

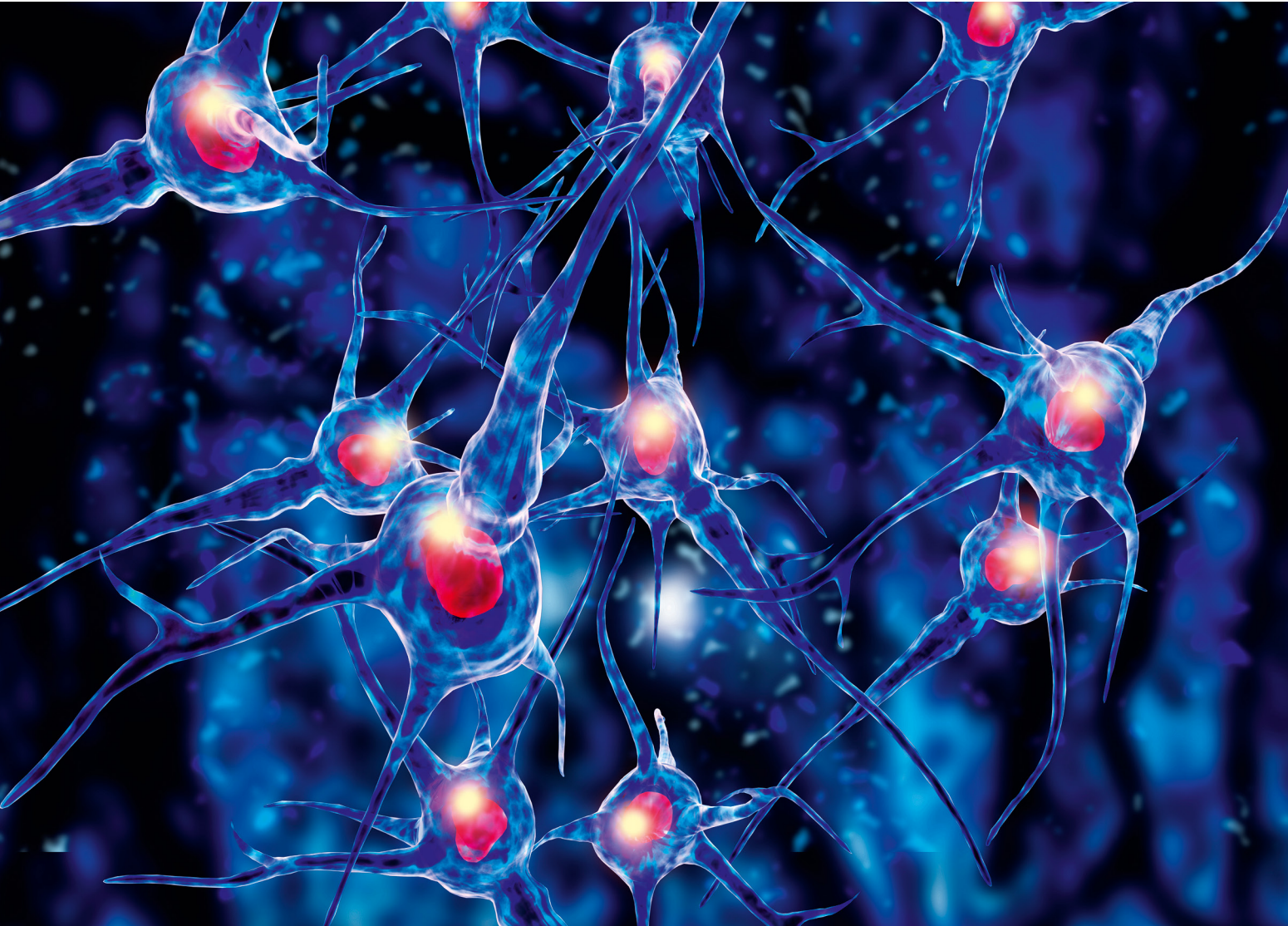


ProMedico

marzec 2017 nr 238

ISSN 1232-8693

PISMO ŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W KATOWICACH



Dlaczego interna jest potrzebna?

