie operowany przez Kolegów urologów, wracał zawsze w pełni sił do pracy, najprędzej jak tylko mógł. I walkę tę wygrał!!!

Niestety, w nocy z 22 na 23 lipca i tak Bóg zwolnił Go nagle z ziemskich obowiązków... Przeżył tylko 54 lata... Szkoda!

dr Narcyz Wojtowicz

NEKROLOGI



Z żalem żegnamy naszą
Koleżankę
śp. dr Jolantę Mazurek
znakomitą lekarkę, specjalistę
chorób wewnętrznych,
oddanego przyjaciela
i człowieka wielkiego serca,
która opuściła nas
przedwcześnie...

*Nie umiera ten, kto trwa
w sercach i pamięci naszej*

Koleżanki i Koledzy

Członek Śląskiej Izby Lekarskiej
śp. dr Andrzej Drożdż

Człowiek wielkiej wiedzy i serca,
lekarz pediatra, specjalista medycyny
kolejowej, pracownik OLK Sosnowiec
i emerytowany pracownik NFZ
w Katowicach.

Zmarł 26.06.2011 r. w wieku 69 lat.

O czym zawiadamiają pogrążeni w głębokim
żalu żona i córki z rodzinami
oraz brat z rodziną.

Wyrazy głębokiego współczucia

dr Magdalenie Szczepańskiej

Z powodu śmierci

Męża

Składa zespół OAiT Szpitala Rejonowego

w Raciborzu

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że 24 czerwca 2011 roku w wieku 79 lat
zmarła

dr Janina Romańska zd. Opiela

Lekarz dentysta.

Studia ukończyła w 1956 roku na Wydziale
Zabrzeńskim Śląskiej Akademii Medycznej.

Przez całe 55 lat kariery zawodowej
pracowała w Siemianowicach Śl.

Córka i syn z rodzinami.

Sprostowanie.

W numerze 7/8 „Pro Medico” błędnie wydrukowaliśmy imię Pana Lesława Józkowa oraz nazwisko Pana Arkadiusza Badzińskiego. Serdecznie przepraszamy.