



ProMedico

PISMO ŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W KATOWICACH

marzec 2015 nr 220

ISSN 1232-8693



Zdobyliśmy puchary!

str. 28-29

▶ **Pakiet
onkologiczny**
str. 7-9

▶ **Terapia
leczenia bólu**
str. 17-19

▶ **Echa
publikacji**
str. 24-25

Absolwenci roku 1975 (studia 1970-1975)

Śląskiej Akademii Medycznej,
Wydział Lekarski Oddział Stomatologii.
Serdecznie zapraszamy na

SPOTKANIE Z OKAZJI 40-LECIA UKOŃCZENIA STUDIÓW

Zainteresowanych prosimy o kontakt:
Lidia Matysik - Kałamarska: tel. 32 231 02 64
Anna Stańczyk - Franiel: tel. 32 434 14 15;
e-mai: hanisia1951@wp.pl

Spotkanie odbędzie się **26 września 2015 r.**
w hotelu „Kotarz” w Brennej ul. Wyzwolenia 40.
Koszt 300 zł; konto:
Bank PKO S.A.: 92 1240 2991 1111 0010 6077 5512
Tytuł przelewu:
Zjazd stomatologia '75

SZANOWNI ABSOLWENCI ŚLAM ROCZNIK 1975!

Po raz kolejny,
tym razem po 40 latach
od ukończenia naszej Uczelni,
planujemy **jesienne spotkanie koleżeńskie**
(pierwszy weekend października).
Wszystkich chętnych do udziału
w spotkaniu prosimy o informację
na adres mailowy organizatora:
karoconsulting@gmail.com
lub pod numery telefonów:
Stefan Kopocz 48/602319639
Andrzej Wcisło 48/601999433
Leszek Błaszke 48/516184291

Prosimy o pilne zgłoszenia,
ponieważ od ilości chętnych
uzależniamy lokalizację i koszt spotkania

Stefan Kopocz



Z mojego punktu widzenia

28 marca br. odbędzie się XXXV Okręgowy Zjazd Lekarzy. To dobra okazja do przypomnienia o naszym kolejnym jubileuszu: 80 lat temu powstała Śląska Izba Lekarska. W maju 1935 r. odbyły się pierwsze wybory (wówczas jeszcze w Katowicach na Placu Wolności 8). Zanim to nastąpiło, polscy lekarze mieli już za sobą długą drogę trudu budowania integracji i samostanowienia swojego środowiska, gdy samorządność utożsamiana była z patriotyzmem. Podczas Zjazdu prof. zw. dr hab. Stanisław Sławomir Nicięja, JM Rektor Uniwersytetu Opolskiego, wygłosi wykład pt. „Rola Kresów w kształtowaniu się śląskiego środowiska lekarskiego” – temat, jak sądzę, doskonale wpisujący się w obraz ogromnego kulturotwórczego znaczenia, jakie odegrały całe lekarskie pokolenia. O przebiegu Zjazdu Lekarzy, podjętych uchwałach i stanowiskach poinformujemy szczegółowo w „Pro Medico” oraz na stronie internetowej ŚIL. Warto przypomnieć, że Zjazd, który zbiera się przeważnie raz w roku, jest też ważnym forum dla wszystkich bieżących kwestii, nurtujących nasze środowisko. Zachęcam Koleżanki i Kolegów, także niezwiązanych na co dzień z działalnością w samorządzie lekarskim, do przesyłania swoich propozycji problemowych, na adres sekretariat@izba-lekarska.org.pl.

28 stycznia br. Okręgowa Rada Lekarska jednogłośnie przyjęła Kartę Dużej Rodziny Lekarskiej (genezę pomysłu jej ustanowienia sygnalizowałem już w poprzednim numerze). To kolejne poszerzenie różnych

form pomocy dla członków naszego samorządu, obejmujące Koleżanki i Kolegów wychowujących nie mniej niż troje dzieci. Karta pomoże też w dalszym bliższym poznawaniu naszego środowiska, Rejestr ŚIL zawiera bowiem wiele informacji, ale oczywiście nie ma w nim danych prywatnych, m.in. właśnie dotyczących dzieci, które przecież są – i powinny być – dalej pod naszą szczególną troską.

Czy przestrzeganie przepisów prawa pracy w tzw. podmiotach leczniczych to temat ważny? Na pewno tak. Czy skala problemu zasługuje na głębszą analizę? Oczywiście. Więc wydawało się jak najbardziej uzasadnione, że Sejmowa Komisja ds. kontroli państwowej wysłuchała, rozpatrzyła i przyjęła odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia na jej dezyderat nr 37 w tej właśnie sprawie? Czy ktoś jednak zgadnie, ile czasu zajęło to wszystko Komisji? Nie sądzę, by ktoś trafił z odpowiedzią. Były to bowiem niecałe cztery minuty! Oto imponująco ekspresowe tempo pracy... Na stronie internetowej ministerstwa możemy przeczytać tylko: „Komisja rozpatrzyła odpowiedź ministra zdrowia na dezyderat nr 37 w sprawie przestrzegania przepisów prawa pracy w podmiotach leczniczych. Komisja przyjęła odpowiedź na dezyderat nr 37”. Tymczasem z danych Państwowego Inspektoratu Pracy wynika, że w 2013 r. co trzeci tzw. podmiot leczniczy naruszał przepisy o dopuszczalnej dobowej normie czasu pracy, a co piąty – nie zapewniał zatrudnionym wymaganego odpoczyn-

ku. O konsekwencjach lekarskiej pracy ponad siły, stałego przemęczenia – wielokrotnie mówiliśmy. Samorząd lekarski jednocześnie nieustannie przypomina, że to poważny deficyt kadr w ochronie zdrowia powoduje np. nieprzerwane wykonywanie obowiązków na podstawie kilku umów w jednym miejscu pracy. Nie jest to, jak wmawia opinii publicznej, współczesna „propaganda”: „nieopanowana chęć do zarabiania coraz więcej”. Kiedy podaje się dane o ogromnej ilości przepracowanych przez lekarzy godzin, równolegle nie są zamieszczane wyniki badań demograficznych, struktury zatrudnienia w poszczególnych specjalizacjach, dane o liczbie lekarzy na jednego pacjenta w danym regionie etc. A te informacje mówią same za siebie: lekarzy w Polsce wciąż brakuje, wielu, niestety, zdecydowało się wyjechać, na próżno wyglądając tu szans na rozwój zawodowy i społeczny.

A skoro o zagrożeniach w naszej pracy... Agresywny pacjent tym razem zaatakował fizycznie na SOR lekarza, który próbował go opatrzeć, trzeba było aż interwencji policji, rozpoczęto postępowanie karne. Podjąłem natychmiastowe kroki, spotkałem się z Panem Doktorem, proponując pomoc Izby m.in. w pokryciu kosztów pełnomocnika w ew. procesie cywilnym. Powtórzę raz jeszcze: żaden członek naszego samorządu nie powinien zostać – i nie zostanie – z takim problemem sam.

W numerze:

Z mojego punktu widzenia	1	Ekonomia w wydaniu stomatologa	21-22
Od redakcji	2	IV Katowickie Spotkanie Kliniczne Pediatrów i Alergologów	23
Z działań samorządu	3-6	Echa publikacji. Muzeum Medycyny	24
Pakiet onkologiczny	7-9	Echa publikacji. W Ugandzie z Polską Misją Medyczną	24-25
Z teki rzecznika	10	...cum grano salis. Felieton	26
Zdrowie lekarzy	11	Pasja wspólnego muzykowania	27
Prawo medyczne	12	Sport. Zdobyliśmy puchary!	28-29
Kursy i konferencje	12-13	Nekrologi, wspomnienia	30
Rozmowa z prof. Ryszardem Porębą	14-16	Ogłoszenia, komunikaty, reklamy	31-32
Terapia leczenia bólu	17-19		

Śląska Izba Lekarska

**Biuro czynne jest
w poniedziałki i środy
od 8.15 do 17.00,
a we wtorki,
czwartki i piątki
od 8.15 do 16.15.**

- ▶ **32 60 44 200** – główny numer, informacja o numerach wewnętrznych ŚIL
- ▶ **32 60 44 257** – FAX
- ▶ **32 60 44 210** – Dział Rejestru Lekarzy
- ▶ **32 60 44 220** – Dział Prywatnych Praktyk
- ▶ **32 60 44 225** – Ośrodek Kształcenia Lekarzy
- ▶ **32 60 44 230** – Składki
- ▶ **32 60 44 235** – Dział Księgowy
- ▶ **32 60 44 237** – Główna Księgowa
- ▶ **32 60 44 240** – Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Katowicach
- ▶ **32 60 44 251** – Dyrektor Biura ŚIL
- ▶ **32 60 44 253** – Sekretariat ŚIL
- ▶ **32 60 44 254** – rezerwacja miejsc w Hotelu „Pro Medico” w Warszawie
- ▶ **32 60 44 260** – Redakcja pisma „Pro Medico” oraz Dział Informacyjno-prasowy
biuletyn@izba-lekarska.org.pl
mediasil@izba-lekarska.org.pl
- ▶ **32 60 44 262** – Ogłoszenia i reklamy w „Pro Medico”
- ▶ **32 60 44 265** – Zespół Radców Prawnych
- ▶ **32 60 44 270** – Sekretariat Komisji: Bioetycznej, Konkursowej i Etycznej
- ▶ **32 60 44 280** – Sekretariat Okręgowego Sądu Lekarskiego w Katowicach

**Okręgowa Rada Lekarska
uprzejmie informuje, że
XXXV Okręgowy Zjazd Lekarzy
odbędzie się
28 marca 2015 r. o godz. 9.00
w **Domu Lekarza w Katowicach,**
ul. **Grażyńskiego 49 a****

Od redakcji

DZIESIĄTKA NA STRZELNICZEJ TARCZY

Coraz częściej obserwujemy, jak różne grupy medialne próbują, zamiast rzetelnej i obiektywnej informacji, realizować z góry założony cel polityczny, gospodarczy czy społeczny, stosując różne formy manipulacji. To słowo pochodzi z języka łacińskiego *manipulatio* – manewr, fortel, podstęp, albo *manus pellere*, co oznacza „trzymać dłoń w czyjejs dłoni, mieć kogoś w ręce”.

To forma wywierania wpływu tak, by „kontrolować przekonania odbiorcy, sterować emocjami czy działaniami, przy czym rzeczywiste cele są ukryte”. Taka jest definicja, ale inwencja wielu dziennikarzy i brak ich zahamowań w realizowaniu przyjętej tezy sprawia, że trudno już mówić o ukrytym celu. Cel jest jasny, jak dziesiątka na strzelniczej tarczy. Przykładem może być program „Uwaga po uwadze”, poświęcony pakietowi onkologicznemu, emitowany w TTV. Czego tam nie oglądaliśmy... Podstawiony mercedes jako typowy samochód lekarzy rodzinnych: patrzcie, jaki luksusowy! Siedzą w nim pracownicy stacji tv, reklamy drogich aut w izbowych pismach (widać nawet tytuł), przeglądają – to lekarze (rodzinni) takimi jeżdżą, a nawet mają 10% zniżki. „Czy zniżki mają też nauczyciele?” – pyta dziennikarz. Nie mają. Sami Państwo widzą... Rzeczowym argumentem lekarzy w sprawie pakietu onkologicznego przeciwstawiono przykład jednej lekarki, która fabrykowała zwolnienia. Ale w osłupienie mógł wprowadzić prowadzący dyskusję z lekarzami, tak bardzo starający się negatywnie pokazać swoich gości, że aż wypadła z roli, prezentując widzom prywatną złość, kiedy rozmowa nie przebiegała, jak miał zapisane w scenariuszu. „Dlaczego nie sfilmujecie mojego starego samochodu, stoi niedaleko?” – zapytał jeden z lekarzy. Prowadzący nie wie, co odpowiedzieć, w końcu rzuca: „Ja przyjechałem tramwajem” – i szybko zmienia temat. Program nie dotyczył bezpośrednio członków naszej Izby, ale warto go pokazywać np. studentom szkół dziennikarskich na zajęciach warsztatowych jako negatywny przykład.

Z programu wynikają też rzeczy dobre: widać, że lekarze coraz lepiej potrafią się już obronić i że dziennikarze telewizyjnych stacji czytają izbowe biuletyny... Skoro tak, na pewno zapoznają się też z cyklem tekstów o charytatywnej pracy lekarzy. W tym numerze zamieszczamy relację z Ugandy, ale o misjach charytatywnych piszemy w „Pro Medico” od dawna (Misja Paragwaj, Operacja Ghana). Od 1999 r. działa w Polsce Polska Misja Medyczna, stowarzyszenie zajmujące się profesjonalną pomocą medyczną ofiarom wojen, katastrof i kataklizmów, ludziom zepchniętym na margines uwagi społecznej w Polsce i na świecie. Kilkuletnie programy pomocowe niosą humanitarną pomoc medyczną, a lekarze pracują tam w ramach wolontariatu. Autorka tekstu drukowanego na str. 24 pojechała do Afryki w ramach tej Misji. Czy to nie jest dobry temat na program publicystyczny w telewizji? ●

Grażyna Ogrodowska
zastępca redaktora naczelnego „Pro Medico”
g.ogrodowska@izba-lekarska.org.pl

► Styczniowe posiedzenie ORL



foto: Anna Zadóra-Świderek

Goście posiedzenia ORL: dr Elżbieta Mizgała i inż. Daniel Kowalczyk.

- W posiedzeniu Okręgowej Rady Lekarskiej, które odbyło się 28 stycznia, uczestniczyli zaproszeni goście: inż. **Daniel Kowalczyk** – sekretarz Federacji Porozumienie Zielonogórskie, dr **Elżbieta Mizgała** – prezes Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce oraz dr **Maciej Niwiński** – przewodniczący Regionu Śląskiego OZZL. Głównym powodem spotkania było przedstawienie bliższych informacji o negocjacjach prowadzonych przez lekarzy rodzinnych w grudniu 2014 r. i na początku stycznia br. z ministrem zdrowia w związku z planowanym wejściem w życie pakietu onkologicznego. Goście poinformowali Radę o podjętych na zakończenie rozmów uzgodnieniach, dotyczących m.in. powołania specjalnego zespołu, którego zadaniem będzie doprecyzowanie nierozstrzygniętych kwestii np. sprawy wysokości tzw. wskaźnika skuteczności onkologicznej. Zespół ma także przedyskutować problem skierowań do lekarza dermatologa i okulisty; chodzi o to, by nie we wszystkich przypadkach były one konieczne: np. w przypadku doboru szkieł okularowych czy dla osób cierpiących na choroby weneryczne. Goście Rady odnieśli się także do zarzutów publicznie kierowanych przez ministra zdrowia pod adresem negocjujących (treść uzgodnień dotyczących POZ, zawartych pomiędzy Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie a ministrem zdrowia, dostępna na stronie PZ pod adresem: <http://www.federacjapz.pl/aktualnosci/font-colorredkomunikat-zespou-negocjacyjnego-fpzfont,302>). Doktor Maciej Niwiński przedstawił informację z działań podjętych przez OZZL, które polegają na zbieraniu informacji na temat funkcjonowania pakietu i jego skutków dla pacjentów (onkologicznych, jak i tych z innymi chorobami), lekarzy (obciążenie pracą, ponoszonych kosztach), a także szpitali onkologicznych i innych oraz poradni specjalistycznych. Najprawdopodobniej pierwsze syntetyczne analizy dotyczące tego tematu uda się zgromadzić pod koniec I kwartału br. Prezes ORL, **Jacek Kozakiewicz** zaprosił przedstawicieli lekarzy rodzinnych oraz OZZL na posiedzenie Prezydium w pierwszej połowie kwietnia, celem omówienia skutków wprowadzenia pakietu dla wszystkich grup chorych, jak i lekarzy.

- W trakcie dyskusji członkowie Rady podkreślali konieczność upowszechniania, także poza województwem śląskim, przygotowanego w ŚIL „Informatora dla pacjentów”, który powstał, aby pomóc wyjaśnić pacjentom powody problemów, na jakie napotykają w kontaktach z ochroną zdrowia w Polsce. Jednocześnie zaproponowano, aby treść kolejnego „Informatora” została przygotowana przez lekarzy rodzinnych, dr E. Mizgała zadeklarowała chęć pomocy w jego opracowaniu.
- Członkowie ORL podjęli uchwałę w sprawie nagród dla lekarzy i lekarzy dentyków, którzy uzyskali najlepsze wyniki z Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego. Zasady określone w uchwale obowiązują od sesji wiosennej 2014 r. (pełna treść uchwały na str. 6).
- W trakcie obrad ORL członkowie Rady wysłuchali także wykładu doc. **Małgorzaty Kowalskiej**, adiunkta Katedry Epidemiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, na temat prognoz demograficznych ludności w Polsce i na Śląsku na lata 2014-2050. Wykład ten stał się wstępem do dyskusji nad projektem uchwały zgłoszonej przez prezesa ORL Jacka Kozakiewicza, w sprawie ustanowienia w ŚIL karty dużej rodziny lekarskiej. Uchwała została podjęta, a jej tekst publikujemy na str. 5 „Pro Medico”.
- Szczególne słowa uznania i gratulacje od prezesa ORL, Jacka Kozakiewicza i innych członków Rady otrzymała prof. **Katarzyna Ziara**, pełniąca funkcję Rzecznika Praw Lekarzy w ŚIL, za uzyskanie tytułu profesora nadanego przez prezydenta RP Bronisława Komorowskiego.
 - *Wyróżnienie to jest wyrazem uznania dla bogatego dorobku naukowo-dydaktycznego oraz zawodowego Pani Profesor, pełnego oddania w niesieniu pomocy chorym i wszystkim potrzebującym. Nie do przecenienia jest wieloletnia aktywność Pani Profesor w pracach śląskiego samorządu lekarzy i lekarzy dentyków oraz reprezentowanie nas w czasie Krajowych Zjazdów Lekarzy – mówił prezes, wręczając kwiaty prof. Ziory i życząc Pani Profesor kontynuacji drogi, na której odkryła swoje życiowe powołanie, dalszego spełniania się w swej misji oraz wszelkiej pomyślności w życiu prywatnym i zawodowym.* ●

► Rozmowy na temat funduszy unijnych

Od wielu miesięcy Śląska Izba lekarska monitoruje na bieżąco możliwość pozyskania kolejnych środków europejskich na realizację zadań własnych, a także dla potrzeb Koleżanek i Kolegów. Prowadzone są rozmowy z upoważnionymi podmiotami. Niestety jest opóźnienie w realizacji kolejnej transzy środków europejskich obejmującej lata 2014-2020, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa, który został przyjęty uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego 29 grudnia 2014 r. Obecnie trwają prace związane z przygotowaniem wytycznych oraz dokumentów wykonawczych niezbędnych do sprawnego aplikowania o środki. Szczególnie ważne jest w tej chwili dopracowanie uszczegółowionego programu. To dokument niezbędny dla beneficjentów, w tym dla członków naszej Izby. Kryteria oceny projektów muszą zostać przyjęte również przez Komitet Monitorujący, którego powołanie jest uzależnione od wytycznych Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju. Realizacja tych procedur może być zakończona do końca pierwszego kwartału bieżącego roku. Działania te są nadal szczegółowo monitorowane przez Śląską Izbę Lekarską. W momencie zatwierdzenia dokumentów planowane jest zorganizowanie szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentyków poświęconego możliwościom aplikowania o środki unijne w perspektywie 2014-2020. Bieżące informacje będą także umieszczane na stronie internetowej ŚIL. ●

► Spotkanie w Domu Lekarza Seniora



Marta Lampert, przedstawicielka samorządu studenckiego SUM i prezes ORL, Jacek Kozakiewicz.

Na początku stycznia, tradycyjnie już, odbyło się spotkanie świąteczno-noworoczne prezesa ORL, **Jacka Kozakiewicza**, z lekarzami – pensjonariuszami Domu Lekarza Seniora w Sosnowcu oraz dyrekcją placówki. W miłej atmosferze dzielono się wspomnieniami, ale i rozmawiano o bieżących potrzebach i sposobach wsparcia dla przebywających w nim lekarzy, członków ŚIL. W spotkaniu tym uczestniczyła również pani **Marta Lampert**, studentka VI roku SUM, reprezentująca samorząd studencki, będąca jednocześnie koordynatorką projektu, którego członkowie w ramach porozumienia ŚIL z uczelnią, udzielają pomocy lekarzom – seniorom, chętnym do skorzystania ze wsparcia.

Marta Lampert: *Zostałam poproszona o zajęcie się projektem przez naszego szefa samorządu Oskara Bożka, on już znał moje zainteresowania – w przyszłości chcę się zająć geriatrią. W ramach projektu działania będą bardzo zindywidualizowane: jeden student – jeden lekarz – senior, bo chcemy, żeby w relacjach, poza miłą rodzinną atmosferą (studenci będą przyjeżdżali do miejsc zamieszkania), obowiązywały zasady mistrz – uczeń. Nie chodzi tylko o to, że młodzi mogą coś dać, ale że mogą otrzymać od starszych lekarzy wiedzę pochodzącą z ich bogatego dorobku i doświadczenia. My się uczyliśmy głównie z książek i właściwie jest to tylko teoria, a każdy z nas, przyszłych medyków, potrzebuje mistrza, powrotu do tradycji, uczenia się bezpośrednio od doświadczonego lekarza praktyka.* ●

► Remont i modernizacja Domu Lekarza

Na 2015 rok zaplanowano niezbędne prace remontowo-modernizacyjne Domu Lekarza w Katowicach, mające na celu poprawę jego funkcjonalności, a także warunków pracy mieszczących się w nim biur. Zakres prac obejmuje także pomieszczenia przyziemno-piwniczne, gdzie zlokalizowane zostanie archiwum Śląskiej Izby Lekarskiej, a także magazyn Oddziału Głównej Biblioteki Lekarskiej. W styczniu br. opróżniono część tych pomieszczeń i przygotowano dla nich projekt wstępnej modernizacji, w następnym etapie zostanie wybrany wykonawca. Planowana jest także kompleksowa wymiana okien w budynku, unowocześnienie sali audytorijnej (m.in. nowy system nagłośnienia, audio-wizualny i oświetlenie), wymiana klimatyzacji i wyposażenia na I piętrze oraz remont podjazdu i wymiana budki parkingowej. ●

► Goście Prezydium

Dwa styczniowe Prezydium ORL odbyły się z udziałem reprezentantów Koła Samorządu Lekarskiego przy Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku: dr. **Stanisława Wencelisa** oraz dr. **Marii Brzezińskiej-Musioł**. Celem spotkań było omówienie szczegółów planowanego panelu dyskusyjnego na temat zmian systemowych w leczeniu pacjentów detencyjnych oraz potrzeb i sposobów ambulatoryjnego leczenia i monitorowania pacjentów zwolnionych po detencji. W debacie, której organizatorem będzie Śląska Izba Lekarska, wezmą udział m.in. psychiatry mający duże doświadczenie w tematyce panelu, prawnicy, rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego oraz europoseł **Janusz Wojciechowski**. ●

► Patronat

Prezes ORL, **Jacek Kozakiewicz** objął patronatem X Międzynarodową Studencką Konferencję Kardiologiczną w Zabrze. Decyzją Prezydium ORL, wzorem ubiegłorocznej edycji, ŚIL ufunduje także nagrody książkowe dla laureatów sesji konkursowych odbywających się w ramach Konferencji. ●

► W skrócie...

- 9 stycznia prezes ORL, **Jacek Kozakiewicz** uczestniczył w spotkaniu noworocznym w Izbie Notarialnej w Katowicach, z udziałem przedstawicieli innych samorządów zawodowych.
- 10 stycznia prezes ORL, Jacek Kozakiewicz był gościem spotkania z udziałem lekarzy rodzinnych, zrzeszonych m.in. w Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia Województwa Śląskiego – Porozumienie Zielonogórskie, które odbyło się w siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej. W trakcie spotkania omówiono ustalenia negocjacji związanych z wprowadzeniem od 1 stycznia br. pakietu onkologicznego. Prezes związku, **Mariusz Wójtowicz** w imieniu lekarzy rodzinnych podziękował śląskiemu samorządowi lekarskiemu za wsparcie udzielone w ostatnich tygodniach.
- 14 stycznia w Zuberku (Słowacja, około 200 km od Katowic) odbyło się spotkanie przedstawicieli Słowackiej Izby Lekarskiej, prof. **Andrzeja Matyi** – prezesa OIL w Krakowie oraz dr. Jacka Kozakiewicza – prezesa ORL w Katowicach. Tematem spotkania, także z udziałem mec. **Krystiana Niczpana** z Zespołu Radców Prawnych ŚIL, była propozycja budowy w miejscowości Veterna Poruba k. Liptowskiego Mikułasza wspólnego ośrodka konferencyjno-rekreacyjnego ze środków UE, z minimalnym udziałem finansowym Izb. Ostateczna decyzja o budowie ośrodka jest uzależniona od pozyskania unijnych środków na ten cel i ustalenia zasad współwłasności.
- 16 stycznia w siedzibie ŚIL miało miejsce spotkanie w sprawie II Śląskiej Konferencji Medyczno-Prawnej, planowanej na 24 kwietnia br. (piątek), której organizatorami są, podobnie jak w roku ubiegłym, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Okręgowa Rada Adwokacka w Katowicach oraz Śląska Izba Lekarska w Katowicach. W spotkaniu udział wzięli prezes ORL, Jacek Kozakiewicz oraz przedstawiciele samorządów doktorantów SUM i Wydziału Prawa i Administracji UŚ.
- 16 stycznia dr **Jan Cieśliński**, członek Prezydium ORL reprezentował śląski samorząd lekarski na obchodach Jubileuszu 25-lecia utworzenia Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu.
- 17 stycznia prezes ORL, Jacek Kozakiewicz, był gościem XXIII edycji „Laurów Umiejętności i Kompetencji 2014”, która odbyła się w Domu Muzyki i Tańca w Zabrzu. W czasie gali czworo lekarzy, członków ŚIL otrzymało wyróżnienia Regionalnej Izby Gospodarczej w Katowicach. Platyno- ►►►



wy Laur Umiejętności i Kompetencji w kategorii „Nauka i Innowacyjność” otrzymał prof. **Przemysław Jałowicki** – rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Złote Laury w kategorii „Medycyna i Inżynieria Biomedyczna” otrzymali prof. **Krzysztof Strojek** – kierownik Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych i Diabetologii ŚCCHS w Zabrze, krajowy konsultant w dziedzinie diabetologii oraz dr **Jacek Wilczek** – przewodniczący Rady Fundacji „Elektrokardiologia Ochojec” ze Szpitala Klinicznego nr 7 Górnośląskiego Centrum Medycznego, z kolei Złoty Laur w kategorii „Pro Publico Bono” wręczono dr. **Michałowi Kaszubie**, długoletniemu pracownikowi naukowemu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach oraz Uniwersytetu Śląskiego.

- 20 stycznia prezes ORL wziął udział w posiedzeniu Komisji ds. Emerytów i Rencistów ORL w Katowicach, w trakcie którego omawiano plany działań Komisji na 2015 rok.
- 23 stycznia w Częstochowie odbyła się XIX Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych „Rodzina – pocieszenie dla chorego czy powód do zmartwień”, w której udział wziął prezes ORL, dr Jacek Kozakiewicz. Prezes ORL, przekazując symboliczne upominki dla Stowarzyszenia, złożył serdeczne podziękowania dla wszystkich osób, nie tylko lekarzy i pielęgniarek, niosących chorym niezbędną pomoc w ich trudnych chwilach.
- 29 stycznia miało miejsce spotkanie zorganizowane przez Okręgową Izbę Lekarską w Krakowie, w którym uczestniczył prezes ORL, Jacek Kozakiewicz. Celem spotkania było omówienie bieżącej współpracy, m.in. zagadnień związanych z prawami lekarza oraz stanowiskiem samorządu lekarskiego wobec kontrowersyjnych materiałów medialnych.
- W dniach 30.01-01.02.2015 w Szczyrku odbył się II Narciarski Puchar Lekarzy, Farmaceutów i Prawników, w ramach którego zorganizowano Konferencję Naukową „Sport. Medycyna. Prawo”. Współorganizatorem tego wydarzenia, z rekordową liczbą uczestników, była Śląska Izba Lekarska, którą reprezentowali prezes ORL, Jacek Kozakiewicz oraz dr **Jerzy Pabis**, przewodniczący Komisji Sportu i Rekreacji ORL. Relacja z Narciarskiego Pucharu znajduje się na 29 str. „Pro Medico”. ●

Anna Zadora-Świderek

we współpracy z dr. Krystianem Freyem, sekretarzem ORL



**FEDERACJA ZWIĄZKÓW
PRACODAWCÓW OCHRONY ZDROWIA
POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE**

Zielona Góra, 12.01.2015 r.

Szanowny Pan
Dr n. med. Jacek Kozakiewicz
Prezes Śląskiej Izby Lekarskiej

Szanowni Państwo,
Jesteśmy bardzo wdzięczni za wsparcie, jakiego nam udzieliliście w okresie naszego protestu. Zaangażowanie po stronie lekarzy Porozumienia Zielonogórskiego zostało zauważone i nie pozostało bez wpływu na nasz końcowy sukces. Mamy nadzieję, że dalej będziemy mogli lokalnie liczyć na wsparcie w walce o poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w naszym kraju.

Z wyrazami szacunku i wdzięczności
Jacek Krajewski
Prezes Federacji PZ

UCHWAŁA Nr 1/2015 **Okręgowej Rady Lekarskiej** **w Katowicach z dnia 28 stycznia 2015 r.**

w sprawie: Karty Dużej Rodziny Lekarskiej

Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach, na podstawie art. 25 pkt. 4 i 5 w związku z art. 5 pkt. 19 i 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2009 r. Nr 219, poz. 1708), postanawia:

§1

Uznając za celowe prowadzenie różnorodnych form pomocy dla Członków Śląskiej Izby Lekarskiej, wychowujących w swoich rodzinach nie mniej niż troje dzieci, ustanowić Kartę Dużej Rodziny Lekarskiej, zwanej dalej Kartą.

§2

Zobowiązać Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach do uchwalenia Regulaminu Karty określającego krąg podmiotów uprawnionych, zasady przyznawania Karty i świadczenia, do których uprawnieni są jej posiadacze.

§3

Nadzór nad realizacją uchwały powierza się Sekretarzowi ORL.

§4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Prezes

Okręgowej Rady Lekarskiej
Jacek Kozakiewicz

Sekretarz

Okręgowej Rady Lekarskiej
Krystian Frey

UWAGA

Komunikat dotyczący składek

Koleżanki i Koledzy!

Uprzejmie informujemy, że mimo sprzeciwu oraz intensywnych działań podejmowanych przez Śląską Izbę Lekarską, od 1 stycznia 2015 r., zgodnie z uchwałą nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 5 września 2014 r., obowiązuje składka członkowska w podwyższonej wysokości tj:

- 60 zł miesięcznie dla lekarza i lekarza dentystry
- 10 zł miesięcznie dla lekarza stażysty.

Zwolnienia z opłacania składki dla:

- lekarzy i lekarzy dentystrów, którzy ukończyli 75 lat,
- lekarzy i lekarzy dentystrów skreślonych z rejestru członków Śląskiej Izby Lekarskiej,
- lekarzy i lekarzy dentystrów, którzy poza rentą lub emeryturą (w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach) nie osiągnęli przychodów z tytułu wykonywania zawodu i innych źródeł zgodnie z ustawą o podatku dochodowym od osób fizycznych,
- zwolnienie traci moc z momentem osiągnięcia dodatkowych przychodów.

Lekarze i lekarze dentyści, którzy mają zwolnienia lub obniżenia składki członkowskiej przyznane przed 1.01.2015 r., zachowują te prawa jako nabyte do czasu zdarzenia, które skutkuje powstaniem obowiązku opłacania składek członkowskich w myśl nowej „uchwały składkowej”.

Składka winna być uregulowana w miesiącu, którego dotyczy. Od zaległych składek członkowskich nalicza się odsetki ustawowe. Wszelkie zmiany mające wpływ na wysokość składek powinny być niezwłocznie zgłaszane do Śląskiej Izby Lekarskiej. Szczególnie dotyczy to osób, które mają obniżoną lub zniesioną składkę, gdyż może to skutkować utratą wcześniej nabytych praw.

Jerzy Rdes

Skarbnik Okręgowej Rady Lekarskiej
i Dział Finansowo-księgowy ŚIL

UCHWAŁA Nr 2/2015**Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach z dnia 28 stycznia 2015 r.
w sprawie: nagrody za najlepsze wyniki z Lekarskiego Egzaminu Końcowego
lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego**

Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach, na podstawie art. 5 pkt 19 i 23 w zw. z art. 25 pkt 4 i 5 oraz w zw. z art. 9 pkt 3d ustawy z dnia 2 grudnia 2009 o izbach lekarskich (Dz. U. z 2009 r. Nr 219, poz. 1708 ze zm.) postanawia:

§1

Ustanowić nagrodę za najlepszy wynik z Lekarskiego Egzaminu Końcowego lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego, zwaną dalej nagrodą.

§2

Nagroda przyznawana jest, poczynwszy od sesji egzaminacyjnej wiosennej w 2014 r., lekarzom i lekarzom dentystom, którzy w chwili zdawania egzaminu byli członkami Śląskiej Izby Lekarskiej i wypełniali obowiązki wynikające z przynależności do Śląskiej Izby Lekarskiej.

§3

Każdy lekarz i lekarz dentysta może otrzymać nagrodę tylko jeden raz.

§4

Nagroda przyznawana jest trzem lekarzom oraz trzem lekarzom dentystom, których wynik z Lekarskiego Egzaminu Końcowego lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego uplasował się w pięcioprocentowej grupie najlepszych wyni-

ków spośród wszystkich zdających w danej sesji egzaminacyjnej lekarzy lub lekarzy dentystów.

§5

Nagroda wynosi:

- a) 2000 zł za najlepszy wynik obliczony według § 4 uchwały,
- b) 1500 zł za drugi w wynik obliczony według § 4 uchwały,
- c) 1000 zł za trzeci wynik obliczony według § 4 uchwały.

§6

Realizację uchwały powierza się Komisji ds. Kształcenia Podplomowego.

§7

Nadzór nad realizacją uchwały powierza się Skarbnikowi Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach.

§8

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Prezes

**Okręgowej Rady Lekarskiej
Jacek Kozakiewicz**

Sekretarz

**Okręgowej Rady Lekarskiej
Krystian Frey**

Komunikat



**Komisja ds. Emerytów i Rencistów
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Katowicach**

serdecznie zaprasza wszystkich Lekarzy Emerytów i Rencistów na

SPOTKANIE WIELKANOCNE
które odbędzie się
24 marca 2015 r. o godz. 14.00
w **Domu Lekarza**

Zgłoszenia przyjmuje Pani Katarzyna Fulbiszewska
pod nr. tel. 32 60-44-254 lub 60-44-200.

Krok nad przepaścią

Od redakcji: Jeden z ostatnich tytułów prasowych, podsumowujących etapy wprowadzania pakietu onkologicznego, brzmi: Kurz bitewny już opadł. I rzeczywiście, dziś (piszę tekst 10.02. br.) uspokoił się ton relacji medialnych i wielu artykułów, atmosfera debat publicystycznych nie jest już tak gorąca. Tym ważniejsze wydało się nam utrwalenie emocji lekarzy na przełomie roku, podczas negocjacji z resortem i refleksji tuż po ich zakończeniu.

Grażyna Ogródowska

„Staliśmy nad przepaścią, ale udało się nam zrobić krok do przodu...” Minister Arłukowicz, doprowadzając do konfliktu z lekarzami na przełomie roku, wprowadził te słowa w czyn.

Przełom roku był dla wielu z nas bardzo trudnym doświadczeniem. Tak zmasowanego ataku na lekarzy nie przeżyliśmy do tej pory. Ale też takiej konsolidacji środowiska nie było od bardzo dawna.

Początek jednak był dużo wcześniej. Pod hasłem zmniejszenia kolejek i szybkiej diagnostyki onkologicznej, ministerstwo przygotowało rozwiązania, które spotkały się z krytyką całego środowiska medycznego. Uwagi lekarzy nie zostały uwzględnione. Ustawy przeszły jak burza przez cały proces legislacyjny. Niemal wszyscy lekarze mówią jednym głosem: to propozycje zupełnie nieprzygotowane, nie wykonano analiz, nie ma pilotaży, nie ma kadry, sprzętu i pieniędzy. To już nie są uwagi do projektów i ustaw. To już miażdżąca krytyka tego, co jest planowane.

Jest październik 2014 r., rozpoczynają się spotkania negocjacyjne. Ministerstwo zaprosiło do nich Porozumienie Zielonogórskie i Kolegium Lekarzy Rodzinnych oraz PPOZ z Wielkopolski. Każda organizacja jest zapraszana oddzielnie, z każdą ministerstwo rozmawia o tym samym. Wiemy, że to działanie zmierzające do osłabienia naszej siły negocjacyjnej, do wprowadzenia podziałów. Czynimy starania, by wszystkie organizacje wspólnie negocjowały zasady kontraktowania na rok 2015. Szkoda, że nie udało się tego w pełni osiągnąć. KLR i PZ, reprezentujący lekarzy z całej Polski, decydują się na wspólny udział w negocjacjach.

Zmiany planowane od nowego roku są olbrzymie. Wchodzi pakiet kolejkowy i onkologiczny. Pojawia się rozporządzenie zawierające poszerzony wykaz badań. Wciąż brak większości aktów wykonawczych. Czas zaczyna przyspieszać. Ministerstwo uruchamia akcję propagandową. W pierwszej kolejności NFZ ma organizować szkolenia „onkologiczne”. Nikt jeszcze nic nie wie, nie ma rozporządzeń. Szkolenia są o niczym, bo NFZ również nie wie nic. Ministerstwo uruchamia więc kolejny medialny produkt, czyli szkolenia onkologiczne w Warszawie. Po jednym dniu na każde województwo. Szkolenie, które można by tytułować „Onkologia w 15 minut” – dosłownie.

Trwają negocjacje. Ministrowie wielokrot-

nie podkreślali, że chcą premiować lekarzy za jakość. W trakcie rozmów okazuje się, że dla urzędników jakość oznacza jakość biurokracji. NFZ nie będzie kontynuował finansowania opieki nad pacjentami z cukrzycą i pacjentami kardiologicznymi. Minister mówi, że nie mogą ryzykować, że te wydatki będą rosły. Zastanawiam się, czy ktoś w ministerstwie pamięta jeszcze o pacjencie? To określenie „wydatki będą rosły” oznacza ludzi, oznacza pacjentów, u których wykryjemy m.in. cukrzycę i nadciśnienie, które są prawdziwą epidemią współczesnych czasów. Najwyraźniej płatnikowi nie zależy na tym, by poprawić wykrywalność czy leczenie. Najważniejsza jest sprawozdawczość. Więc NFZ zapłaci dodatkowo, jeśli będziemy dobrze sprawozdawać wykonane badania. Zapłaci, ale pod warunkiem, że osiągniemy wskaźnik. Jaki wskaźnik? Tego nie wie nikt. Zostanie wyliczony w połowie roku. Jak można w umowie wpisać coś, co nie jest określone i od tego uzależnić finanse?! Ministerstwo i NFZ najwyraźniej uważają, że można. Nie zgadzamy się na to. Zapisy umowy mają być jasne i konkretne. A ministerstwo chce więcej. Chce, by w umowie był zapis dający NFZ możliwość dowolnej zmiany w umowie, bez konieczności akceptacji drugiej strony. Możliwość

rodzinny, jest długa, kosztochłonna i niekiedy zupełnie irracjonalna. Mamy m.in. zlecać usg przełyku. W ciągu roku, w całej Polsce, specjaliści to badanie wykonali tylko 113 razy. W jaki sposób miałyby ono poprawiać diagnostykę w POZ? Rozmawiamy o finansowaniu tych badań. Są bardzo kosztowne, a niektóre z nich, jak echo serca czy usg piersi, bardzo powszechne. Od początku stoimy na stanowisku, że badania powinny być finansowane z oddzielnej puli. Chcemy, by środki na nie były w dyspozycji NFZ, a nie naszej. Minister odpowiada, że to niemożliwe, bo pieniądze skończą się ok. 10 każdego miesiąca i powstanie kolejka. A przecież badania mają być bez limitów. Okazuje się więc, że to lekarze mają finansować ze swoich środków te badania, bo NFZ ma tylko 1/3 potrzebnej kwoty. Mówimy głośno, że nie można żądać zakupu mercedesa, jeśli ma się pieniądze jedynie na „malucha”. Rozmawiamy więc o zmniejszeniu liczby badań, skoro NFZ nie ma pieniędzy na ich finansowanie. Rozmowy są zadziwiające. Zaczynamy pod koniec października, mamy dwa miesiące na wprowadzenie zmian. Odbywają się kolejne spotkania, ministerstwo i NFZ przedstawiają kolejne propozycje, za każdym razem niezgodne z tym, co ustalaliśmy wcześniej. Obiecują,

Czy płatnikowi nie zależy na tym, by poprawić wykrywalność czy leczenie?
Czy najważniejsza jest sprawozdawczość?

jednostronnych zmian w umowie? To ewenement. Prezes NFZ przekonuje, że to dla naszego dobra. Przy takim zapisie „jeśli trzeba będzie zapłacić np. za ebolę, tak jak szpitalom, to ta procedura będzie szybsza i szybciej dostaniemy pieniądze” (autentyk z negocjacji). Stwierdziliśmy, że jesteśmy gotowi poczekać na sfinansowanie nawet eboli... Ale ma być równość stron i każda zmiana ma być zaakceptowana również przez nas. Wydawałoby się, że to oczywistość... A jednak nie.

Lista badań też jest tematem sporu. Rozporządzenie, które zostało opublikowane podczas negocjacji, nie było z nami konsultowane. Okazało się, że zawarta tam lista badań, które miałyby zlecać lekarz

że na kolejne spotkanie poprawki będą takie, jak uzgodniliśmy. Grają na czas. W połowie grudnia słyszymy, że minister nie jest już w stanie zdążyć ze zmianą przed końcem roku, bo termin jest zbyt krótki. Nasze stanowisko w tym momencie jest jednoznaczne, nie ma mowy o podpisaniu umowy w sytuacji, gdy obowiązują dotychczasowe rozporządzenie.

Jest coraz mniej czasu, a nie widać zupełnie, by ministerstwo chciało rozmawiać o konkretnych. Kolejne spotkania i po raz kolejny te same tematy. Minister nie pamięta, o czym rozmawialiśmy ostatnio. Czas ucieka, nie ma jeszcze nawet projektu zarządzenia prezesa NFZ, określającego warunki naszej pracy. Rzecz absolutnie

ciąg dalszy na str. 8 ►►►

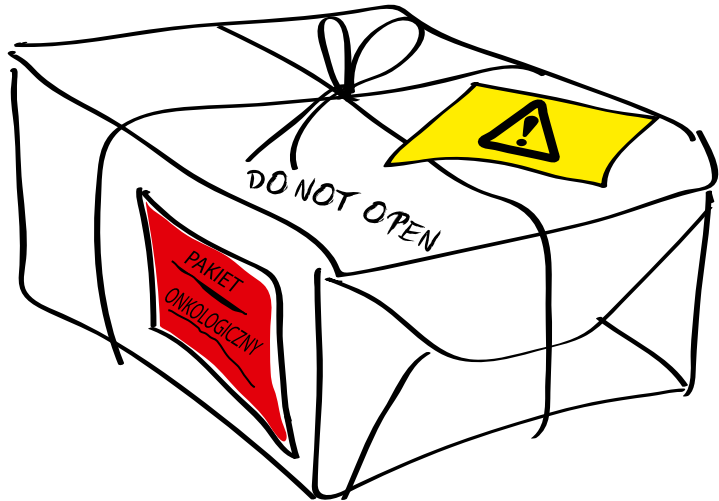
Krok nad przepaścią

ciąg dalszy ze str. 7 ►►►

kuriozalna – NFZ ogłasza plebiscyt (!) na warunki umowy na rok 2015. Udostępnia świadczeniodawcom dwie swoje propozycje, obie zdecydowanie niekorzystne dla POZ, obie bardzo krytycznie ocenione zarówno przez PZ, jak i KLR. Bez dokładnego zrozumienia, co składa się na pokazane tam stawki, bez uwzględnienia tego, jak bardzo zmniejszą się nasze listy w związku z e-WUŚ, nie sposób ocenić nawet, która z nich jest lepsza. Lekarze kierują się stawką bazową. I na to z pewnością liczy ministerstwo, bo propozycja z teoretycznie wyższą stawką jest tak naprawdę dla większości lekarzy gorsza. Odpowiada niewiele, ale to bez znaczenia. Ważne, że da się porównać, która propozycja dostała więcej głosów. Na kolejnym spotkaniu dowiadujemy się, że wygrał wariant 1. Frekwencja co prawda była minimalna, ale to bez znaczenia. Nawet trudno to skomentować. Takiej formy rozmów i ustaleń nie było dotąd nigdy. Prezes ogłasza projekt, a potem zarządzenie zgodne z wariantem 1 – przecież zwyciężył.

Jedna z organizacji przyjmuje na tym etapie proponowane przez ministerstwo warunki. Pozostałe dwie nie zgadzają się na nie. Nie zgadzamy się, by rozporządzenie z badaniami zostało zmienione dopiero od kwietnia 2015 r., bo oznaczałoby to, że przez trzy miesiące musielibyśmy finansować wszystkie zapisane w nim badania. Te trzy miesiące mogłyby doprowadzić do utraty płynności finansowej naszych praktyk! Nie zgadzamy się z możliwością jednostronnej zmiany umowy przez NFZ. Nie zgadzamy się, by deklaracje pacjentów „czerwonych” traciły ważność. NFZ do tego momentu nie przedstawił opinii na ten temat i stoi na stanowisku, że trzeba będzie za każdym razem wypełnić na nowo deklarację – to oznacza ogrom pracy biurokratycznej dla nas i stopniowe zmniejszanie się naszych list z powodu bałaganu w CWU. Nie ma na to naszej zgody. Chcemy jasnych zasad wystawiania kart onkologicznych, rezygnacji ze wskaźnika i określenia go w trakcie roku. Chcemy, by racjonalizowano zapis o skierowaniach do dermatologa i okulisty. Nie zgadzamy się również na umowy bezterminowe. Coroczne zmiany warunków proponowanych przez NFZ są tak duże, że nie sposób podpisać cokolwiek na okres dłuższy niż rok.

Konflikt wisi w powietrzu. 29 grudnia 2014 r. odbywa się kolejne spotkanie negocjacyjne. PRZED nim minister na konferencji prasowej mówi, że to ostatnie spotkanie w tym roku, a mamy do końca roku jeszcze tylko trzy dni. Olbrzymia część świadczeniodawców POZ nie ma podpisanych umów. W zasadzie tylko jedno województwo podpisało proponowane aneksy. Spotkanie jest chyba najdziwniejszym z dotychczasowych. Nie-



zależnie od tego, jakie propozycje padają z naszej strony, minister powtarza cały czas to, na co już wcześniej nie było zgody. Nie ma najmniejszej woli porozumienia, nie ma chęci pójścia na kompromis. Dopiero dalsze wydarzenia pokażą nam, że jest to konsekwentnie realizowany scenariusz, mający doprowadzić do złamania oporu siłą. Minister kończy te rozmowy bez porozumienia. Kończy z pełną świadomością, że nie ma zabezpieczenia świadczeń POZ w wielu regionach Polski. Nie zamierza rozmawiać. Pozostały trzy dni do końca roku – nie podejmuje rozmów. Nie podejmuje rozmów, ale działa, realizuje plan. W kolejnych dniach dowiedzieliśmy się, jak starannie i długo minister się do tego przygotowywał. Już 22 grudnia (na długo przed ostatnimi negocjacjami), na polecenie ministerstwa NFZ rozsyła zapytanie do gmin, którzy lekarze mają wynajmowane przez nie lokale i którzy lekarze korzystają ze środków unijnych. Szantaże, stosowane na początku roku pokazały, po co te informacje były zbierane.

W ostatnich dniach roku lekarze w całej Polsce, którzy nie podpisali umów, odbierają liczne telefony z NFZ, z naciskami i straszaniem konsekwencjami. Dzwonią nie tylko pracownicy NFZ. W naszym regionie do lekarzy dzwoni również dyrektor NFZ. Aneksy można przywieźć, można podpisać i kurier odbierze i zawiezie do NFZ, można w końcu podpisać on-line. Wszystko, byle tylko podpisać. NFZ pracuje do godz. 24.00. Tu już nie ma argumentów merytorycznych. Zaczynają się argumenty siły i zastraszania. W sylwestra ci, którzy nie podpisali aneksów, otrzymują zawiadomienia o wszczęciu kontroli NFZ. W mediach rozpętuje się „nagonka” na lekarzy, pełna agresji retoryka, widać brak szacunku dla nas i woli porozumienia. W proteście wobec takich działań profesor UJ, Adam Windak, do niedawna konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej, nie podpisuje aneksu na 2015 r. Skutkuje to natychmiastowym zawiadomieniem o kon-

troli NFZ, która rozpoczyna się na początku stycznia. NFZ i minister w działaniach nie mają żadnych hamulców.

Podejmujemy chyba najtrudniejszą decyzję – nie podpisujemy umów na tych warunkach. To oznacza, że w nowym roku nie możemy otworzyć gabinetów. Umów nie podpisali lekarze rodzinni zrzeszeni w Porozumieniu Zielonogórskim i w Kolegium Lekarzy Rodzinnych w wielu regionach Polski. Na wszystkich jest wywierany nacisk. Angażuje się media, władze samorządowe. Odzywa się również Rzecznik Praw Pacjenta. Straszy lekarzy karami do 500 tys. zł za brak dostępu do dokumentacji. Jakoś nigdy pani rzecznik nie przeszkadzało, że w soboty i niedziele pacjenci nie mieli dostępu do tej dokumentacji. O ministrze pani rzecznik milczy, a to przecież on miał obowiązek zapewnienia opieki medycznej pacjentom.

Szantaż i naciski nie ominęły nikogo. Są miejsca, gdzie do domów lekarzy przyjeżdżają z umowami urzędnicy NFZ w towarzystwie straży miejskiej. W wielu miejscach władze lokalne szantażują wypowiedzaniem umów najmu lokali. Minister straszy utratą ważności deklaracji, wypadnięciem z systemu. Twierdzi, że uprości procedurę rejestracji ZOZ dla innych podmiotów, by nas zastąpiły. Codziennie jest kolejny „ostateczny” termin, by można było podpisać umowę.

Nie ma argumentów pozytywnych, jest tylko atak. Agresywny, arogancki, nieliczący się z konsekwencjami. Lekarze przedstawiani są jako wrogowie pacjentów. Jako biznesmeni nastawieni tylko na kasę. Nie słyszymy nawet słowa na temat tego, że warunki umów są tak dobre, że warto je podpisać. Cały czas tylko słyszymy, co oni nam zrobią, jeśli nie podpiszemy!

„Matematyka kreatywna” święci triumfy. Rosną procenty. Słyszymy wielokrotnie powtarzane, że 85% lekarzy zaakceptowa- ►►►

►►► to (doprawdy?) i podpisało umowy. O ileż bardziej medialnie to brzmi, niż stwierdzenie, że niemal 30% świadczeniodawców nie podpisało umów. Kolejny dzień i kolejne wyliczenia: mamy wielu lekarzy w szpitalach, AOS i POZ. Zaledwie 3% z nich protestuje! Gdyby uwzględnić wszystkich pracowników służby zdrowia, to dałoby się z pewnością powiedzieć, że ułamek procenta z nich protestuje. PR-owcy MZ z pewnością pracują bez wytchnienia. A „kłamstwo powtórzone 1000 razy staje się prawdą...”. Ten cytat pasuje jak ulał do sytuacji.

Z dnia na dzień minister podaje rosnące procenty. To ci, którzy podpisali umowy i którym ponoć „pasują” te warunki. Pasują? Panie ministrze, czy ktokolwiek rozsądny uwierzy, że ci, którzy nie podpisali aneksów do końca roku, podpisali je po Nowym Roku, bo im się warunki nagle spodobały? Nie! To ci, których Pan złamał. Starymi, przynależnymi – wydawałoby się – do czasów minionych, metodami!

Lekarze przeżywają dramaty. Dochodzi do rozłamów w spółkach, do osobistych dramatycznych decyzji. Przekonujemy się, na ile nas stać, ile mamy w sobie odwagi i determinacji, lub na ile jesteśmy słabi. Minister stworzył maszynę do łamania ludzi, łamania

ich woli, wywoływania konfliktów. To wiele osobistych dramatów, z którymi trudno sobie poradzić.

Patrę na to z niedowierzaniem. Na to, w jaki sposób komunikuje się minister, jak wykorzystuje się media. I zastanawiam się, czy naprawdę obchodzimy 25-lecie demokracji?

Nie mamy umów. W kolejnych dniach stycznia 2015 r. spotykamy się na zebraniach. Sala jest pełna, lekarze zdeterminowani, by się nie poddać. Zdeterminowani zarówno warunkami, na jakich mielibyśmy podpisać umowy, ale też zachowaniem i postawą ministra. To walka o bezpieczne warunki pracy. Ale to również walka o naszą godność. Powoli staje się jasne, że to walka o medycynę rodzinną w jej obecnym kształcie. Popiera nas coraz więcej lekarzy. Pomimo agresywnej retoryki ministra, a może właśnie z jej powodu, środowisko lekarskie coraz bardziej się integruje. Wyrazy poparcia płyną do nas nie tylko od lekarzy rodzinnych. Popierają nas i pomagają nam lekarze z Konsylium24. Mamy wsparcie ze strony Izby Lekarskich, OZZL i niektórych organizacji pacjenckich. Coraz bardziej rzeczowe są wypowiedzi w mediach. My też mamy możliwość za-

prezentowania swego stanowiska, również w mediach społecznościowych.

Minister odkrywa wszystkie karty. W momencie, gdy ogłasza działania, widać, że nie ma już praktycznie żadnych pomysłów na to, czym jeszcze można nas straszyć. Pod wymyślnym pretekstem zaprasza nas do rozmów. Po wielogodzinnych negocjacjach jest podpisane porozumienie. Możemy wrócić do pracy. Jeszcze obserwujemy, jak minister Arłukowicz po raz kolejny próbuje zdeprecjonować lekarzy i umniejszyć znaczenie tego porozumienia. Jak bardzo potrzebuje zatriumfować. To się nie uda, panie ministrze. Tu nie będzie miejsca na triumf.

Mamy bezpieczniejsze dla nas i naszych pacjentów warunki pracy, ale to dopiero początek. Teraz, po miesiącu pracy, widać wyraźnie, ile mieliśmy racji w naszych postulatach. Wszystkie środowiska medyczne mówią o tym, że pakiet onkologiczny i kolejkowy jest dramatycznie nieprzygotowany i wymaga pilnych poprawek. Weryfikacja ubezpieczeń pacjentów pokazała jak ułomnym narzędziem jest e-WUŚ. Czas, by usiąść w gronie ekspertów i zweryfikować wprowadzone rozwiązania. ●

dr Joanna Szelağ
dr n. med. Elżbieta Mizgała

Rola lekarza rodzinnego (POZ) w pakiecie onkologicznym widziana przez Ministerstwo Zdrowia:

„Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zwiększyła rolę lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w opiece onkologicznej. Dostali oni narzędzie ułatwiające diagnostykę onkologiczną. Nowe zadania lekarzy POZ nie wykraczają poza zakres ich kompetencji. Przede wszystkim mogą zlecać więcej badań, m.in.: hematologicznych, biochemicznych i immunochemicznych z surowicy krwi, a także badań elektrokardiograficznych, ultrasonograficznych oraz spirometrię. Ta diagnostyka pozwala im potwierdzić lub wykluczyć konieczność wizyty pacjenta u specjalisty oraz zwiększa szansę na szybkie wykrycie ewentualnych zmian nowotworowych. Diagnostyka w ramach pakietu onkologicznego składa się z kilku etapów. Pierwszy z nich rozpoczyna się podczas wizyty pacjenta u lekarza POZ. Przeprowadza on dokładny wywiad z pacjentem i ocenia jego dolegliwości, może również zlecić wykonanie niezbędnych badań. Pacjent, u którego lekarz POZ podejrzewa nowotwór złośliwy (jeśli na podstawie wykonanych badań nie wykluczy tej choroby), otrzymuje kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, dzięki której szybko zostanie skierowany do specjalisty. Za kolejne etapy diagnostyki: wstępną i – w przypadku potwierdzenia nowotworu złośliwego – pogłębioną jest odpowiedzialny lekarz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Wprowadzenie pakietu nie oznacza, że na lekarzy POZ został nałożony obowiązek diagnozowania raka.

Od 1 stycznia 2015 r. karty diagnostyki i leczenia onkologicznego może wydawać lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), jeśli będzie podejrzewał u pacjenta nowotwór złośliwy lub lekarz specjalista w poradni ambulatoryjnej (AOS), jeśli zdiagnozuje taką chorobę. Pacjent może otrzymać kartę także w szpitalu – jeśli w wyniku hospitalizacji (nawet niezwiązanej z chorobą nowotworową) zostanie u niego wykryty nowotwór złośliwy. W takim przypadku warunkiem wydania karty jest potwierdzenie diagnozy. Na tych samych zasadach kartę otrzymuje pacjent hospitalizowany z powodu nowotworu. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego mogą otrzymać również pacjenci z chorobą nowotworową, którzy rozpoczęli leczenie przed 1 stycznia 2015 r. W ich przypadku kartę wystawia lekarz prowadzący leczenie w szpitalu. Dzięki temu przechodzą płynnie do nowego systemu. W karcie diagnostyki i leczenia onkologicznego znajdują się rubryki, które uzupełniają właściwi lekarze na poszczególnych etapach procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Dzięki temu informacje o pacjencie znajdują się w jednym miejscu. Są to m.in.: wykaz badań diagnostycznych, które zostały wykonane pacjentowi; diagnoza, a w przypadku rozpoznania nowotworowego również informacja o stopniu zaawansowania choroby; plan leczenia. Karta jest własnością pacjenta. Dokumentuje cały proces diagnostyki i leczenia, aż do powrotu pacjenta do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej po zakończeniu leczenia. Świadczeniodawca ma obowiązek nieodpłatnie przekazać pacjentowi oryginał karty oraz przechowywać jej kopię.”

Źródło: <http://pakietonkologiczny.gov.pl/lekarz-rodzinny/>



Polityka a bycie lekarzem

Przełom roku 2014/2015 znowu zdominowała potyczka lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z ministrem zdrowia. W trakcie licznych przekazów medialnych padały przeróżne określenia, w uproszczeniu mówiąc, niepochlebne dla stron tego konfliktu. Myślę, że dla większości lekarzy oburzające były stwierdzenia płynące z ust naszego ministra pod adresem – co prawda, jak zaznaczał – nielicznej grupy. Porównywanie nas z zachłannymi ludźmi, dla których liczą się tylko pieniądze i wygodnictwo, a nie dobro pacjenta, zapewne przyczynia się do dalszego deprecjonowania w oczach społeczeństwa wykonywanego przez nas zawodu. Taka opinia, wypowiedziana z ust wysokiego rangą polityka, żyć będzie jeszcze długo w świadomości naszych pacjentów i zapewne częstokroć przenoszona będzie na wszystkich członków naszego środowiska, niezależnie od tego, czy brali oni udział w proteście. Trudno więc dziwić się, że część lekarzy poczuła się dotknięta, czy też wręcz pokrzywdzona, słowami naszego ministra. Nie trzeba było długo czekać, aby przekonać się, iż w takiej konfliktowej sytuacji wszyscy przypominają sobie o istnieniu pionu samorządowej odpowiedzialności zawodowej i Kodeksu Etyki Lekarskiej. Zgodnie z przewidywaniami, do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Szczecinie został złożony wniosek o wyciągnięcie konsekwencji w zakresie odpowiedzialności zawodowej w stosunku do lekarza, będącego członkiem tej Izby, Bartosza Arłukowicza. Okręgowy Rzecznik odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Te dwie informacje spotkały się z olbrzymim zainteresowaniem mediów i niestety – na nasze nieszczęście – znowu wywołały

Ogłoszenie

Ustawa z dnia 5 grudnia 1995 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty

art. 2 ust. 1 „wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich”
art. 2 ust. 3 „za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także prowadzenie przez lekarza prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia, nauczanie zawodu lekarza, kierowanie podmiotem leczniczym, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej”.

Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich

art. 53 „członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza, zwane dalej „przewinieniem zawodowym”.

Definicja:

krzywda – szkoda moralna, fizyczna lub materialna wyrządzona komuś niezastąpienie; też: nieszczęście lub obraza dotykające kogoś niesłusznie – słownik PWN.

całą masę niepochlebnych opinii. Okręgowy Rzecznik działał w tym przypadku zgodnie z przepisami prawa, które w myśl art. 53 naszej ustawy nie pozwalają mu prowadzić postępowania o naruszenie zasad wykonywania zawodu lekarza w stosunku do osoby, która wykonuje zawód polityka, a lekarzem jest wyłącznie z wykształcenia i przeszłości zawodowej. Nie można również prowadzić postępowań o naruszenie KEL, ponieważ samo określenie *etyka lekarska* doprecyzowuje, iż przewinienie musi być związane z faktem wykonywania zawodu lekarza, a wystąpienie medialne jako ministra na pewno nim nie jest. Taka droga postępowania wybrana przez kolegów, którzy słowami ministra czują się skrzywdzeni, jest po prostu kompletnie niewłaściwa. Zawsze trzeba się zastanowić czy należy podejmować kroki bez przekonania, do czego mają prowadzić. Jeżeli mają one jedynie pokazać „niemoc środowiska”, a przede wszystkim brak jego jednolitości, wydaje się, że są po prostu dla społeczności lekarskiej szkodli-

we. Oczekując, że za krzywdy wyrządzone lekarzom działaniami, czy raczej słowami ministra, otrzymamy jakiegokolwiek zadośćuczynienie, należy obrać jedyną słuszną prowadzącą do tego celu drogę, jaką jest powództwo cywilne do sądu powszechnego, złożone w imieniu pokrzywdzonych lekarzy, najlepiej przez znamienitą kancelarię prawniczą. Wydarzenia te również wskazują, iż niezwykle istotnym wyzwaniem dla osób zajmujących się problemami etyki w naszym samorządzie byłoby podjęcie się próby stworzenia „Katalogu Dobrych Zachowań”, który obowiązywać powinien wszystkich lekarzy, którzy stają się politykami, samorządowcami czy też zarządzającymi. Może ciągle przypominanie takiego zestawu dobrych zachowań i dobrych praktyk pozwoli w przyszłości unikać sytuacji, w której czyjeś słowa dotykają tak wielu spośród nas. ●

Dr n. med. Tadeusz Urban
Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej

Procedury dla pełnomocników ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków



Funkcjonowanie pełnomocników ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków na terenie okręgowych izb lekarskich odbywa się w oparciu o uchwałę NRL z 2007 r. o organizacji pomocy dla lekarzy, których stan zdrowia ogranicza lub uniemożliwia wykonywanie zawodu lekarza. Na mocy tego dokumentu po raz pierwszy w Polsce powołano pełnomocników i określono zakres ich obowiązków. Uchwała jednak bardzo ogólnie przedstawia zadania pełnomocnika oraz jego posadowienie w strukturach Izby.

Podczas siedmiu lat funkcjonowania, pełnomocnicy z poszczególnych Izb napotkali na szereg trudności i barier w realizacji swoich zadań, w związku z brakiem szczegółowych uregulowań dotyczących etapów podejmowanych przez nich działań, na które składają się zarówno interwencje wobec lekarza z problemem zdrowotnym, jak i współpraca z innymi organami Izby zaangażowanymi w dany problem. Wymaga to przestrzegania szeregu przepisów prawa zawartych m.in. w ustawach o: izbach lekarskich, zawodzie lekarza, ochronie danych osobowych, w kodeksach karnym i cywilnym, czy wreszcie w Kodeksie Etyki Lekarskiej. W ciągu ostatnich lat przepisy te ulegały licznym modyfikacjom, co budzi potrzebę aktualizacji zasad funkcjonowania pełnomocników ds. zdrowia lekarzy.

W listopadzie ubiegłego roku w Naczelnej Izbie Lekarskiej odbyło się doroczne, ogólnopolskie spotkanie pełnomocników ds. zdrowia lekarzy okręgowych izb lekarskich. Po raz pierwszy wzięli w nim udział także rzecznicy praw lekarza. Spotkanie otworzył Rzecznik Praw Lekarza NIL w Warszawie, dr **Andrzej Kuźawczyk**, który wskazał na

podobieństwo posadowienia rzecznika praw lekarza i pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy w strukturach Izby. Oba stanowiska łączy m.in.: fakt, że nie są organami Izby mającymi pełną autonomię działania, jak np. okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej, ale funkcjonują bardziej na zasadzie komisji, w ścisłym powiązaniu i współpracy z innymi organami Izby. Doktor Kuźawczyk zaproponował możliwe płaszczyzny współpracy między pełnomocnikami a rzecznikami praw lekarza ze względu na niektóre styczne obszary problemów, których dotyczą ich interwencje.

Następnie Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, dr **Grzegorz Wrona**, przedstawił kolejne etapy postępowania rzecznika odpowiedzialności zawodowej z uwzględnieniem stopnia ich poufności. Wskazał na możliwe punkty styczne we współpracy między OROZ a pełnomocnikiem ds. zdrowia lekarzy, podkreślając jednocześnie brak stosownych uregulowań prawnych, który uniemożliwia obecnie pełnię takiej współpracy. Doktor Wrona przytoczył konkretne przypadki (z zachowaniem tajemnicy danych osobowych i innych, które mogłyby posłużyć do identyfikacji) interwencji rzecznika w stosunku do lekarzy z problemem uzależnienia, przy okazji wskazując na możliwości, jakie dodatkowo w takich sprawach dawałaby współpraca z pełnomocnikiem ds. zdrowia lekarzy. Jedną z nich byłaby możliwość objęcia tych osób pomocą w zakresie leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego w specjalistycznych ośrodkach. Sam fakt stawania przed sądem lekarskim i bycia ukaranym nie skłoni przecież osoby uzależnionej, której cho-

roba polega na wypieraniu i zaprzeczaniu problemowi, do podjęcia leczenia. Kara nie uwzględnia też potrzeby monitorowania stanu zdrowia osoby uzależnionej, procesy, który według doświadczeń samorządów lekarskich z różnych krajów, powinien być kontynuowany od trzech (Europa) do nawet pięciu lat (USA).

W trakcie dyskusji, po wystąpieniu rzecznika, pełnomocnicy z poszczególnych izb przedstawiali swoje doświadczenia i wskazywali na trudności, na jakie napotyka przy podejmowaniu interwencji. Poruszane kwestie dotyczyły m.in. zapraszania lekarzy z problemem na spotkanie z pełnomocnikiem w kontekście ustawy o ochronie danych osobowych (poufność procedury) czy postępowania w przypadku, gdy lekarz jest nietrzeźwy poza miejscem i czasem pełnienia obowiązków zawodowych, a dochodzi do upublicznienia tego faktu, np. w mediach. Jednak głównym problemem, na jaki wskazywano w toku dyskusji, okazał się brak jednoznacznych reguł i zapisów w aktach prawnych dotyczących postępowania pełnomocników. **W związku z tym na spotkaniu zdecydowano o wyłonieniu krajowej grupy roboczej, w skład której weszli pełnomocnicy ds. zdrowia lekarzy, rzecznicy praw lekarza oraz radcy prawni.** Jej zadaniem będzie opracowanie procedur działań pełnomocników w kontaktach z OROZ, ale także w przypadkach, gdy lekarz sam zgłasza się po pomoc lub jest zawieszony w prawie wykonywania zawodu. ●

Dorota Rzepniewska
Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy
i lekarzy dentyków
Śląskiej Izby Lekarskiej

Komunikat Pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków ŚIL

LEKARZU! PRZYJDŹ! ZADZWOŃ! NAPISZ E-MAILA! JEŚLI SAM MASZ PROBLEM

jeśli Twój kolega lekarz ma problem, jeśli Twoja żona, Twój mąż lekarz ma problem
jeśli Twoja mama, tato, córka czy syn lekarz ma problem

PEŁNOMOCNIK DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW DOROTA RZEPNIEWSKA
DYŻUR OSOBISTY 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. 32 60 44 261 z p. Anną Zadorą-Świderek

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

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

PODEJMIJ DECYZJĘ ZANIM INNI ZADECYDUJĄ ZA CIEBIE...

„Aby kraj mógł żyć, trzeba, aby żyły prawa”
Adam Mickiewicz

Karta urodzenia i karta martwego urodzenia

Z dniem 1 marca 2015 r. wchodzi w życie ustawa Prawo o aktach stanu cywilnego (uchwalona w dniu 28 listopada 2014 r., opublikowana w Dzienniku Ustaw z 2014 r. pod pozycją 1741). Ustawa zawiera regulacje, które dotyczą również lekarzy.

Zgodnie z przepisem art. 53 ust. 1 Prawa o aktach stanu cywilnego, **akt urodzenia sporządza się na podstawie karty urodzenia lub karty martwego urodzenia przekazanej przez podmiot wykonujący działalność leczniczą** oraz protokołu zgłoszenia urodzenia.

Kartę urodzenia, w myśl przepisu art. 54 ust. 1, przekazuje się kierownikowi urzędu stanu cywilnego właściwemu do sporządzenia aktu urodzenia w terminie trzech dni od dnia jej sporządzenia. Karta urodzenia zawiera:

- 1) nazwisko, imię (imiona), nazwisko rodowe, datę i miejsce urodzenia oraz numer PESEL matki dziecka, jeżeli został nadany,
- 2) miejsce, datę i godzinę urodzenia dziecka,
- 3) płeć.

Dodatkowo, ustawodawca w przepisie art. 144 ust. 1 wskazał, że do dnia 1 stycznia 2018 r. karta urodzenia zawiera oprócz ww. danych:

- 1) informacje o stanie zdrowia dziecka: długość, ciężar ciała, punkty w skali Apgar,
- 2) informacje o ciąży i porodzie: okres trwania ciąży, wielorakość i miejsce porodu,
- 3) dane o poprzednich ciążach i porodach matki dziecka:

- a) liczbę dzieci urodzonych przez matkę, w tym żywo urodzonych lub martwo urodzonych,
- b) datę poprzedniego porodu,
- c) żywotność poprzedniego dziecka,
- 4) miejsce zamieszkania rodziców dziecka, w tym okres ich przebywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na obszarze danej gminy, o ile są znane, oraz wykształcenie rodziców dziecka, pozyskiwane przez podmiot wykonujący działalność leczniczą.

W przypadku konieczności sporządzenia **karty martwego urodzenia** Prawo o aktach stanu cywilnego przewiduje, że karta zawiera dane wymagane w karcie urodzenia oraz informację, że dziecko urodziło się martwe. Kartę martwego urodzenia przekazuje się kierownikowi urzędu stanu cywilnego w terminie jednego dnia od dnia jej sporządzenia. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie płci dziecka, karty martwego urodzenia nie przekazuje się. Na mocy przepisu przejściowego, tj. przepisu art. 144 ust. 2 ustawy, do dnia 1 stycznia 2018 r. karta martwego urodzenia zawiera także czas zgonu płodu i przyczynę zgonu, jeżeli została stwierdzona.

Wzór poszczególnych kart określony został w rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 12 stycznia 2015 r. (Dz.U. z 2015 r., poz. 171), i tak: wzór karty urodzenia stanowi załącznik nr 1, a wzór karty martwego urodzenia – załącznik nr 2. Rozporządzenie, podobnie jak i ustawa, na podstawie której wydano wska-

zane przepisy wykonawcze, wejdzie w życie 1 marca 2015 r. Dodatkowo warto nadmienić, że rozporządzenie ma czasowy charakter, bowiem na mocy przepisu §2 traci ono moc z dniem 1 stycznia 2018 r.

Dotychczas wskazane informacje przekazywane były kierownikom urzędów stanu cywilnego w formie pisemnych zgłoszeń urodzenia dziecka. W przypadku martwo urodzonych dzieci również był obowiązek sporządzenia pisemnego zgłoszenia, z adnotacją w rubryce „Uwagi”, że dziecko urodziło się martwe. Nowe przepisy wprowadzają odrębne dokumenty – kartę urodzenia i kartę martwego urodzenia – w zależności od urodzenia, które miało miejsce.

Po wejściu w życie powołanych przepisów, zarówno karty urodzenia, jak i karty martwego urodzenia przekazywane nadal będą kierownikom urzędów stanu cywilnego w formie papierowej. Do dnia 1 stycznia 2018 r. karty mogą zostać przekazane w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu. Sytuacja ulegnie zmianie w 2018 roku, ponieważ obowiązywać ma wyłącznie forma elektronicznego przekazywania ww. dokumentów. ●

Katarzyna Różycka
radca prawny
Zespół Radców Prawnych ŚIL

Śląska Izba Lekarska w Katowicach zaprasza na KURSY I KONFERENCJE

▶ 6.03.2015 (piątek) godz. 14.00

Kurs doskonalący

SZKOLENIE PODSTAWOWE DLA KANDYDATÓW NA BIEGŁYCH SĄDOWYCH I BIEGŁYCH SĄDOWYCH (moduł III)

Uwaga: kurs składa się z czterech części terminy:

20.02.2015, 27.02.2015 – godz. 15.00,

06.03.2015 – godz. 14.00,

13.03.2015 – godz. 14.00

▶ 7.03.2015 (sobota) godz. 10.30

Konferencja interdyscyplinarna „PRZEWLEKŁA I MASYWNA UTRATA KRWI. POSTĘPOWANIE W KRWOTOKACH – NAJNOWSZE TRENDY”

Kierownik Naukowy Konferencji

prof. dr hab. n. med. Hanna Misiołek

Z udziałem prof. dr. hab. n. med.

Waldemara Machały z UM w Łodzi – uczest-

nika misji wojskowej w Polskim Szpitalu Polowym w Afganistanie

▶ 9.03.2015 (poniedziałek) godz. 15.30

Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)

LEKARZ W SYTUACJI KONFLIKTU – UMIEJĘTNOŚCI NEGOCJACJI

Warsztat poprowadzi dr hab. n. hum. prof. UŚ

Alicja Gałzka

▶ 10.03.2015 (wtorek) godz. 16.00

Kurs doskonalący

ELEMENTY POLITYKI BEZPIECZEŃSTWA DANYCH OSOBOWYCH W GABINECIE LEKARSKIM

▶ 11.03.2015 (środa) godz. 15.30

Kurs doskonalący – warsztaty praktyczne* (wymagany formularz zgłoszeniowy)

NAGLE STANY ZAGROŻENIA ŻYCIA U DZIECI

Kierownik naukowy dr n. med. Ludwik Stołtny

Koordynator warsztatów praktycznych

dr Janusz Michalak

▶ 16.03.2015 (poniedziałek) godz. 15.30

Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)

DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA JAMY BRZUSZNEJ W TEORII I PRAKTYCE – KURS PODSTAWOWY

Kierownik naukowy dr Marek Potempa

Kurs doskonalący – warsztaty praktyczne

(wymagany formularz zgłoszeniowy)

NAGLE STANY ZAGROŻENIA ŻYCIA Z PRZYZYNY SERCOWO-NACZYNIOWYCH

Prelekcje przeplatane są ćwiczeniami praktycznymi. Koszt uczestnictwa – 50 zł

Terminy:

▶▶▶ ▶ **17.03.2015 (wtorek) godz. 15.30**
 ▶ **30.03.2015 (wtorek) godz. 15.30**
 ▶ **13.04.2015 (poniedziałek) godz. 15.30**
 ▶ **14.05.2015 (czwartek) godz. 15.30**
 Czas trwania: 7 godzin dydaktycznych
 Kierownik naukowy dr n. med. Wojciech Rychlik
 Koordynator warsztatów praktycznych dr Janusz Michalak

▶ **20.03.2015 (piątek) godz. 16.00**
Kurs doskonalący
EKG – OD PODSTAW DO PRZYKŁADÓW KLINICZNYCH
 Warsztaty dla lekarzy pragnących poszerzyć swoją wiedzę z zakresu elektrokardiologii praktycznej oraz przygotowujących się do egzaminów specjalizacyjnych (interna, kardiologia).
 Spotkanie pierwsze: **Komu, co, a potem jak to opisać – zaburzenia rytmu serca**
 Kierownik naukowy dr hab. n. med. Krzysztof Szydło

▶ **21.03.2015 (sobota) godz. 9.00**
Konferencja
„ŚLĄSKA WIOSNA INTERNISTYCZNA”
 Współpraca: Oddział Śląski Towarzystwa Internistów Polskich
 Kierownik naukowy
 prof. dr hab. n. med. Grzegorz Cieślak

▶ **25.03.2015 (środa) godz. 16.00**
Kurs doskonalący
DOKUMENTACJA MEDYCZNA W ŚWIETLE OBOWIĄZUJĄCYCH PRZEPISÓW I JEJ ROLA W POSTĘPOWANIACH MEDYCZNYCH
 Kierownik naukowy dr Stefan Kopocz

▶ **26.03.2015 (czwartek) godz. 15.45**
Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)
RESUSCYTACJA KRĄŻENIOWO-ODDECHOWA NOWORODKÓW I NIEMOWLĄT
 Czas trwania: wykład – 5 godzin dydaktycznych, ćwiczenia – 7 godzin dydaktycznych.
 Po wykładzie uczestnicy zostaną podzieleni na małe grupy warsztatowe do ćwiczeń resuscytacji z zastosowaniem manekinów i sprzętu ratunkowego. Koszt dla członków ŚIL – 50 zł, dla pozostałych osób – 300 zł.
 Kierownik naukowy: dr hab. n. med. Iwona Maruniak-Chudek
 Koordynator warsztatów praktycznych dr Janusz Michalak

▶ **30.03.2015 (poniedziałek) godz. 15.30**
Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)
TRENING KREATYWNEGO MYŚLENIA – UMIEJĘTNOŚĆ ROZWIĄZANIA PROBLEMÓW W PRACY LEKARZA
 Poprowadzi dr hab. n. hum. prof. UŚ Alicja Gałązka

▶ **8.04.2015 (środa) godz. 16.00**
Kurs doskonalący
EKG – OD PODSTAW DO PRZYKŁADÓW KLINICZNYCH
 Warsztaty dla lekarzy pragnących poszerzyć

swój wiedzę z zakresu elektrokardiologii praktycznej oraz przygotowujących się do egzaminów specjalizacyjnych (interna, kardiologia)
Spotkanie drugie: niedokrwienie, zawał, przerost.
 Kierownik naukowy
 dr hab. n. med. Krzysztof Szydło

▶ **14.04.2015 (wtorek) godz. 16.00**
Kurs doskonalący
NIETYDOLNOŚĆ SERCA – JAK MOŻE POMÓC ELEKTROKARDIOLOGIA
 (dla lekarzy POZ)
 Kierownik naukowy dr hab. n. med.
 Krzysztof Gołba

▶ **17.04.2015 (piątek) godz. 15.30**
Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)
RESUSCYTACJA KRĄŻENIOWO-ODDECHOWA DOROŚŁYCH
 Czas trwania: wykład – 6 godzin dydaktycznych, warsztaty praktyczne – 7 godzin dydaktycznych.
 Po wykładzie uczestnicy zostaną podzieleni na małe grupy warsztatowe do ćwiczeń resuscytacji z zastosowaniem manekinów i sprzętu ratunkowego. Koszt uczestnictwa – 50 zł
 Każdy z uczestników wykładu weźmie udział w jednym spotkaniu warsztatowym. Terminy spotkań warsztatowych podane zostaną do wyboru w dniu wykładu.
 Kierownik naukowy
 prof. dr hab. n. med. Hanna Misiólek
 Koordynator warsztatów praktycznych
 dr Janusz Michalak

Kurs doskonalący – warsztaty praktyczne (wymagany formularz zgłoszeniowy)
POSTĘPOWANIE Z DZIECKIEM PO CIĘŻKIM URAZIE
 Terminy:

▶ **21.04.2015 (wtorek) godz. 15.30**
 ▶ **25.05.2015 (poniedziałek) godz. 15.30**
 Koszt uczestnictwa – 50 zł
 Czas trwania: 7 godzin dydaktycznych
 Kierownik naukowy dr n. med. Ludwik Stołtny
 Koordynator warsztatów praktycznych
 dr Janusz Michalak

▶ **24.04.2015 (piątek) godz. 16.00**
zmiana terminu na
 ▶ **15.05.2015 (piątek) godz. 16.00**
Kurs doskonalący
KILKA SPOSOBÓW NA PRZEGRANIE SPRAWY PRZEZ LEKARZA W SĄDZIE

▶ **27.04.2015 (poniedziałek) godz. 16.00**
Kurs doskonalący
ZAKAŻENIA WIRUSAMI HEPATOTROPOWYMI – DIAGNOSTYKA I LECZENIE
 Kierownik naukowy prof. dr hab. n. med. Anna Boroń-Kaczmarzka

▶ **4.05.2015 (poniedziałek) godz. 15.30**
Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)
UMIEJĘTNOŚĆ MOTYWOWANIA W PRACY

LEKARZA – SKUTECZNIE STRATEGIE I TECHNIKI MOTYWOWANIA
 Poprowadzi dr hab. n. hum. prof. UŚ Alicja Gałązka

▶ **11.05.2015 (poniedziałek) godz. 15.30**
Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)
DIAGNOSTYKA ULTRASONOGRAFICZNA JAMY BRZUSZNEJ W TEORII I PRAKTYCE – KURS PODSTAWOWY
 Czas trwania: wykład – 4 godziny dydaktyczne, ćwiczenia – 3 spotkania po 5 godzin dydaktycznych. Wykład odbędzie się w Domu Lekarza w Katowicach. Ćwiczenia odbędą się w Szpitalu Miejskim w Rudzie Śląskiej-Bielszowicach.
 Kurs kierowany jest do lekarzy bez doświadczenia w diagnostyce USG.
 Kierownik naukowy dr Marek Potempa

▶ **11.05.2015 (poniedziałek) godz. 15.30**
Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)
BUDOWANIE ZESPOŁU W PLACÓWCE OCHRONY ZDROWIA
 Warsztat poprowadzi dr hab. n. hum. prof. UŚ Alicja Gałązka

▶ **15.05.2015 (piątek) godz. 16.00**
Kurs doskonalący
KILKA SPOSOBÓW NA PRZEGRANIE SPRAWY PRZEZ LEKARZA W SĄDZIE
 Kierownik naukowy dr Stefan Kopocz

▶ **20.05.2015 (środa) godz. 15.00**
Kurs doskonalący
SCHORZENIA DEMIELINIZACYJNE OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO U DZIECI – OBRAZ KLINICZNY I RADIOLOGICZNY, NOWOCZESNA DIAGNOSTYKA RÓŻNICOWA ORAZ PROGNOZA
 Kierownik naukowy dr n. med. Ilona Kopyta

▶ **22.05.2015 (piątek) godz. 16.00**
Kurs doskonalący
PRAWA I OBOWIĄZKI LEKARZA – REZYDENTA
 Kierownik naukowy dr Stefan Kopocz

▶ **23.05.2015 (sobota) godz. 9.30**
Kurs doskonalący
EKG – OD PODSTAW DO PRZYKŁADÓW KLINICZNYCH.
 Warsztaty dla lekarzy pragnących poszerzyć swoją wiedzę z zakresu elektrokardiologii praktycznej oraz przygotowujących się do egzaminów specjalizacyjnych (interna, kardiologia).
Spotkanie trzecie: przyszedł pacjent ze stymulatorem...
 Kierownik naukowy dr hab. n. med. Krzysztof Szydło

▶ **10.06.2015 (środa) godz. 16.00**
Kurs doskonalący
EVIDENCE-BASED MEDICINE – JAK ROZUMIEĆ MEDYCYNĘ OPARTĄ O DOWODY NAUKOWE
 Kierownik naukowy dr n. med. Krzysztof Siemianowicz

Kursy i konferencje odbędą się w Domu Lekarza w Katowicach przy ul. Grażyńskiego 49a. Kursy dostępne dla wszystkich zainteresowanych członków ŚIL. Liczba miejsc ograniczona możliwościami technicznymi sali wykładowej – zachęcamy do wstępnego zgłaszania zamiaru uczestnictwa. O udziale decyduje kolejność przybycia na szkolenie do Domu Lekarza. Możliwość uzyskania certyfikatu potwierdzającego zdobycie punktów edukacyjnych. Dodatkowe informacje dostępne pod numerem telefonu: 32 60 44 225 lub drogą elektroniczną: kursy@izba-lekarska.org.pl



fot. Joanna Wójcik

Joanna Wójcik: W jednym z artykułów na temat Pana Profesora czytałam, że chciał Pan zostać pianistą. Jaką rolę odegrała muzyka w Pańskim życiu?

Profesor Ryszard Poręba: W szkole miałem do czynienia z nauczycielami muzycznie uzdolnionymi, oni między innymi zarazili mnie pasją do muzyki. Wpływ na to miał także fakt, że od najmłodszych lat prawie w każdym tygodniu rodzice zabierali mnie do Operetki w Gliwicach lub Opery w Bytomiu. W czasach szkoły podstawowej i licealnych uczęszczałem do konserwatorium muzycznego, grałem na kilku instrumentach, jednak moment pójścia na studia zweryfikował ostatecznie moje zainteresowania. Wówczas medycyna stała się najważniejsza. Ogrom nauki nie pozwolił na dalsze rozwijanie zainteresowań muzycznych, jednak do dzisiaj muzyka jest moją słabością. Spektrum uczuć związanych z odczuwaniem muzyki jest, według mnie, ogromne. Uważam, że muzyka ma ogromny wpływ na psychikę człowieka, potrafi niezwykle podbudować w trudnych chwilach, złagodzić depresję, aktywować do pracy. Często podczas operacji towarzyszy mi muzyka, oczywiście pomijając sytuacje operacji trudnych i krytycznych. W przypadku zabiegów długotrwałych, ale zasadniczo nieskomplikowanych, muzyka stanowi wspiane tło do pracy.

– Dlaczego w takim razie „postawił” Pan na medycynę?

Na medycynę zdecydowałem się pójść po pewnym zdarzeniu, jakie spotkało mnie w okresie dzieciństwa. Była to ostatnia klasa szkoły podstawowej, 17 stycznia 1955 roku chciałem wskoczyć do ruszającego tramwaju, co skończyło się upadkiem. Moje ręce wówczas znalazły się pod tramwajem, który w tym momencie ruszał. Pamiętam, jak dotykałem wówczas zmrożonych szyn. Ludzie stojący na przystanku strasznie krzykali – „ujechało mu ręce”. Pamiętam ten krzyk do dziś, choć minęło wiele lat. Szczęśliwie udało mi się zsunąć dłonie z szyn, osoby widzące to zdarzenie opowiadały, że koła tramwaju przejechały dosłownie tuż obok

Od muzyki do ginekologii

Rozmowa z profesorem Ryszardem Porębą

Prof. zw. dr hab. n. med. Ryszard Poręba

Specjalista w dziedzinie ginekologii i położnictwa oraz ginekologii onkologicznej, kierownik Kliniki Ginekologii i Położnictwa w Tychach w latach 1992-2013, obecnie konsultant Oddziału Ginekologiczno-Położniczego WSS sp. MEGREZ w Tychach, były prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, wieloletni wykładowca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, członek Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, członek Rady Naukowej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, honorowy członek Polish-American Medical Society, honorowy członek Światowego Towarzystwa Psychoprofilaktyki Porodowej, przewodniczący Rady Programowej Polskiej Koalicji na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy.

moich palców. Usłyszałem od ludzi: „Pan Bóg podarował ci ręce”. Później pomyślałem, że skoro moje ręce ocalały, to muszę czegoś dokonać tymi rękami. Pierwszą inspiracją była muzyka, drugą medycyna i wygrała ta druga. Chciałem pomagać ludziom, wierzyłem, że będę potrafił robić to naprawdę dobrze. Początkowo chciałem być chirurgiem, ale już na pierwszym roku studiów medycznych szczególnie zainteresowała mnie fizjologia, zdałem egzamin z wynikiem celującym. Profesor Mieczysław Krauze zaproponował mi wówczas pracę na Uczelni w charakterze wolontariatu od trzeciego roku studiów.

– Było to wyróżnienie...

– Tak, było to niesamowite wyróżnienie. Jako student trzeciego roku już prowadziłem zajęcia z fizjologii – dla studentów drugiego roku. Mieszkaliśmy razem w akademiku, jedliśmy obiady w jednej stołówce.

– Potem otrzymał Pan stypendium...

– Tak, jeszcze jako student, będąc po drugim roku, starałem się o otrzymanie stypendium naukowego. Prodziekanem ówczesnej Śląskiej Akademii Medycznej Wydziału Lekarskiego był docent Henryk Skałba, który prowadził sprawy ekonomiczne studentów. Z racji na moje doskonałe wyniki udało mi się otrzymać stypendium. Ćwiczenia z fizjologii prowadziłem do końca swoich studiów, a także po ich ukończeniu. Jednocześnie odbywałem dwuletni staż podyplomowy w szpitalu w Bytomiu. Zgłosiłem się również do konkursu na etat do Katedry Fizjologii, ale niestety go przegrałem. Wówczas zacząłem się rozglądać za inną pracą i dobry los sprawił, że trafiłem do Kliniki Ginekologicznej w Bytomiu, której szefem był docent Henryk Skałba. Chciałem zrobić tam specjalizację, oczywiście w ramach wolon-

tariatu, nie było mowy wówczas w ogóle o otrzymaniu etatu, ale i to było dla mnie szczególnym wyróżnieniem, zwłaszcza, że docent mnie pamiętał. Przez cztery lata dojeżdżałem z Rudy Śląskiej do Bytomia do kliniki, nie otrzymując za to wynagrodzenia. Rodzice pomagali mi finansowo. Mimo to był to okres bardzo budujący w moim życiu, cieszyłem się z tego, w jakim miejscu jestem, że mogę się rozwijać i poszerzać swoją wiedzę. Ginekologia bardzo mnie interesowała, ale próbowałem „przemycić” do niej nieco fizjologii, pięknej dziedziny, która była dla mnie wyjątkowo interesująca.

– Czy udało się połączyć te dwie specjalizacje?

– Tak, zwłaszcza, że zająłem się wysiłkiem porodowym, interesowało mnie, dlaczego jedne kobiety rodzą ciężko, inne łatwo, niezależnie od tego, czy jest to pierwsza, czy kolejna ciąża. Zacząłem więc wykorzystywać swoją wiedzę fizjologiczną i prowadziłem badania.

– Pan Profesor jest założycielem pierwszej na Śląsku szkoły rodzenia. W jaki sposób udało się zrealizować takie przedsięwzięcie i jaki to miało związek z Pana badaniami?

– W 1973 r. założyłem szkołę rodzenia w Bytomiu, która była pierwszą taką instytucją na Śląsku i czwartą w Polsce po Łodzi, Krakowie i Warszawie. W tej szkole kobiety ciężarne przygotowywały się do porodu, a ja mogłem prowadzić badania dotyczące wysiłku porodowego, których w klinice nie mógłbym realizować. Dostałem duży lokal od ówczesnego wiceprezydenta Bytomia, Pawła Spiry. Był to stary, zaniedbany budynek, lokal niedostosowany do działalności – pojawił się więc problem. Konieczny był remont, a do tego i fundusze. Udałem się do



▶▶▶ wojewody katowickiego, generała Jerzego Ziętka. Ku mojemu zaskoczeniu, przyznał mi wsparcie finansowe w wymiarze o wiele wyższym, niż wnioskowałem. Byłem bardzo szczęśliwy, wiedziałem wtedy, że mój pomysł wywarł wrażenie na generale i szkołę uda się stworzyć. Remont odbył się bardzo szybko, łącznie trwał niespełna trzy miesiące. Otwarcie takiej szkoły wywołało duży rozgłos w środowisku, sprawą zainteresowały się media. Zajęcia w szkole cieszyły się niezwykle dużym zainteresowaniem. Po jakimś czasie zacząłem prowadzić szkolenia dla organizatorów szkół rodzenia z innych miast, które w szybkim tempie zaczęły powstawać w województwie śląskim. Po kilku latach od założenia mojej placówki istniało już 26 takich szkół na Śląsku, m.in. w Rudzie Śląskiej, Chorzowie, Katowicach.

W 1983 r., czyli 10 lat po założeniu szkoły rodzenia w Bytomiu, odebrałem w Atenach największą nagrodę, jaką w swoim życiu zawodowym dostałem. Było to członkostwo honorowe Światowego Towarzystwa Psychoprofilaktyki Porodowej. Nagrodę tę otrzymałem za organizowanie szkół rodzenia na Śląsku i w Polsce oraz za wydanie wspólnie z profesorem Fijałkowskim książki na temat szkoły rodzenia.

– Pan Profesor został także wyróżniony za zasługi dla województwa opolskiego za wkład w uruchomienie szkół rodzenia na Opolszczyźnie, tak więc ten wątek stanowi duży rozdział w Pana karierze zawodowej. Jakie wymierne korzyści ma, w Pana ocenie, zwiększająca się liczba szkół rodzenia w Polsce? Czy jest to znak nowoczesnego sposobu patrzenia na poród, na przygotowanie się do niego matki w sposób świadomy?

– Na pewno dzięki szkołom rodzenia poszerzyła się wiedza na temat prawidłowych zachowań w ciąży, kobiety mogą bardziej skutecznie zapobiegać porodom przedwczesnym, ograniczać ryzyko powikłań porodowych, ale przede wszystkim przygotować się do porodu. Pracę w szkole rodzenia udało mi się wykorzystać do prowadzenia wspomnianych wcześniej badań.

– Prowadził Pan także badania na Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach, czy dotyczyły one również wysiłku porodowego?

– Na AWF prowadziłem badania naukowe, które posłużyły mi do napisania pracy habilitacyjnej. Było to podyktowane faktem, że ta uczelnia była wyposażona w pracownię do badań wysiłkowych dla olimpijczyków. Dodatkowo, na AWF w Katowicach pracowali moi koledzy z fizjologii, docent Jan Piaskowski, doktor Ewa Piaskowska, doktor Jadwiga Pędzikiewicz-Strzała, doktor Andrzej Szulc. Ten zespół umożliwił mi prowadzenie badań. Oczywiście, była też na to pełna zgoda kierownika katedry i rektora. Moje pacjentki ze szkoły rodzenia zawoziłem na badania do Katowic. Sprzęt, którym

dysponowała uczelnia, posłużył mi do wykazania, że ćwiczenia prowadzone w szkole rodzenia podnoszą wydolność wysiłkową podczas porodu. Moje badania udowodniły, że pacjentki uczęszczające do szkoły rodzenia mają dużo większe przystosowanie do wysiłku, aniżeli te, które nie ćwiczyły. Dzięki wiedzy fizjologicznej, mogłem badać wysiłek mięśniowy i zmiany biochemiczne. Muszę zaznaczyć, że do dzisiaj powstają prace doktorskie na tematy podobne do mojej habilitacji, m.in. prace doktora Macieja Jędrzejko oraz doktora Piotra Buchacza.

– Jak dalej potoczyła się droga zawodowa Pana Profesora?

– W latach 70. powstał Szpital Wojewódzki w Tychach, a uczelnia zorganizowała tam klinikę i wówczas przeniósłem się z Bytomiem do Tychów, wraz z profesorem Adamem Cekańskim. W tym miejscu pracuję już 36 lat, obecnie w charakterze konsultanta. Dzisiaj jest to Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Tychach Sp. z o.o. MEGREZ.

– Jakie postacie w Pana życiu zawodowym odegrały znaczącą rolę?

– Przede wszystkim profesor Mieczysław Krause, docent Henryk Skałba, profesor Franciszek Kokot, profesor Adam Cekański, z którym w 1979 r. przeniósłem się do Tychów i po którego odejściu na emeryturę w 1992 r. objąłem funkcję kierownika kliniki i funkcję tę sprawowałem 21 lat. Wspaniałym nauczycielem był dla mnie również profesor Włodzimierz Fijałkowski, który prowadził szkołę rodzenia w Łodzi. To za jego sprawą i przykładem postanowiłem założyć szkołę rodzenia w Bytomiu.

– Co dała Panu profesorowi praca w klinice?

– Przede wszystkim rozwój zawodowy. Miałem okazję wyjeżdżać za granicę i podpatrywać technikę tamtejszych lekarzy. Uczyłem się m.in. u profesora Andrzeja Łysikiewicza w Nowym Jorku. Tam poszerzałem zagadnienia z perinatologii. Uczyłem się także w Waszyngtonie u profesora Adama Ostrzeńskiego, gdzie przeszedłem szkolenie w zakresie laparoskopii, której wówczas w Tychach jeszcze się nie robiło. Po powrocie do kraju zaprosiłem profesora Ostrzeńskiego do nas, do Tychów, i profesor pokazał operację laparoskopową, co zachęciło dyrektora szpitala, profesora Szczepana Łukasiewicza, do tej metody i mogliśmy rozwinąć laparoskopię w naszej klinice. Potem jeszcze wielokrotnie wyjeżdżałem do Stanów Zjednoczonych na szkolenia, oczywiście nie mogłem tam operować, ale mogłem się uczyć, ćwiczyć na fantomach, obserwować operacje doświadczonych kolegów. Był to dla mnie czas ogromnego rozwoju zawodowego.

– 4 stycznia 1994 r. Pan Profesor przeprowadził pierwszą w Polsce i prawdopodobnie też w Europie, operację

wewnątrzmaciczną na płodzie z wodogłowiem. Jaki oddźwięk w świecie medycyny perinatalnej miało to wydarzenie?

– W 1993 roku, w połowie grudnia do kliniki w Tychach zgłosiła się pacjentka w 27 tygodniu ciąży z wodogłowiem płodu. Nie było szans na uratowanie takiego wcześniaka. Jediną nadzieją było odbarczenie wodogłowia w łonie matki. Kobieta wyraziła zgodę na taką operację. Dwa dni przed operacją zebrała się Komisja Bioetyczna Akademii Medycznej, która także zgodę wydała. Bardzo pomógł mi wówczas profesor Bronisław Wieczorkiewicz, który był chirurgiem dziecięcym i pracował w Chorzowie. Sama operacja trwała zaledwie 50 minut. W operacji uczestniczyli: prof. Bronisław Wieczorkiewicz, dr Krzysztof Mandat, dr Jacek Sypniewski i ja. Udało nam się odbarzyć wodogłowia. Płyn mózgowo-rdzeniowy z mózgu płodu został wyprowadzony do jamy otrzewnowej matki. W drugim dniu po operacji niestety łożysko się odkleiło. Próbowaliśmy jeszcze ratować dziecko i podjęliśmy decyzję o cięciu cesarskim, próby reanimacji dziecka po narodzinach zakończyły się, niestety, niepowodzeniem. Wszyscy lekarze uczestniczący w operacji poszli razem ze mną na sekcję zwłok tego dziecka, mózg noworodka był cały rozprężony. Informacja o naszej pionierskiej operacji obiegła cały świat. Był to ogromny sukces. Pomimo faktu, że dziecka nie udało się uratować, operacja stała się bardzo ważna, ponieważ „przetarliśmy szlak” w tej dziedzinie medycyny. Dostałem liczne gratulacje ze świata, to było bardzo budujące. W sierpniu tego samego roku byłem w Stanach Zjednoczonych u wspomnianego wcześniej profesora Adama Ostrzeńskiego, który zaprosił mnie na swój wykład ze studentami. Kiedy przedstawił mnie i opowiedział o operacji, wszyscy studenci zaczęli stuknąć w stoliki, co było oznaką gratulacji i ogromnej aprobaty. Niezwykle miły gest, który zapamiętam na zawsze. Ta operacja wywarła duże poruszenie w Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Rozpoczęły się tam badania i ośrodek ten wyspecjalizował się w operacjach wewnątrzmacicznych.

– Leczenie in utero jeszcze do niedawna traktowane były jako eksperyment medyczny, jednak w ostatnich latach wzrasta liczba zabiegów wewnątrzmacicznej korekty wad płodu. Zabiegi te budzą wiele kontrowersji, zarówno w sferze moralnej, jak i medycznej. Czy taka moralna obawa może, Pana zdaniem, być wystarczającym powodem zahamowania postępu w tej dziedzinie medycyny?

– Najważniejsze jest zdanie rodziny, matki, jeśli ona domaga się pomocy dla dziecka, lekarz ma „otwarte ręce”, musi działać, jego zadaniem jest pomóc. W składzie Komisji Bioetycznej w 1994 roku byli dwaj księża. Pamiętam, że mieli wątpliwości i zastanawiali się nad zasadnością tego zabiegu. Pamiętam też, że jeden z nich zapytał mnie,

Od muzyki do ginekologii

ciąg dalszy ze str. 15 ►►►

co się stanie, jeśli nie podejmę próby zoperowania tego dziecka w łonie matki. Odpowiedziałem, zgodnie z prawdą, że wówczas dziecko umrze. Odparł, że w takim układzie wyraża pełną zgodę.

– Został Pan wyróżniony w Chicago tytułem honorowym członków Polish-American Medical Society (Związek Lekarzy Polskich w Chicago). Za co został przyznany ten tytuł?

– W 1991 r. w Częstochowie odbył się I Światowy Kongres Polonii Medycznej. Dwa lata wcześniej, kiedy pracowałem w Komitecie Organizacyjnym tego właśnie kongresu, mieliśmy z kolegami spore opory w związku z zaproszeniem lekarzy do kraju – był to wówczas trudny dla Polski czas, koniec komunizmu, to rodziło nasze obawy o spokojny i bezproblemowy przyjazd Polonii. Musieliśmy ich przekonywać, namawiać. Na ten kongres przyjechało 1200 osób z całego świata, co było ogromnym sukcesem. Podczas organizacji kongresu zaproponowałem, abyśmy się grupowali wokół swoich specjalności celem gromadzenia nazwisk lekarzy z Polonii. Miało to służyć stworzeniu bazy kontaktowej. Ja, rzecz jasna, gromadziłem informacje na temat ginekologów. Po trzech latach, na drugim kongresie, miałem kontakt do około 30 ginekologów. Później (co trzy lata), odbywały się kolejne kongresy, w Krakowie, Warszawie, ponownie Częstochowie, Toruniu... Ostatni Kongres odbył się w 2013 r. w Krakowie. W ciągu tych lat, do 2010 r., czyli przedostatniego kongresu, zgromadziłem 250 adresów ginekologów z całego świata. Muszę zaznaczyć, że nie

spotkałem się, żeby któryś z moich kolegów z innych specjalności miał zasób takiej ilości kontaktów. Mając tę bazę, wykorzystałem ją podczas organizowanego w 2012 r. w Katowicach Kongresu Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, którego byłem wówczas prezesem. Była to uroczystość 124-lecia istnienia tego Towarzystwa. Muszę powiedzieć, że po raz pierwszy w ciągu 124 lat udało się zorganizować dwie sesje naukowe Polonii ginekologicznej świata, co, nieśkromnie powiem, było moją zasługą. Sesje odbywały się w katowickim Spodku oraz na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Śląskiego. Przyjechali koledzy z USA, Niemiec, Francji, Wielkiej Brytanii, Afryki, Szwecji i innych krajów. Były to osoby, do których miałem właśnie te zgromadzone adresy. Za działalność na rzecz Polonii medycznej świata dostałem wielkie wyróżnienie Polonii Amerykańskiej w 2013 roku w Chicago. Otrzymałem wówczas członkostwo honorowe tegoż Towarzystwa. Muszę w tym miejscu zaznaczyć, że Izba Lekarska zawsze patronowała takiej integracji, jest to dla mnie szczególnie ważne i bardzo mocno to doceniam.

– Efektem Pana współpracy z Polonią są m.in. zagraniczne wizyty w Polsce lekarzy polonii medycznej.

– Od dziesiątków lat lekarze wyjeżdżali na stypendia naukowe do różnych krajów. Wyjazdy te są mocno ograniczone, nawet dzisiaj niewiele osób może z nich korzystać. Starałem się częściowo rozwiązywać ten problem poprzez zapraszanie wybitnych specjalistów do Polski, aby mogła z takich

prelekcji korzystać większa liczba polskich lekarzy. Przyjeżdżali do nas m.in. profesor Adam Ostrzeński ze Stanów Zjednoczonych, profesor Janusz Bartnicki z Niemiec, profesor Andrzej Pawlak z Francji, profesor Ewa Radwańska ze Stanów Zjednoczonych, profesor Marek Rudnicki z USA, dr Józef Mazurek z USA, dr Krystyna Grabowska z Afryki. To zaledwie kilka przykładów.

– Jaki jest świat medycznej Polonii?

– Polscy lekarze chcą przekazać swoją wiedzę, podzielić się doświadczeniami nabytymi za granicą, są niezwykle otwarci. Uważam, że powinniśmy to wykorzystać. Widzę wielką szansę we współpracy z Polonią, ponieważ ten szlak został już przetarty, teraz należy tylko nim podążać i poszerzać go, nie tylko w ginekologii oczywiście. Wszyscy nasi wielcy lekarze szkolili się za granicą, przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych, tam są niesamowite możliwości, technologia i postęp – dlaczego my, Polacy, mielibyśmy z tego nie korzystać? Poziom wiedzy medycznej w Stanach Zjednoczonych jest nadal bardzo wysoki, nowości, które tam powstają, czasem docierają do Polski po kilku latach, ale z racji tej wymiany międzynarodowej skraca się dystans w wiedzy, dajemy możliwości do przepływu informacji i umiejętności. Chciałbym zachęcić, aby taka współpraca była normą i aby docenili ją lekarze wszystkich specjalności. ●

**Z profesorem
Ryszardem Porębką
rozmawiała
Joanna Wójcik**

Komunikat

Oddział Śląski Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy zaprasza na

ZEBRANIE NAUKOWO-SZKOLENIOWE

w dniu 10 marca 2015 o godzinie 13.00

**w siedzibie Instytutu Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego
w Sosnowcu, ul. Kościelna 13**

W programie m.in.:

1. „Zarys zmian w systemie badań lekarskich kierowców i moje uwagi” – materiał przedstawiony i przedyskutowany na posiedzeniu Komisji ds. Problemów Komunikacyjnych Śląskiego Związku Gmin i Powiatów (dr n. med. Ryszard Szozda)
2. Co nowego w medycynie pracy? (dr n. med. Ryszard Szozda)
3. Sprawy różne

Zapraszamy członków Towarzystwa i zainteresowanych lekarzy w tym wszystkich specjalizujących się w dziedzinie medycyny pracy. Wstęp wolny.

**dr n. med. Ryszard Szozda
Przewodniczący Oddziału Śląskiego
Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy**

Chory po operacji nie może cierpieć z powodu bólu!

Opracowanie jest próbą zasygnalizowania problemu kontroli nad bólem ostrym, pooperacyjnym.

Szkodliwe działanie bólu może mieć podłoże zarówno fizjologiczne, jak i psychologiczne. Ból jest pierwotną odpowiedzią na stres, który, niezależnie od rodzaju urazu tkanki, oddziałuje na metabolizm, czynność serca, płuc i narządów trzewnych jamy brzusznej. Zarówno układ nerohormonalny, jak i metaboliczny, reagują na ból. Oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa ulega pobudzeniu, prowadząc do wydzielania hormonów metabolicznych i endogennych endorfin. Ból pobudza także nerwowy układ współczulny, powodując przyspieszenie czynności serca, wzrost ciśnienia tętniczego i zwiększone zużycie tlenu przez serce, co może skutkować zaostreniem choroby wieńcowej czy wręcz zawałem. Operacje w nadbrzuszu i klatce piersiowej, związane z najsilniejszymi dolegliwościami bólowymi, doprowadzają do pogorszenia wentylacji, spłylenia oddechu, osłabieniem kaszlu, zaleganiem wydzieliny w drogach oddechowych, niedodmą i w konsekwencji powikłaniem, jakim jest zapalenie płuc i niedotlenienie. Silny ból pooperacyjny powoduje nudności, wymioty, niedrożność jelit, jak również zmniejszenie kurczliwości cewki moczowej i pęcherza, powodując trudności w oddawaniu moczu. Chory cierpiący z powodu bólu ogranicza jakikolwiek ruch, co sprzyja zakrzepicy żyłnej i zatorowości. Zatem nieprawidłowo (nieskutecznie) uśmierzany ból pooperacyjny sprzyja powikłaniom, co przekłada się na wydłużenie czasu hospitalizacji i generuje ogólne koszty leczenia.

W odniesieniu do sfery emocjonalnej chorego, który cierpi z powodu silnego bólu, obserwuje się niepokój, który przeradza się w reakcje złości, rozżalenia i wrogie stosunek do lekarzy i pielęgniarek. Jeśli ból powoduje zaburzenia snu, chory skarży się na złe samopoczucie oraz zwiększoną percepcję bólu, co z kolei zwiększa zapotrzebowanie na środki przeciwbólowe. Współwystępowanie bólu, ograniczenia aktywności ruchowej, niepokoju i zaburzeń snu wywołać może depresję u chorego. Wreszcie źle leczony ból ostry może przekształcić się w ból przewlekły, którego leczenie jest dużo bardziej skomplikowane i nie zawsze skuteczne. Dlatego też, niezależnie od humanitarnej i ekonomicznej przesłanki uśmierzenia bólu ostrego, postępowanie przeciwbólowe jest konieczne do zahamowania całej ka-

Analgezyja jest fundamentalnym prawem pacjenta, dlatego też uśmierzanie bólu ostrego, w tym pooperacyjnego, musi być jednym z priorytetowych i instytucjonalnych celów oraz stanowić integralną część planu leczenia „choroby okołoperacyjnej”.



foto: Obraz licencjonowany przez Depositphotos.com/Drukarnia Chroma

Ponad połowa chorych, pytana czego najbardziej się obawia w związku z operacją, wskazała na ból.

skady zmian w ustroju narażonym na uraz chirurgiczny. Mimo postępów w zrozumieniu patofizjologii bólu i w jego leczeniu, uśmierzanie bólu pooperacyjnego w oddziałach zabiegowych wciąż nie jest wystarczająco skuteczne. Na podstawie wielu badań ankietowych przeprowadzonych w krajach wysoko rozwiniętych (finansowo i naukowo) okazało się, że około 40% chorych po operacjach odczuwa silny ból, a ponad połowa chorych, pytana, czego najbardziej się obawia w związku z operacją, wskazała na ból. Pamiętajmy, że analgezyja jest fundamentalnym prawem pacjenta, dlatego też uśmierzanie bólu ostrego, w tym pooperacyjnego, musi być jednym z priorytetowych i instytucjonalnych celów oraz stanowić integralną część planu leczenia „choroby okołoperacyjnej”, co obejmuje analgezyję, wczesne uruchamianie, wczesne odżywianie dojelitowe i aktywną fizjokinezyterapię (Poziom A wiarygodności wg EBM).

► KRYTERIA EKSPERTÓW

W Polsce zespół ekspertów powołany przez Towarzystwo Chirurgów Polskich,

Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii ustalił następujące kryteria dla prawidłowej organizacji systemu podwyższenia jakości postępowania przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym:

- ocena nasilenia bólu u wszystkich operowanych pacjentów, co najmniej cztery razy na dobę,
- informowanie pacjentów przed zabiegiem o możliwości i metodach uśmierzenia bólu pooperacyjnego,
- prowadzenie dokumentacji dotyczącej pomiarów bólu i zastosowanego postępowania, zgodnie z rekomendacjami uśmierzenia bólu,
- monitorowanie ewentualnych działań niepożądanych zastosowanego leczenia.

► FARMAKOTERAPIA BÓLU OSTREGO

Wyróżniamy trzy grupy środków stosowanych w terapii bólu pooperacyjnego:

1. leki nieopiooidowe: metamizol (pyralgina), paracetamol, niesterydowe leki przeciwzapalne (NLPZ),
 2. słabe i mocne opioidy,
 3. środki znieczulenia miejscowego.
- Wymienione leki można stosować jako

Chory po operacji nie może cierpieć z powodu bólu!

ciąg dalszy ze str. 17 ►►►

monoterapię lub terapię multimodalną (wykorzystania różnych mechanizmów i miejsc działania, charakteryzujących każdy z leków, bazując na efekcie synergizmu, aby osiągnąć zamierzony efekt analgetyczny, minimalizując działania uboczne stosowanej terapii). Przykładowo: zastosowanie leków nieopiodowych pozwala zredukować dawki opioidów o ok. 25-30%, zmniejszając tym samym ryzyko wystąpienia działań niepożądanych związanych ze stosowaniem opioidów, takich jak senność, nudności, wymioty, zawroty głowy (I poziom wiarygodności wg EBM).

► DROGI PODAWANIA LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH

Zaleca się, aby po zabiegach o dużym nasileniu bólu pooperacyjnego stosować w początkowym okresie pooperacyjnym terapię przeciwbólową opartą na doustnym wlewie leków nieopiodowych i/lub opioidów, wcześniej prawidłowo wymiaremckowanych, aby zapewnić minimalne skuteczne stężenie analgetyku w surowicy krwi i jego utrzymanie przez cały okres uśmierzania bólu. Przy braku przeciwwskazań (np. operacje z naruszeniem ciągłości przewodu pokarmowego), należy jak najwcześniej wdrożyć doustną terapię przeciwbólową, opartą zarówno na analgetykach nieopiodowych, jak i opioidach.

► OPIOIDOWE LEKI PRZECIWBÓLOWE

Słabi, pełni agoniści np. tramadol czy kodeina, mogą być stosowane w formie doustnej (tabletki, krople) i są często stosowane (produkowane) w kombinacji z nieopiodowymi lekami przeciwbólowymi. Tramadol, działając ośrodkowo jako słaby agonista receptora μ , zapewnia analgezję w bólu ostrym o umiarkowanym i dużym nasileniu, natomiast paracetamol, nieopiodowy lek przeciwbólowy i przeciwgorączkowy o szybkim początku działania, jest stosowany w leczeniu bólu łagodnego do umiarkowanego.

Morfina jest opioidem stosowanym w leczeniu silnego bólu, a także standardem, wobec którego mierzy się działanie innych opioidów podawanych doustnie lub w iniekcjach. Zmiana morfiny na inny opioid może być konieczna wtedy, gdy podawanie morfiny nie zapewnia już odpowiedniej kontroli bólu lub pacjent nie toleruje jej działań niepożądanych.

Morfina powinna być stosowana ostrożnie u osób z poważną niewydolnością nerek ze względu na możliwość kumulacji jej aktywnego metabolitu morfino-6-glukoronidu, co może wywołać niewydolność oddechową. Szersze możliwości dostosowania należącej, skutecznej terapii do możliwości terapeutycznych leku daje zastosowanie oksykodonu w różnych postaciach. Lek ten jest dostępny, między innymi, w postaci doustnej, jak i doustnej. Kombinacja zastosowania postaci tego leku o przedłużonym uwalnianiu oraz postaci działającej natychmiast, jest coraz powszechniej stosowana, jako tzw. „krok w dół”, czyli wycofywanie się z analgezji zewnątrzoponowej czy doustnej po

przeciwgorączkowym i przeciwbólowym na świecie, głównie ze względu na niewielkie działania niepożądane i dowiedzioną skuteczność analgetyczną. Paracetamol nie ma działania przeciwzapalnego. Najpowszechniejszą drogą podania paracetamolu jest podanie doustne. W takiej sytuacji wchłanianie następuje w jelicie cienkim. Biodostępność preparatów doustnych plasuje się w zakresie 80-90%. Istnieje jednak znaczna zmienność osobnicza w odniesieniu do wchłaniania po podaniu doustnym we wczesnym okresie pooperacyjnym. Problem ten dotyczy jednak bezpośredniego okresu pooperacyjnego oraz zabiegów w zakresie przewodu pokarmowego. Zastosowanie paraceta-

Dlaczego – mimo postępu wiedzy oraz dostępności środków i metod analgezji – chorzy po operacjach cierpią z powodu bólu?

1-2 dniach jej stosowania. Oksykodon i inne opioidy o podobnej potencji działania analgetycznego, są stosunkowo często stosowane w terapii bólów od średnio do nasilonego, w obawie przed powikłaniami ze strony NLPZ. Powodem tak powszechnego stosowania opioidów są korzyści pod postacią skutecznej analgezji i brak powikłań ze strony przewodu pokarmowego, jakie wynikają ze stosowania NLPZ.

Buprenorfina jest podobna do opioidów o mieszanych właściwościach agonistyczno-antagonistycznych, takich jak nalbu-fina czy butorfanol. Leki te charakteryzują się mniejszym potencjałem uzależniającym w stosunku do pełnych agonistów. Aktualnie w Polsce dostępne są jedynie preparaty buprenorfiny oraz od niedawna ponownie wprowadzona na rynek nalbu-fina, ale tylko w postaci pozajelitowej. Związki te mają tzw. efekt „sufitowy” (zwiększenie dawki nie daje efektu analgetycznego, a jedynie nasileniu ulegają działania uboczne).

► NIEOPIOIDOWE LEKI PRZECIWBÓLOWE

Paracetamol jest nie tylko najpopularniejszym i najczęściej stosowanym środkiem

molu w formie doustnej zarówno w analgezji z wyprzedzeniem, jak i bezpośrednio po zabiegach bez otwarcia otrzewnej, nie budzi wątpliwości. W pozostałych operacjach, formę doustną leku można stosować od dnia włączenia pojenia i żywienia enteralnego, łącznie z innymi doustnymi lekami przeciwbólowymi. Należy przestrzegać dawkowania zgodnego z CHPL i modyfikować przy stwierdzeniu ograniczonej wydolności wątroby.

Metamizol (pyralgina) jest stosowany drogą doustną lub doustną. Dokładny mechanizm działania metamizolu nie jest wciąż dokładnie znany. Dane uzyskane z badań na zwierzętach wskazują, że metamizol hamuje enzym cyklooksigenazę (COX) zarówno w tkankach obwodowych, jak i w ośrodkowym układzie nerwowym, jednak wykazuje dużo słabsze działanie przeciwzapalne niż typowe NLPZ. Ściśle biorąc, metamizolu nie można zaliczać do NLPZ. Również profil działań niepożądanych metamizolu nie pozwala na włączenie tego środka do grupy NLPZ (nie powoduje zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego). Metamizol odróżnia się ponadto od NLPZ i opioidów właściwościami spazmolitycznymi, prawdopodobnie opierającymi się na bezpośrednim działaniu rozkurczającym na mięśnie gładkie.

Wykazano, że 3 g metamizolu na dobę zmniejszyło zapotrzebowania na opioidy o 20%, po niewielkich zabiegach ortopedycznych i o 67% po zabiegach laparoskopowych.

▶ INHIBITORY CYKLOOKSYGENAZY

Zastosowanie inhibitorów cyklooksygenazy w okresie okołoperacyjnym stało się ostatnio przedmiotem szczególnego zainteresowania, ponieważ udało się dokładniej zrozumieć patofizjologię bólu nocycyptycznego w następstwie zabiegu chirurgicznego czy innego urazu. Uszkodzenie tkanek wywołane interwencją chirurgiczną powoduje aktywację nocycyptorów (receptorów bólowych), a następnie uwolnienie tzw. „zupy zapalnej”, czyli mieszaniny mediatorów zapalnych uwalnianych w miejscu urazu. W skład tej mieszaniny wchodzi, między innymi, prostaglandyna, bradykinina, serotonina, histamina. Prostaglandyny odgrywają tu szczególnie dużą rolę i w znacznym stopniu przyczyniają się do zjawiska określanego mianem sensytyzacji obwodowej, czyli nasilenia nocycyptacji poprzez aktywację większej ilości neuronów i zwiększoną pobudliwość obwodową. Nowsze badania ujawniły, jak ważną rolę w tym procesie odgrywa następująca później sensytyzacja ośrodkowa w obrębie OUN. Tu także stężenie prostaglandyn jest podwyższone w związku z aktywacją izoenzymu COX-2.

Wprawdzie opioidy powodują znaczne złagodzenie bólu pooperacyjnego, to środki przeciwzapalne, hamujące COX-2, a tym samym obwodową i ośrodkową produkcję prostaglandyn, zapewniają bardziej przyczynowe działanie analgetyczne. Wniosek ten oznacza, że zarówno nieselektywne NLPZ, jak i selektywne koksycyby odgrywają istotną rolę w leczeniu bólu pooperacyjnego. Związki te są szczególnie skuteczne, gdy wchodzi w skład analgezji multimodalnej. Zapewniają wówczas silne działanie przeciwbólowe, pozwalają ograniczyć dawkowanie opioidów, a tym samym zmniejszyć związane z opioidami działania niepożądane. Ponadto prostaglandyny odgrywają kluczową rolę w szlakach zapalnych, ale biorą też udział w utrzymywaniu fizjologicznej czynności przewodu pokarmowego, układu moczowego, płytek krwi i układu krążenia. Nieselektywna blokada dwóch izoenzymów – cyklooksygenazy-1 i cyklooksygenazy-2 – wywołana przez tradycyjne NLPZ, w tym przez aspirynę, tłumaczy nie tylko przeciwbólowe, przeciwzapalne i przeciwgorączkowe działanie tych leków, ale także ich skutki uboczne. Największym problemem są reakcje toksyczne ze strony przewodu pokarmowego. Choć dawniej sądzono, że jest to przede wszystkim efekt długotrwałego stosowania, dysponujemy obecnie danymi dowodzącymi, że już pięć

do siedmiu dni leczenia NLPZ u pacjentów w podeszłym wieku może prowadzić do owrzodzeń występujących z częstotścią rzędu 20-40% (dla przypomnienia, ChPL dla ketoprofenu zaleca dawkowanie 200 mg/dobę, czas stosowania 48 godzin). Nefrotoksyczność związana z NLPZ wynika przede wszystkim z faktu, że prostaglandyny utrzymują nerkowy przepływ krwi i wielkość filtracji kłębuszkowej, szczególnie przy nadciśnieniu i hiperwolemii, ale regulują też zwrotne wchłanianie wody oraz wydalanie sodu i potasu. Dlatego przyjmowanie NLPZ prowadzi nie tylko do osłabienia perfuzji nerkowej, ale też do retencji sodu, obrzęku i nadciśnienia. U dorosłych pacjentów z normalną czynnością nerek NLPZ wywierają niewielki wpływ na klirens kreatyniny i wydalanie potasu we wczesnym okresie pooperacyjnym. Wyniki metaanalizy sugerują, że obawy związane z pooperacyjnym zaburzeniem czynności nerek nie powinny prowadzić do wstrzymywania stosowania NLPZ u dorosłych pacjentów z normalną czynnością nerek przed zabiegiem. Z kolei pacjenci ze znacznym niedociśnieniem i/lub hipowolemią są szczególnie zagrożeni niedokrwieniem nerek i uszkodzeniem czynnościowym. Podobnie pacjenci w starszym wieku, osoby cierpiące na choroby serca, marskość wątroby z wodobrzuszem i cukrzycę. Kolejnym czynnikiem ryzyka jest stosowanie NLPZ w skojarzeniu z innymi środkami nefrotoksycznymi, np. diuretykami, inhibitorami enzymu konwertującego angiotensynę i antybiotykami aminoglikozydowymi.

Hepatotoksyczność NLPZ, w szczególności w przypadku krótkotrwałego stosowania pooperacyjnego, nie jest znaczącym problemem. Kolejnym działaniem ubocznym szczególnie istotnym w okresie okołoperacyjnym jest zaburzenie przez nieselektywne NLPZ czynności płytek. Może to doprowadzić do wydłużenia czasu krwawienia o około 30%. Skutkiem tego jest podwyższone ryzyko krwawienia i większa pooperacyjna utrata krwi w przypadku zabiegów takich jak: prostatektomia przezcewkowa, pomostowanie tętnic wieńcowych, mastektomia i histerektomia. Metaanaliza wykazała związek z NLPZ wzrost ryzyka reoperacji po tonsillektomii. Należy jeszcze raz podkreślić, że NLPZ nie powinny być stosowane w monoterapii w leczeniu silnego bólu pooperacyjnego, należy je podawać zawsze w ramach analgezji multimodalnej. Stosowanie nieselektywnych NLPZ w okresie okołoperacyjnym zostało do pewnego stopnia wyparte przez koksycyby, które w tych okolicznościach oferują lepszy bilans korzyści do ryzyka. Jednak jako substancje słabo rozpuszczalne w wodzie, stosowane są w postaci doustnej, jako tabletki lub kapsułki, co ogranicza ich stosowanie w bezpośrednim okresie po operacjach.

▶ LEKI ZNIECZULENIA MIEJSCOWEGO (LZM) I BLOKADY REGIONALNE

Wytyczne postępowania w bólu ostrym wyraźnie podkreślają znaczenie analgezji mulimodalnej, której nieodzownym składnikiem powinno być znieczulenie miejscowe (blokady regionalne), stosowane wszędzie tam, gdzie jest to możliwe.

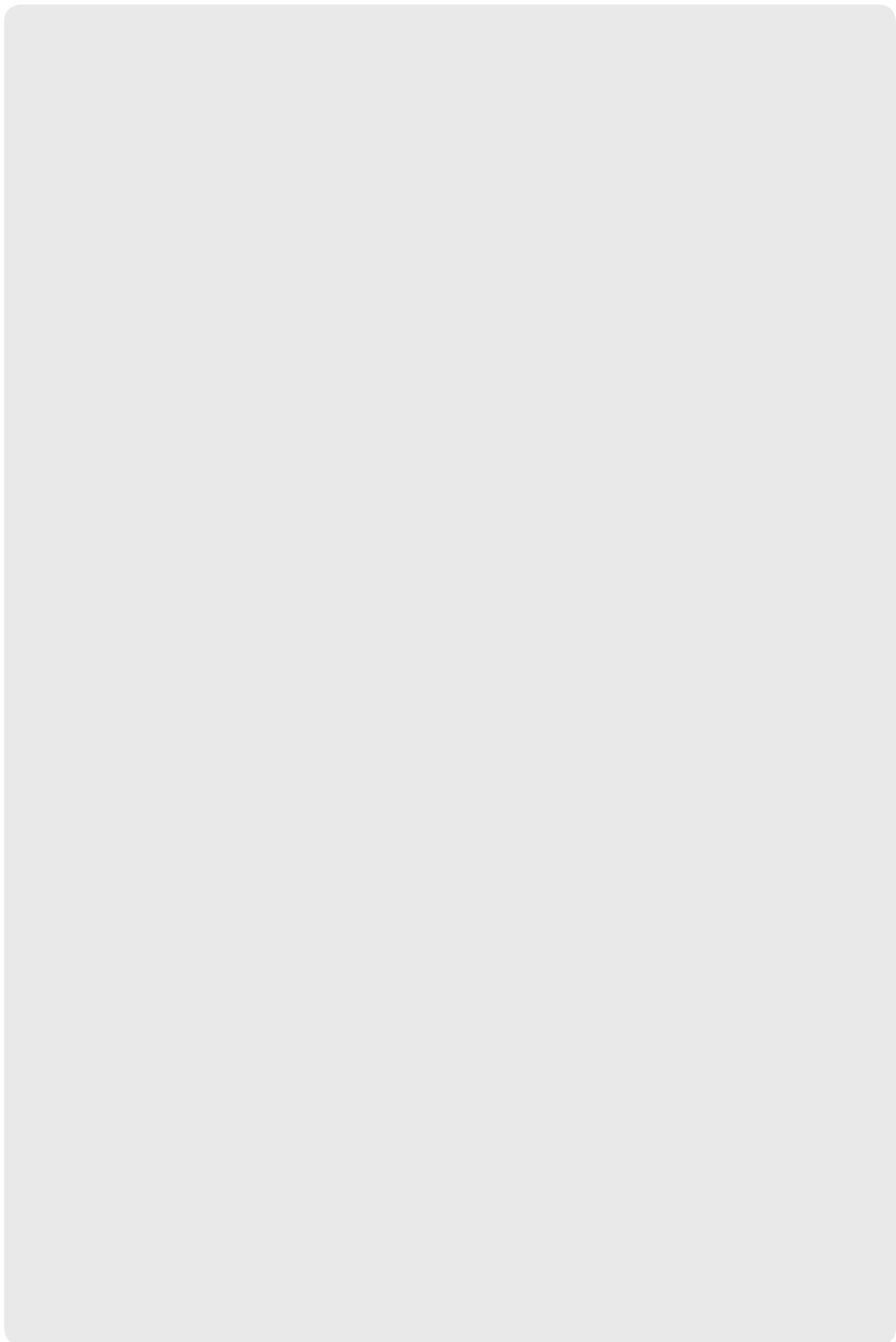
Wskazania do stosowania ciągłych blokad obwodowych w celu leczenia bólu w okresie okołoperacyjnym u pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych rozszerzyły się znacznie poza ramy ortopedii. Techniki te są nie tylko wykorzystywane do kontroli bólu u pacjentów poddawanych rozległym zabiegom operacyjnym kończyn górnych i dolnych, ale także w celu zapewnienia analgezji okołoperacyjnej u chorych poddawanych operacjom jamy brzusznej, plastycznym, urologicznym, ginekologicznym, klatki piersiowej oraz w chirurgii urazowej.

Stosowanie ciągłych bloków obwodowych okazało się skuteczne w redukcji użycia opioidów i ich działań niepożądanych, przyspieszając zdrowienie, a u wielu pacjentów skracając czas pobytu w szpitalu. Ciągłe bloki obwodowe okazały się bardziej bezpieczną alternatywą dla znieczulenia zewnątrzoponowego u pacjentów otrzymujących profilaktykę przeciwzakrzepową. Zastosowanie nowszej generacji LZM, jak np. ropiwakainy, przyczyniło się do zmniejszenia działań toksycznych tychże leków. Zalecane jest stosowanie różnych stężeń, szybkości infuzji i sposobów podawania wymienionych leków (wlew ciągły, kontrolowany przez pacjenta, kombinacja obu tych technik, bolus), celem ustalenia minimalnej dawki analgetycznej, dostosowując indywidualnie do danej procedury.

Informacje zawarte w powyższym artykule są próbą zasygnalizowania problemu kontroli nad bólem ostrym, pooperacyjnym. Szczegółowe informacje na ten temat zawarte są w *Zaleceniach postępowania w bólu pooperacyjnym – 2014*¹, a idea, jaka przyświecała autorom tych zaleceń, to stworzenie wytycznych służących podnoszeniu wiedzy i aktualizacji danych, które winny stanowić źródło informacji, z którego należy korzystać w procesie implementacji zasad prawidłowej kontroli bólu w szpitalu. ●

Hanna Misiólek
Kierownik Kliniki Anestezjologii
i Intensywnej Terapii w Zakrzu
Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach

1. Hanna Misiólek i wsp. Zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym – 2014 *Anestezjologia Intensywna Terapija 2014*, tom 46, numer 4, 235-260



Powołanie to luksus?

Od redakcji: Artykuł dr **Agnieszki A. Pawlik** został umieszczony w internetowym wydaniu grudniowego numeru „Pro Medico postscriptum”. Wzbudził dyskusję, bo poruszył m.in. problem „powołania”: czy wybieramy zawód lekarza i lekarza dentysty, bo chcemy pomagać chorym? A może po prostu „idziemy na medycynę”, wybierając tylko „jakiś” zawód i „jakąś” możliwość zarobkowania? Jeden z lekarzy po lekturze tekstu napisał do Redakcji: „Niestety komercja, konsumpcja oraz wciągnięcie branży medycznej w tryby gospodarki (o czym zdecydowała nie raz polityka, bez względu na prezentowaną opcję), dziś spychają powołanie na margines. Prowadzę gabinet: czy moje powołanie ma coś wspólnego z opłatą za obowiązkową utylizację śmieci, obowiązkowe OC, obowiązkową opłatę na ZUS, wynagrodzenie dla higienistki lub pielęgniarki, które pomagają w pracy i mają prawa pracownicze (socjalne)? Czy powołaniem zrekompensuję drogie szkolenie, dzięki któremu mogę proponować pacjentowi nowoczesną technikę leczenia? Czy nasze powołanie to luksus, na który nie każdy może sobie pozwolić w takim stopniu, jak chciałby?”

Jednak w opinii wielu lekarzy traktowanie swojego zawodu przez pryzmat materialny może być „strasznym doświadczeniem”, bo

jak dzień po dniu, przez kilkadziesiąt lat, pracować z chorymi, kiedy u podstaw leży przymus zarabiania? Prof. **Jerzy Woy-Wojciechowski** tak to ujął:

„Lekarz to człowiek, który ma specjalne predyspozycje do dawania siebie innym. Zawód lekarza to nie taka prosta sprawa, nie jest jak każdy inny zawód, nie dyskryminując tu nikogo. Jeżeli można być urzędnikiem i większość ludzi się do tego nadaje, to aby zostać lekarzem, człowiek powinien posiadać specjalne predyspozycje. Lekarz to jest jednocześnie i zawód, i sztuka, i magia. To powołanie. Można być genialnym naukowcem w medycynie, ale to wcale nie znaczy, że jest się dobrym lekarzem. Tu trzeba mieć – powtarzam – specjalne predyspozycje, kontakt z chorym – ta umiejętność jest niezwykle trudna – wrażliwość na cierpienie, ale też dość specyficzna, bo pozbawiona litości, czułości, sentymentalizmu. To dar służenia sobą, swoim czasem, swoją uwagą drugiemu człowiekowi. Dar, który pozwala wejść lekarzowi w świat chorego.” (cyt. za <http://www.nazdrowie.pl/arttykul/lekarz-magia-i-powolanie>)

Na prośby Czytelników zamieszczamy przedruk artykułu o aspektach ekonomicznych pracy stomatologa w Polsce i USA.

Grażyna Ogrodowska

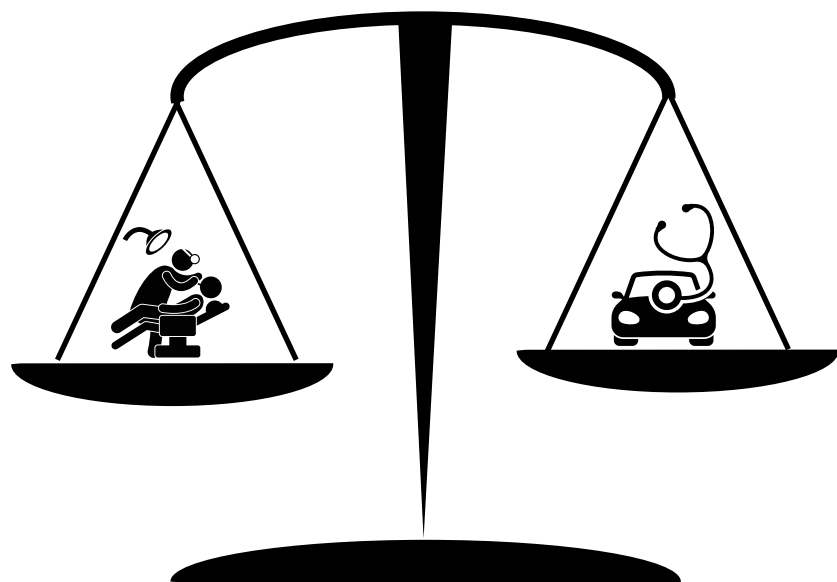
Czy faktycznie opłaca się być stomatologiem? Z jakim bilansem możemy się liczyć u progu emerytury? Czy pasja wystarczy, aby wykonywać swój zawód?

Szczerbata kariera, czyli ekonomia w wydaniu stomatologa

Kiedy jeszcze byłam studentką, wpadł mi w ręce tekst amerykańskiego ekonomisty, który zastanawiał się czy faktycznie stomatolog to najbardziej intratna profesja w Stanach Zjednoczonych. Jego konkluzja po finansowej analizie była dla mnie prawdziwym zdziwieniem... Otóż długoterminowe zbilansowanie wszystkich nakładów inwestycyjnych i dochodów stomatologa z Nowego Jorku, zdystansowane zostało kilkukrotnie większymi korzyściami (i to nie tylko finansowymi)... właściciela myjni samochodowej z Los Angeles... (!) A jak wyglądała analiza?

► „BAJKA” O NOWOJORSKIM STOMATOLOGU

Bohaterowie to dwóch ambitnych, inteligentnych, młodych amerykańskich rówieśników. Jeden z nich zdecydował się na przyjazd do Nowego Jorku, aby studiować stomatologię. Już na wstępie zaciągnął na kredyt w banku, żeby opłacić koszt studiów. Życie w metropolii wymagało od niego równoczesnej nauki i zarobkowej pracy, by pokryć codzienne koszty życia. Nie były one wcale niskie, ale i stawka była wysoka: dyplom prestiżowej uczelni. W wieku około 25 lat mógł już rozpocząć pracę i... spłacać zaciągniętego w banku kredytu. Równocześnie rozpoczął



wcale nietanią, podyplomową edukację. Po około dziesięciu latach ciężkiej pracy oraz kontynuowania kształcenia, mógł się poszczycić zdobyciem wysokich kwalifikacji zawodowych oraz spłaceniem kredytu, który wziął na opłacenie czesnego. To otwierało mu możliwość zaciągnięcia kolejnego kredytu, aby otworzyć swój własny gabinet. Kolejne dziesięciolecie to dla naszego bohatera okres umacniania

pozycji swojego własnego gabinetu na nowojorskim stomatologicznym rynku. Mając prawie 45 lat ma on już świadomość prestiżu, jakim szczeni się jego prywatna praktyka, ma też spłacony kredyt na uruchomienie swojego małego, ale luksusowego i znaczącego na branżowym rynku biznesu. Wciąż pracuje fizycznie po ponad 10 godzin dziennie. Koszt swoich wakacji na Bora Bora lub Fiji oblicza, dodając

Szczerbata kariera, czyli ekonomia w wydaniu stomatologa

ciąg dalszy ze str. 21 ►►►

opłatę w biurze podróży do utraconych dochodów podczas swojej nieobecności. Niestety, nikt z jego zamożnych klientów nie odda się w ręce praktykujących u niego młodych adeptów stomatologii. To tylko jego złote ręce potrafią podciąć wędzidło wargi górnej za 1500 \$...

Nasz bohater, każdego miesiąca po odliczeniu kosztów obowiązkowej reinwestycji w gabinet, opłaceniu wysokiej klasy prawnika i księgowej, pozwala sobie jednak wkrótce na kupno apartamentu itd. Wydaje się więc, że w pełnym tego słowa znaczeniu odcina przysłowiowe kupony, wcześniejszych kredytów i swojej pracy. Wkrótce jednak jego księgowa bije na alarm, że zbliża się do wieku (po 50-tce), kiedy konieczne jest podjęcie kroków zabezpieczających emeryturę... A ta wcale nie maluje się tak różowo...

Kilkadziesiąt lat (licząc od początku studiów) wytężonej, codziennej, od rana do wieczora pracy, tak intelektualnej, jak i fizycznej, z dużym obciążeniem psychicznym odpowiedzialnością za zdrowie i zadowolenie swoich wymagających, bo sporo płacących pacjentów, wywarły wcale niebagatelny, negatywny wpływ na całokształt jego zdrowia. Jego prywatna ekskluzywna praktyka dentystyczna opiera się przede wszystkim właśnie na jego umiejętnościach i doświadczeniu zawodowym, które w miarę upływu lat przerażają fizycznie jego możliwości.

Ograniczenie czasu poświęconego na pracę skutkuje, niestety, mniejszymi dochodami, przy takich samych, stałych kosztach utrzymania firmy. To skłania go do sprzedaży gabinetu po 60. roku życia i przeprowadzki poza miasto do niewielkiego segmentu, gdzie regeneruje zdrowie.

Nie wiemy, jak długo będzie się cieszył statusem emeryta. Większą jednak część jego zaoszczędzonych pieniędzy pochłoną wizyty u różnorodnych specjalistów, leki, spotkania z rehabilitantami. To dopiero podczas emerytury będzie miał faktycznie czas dla najbliższych, a także na realizację swoich niektórych zainteresowań, które wciąż były drugoplanowymi, po nauce i pracy...

► SPEŁNIONY SEN O HOLLYWOOD

A jak potoczyły się losy rówieśnika naszego stomatologa? (...) Jako 20-latek przyjechał do Los Angeles

z zaoszczędzonym 1000 \$. Na przedmieściach, ale tuż przy jednej z głównych dojazdowych dróg, nieopodal jednej ze stacji paliw, wynajął zapuszczony garaż. Własnymi rękami naprawił dach, na tyłach zorganizował sobie swoje cztery kąty, gdzie jadł, spał i śnił, bo przecież tuż obok, na wyciągnięcie ręki miał „Fabrykę Snów”... W garażu zorganizował 24-godzinną ręczną myjnię samochodową, w której umycie samochodu było tańsze niż na pobliskiej stacji paliw o 1\$...

Pomysł zaowocował i po pięciu latach zatrudnił już dwóch pracowników. Rozpoczął budowę solidnych dwóch stanowisk pracy i zaplecza, gdzie można było wykonać drobne prace naprawcze. Coraz częściej zastępował swoich pracowników podczas ich urlopu lub choroby, a czas w ciągu dnia poświęcał raczej na prowadzenie rachunków, naukę ekonomii i marketingu. W wieku 30 lat miał już kilka dobrze prosperujących punktów mycia samochodów, otwartych całodobowo na obrzeżach miasta i zgromadzone fundusze, które postanowił zainwestować. Prócz sieci wypożyczalni samochodów, otworzył wraz ze współnikiem firmę, która zajmowała się komercyjnymi, krótkimi lotami małymi awionetkami nad miastem oraz połączeniem szybkimi łodziami motorowymi z pobliską wyspą celebrytów Catalina.

Firma się rozrastała. Nasz bohater, w wieku 40 lat przeprowadził swoją rodzinę do własnej willi. Jego nienormowany czas pracy pozwalał na uczestniczenie w życiu swoich dzieci. Weekendy rozpoczynał w piątkowe popołudnie, kiedy zabierał całą rodzinę na wycieczkę własnym małym jachtem. Większość nagłych problemów w firmie miał szansę rozwiązywać telefonicznie lub dzięki internetowi. (...) Zbliżając się do wieku emerytalnego, wciąż był w świetnej kondycji fizycznej, nie martwił się także o przyszłość firmy, która przynosiła stabilne dochody.

Rówieśnik stomatologa nie musiał pozbywać się firmy będąc w wieku emerytalnym. Mając nawet 70 lat, będąc wciąż w dobrej formie, mógł podejmować decyzje i uczestniczyć w zarządzaniu nią. W każdej też chwili mógł się wycofać z pracy i, zatrzymując udziały, otrzymywać należną część rocznych zysków. Tak prowadzenie firmy, jak i okres emerytury łączył z prowadzeniem z korzystaniem z życia, które brał pełnymi garściami, właściwie prawie

od samego początku pobytu w Mieście Aniołów...

► CZAS NA BILANS

Pozornie spektakularne dochody nasz bohater stomatolog osiągał przez bardzo krótki okres (przez pierwszych ponad 20 lat uczył się, inwestował, spłacał kredyty). Nakład natomiast nauki i fizycznej(!), codziennej pracy, w której nikt nie mógł go zastąpić, był absolutnie nieproporcjonalny do końcowych korzyści. Pomniejszmy je jeszcze o ubytek na zdrowiu i konieczność zabezpieczenia finansowego na okres niepełnej już wydolności zawodowej na emeryturze. Natomiast jego rówieśnik z przedmieść Hollywood zarabiał może nie tak dużo w rozrachunku rocznym, ale dochody ze swojej pracy uzyskiwał od samego początku założenia firmy, przy początkowej inwestycji zaledwie 1000 \$. Zyski może też on czerpać dożywno, wciąż pozostając współwłaścicielem firmy. Podkreślmy zdecydowanie mniejszy początkowy koszt inwestycji, brak konieczności wysokich kwalifikacji zawodowych, coraz mniejszą potrzebę – w miarę rozwoju firmy – jego fizycznej pracy. W podsumowaniu całego okresu życia zawodowego zysk z roboczogodziny stomatologa okazywał się marną częścią zysku, jaki uzyskał właściciel myjni samochodowej.

A jak wygląda Twój własny bilans, Czytelniku? Jak Twoja aktualna kondycja fizyczna? Jak miewa się Twój kręgosłup? Co ze wzrokiem? Ile godzin każdego dnia poświęcasz na pracę? Ile jest faktycznie warta Twoja praca, a jak wycenia ją NFZ? Jak czujesz się, kiedy Twój kolejny kontrakt jest uszczuplony lub nie ma go wcale? Ile czasu spędzasz z rodziną i czy masz siłę korzystać z życia? Jak długie są Twoje wakacje? Jak wyobrażasz sobie swoje życie na emeryturze? I czy będzie Cię na nie stać? Czy gdyby nie zawodowa pasja, zdecydowałbyś się kolejny raz zostać stomatologiem? Czy stać Cię na taką pasję? Ile za nią płacisz teraz, a ile zapłacisz przechodząc na emeryturę?

A może uważasz, że przypomniany przeze mnie tekst nijak się ma do aktualnych realiów polskich? ●

dr n. med. Agnieszka A. Pawlik

Tekst powstał pod patronatem Komisji Stomatologicznej Śląskiej Izby Lekarskiej.

IV Katowickie Spotkanie Kliniczne Pediatrików i Alergologów

Już po raz czwarty Katedra i Oddział Kliniczny Pediatrii w Bytomiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego były organizatorami konferencji naukowo-szkoleniowej adresowanej do pediatrów i lekarzy medycyny rodzinnej, a poświęconej istotnym – dla zajmujących się diagnostyką i terapią dzieci – problemom alergologicznym.

Konferencja została zorganizowana w roku jubileuszu 40-lecia powołania pierwszej pediatrycznej placówki akademickiej w Bytomiu – Zakładu Propedeutyki Pediatrii, którym kierował prof. dr hab. n. med. **Zbigniew Szczepański**, a z której wywodzi się obecna Katedra.

Odbyła się 6.12.2014 r. w kampusie akademickim SUM, w reprezentacyjnej Auli im. prof. dr hab. n. med. Witolda Zahorskiego. Wykłady wygłosili wybitni wykładowcy spoza naszego województwa, profesorowie: **Anna Bręborowicz** (Poznań) (*GINA 2014 – co się zmieniło w postępowaniu u dzieci chorych na astmę*), **Krystyna Wąsowska-Królikowska** (Łódź) (*Alergia pokarmowa czy tylko dieta eliminacyjna*), **Ryszard Kurzawa** (Rabka) (*Diagnostyka molekularna w chorobach alergicznych u dzieci*), **Radosław Śpiewak** (Kraków) (*Zastosowanie testów płatkowych u dzieci z przewlekłym lub nawracającym wypryskiem*) oraz reprezentujące naszą Uczelnię: prof. dr hab. n. med. **Barbara Rogala** (*Bezpieczeństwo i ryzyko sterydoterapii u dzieci w astmie oskrzelowej*), dr hab. n. med. **Urszula Grzybowska-Chlebowczyk** (*Stymulowanie nabycia tolerancji w postępowaniu klinicznym w alergii na mleko krowie – co już wiemy*), dr hab. n. med. **Krystyna Stencel-Gabriel** (*Ciężka niekontrolowana astma u dzieci – zasady diagnostyki i nowoczesne leczenie*), dr n. med. **Jolanta Pietrzak** (*Kontrowersje alergologiczne w gabinecie lekarza pierwszego kontaktu*).

Część wykładową konferencji poprzedziło spotkanie z gościem specjalnym – prof. dr hab. n. med. **Mieczysławem Krauze**, który ukończył 90 lat. Profesor jest znanym i cenionym pediatrą – nadal czynnym zawodowo, „ojcem” neurologii dziecięcej na Śląsku.

Przez wiele lat był pracownikiem Śląskiej Akademii Medycznej, w tym dziekanem Wydziału Lekarskiego w latach 1969-1972, kierownikiem Kliniki Pediatrii w Katowicach-Załężu od 1969 r., autorem programu budowy Instytutu Pediatrii w Katowicach-Ligocie i dyrektorem Instytutu Pediatrii w Budowie (1989-1996) (obecnie Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka).

Jako wieloletniemu, zasłużonemu pracownikowi Uczelni, Szanownemu Jubila-



Życzenia dla Jubilata, Profesora Mieczysława Krauze.

towi złożyła życzenia w imieniu JM Rektora SUM oraz własnym, Pani prorektor do spraw studiów i studentów – prof. dr hab. n. med. **Joanna Lewin-Kowalik**. W imieniu Stowarzyszenia Absolwentów Uczelni, życzenia złożyła dr n. med. **Maria Gajeka-Bożek**, reprezentująca równocześnie grono byłych uczniów, współpracowników i doktorantów Pana Profesora, którzy przybyli z okazji Jubileuszu i zaszczycili uczestników konferencji swoją obecnością. Najlepsze życzenia w imieniu uczestników konferencji, a także nieobecnych pediatrów śląskich, pamiętających Pana Profesora z czasów pracy klinicznej i kontaktów związanych z pełnieniem przez Profesora funkcji konsultanta wojewódzkiego, złożyła prowadząca konferencję prof. dr hab. n. med. **Anna Obuchowicz**.

Jubileusz 40-lecia powołania klinicznej placówki akademickiej na bazie Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Bytomiu został uczczony w prawdziwie akademicki sposób, dzięki wygłoszeniu przez doskonałych wykładowców bardzo ciekawych wykładów. Były one oparte o najbardziej aktualne standardy, wytyczne postępowania i wyniki badań klinicznych. Wzbo-

gaciły wiedzę uczestników Konferencji w zakresie zagadnień praktyki lekarskiej, ale również stanowiły inspirację do badań naukowych.

W czasie trwania konferencji odbyła się jeszcze jedna podniosła uroczystość. Brawami i kwiatami, które wręczyła prof. dr hab. n. med. **Krystyna Karczewska** zebrała podziękowali Pani prof. dr hab. n. med. **Halinie Woś** za przewodniczenie Zarządu Oddziału Śląskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego przez trzy i pół kadencji i w ten sam sposób pogratulowali Pani docent **Urszuli Grzybowski-Chlebowczyk** wyboru na tę funkcję (wybory odbyły się w czasie konferencji PTP w Brennej w październiku 2014 r.). Nowym sekretarzem został lek. **Jacek Zeckei**, a dr n. med. **Augustyn Folvaczny** przez kolejną kadencję (należy podkreślić, że pełni tę funkcję nieprzerwanie od 1984 r.) będzie skarbnikiem naszego Oddziału PTP. ●

**Prof. dr hab. n. med.
Anna Obuchowicz
Kierownik Katedry
i Oddziału Klinicznego Pediatrii
w Bytomiu**

Muzeum Medycyny



Wnętrze Muzeum Chirurgii i Sali Operacyjnej w Śląskim Szpitalu Reumatologicznym w Ustroniu, po lewej sala operacyjna z XVIII w.



Ze wzrastającą nadzieją przeczytałem wywiad z profesorem **Zygmuntem Woźniczka** o zamiarze utworzenia przez Śląską Izbę Lekarską Muzeum Medycyny.

Powstanie takiej instytucji, prezentującej proces rozwoju medycyny, nie jest potrzebą tylko profesjonalistów medycznych, ale przede wszystkim pozamedycznych społeczności naszego regionu (dużych grup społecznych, młodzieży, polityków).

Wspomniane w trakcie wywiadu mikro-muzea istnieją również w naszym regionie. Dzięki aktywności i wysiłkowi moich współpracowników (Śląskiego Szpitala Reumatologicznego w Ustroniu) w 2012 roku powstało Muzeum Chirurgii i Sali Operacyjnej. Muzeum posiada rejestrację w Minister-

stwie Kultury i Dziedzictwa Narodowego. Na powierzchni około 200 metrów kwadratowych powstały dwie sale operacyjne wyposażone stosownie do epoki XVIII wieku i XX wieku. Placówka posiada zbiór kilkuset narzędzi i przyrządów medycznych. W tym kilka unikalnych świadczących o wysokim poziomie śląskich lekarzy i inżynierów, np. unikalny pierwszy i jedyny w Polsce aparat płucoserce zbudowany przez Śląską Akademię Medyczną i Politechnikę Śląską w 1970 roku.

Tworząc Muzeum Chirurgii kierowaliśmy się dwoma celami:

– ukazaniem rozwoju medycyny w wymiarze technologii materialnych i intelektualnych,

– równie ważnym przekazem z burzliwej przeszłości jest odradzanie i kształtowanie się społeczności medycznej w naszej śląskiej części Polski.

Projekt prezesa **Jacka Kozakiewicza** pt. Muzeum Medycyny spotka się z życzliwą akceptacją środowiska. Ale zbiory, które wypełniłyby jego sale wystawiennicze, są małe i maleją z szybko upływającym czasem. Chętnie wspomóżemy tę cenną inicjatywę własnym doświadczeniem, a możliwe, że zbiorami, które zdobyliśmy przy tworzeniu Muzeum Chirurgii w Ustroniu. ●

dr n. med. Ryszard Wąsik
założyciel i społeczny kustosz
Muzeum w Ustroniu

W Ugandzie z Polską Misją Medyczną

Z niemałą przyjemnością przeczytałam w „Pro Medico” artykuł o działalności śląskich kolegów lekarzy w Ghanie we wrześniu minionego roku.

Z nie mniejszą informuję, że w listopadzie 2014 r. spędziłam miesiąc w Ugandzie z ramienia Polskiej Misji Medycznej oraz polskiego MSZ, operując tamtejszych pacjentów oraz szkoląc personel. Było to niezapomniane pod każdym względem doświadczenie, a wygląda na to, że współpraca będzie trwać i się rozwijać. Cieszę się, że udało mi się wyjechać – może nawet pokonując w konkurencji „męskich” chirurgów...

Może ten wyjazd również zainteresuje Kolegów i Koleżanki Lekarzy z naszej Izby i przyczyni się do propagowania idei wolontariatu, niewątpliwie poprawiając niejednokrotnie nadszarpniętą w różnych okolicznościach opinię na temat naszego środowiska.

► PRZYBYŁAM, ZOBACZYŁAM I ZOPEROWAŁAM

How are you muzungu/Good morning surgeon – takie powitania słyszałam przez kilka tygodni w trakcie pobytu w Ugandzie.

Mając w pamięci nieraz zasłyszane „bo mi się należy” i „ja na was płacę” – szczerą wdzięczność ugandyjskich pacjentów szokowała, ale i przypominała sens tej pracy.

Skąd pomysł? Z wszechobecnego Facebooka, na którym Polska Misja Medyczna (PMM) ogłosiła, że poszukuje chirurga, anestezjologa, internisty i ginekologa na misję w ugandyjskim Kakooge.

Koordynatorem projektu jest Pani **Ewa Piekarska**.

A realizacja pomysłu? Ciekawość świata, nowych wyzwań, możliwości, doświadczeń... W końcu, jak mówi mój ulubiony autor: „Żałuje się wyłącznie beczynności, niezdecydowania, wahania”.

Poszukiwania zajęły trochę czasu, ostatecznie straszona ebolą, krokodylami etc. poleciałam ja i anestezjolog dr **Katarzyna Szczepańska** z Kielc; razem przejęliśmy też „działkę” specjalistów, których nie





udało się znaleźć. Dołączył do nas dziennikarz Polskiego Radia – red. **Jarosław Kociszewski**, który przygotował kilka audycji o naszej działalności.

I tak się stało, że zostałam chirurgicznym omnibusem (ordynatorem, asystentem, instrumentariuszką i preceptorem) w ugandyjskim Kakooge, w szpitalu wybudowanym dzięki polskim Franciszkanom, którzy prowadzą w Ugandzie szero-

ko pojętą działalność misyjną. Dyrektorem Franciscan Health Centre (FHC) jest o. **Bogusław Dąbrowski**, który od kilkunastu lat mieszka w Ugandzie.

► SZPITAL

Wieloprofilowy szpital w Kakooge (chirurgia, interna, położnictwo i ginekologia, pediatria, choroby zakaźne, stomatologia) jeszcze na krótki czas przed naszym przyjazdem nie miał lekarza, mimo że nie brakuje pacjentów chorych niemal na wszystko, na co można zachorować w tropikach. Mówi się, że w Ugandzie ginie najwięcej ludzi w wypadkach komunikacyjnych albo w starciu z hipopotamami. FHC zlokalizowane jest przy ruchliwej drodze, wiodącej prosto do objętego wojną Sudanu Południowego.

Chorymi zajmowali się tzw. clinical officers (odpowiednik felczera) i pielęgniarki. Franciszkanom udało się jakoś znaleźć i zatrudnić lekarza – i to jego oraz pozostały personel należało również w ramach projektu PMM przeszkolić.

► PACJENCI

Pacjenci stawili się pełni zaufania, bez obiekcji, że to „białe i w dodatku kobiety” będą ich leczyć. To zaufanie ma inny wymiar niż w Polsce – w Ugandzie wciąż wierzy się czarownikom i nierzadko składa w ofierze dzieci...

Niektórzy wędrowali całą noc boso i podpierając się kijem, żeby dać się zoperować. Pokonawszy wstępne przeszkody,

jak choćby brak prądu (ten z miasta nie dotarł, temu z generatora szczyry pożarzyły kable) udało się zoperować wielu chorych, którzy w podziękowaniu dosłownie padali na kolana. Mając w pamięci nieraz zasłyszane „bo mi się należy” i „ja na was płacę” – ta szczerza wdzięczność i sposób jej wyrażenia szokowały, ale i przypominały sens tej pracy. Satysfakcję zwiększał fakt, że obyło się bez powikłań.

► BYŁO WARTO

Kończąc opowieść – „przybyłam, zobaczyłam i zoperowałam”. Było warto i chętnie wrócę. Zachęcam do spróbowania własnych sił na tego typu wyjazdach. I wreszcie – dziękuję – moim nauczycielom chirurgii – Panu Docentowi **Maciejowi Zaniewskiemu**, Panu Doktorowi **Eugeniuszowi Majewskiemu**, Panu Doktorowi **Bogusławowi Handlowi** za podzielenie się wiedzą i umiejętnościami i umożliwienie specjalizowania się w chirurgii ogólnej; Doktorowi **Maciejowi Wigluszowi** – którego umiejętności i chirurgiczne „sztuczki” podpatrywałam na chwilę przed egzaminem; Panu Ordynatorowi **Kazimierzowi Swobodzie** – za zgodę na urlop i wreszcie **Evie Jamróz** i **Tomaszowi Łaskiewiczowi** – wiecie za co :) ●

*dr Renata Popik
starszy asystent
Oddziału Chirurgii
Ogólnej i Naczyniowej Szpitala
w Rudzie Śląskiej.*



Dr Renata Popik podczas jednej z operacji.

cum grano salis

Puchu marny...

Pewien profesor chirurgii spotkał się z zarzutem, że nie dopuszcza kobiet do specjalności zabiegowych. Usprawiedliwił się, że wprawdzie w jego klinice młode lekarki nie uzyskiwały etatów, ale:

– To nieprawda, że nie lubię kobiet! Ja nawet czasem kobiety operuję...

Ponieważ zbliża się 8 marca – należy naszym Paniom w zawodzie złożyć życzenia wszystkiego, czego sobie życzą, no i wyrazy podziwu, szczerego szacunku, że dzielnie sobie radzą także przy stole operacyjnym.

Dziwne jest to, że wiele pań kwestionuje sens obchodów Dnia Kobiet. Chęć dorównywania we wszystkim mężczyznom jest silniejsza niż wiotki tulipan, kawa czy rajstopy (tak kiedyś świętowaliśmy kalendarzowy dzień 8 marca). Modna ostatnio filozofia gender propaguje pełną dowolność indywidualnego wyboru własnej płci społecznej, co powoduje określone konsekwencje. Nie wiem, czy we wszystkich specjalnościach lekarskich kobiety mogą odtrąbić definitywny koniec męskiej dominacji i wygrają w walce o równouprawnienie. Zastępowalność mężczyzn w zawodach medycznych rozpoczęła się dawno temu i wbrew powszechnej wiedzy, że pierwszą lekarką była doktor Quinn, należy przypomnieć Panią dr med. Annę Tomaszewicz-Doborską, która dyplom uzyskała w 1877 roku w Zurychu.

Wówczas jakiegokolwiek kontakty zawodowe medyków z lekarkami były etycznie nie do przyjęcia. Dzisiaj zespoły lekarskie składają się z przedstawicieli obu płci, a odmienności w stylu pracy z pacjentami są akceptowane i komplementarne – istnieje koegzystencyjna równowaga. Gdziekolwiek zdarzają się odstępstwa od normy, a przypisywane szablonoowo cechy płci pięknej, w zderzeniu z realiem potrafią zaskoczyć, chociaż dziś mniej dziwi filigranowa pani doktor – ortopeda. Do przeszłości należą czasy, gdy pacjentowi we wstrząsie rosło ciśnienie do 200 mm Hg, gdy dowiadywał się, że będzie go operowała kobieta. Wprowadzanie jakichkolwiek parytetów w rezydenturach byłoby niemądre, bo specyficzność specjalizacji lekarskich determinuje wybór stopnia trudności kariery zawodowej. Jest to swoista selekcja naturalna, taka jak w innych profesjach. Wprawdzie serce rośnie, gdy bojowa policjantka wyciera bruk posłem Wiplerem albo radiowozem przegania na przejściu starszkę, ale są też plusy ujemne emancypacji. Kiedyś poprosiłem Straż Pożarną o pomoc w przeniesieniu do karetki pacjenta o wadze 180 kg i przyjechał... zastęp żeński, a najbardziej atletycznie zbudowana strażaczka ważyła ok. 40 kg. Ręce opadają. Postulowane stosowanie płciowych parytetów byłoby sprawiedliwe, gdyby mężczyźni mieli zagwarantowane miejsca na podium w „zawodach męskiego podkoszulka”.

I pomyśleć, że do polskiego Sejmu wybrano kobiety dopiero w 1919 roku. Co to będzie, kiedy wreszcie zostanie wcielone w życie rewolucyjne hasło: „Cała władza w ręce dam!”?



Czasem upodabnianie się do płci brzydkiej przybiera karykaturalne formy. Komicznie brzmiał synonim „niemoralnej panienki”, który latał w powietrzu sali operacyjnej gęściej niż peany czy blalocki przy krwawym zespaleniu naczyń. Przychodziło na myśl porównywanie świnki morskiej do kobiety – chirurga: na pewno nie była to ani kobieta, ani chirurg. Przeciwnieństwem fałszywej mimikry była Pani Docent, która, uprawiając najbardziej męską specjalność – ortopedię, nie traciła nic ze swojej osobowości. Dlatego Ją właśnie pamiętamy.

W historii ludzkości pierwszym stadium rozwoju był matriarchat. Widocznie się nie sprawdził, bo nastąpił patriachat. Rolą mężczyzny było: upolować, przynieść mięsko, a w ostatnich wiekach – przynieść pieniądze. Kobiętom pozostawiono opiekę nad progeniturą, pranie kijankami nad rzeką, ognisko domowe z gotowaniem, sprzątanie jaskini... Dziś jest żłobek, przedszkole, samopiorąca pralka, komputerowe piekarniki, mikrofalówki, zmywarka i odkurzacze, które same chodzą po domu. Wygląda na to, że cały postęp technologiczny i cywilizacyjny sprowadza się do tego, aby w pierwszym rzędzie zaspokoić wszelkie potrzeby kobiet.

Nic nie ułatwia życia mężczyznom. Jak tak dalej pójdzie, to wraz z dalszym rozwojem techniki i mechanizacji przyznamy się, że stanowimy niekonieczny dodatek do organizmu. Nadal nie mamy akceleratora mitozy duplikującego w kuchni kotlety schabowe, a także legalnej kserokopiarki banknotów czy domowego urządzenia do bezkarnego doładowania kart płatniczych. Jakoś nikt nie zdejmuje z mężczyzn tradycyjnych obowiązków.

W nieaktualnej książce „Płeć mózgu” autorzy – Moir i Jessel postulują, by „odrzuć fałszywą tezę, że kobiety i mężczyźni stworzeni zostali identyczni, bo tak nie jest, a nadszedł czas, by zburzyć społeczny mit, że kobieta i mężczyzna mogą się wymieniać rolami, bo są pod każdym względem tacy sami. Nie we wszystkim”.

Zostawmy więc genderyzm jako ciekawą teorię, bo w medycynie istnieje szeroki wachlarz możliwości samorealizacji zawodowej, zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn – co wynika z palety specjalizacji.

(P)olityczna (O)fensywa partyjna zmierza do ginekokracji, czego mamy dowody w wystąpieniach pierwszego ministra (ministra?). I pomyśleć, że do polskiego Sejmu wybrano kobiety dopiero w 1919 roku. Co to będzie, kiedy wreszcie zostanie wcielone w życie rewolucyjne hasło: „Cała władza w ręce dam!”? Katastroficzna wizja (z chromosomalnego punktu widzenia, czyli – XY) nie musi się urzeczywistnić. Na duchu podtrzymuje mnie obserwacja, że wnuczka – Natasza, instynktownie opatulą kocykiem misia i tuli go do spania. Jako dziadek jestem niepokieszony, bo wyszło na to, że kolejkę elektryczną i atrapy kałasznikowa kupiłem dla siebie. Być może, jak będzie wnuk, to razem pobawimy się kolejką, a „kałach” znajdzie właściwe zastosowanie, bo misia użyje się jako target. I w tym cała nadzieja.

PS

Mam własne poglądy na pełne równouprawnienie kobiet i mężczyzn w zawodach medycznych, ale publicznie i kategorycznie – POTĘPIAM się! ●

Rohatyn

Pasja wspólnego muzykowania



Polska Orkiestra Lekarzy. Autorka artykułu druga w pierwszym rzędzie po lewej stronie.

5 stycznia 2015 r. odbył się w Katowicach kolejny już koncert Polskiej Orkiestry Lekarzy. Wydarzenie miało miejsce w Auli Akademii Muzycznej im. K. Szymanowskiego. Wraz ze stypendystami Fundacji „Dzieło Nowego Tysiąclecia” zespół wykonał „Oratorium na Boże Narodzenie” pod batutą kompozytora **Huberta Kowalskiego**.

Patronat nad wydarzeniem objęła Śląska Izba Lekarska, a honorowym gościem koncertu był prezes ŚIL **Jacek Kozakiewicz**. Polska Orkiestra Lekarzy powstała w 2010 roku w Poznaniu z inicjatywy dr **Elżbiety Czechowskiej**, obecnej prezes zespołu, i skupia ponad 50 lekarzy z całej Polski. Spotykają się 1-2 razy w roku celem wspólnego wykonania symfonicznego koncertu charytatywnego w jednym z miast Polski (dotychczas odbyły się koncerty w Poznaniu, Warszawie i Krakowie). Lekarze wchodzący w skład zespołu mają różne specjalności (anestezjolog, chirurg, chirurg dziecięcy, chirurg naczyniowy, chirurg onkolog, farmakolog, ginekolog, hematolog, internista, kardiolog, laryngolog, lekarz medycyny ratunkowej, lekarz rodzinny, neonatolog, okulista, pediatra, radiolog, stomatolog, transfuzjolog, lekarze stażyści oraz zawody pokrewne – farmaceuta, ratownik medyczny). Oprócz wykonywania zawodu medycznego, łączy ich jeszcze jedno – pasja wspólnego muzykowania. Każdy z członków orkiestry posiada umiejętność gry na instrumencie symfonicznym, a niektórzy z nich są nawet dodatkowo absolwentami wyższych uczelni muzycznych i wykonują dwa zawody równocześnie. Lekarze wchodzący w skład zespołu uczestniczą często w analogicznych projektach w Europie i na świecie, będąc

członkami Europejskiej Orkiestry Lekarzy i Światowej Orkiestry Lekarzy.

Pomysłodawcy i założyciele orkiestry lekarskiej mówią, że najtrudniejsze były początki – organizacja takiego przedsięwzięcia pociąga za sobą koszty, zajmuje dużo czasu. Zarówno ja, jak i pozostali członkowie Orkiestry, mamy nadzieję, że z każdym

kolejnym koncertem będziemy bardziej doświadczeni, a przychylność naszego środowiska umożliwi nam dalsze występowanie w szczytnym celu. Chcemy naszą pasją obdarować naszych przyszłych słuchaczy. ●

Magdalena Dąbrowska

SERDECZNIE ZAPRASZAMY!

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie zaprasza śpiewających lekarzy do Szczecina na

V Międzynarodowy Przegląd Lekarzy Śpiewających „Musica mores confirmat” (8-10.05.2015 r.)

Unikatowy charakter tego wydarzenia artystycznego łączy walory uzdrawiającego wpływu muzyki, z walorami integracji środowiska zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów oraz promocją pięknego miasta Szczecina.

Przyjezdni uczestnicy zatrzymują się w hotelu „Focus”, położonym w bliskości „Wałów Chrobrego”, wizytówki miasta. W pierwszy dzień Przeglądu zaplanowane są koncerty dla chorych w szczecińskich szpitalach. Po koncertach odbędzie się sympozjum naukowe o muzykoterapii. Drugi dzień rozpoczyna rejs statkiem po Odrze, w trakcie dwugodzinnej wycieczki będzie czas na integrację: ciekawe rozmowy, wspólne śpiewy i podziwianie piękna otaczającej przyrody. Tego samego dnia w Klubie 13 Muz na Placu Żołnierza Polskiego odbędzie się Koncert Galowy, gdzie Prezydent Miasta Szczecina wręczy nagrody dla zwycięzców Przeglądu, w tym Nagrodę Główną – „Gałązkę magnolii”, wykonaną ze srebra i bursztynu przez pracownię jubilerską. Koncert kończy wspólna biesiada dla wykonawców, organizatorów i publiczności.

Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie

ul. Marii Skłodowskiej Curie 11, 71-332 Szczecin

Szczegółowe informacje: tel. 91 48 74 936 wew. 116 (Pani Kamila Sidor)

w godz. 8.00 – 15.00

e-mail: ksidor@oil.szczecin.pl

www.oil.szczecin.pl zakładka: Sport, kultura i rekreacja

Nasi lekarze na Mistrzostwach Świata Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim



Slalom specjalny. Przejazd Aliny Magner – autorki tekstu.

W marcu 2014 r. dwudziestu śmiałków-lekarzy z Polski uczestniczyło, jak co roku, w zwiędzających narciarskich zawodach Mistrzostwach Świata Lekarzy i Farmaceutów w Narciarstwie Alpejskim (Ski World – Cup Pharmacist & Medical Doctors). Tym razem spotkanie odbyło się w Seefeld, uroczej Wiosce Olimpijskiej w austriackich Alpach. Ze Śląskiej Izby Lekarskiej w zawodach uczestniczyli: **Magda Błaszke-Kasperska, Ewa Dyrda, Adam Dyrda, Wojtek Gwóźdź, Alina Magner, Kasia Wojcieszyn, Michał Wojcieszyn, Kasia Smolik i Mariusz Smolik.**

Pozostali zawodnicy to reprezentanci Austrii, Słowenii, Szwecji, Niemiec, Włoch, Szwajcarii i Chorwacji.

Zawody rozgrywane były w trzech konkurencjach – Slalom Specjalny, Slalom Gigant i Super Gigant.

Na kapitalnie przygotowanych trasach startowało: w Gigant Slalomie – 88 osób; w Super Gigancie – najszybszej z rozgrywanych konkurencji – 79 osób, w Slalomie Specjalnym – najbardziej „technicznym” – 61 osób. Zawodnicy, kobiety i mężczyźni, podzieleni byli na kategorie wiekowe, co dziesięć lat. Dopisała cudowna, zimowo-wiosenna pogoda. Marcowe alpejskie słońce dodawało wszystkim radości i animuszu do sportowej rywalizacji i zabawy na świeżym powietrzu. W hymnie Igrzysk Lekarskich śpiewamy: „Nie medale tu się liczą, tu się liczy udział nasz”. Gratulujemy wszystkim uczestnikom! Nie sposób jednak nie wspomnieć o suk-

cesach! Zdobyliśmy Puchary(!), które przez cały sezon uśmiechały się do nas i zachęcały do treningów.

Wśród naszych lekarzy na podium stanęły: Katarzyna Smolik – 2 miejsce – Slalom Specjalny
Magdalena Błaszke-Kasperska – 2 miejsce – Gigant Slalom
– 2 miejsce – Super Gigant
Alina Magner – 2 miejsce – Slalom Specjalny
– 2 miejsce – Gigant Slalom

– 3 miejsce – Super Gigant.

Gratulujemy i zachęcamy wszystkich do sportowej zabawy, która pomaga nam zbuforować codzienny zawodowy wysiłek.

W tym roku startujemy w Ski World – Cup Pharmacist & Medical Doctors na stokach Alpe Lusia, Moena. Zawody odbędą się w dniach 18-21 marca 2015. ●

Alina Magner



II Narciarski Puchar Polski Lekarzy, Farmaceutów i Prawników

SKIM&L CUP 2015

W dniach 30.01-1.02 w Szczyrku odbył się SKIM&L CUP 2015 II Narciarski Puchar Polski Lekarzy, Farmaceutów i Prawników w narciarstwie alpejskim i biegowym. Pierwszy raz do grona lekarzy i farmaceutów dołączyli przedstawiciele prawa, przede wszystkim członkowie Okręgowej Izby Radców Prawnych w Katowicach. Sukcesem organizatorów jest udział blisko 170 uczestników, nie tylko podczas rywalizacji sportowej na stokach Skrzycznego czy trasach biegowych, ale także podczas Konferencji naukowej „Sport – Medycyna – Prawo”.

Uroczystego otwarcia spotkania dokonał prezes Śląskiej Izby Lekarskiej – dr n. med. **Jacek Kozakiewicz**, przedstawiciel Śląskiej Izby Aptekarskiej – mgr farm. **Krzysztof Majka** oraz przedstawiciel Okręgowej Izby Radców Prawnych – **Piotr Zarzecki**. Bardzo ciekawe tematy z zakresu odpowiedzialności prawnej za wypadki na stokach narciarskich Polski i Europy (mec. **Ludwik Żukowski** – specjalista prawa sportowego), sportu rekreacyjnego i jego wpływu na zdrowie (prof. dr hab. n. med. **Jerzy Widuchowski**), kontuzji narciarskich i urazów przeciążeniowych (dr **Mariusz Smolik** i dr **Piotr Zagórski**) oraz aktualnych trendów w dopasowaniu butów narciarskich (**Marcin Szafranski** – specjalista branży narciarskiej, były olimpijczyk, znany komentator stacji Eurosport) spowodowały, że konferencja stała się jednocześnie polem zagorzałej dyskusji. Swoją



Od lewej: dr P. Zagórski, dr J. Kozakiewicz, dr M. Smolik, J. Łuszczek, prof. J. Widuchowski, dr J. Pabis.

obecnością zaszczycił spotkanie nasz jedyny mistrz świata w narciarstwie biegowym z Lahti z 1978 roku, **Józef Łuszczek**, który podzielił się swoim doświadczeniem oraz odniósł się do różnic w przygotowaniu sportowców kiedyś i dziś.

Ceremonia wręczenia medali i nagród, podobnie jak konferencja naukowa, odbyła się w Hotelu Meta w Szczyrku. Dla najlepszych zawodników w poszczególnych kategoriach zostały przygotowane medale ufundowane przez NIL, a nagrody przygotowali hojni sponsorzy i partne-

rzy SKIM&L CUP, m.in. Porsche Interauto, ING Bank Śląski, Termalica Brukbet, Mosty Katowice czy Deltatrans. Narty dla najlepszych zawodników ufundowały firmy Amer Sports z Krakowa (przedstawiciel Atomic i Salomon) oraz Greenland z Miłkowa (przedstawiciel Blizzard, Technica). Zwycięzcami wśród lekarzy zostali **Jadwiga Biela-Mazur** z Zakopanego oraz **Jakub Gałaszek** z Ustronia. Wśród rywalizujących prawników bezkonkurencyjni byli **Joanna Pławny** oraz **Michał Pawlas**, a zmagania farmaceutów zakończyły się zwycięstwem **Moniki Szymańskiej** i **Wiktora Napióra** (wyniki zawodów dostępne na stronach ŚIL).

Podczas ceremonii rozdania nagród dr n. med. **Jacek Tętnowski**, przewodniczący Komisji Sportu NIL, uhonorował symbolicznymi pucharami organizatorów Pucharu ze środowiska lekarskiego: dr. **Mariusza Smolika** i dr. **Piotra Zagórskiego**, za organizację tak dużego przedsięwzięcia oraz propagowanie zdrowego – sportowego stylu życia wśród lekarzy.

Cieszymy się, że II Narciarski Puchar Polski Lekarzy, Farmaceutów i Prawników w narciarstwie alpejskim i biegowym spotkał się z tak pozytywnym odbiorem wśród uczestników i był możliwością integracji środowisk lekarskiego, prawniczego i farmaceutycznego. Mamy nadzieję, że dzięki płynącym z różnych stron dobrym opiniom oraz poparciu izb lekarskiej, aptekarskiej oraz radców prawnych, będą możliwe dalsze wspólne inicjatywy naukowo-sportowe. ●

foto: Patrycja Cieślak



Rywalizacja sportowa w slalomie gigantycznym.

Mariusz Smolik
Piotr Zagórski

wspomnienia, nekrologi

W ostatnich tygodniach pożegnaliśmy Koleżanki i Kolegów,
którzy odeszli na „wieczny dyżur”

- +9** lipca 2014 r. w wieku 84 lat zmarła śp. lek. dent. **Maria Niedziałkowska**. Absolwentka, rocznik 1954, Akademii Medycznej we Wrocławiu, specjalista I° stomatologii ogólnej. Wieloletni pracownik Zespołu Opieki Zdrowotnej w Gliwicach, ostatnio wykonywała zawód w formie prywatnej praktyki. Zamieszkała w Gliwicach.
- +21** stycznia 2015 r. w wieku 64 lat zmarła śp. lek. **Halina Korus**. Absolwentka, rocznik 1976, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista II° pediatrii. Wieloletni pracownik Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Tychach, prowadziła także prywatną praktykę. Zamieszkała w Przystowicach.
- +22** listopada 2014 r. w wieku 82 lat zmarła śp. lek. dent. **Zuzanna Miśkiewicz**. Absolwentka, rocznik 1956, Akademii Medycznej w Krakowie, specjalista I° stomatologii ogólnej oraz specjalista II° stomatologii zachowawczej. Ostatnie zatrudnienie w Obwodzie Lecznictwa Kolejowego w Katowicach. Zamieszkała w Jaworznie.
- +24** października 2014 r. w wieku 88 lat zmarł śp. lek. **Zbigniew Czaczka**. Absolwent, rocznik 1961, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista I° medycyny przemysłowej. Wieloletni pracownik Miejskiego Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego w Gliwicach. Zamieszkały w Gliwicach.
- +28** stycznia 2015 r. w wieku 76 lat zmarła śp. lek. **Maria Waleczek**. Absolwentka, rocznik 1962, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista I° neurologii. Ostatnio zatrudniona w Górniczym ZLA Fundacji „Unia Bracka” w Katowicach. Zamieszkała w Katowicach.
- +7** grudnia 2014 r. w wieku 83 lat zmarł śp. lek. **Jędrzej Szklarz**. Absolwent, rocznik 1959, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista I° medycyny przemysłowej, radiodiagnostyki oraz medycyny społecznej. Ostatnio zatrudniony w SP ZOZ Szpitalu nr 1 im. św. Karola Boromeusza w Mysłowicach. Zamieszkały w Sosnowcu.
- +31** stycznia 2015 r. w wieku 64 lat zmarła śp. lek. **Urszula Aleksa-Smolarczyk**. Absolwentka, rocznik 1976, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista I° chirurgii ogólnej. Ostatnio zatrudniona w NZOZ „BUM - med” Spółka z o.o. w Rudzie Śląskiej. Zamieszkała w Świętochłowicach.
- +8** stycznia 2015 r. w wieku 80 lat zmarł śp. lek. **Henryk Ślanina**. Absolwent, rocznik 1959, Akademii Medycznej w Krakowie,
- +5** lutego w wieku 83 lat zmarł śp. lek. dent. **Andrzej Hanuszewski**. Absolwent, rocznik 1953, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista I° stomatologii ogólnej oraz specjalista II° protetyki stomatologicznej, delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy w VII kadencji, wieloletni pracownik NZOZ Polikliniki Stomatologicznej „Prof.-Dent” w Dąbrowie Górniczej. Zamieszkały w Pyżkowicach.

Pozostaną na zawsze w naszej pamięci!
Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach

*Z przykrością informujemy, że dnia 10 lutego 2015,
w wieku 58 lat, zmarła nasza Koleżanka*

*dr **Ewa Wira***

*Wieloletni pracownik Oddziału Laryngologii
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Tychach
i Spółki Megrez*

*Odeszła od nas Osoba o promiennym uśmiechu,
zawsze z pozytywnym nastawieniem do życia,
wspaniała Koleżanka, doskonały lekarz*

Przyjaciele

*Naszemu Koledze Doktorowi Maciejowi Tochowiczowi
z powodu śmierci*

Ojca

*wyrazy głębokiego współczucia składają
Tomasz Ludyga i pracownicy Szpitala „Euromedic”*

*Z głębokim smutkiem przyjęliśmy
wiadomość o śmierci
naszego Kolegi i Przyjaciela*

śp. lek. dent.

Andrzeja Hanuszewskiego

*delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy
oddanego lekarza, prawego człowieka
i wielkiego humanisty,
miłośnika Kresów Wschodnich*

*Rodzinie i Najbliższym
składamy wyrazy
głębokiego współczucia*

*Janina Bić-Szudak
w imieniu Klubu Lekarza Seniora
Delegatury Bytomskiej Śląskiej Izby Lekarskiej*

*Jacek Kozakiewicz
Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej
w Katowicach*

IV OGÓLNOPOLSKI KONKURS FOTOGRAFICZNY DLA LEKARZY “OKIEM ESKULAPA”

Organizator: Śląska Izba Lekarska w Katowicach

Kategorie konkursu:

1. “Przyjaciele wśród nas”
2. “Fotomontaż”

Prace należy nadsyłać do dnia 31.08.2015 r. na adres:
Śląska Izba Lekarska
ul. Grażyńskiego 49a
40-126 Katowice

Regulamin konkursu na stronie internetowej:
www.izba-lekarska.org.pl

szukam pracy

Specjalista anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny bólu, z dobrą znajomością języka francuskiego, poszukuje pracy w Katowicach i okolicy; tel. 501 227 637 lub 505 052 666

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

Specjalista chorób oczu poszukuje pracy w lecznictwie ambulatoryjnym na terenie Katowic lub w okolicy; tel. 606 553 910

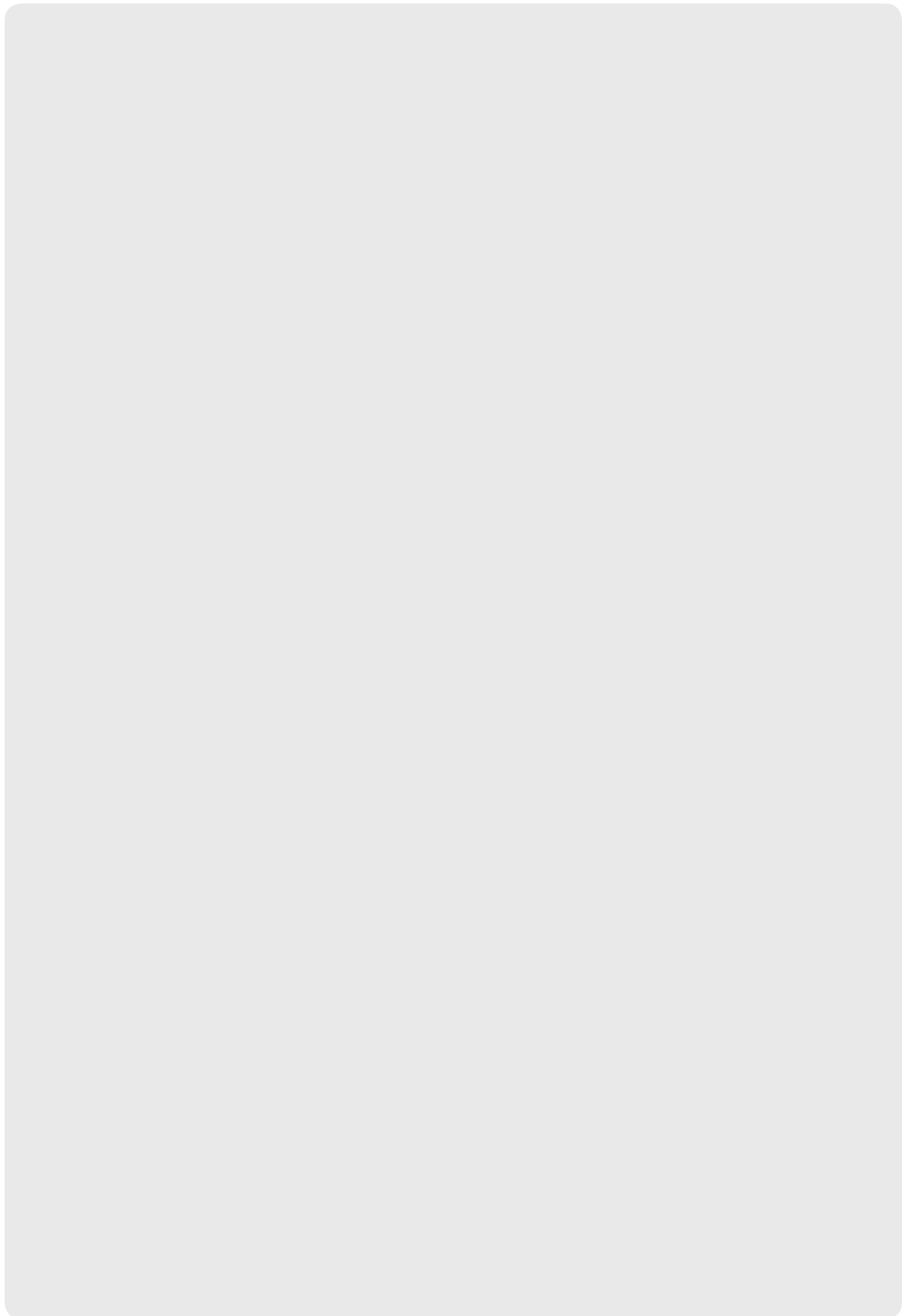
Lekarz stomatolog z 11-letnim stażem pracy w kraju i za granicą szuka pracy (NFZ + prywatnie) w okolicach Raciborza, Rybnika, Wodzisławia Śląskiego; tel. 519 375 605, e – mail: ar1973@interia.pl

Specjalista medycyny ratunkowej i chirurgii ogólnej szuka pracy na terenie woj. śląskiego i woj. ościennych; tel. 601 501 571

Stomatolog szuka pracy w Bytomiu i okolicach; tel. 697 098 713

Ogłoszenia

Ogłoszenia





UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



**Uprzejmie informujemy, że projekt Śląskiej Izby Lekarskiej „Pro Doctore – Projekt Wspierający Rozwój Kadr Medycznych w Województwie Śląskim” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego uzyskał pozytywną ocenę Komisji Oceny Projektów i na mocy uchwały Zarządu Województwa Śląskiego został przyjęty do realizacji. W ramach projektu w ciągu dwóch lat zorganizowanych zostanie 16 edycji kursów specjalizacyjnych „Zdrowie Publiczne”.
W kursach mogą uczestniczyć lekarze i lekarze dentyści zamieszkali, bądź zatrudnieni na terenie województwa śląskiego. Kursy są bezpłatne.
Projekt rozpoczął się 1 kwietnia 2013 r.**

Szczegółowe informacje są dostępne na stronie internetowej Śląskiej Izby Lekarskiej: www.izba-lekarska.org.pl/prodoctore

Reklama w Pro Medico:

Wypełniony druk zlecenia ogłoszenia/reklamy lub dodatku w formie wkładki prosimy przesłać faksem 32 60 44 257 lub e-mailem (b.blecharz@izba-lekarska.org.pl), następnie przesłać pocztą oryginał zlecenia na adres Śląskiej Izby Lekarskiej.

W przypadku, gdy zleceniodawca chce otrzymać kopię zlecenia podpisaną przez reprezentantów ŚIL, prosimy przesłać pocztą dwa egzemplarze wypełnionego zlecenia. Zlecenia ogłoszenia/reklamy lub dodatku w formie wkładki można również dokonać osobiście w siedzibie ŚIL (VI piętro) w godzinach pracy Izby.

Warunkiem zamieszczenia reklamy/ogłoszenia w piśmie jest dokonanie przedpłaty i przesłanie dowodu wpłaty na nr faxu 32 60 44 257. Bezpłatnie zamieszczane są ogłoszenia lekarzy i lekarzy dentyistów poszukujących pracy. Szczegóły i formularze: http://www.izba-lekarska.org.pl/268-zlecenia_reklamy



ProMedico

Wydawca: Śląska Izba Lekarska w Katowicach
Nakład 14 000 egzemplarzy. ISSN 1232-8693

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

Adres redakcji: „Pro Medico”, ul. Grażyńskiego 49a, 40-126 Katowice, tel. 32 60 44 260, fax 32 60 44 257,

e-mail: biuletyn@izba-lekarska.org.pl; www.izba-lekarska.org.pl

Opracowanie graficzne, skład i korekta: Wydawnictwo KA, Tarnowskie Góry, ul. Górnicza 12. Druk: Mikopol

Reklamy i ogłoszenia: Bogusława Blecharz. Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń i reklam.

Redakcja zastrzega sobie prawo redagowania i skracania tekstów. Data zamknięcia numeru: 10 lutego 2015 r.

Materiały prasowe do następnego numeru przyjmujemy do 10 marca 2015 r., reklamy – do 11 marca 2015 r.

Dla wszystkich lekarzy zrzeszonych w ŚIL w Katowicach pismo bezpłatne.

Okladka: Slalom gigant – II Narciarski Puchar Polski Lekarzy, Farmaceutów i Prawników; fot.: Patrycja Cieślar

Warszawa
ul. Sobieskiego 102 a
pokoje dwu- i trzyosobowe

dla gości hotelowych
niezwiązanych
z samorządem lekarskim
120 zł za dobę

dla lekarzy ŚIL niezalegających
z opłacaniem składek
zniżka 60 zł za dobę

dla lekarzy z innych izb i osób
związanych z samorządem
lekarskim
zniżka 40 zł za dobę

możliwość wystawienia faktury
dla podmiotu wykonującego
działalność leczniczą



Rezerwacje i opłaty w Śląskiej
Izbie Lekarskiej w Katowicach
przy ul. Grażyńskiego 49a
tel. 32 60 44 200; 32 60 44 254
fax. 32 60 44 257
pn., śr. 8.15-17.00
wt., czw., pt. 8.15-16.15
Konto: 43 1020 2313 0000 3102 0020 0246

UWAGA:
Istnieje możliwość skorzystania
z noclegu
(w miarę wolnych miejsc)
z pominięciem
wcześniejszej rezerwacji.
tel. 22 851 45 79 (repcja Hotelu)

Uprzejmie informujemy,
że recepcja Hotelu
jest czynna w godzinach
od 6.00 do 22.00.

Po godzinie 22.00
klucze można odebrać
w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej
przy ul. Sobieskiego 110
za okazaniem
dowodu wpłaty.



**FUNDACJA
LEKARZOM SENIOROM**

KRS 0000316367

Numer Konta:

19 1050 1214 1000 0023 3784 4878

A ILE SERC ZMIĘŚCI SIĘ W TWOIM SERCU ?

Bezpłatny program do rozliczenia podatku za rok 2014, z wpisaniem numerem KRS Fundacji,
można pobrać ze strony internetowej Śląskiej Izby Lekarskiej.