str. 12-13

▶ **30 lat
z ultradźwiękami**
str. 14-15

▶ **Geriatrya - jak łódka na
wzburzonym morzu**
str. 15-17

▶ **Jak zaistnieć w europejskich
towarzystwach medycznych**
str. 20-22



HOTEL PRO MEDICO

Warszawa
ul. Sobieskiego 102 a
pokoje dwu- i trzyosobowe

dla gości hotelowych
niezwiązanych
z samorządem lekarskim
120 zł za dobę

dla lekarzy ŚIL niezależających
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., wt., czw. 8.00-16.00

śr. 8.00-17.00; pt. 8.00-15.00

Konto: PKO BP SA III/O KATOWICE
28 1020 2313 0000 3102 0553 7941

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.



Z mojego punktu widzenia

8 kwietnia br. odbędzie się XXXVII Okręgowy Zjazd Lekarzy – najwyższa władza naszego samorządu lekarskiego. Mając świadomość rozlicznych obowiązków wielu z nas, przypominam o szczególnej odpowiedzialności tych, którzy zostali obdarzeni zaufaniem wyborców i uzyskali mandat delegata. Dziękuję za już przekazane uwagi i wnioski. Serdecznie zapraszam do udziału w obradach Koleżanki i Kolegów delegatów oraz wszystkich zainteresowanych, w przekonaniu, że dobra organizacja Zjazdu pozwoli na sprawną realizację założonego programu.

Okręgowa Rada Lekarska Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej w Toruniu w Stanowisku nr 2/2017 (podobnie jak wcześniej Prezydium Okręgowych Rad Lekarskich z Bielska-Białej, Częstochowy i Łodzi) wyraziła poparcie dla Stanowiska wypracowanego w Kliczkowie w ubiegłego roku podczas wspólnego posiedzenia Prezydium ORL w Katowicach, Krakowie, Łodzi, Rzeszowie i Wrocławiu, w którym wskazaliśmy na niezbędne założenia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Wspólnym głosem przypomnieliśmy raz jeszcze: „(...) Obecny poziom finansowania opieki zdrowotnej w Polsce zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu obywatela! Przedstawione propozycje zmian skutkować będą ograniczeniem dostępu do opieki zdrowotnej, zwłaszcza do opieki specjalistycznej dla pacjentów. Nie rozwiązują problemu nadmiaru czynności administracyjnych, zabierających czas przeznaczony dla pacjentów. Omijają najważniejsze problemy opieki stomatologicznej, również nad dziećmi”. Śląski samorząd lekarski po wielokroć upominał się w imieniu pacjentów oraz opiekujących się nimi lekarzy i lekarzy dentyistów o podjęcie działań, które powinny zagwarantować bezpieczeństwo chorym, ale propozycje koniecznych rozwiązań, nie tylko naszego samorządu, poparte m.in. badaniami i opiniami uznanych ekspertów, były przez decydentów od wielu lat konsekwentnie ignorowane. Okręgowa Rada Lekarska w Katowicach przyjęła 15 lutego br. Stanowisko, w którym wskazuje m.in., że dochowanie wierności złożonej przysiędze, potrzeba niesienia pomocy pacjentom, niedostateczna liczba lekarzy, ale także ich sytuacja ekonomiczna, wymusza na lekarzach podejmowanie pracy ponad siły. To może stanowić źródło zagrożenia bezpieczeństwa nie tylko dla chorych! Protestujemy też przeciw opóźnieniu podejmowania optymalnych w obecnych warunkach kro-

ków naprawczych systemu ochrony zdrowia w Polsce, domagając się realnego zwiększenia nakładów zdrowotnych oraz wprowadzenia rozwiązań w systemie ochrony zdrowia, uwzględniających postulaty zgłaszane przez środowisko lekarskie. Tymczasem, zgodnie z planami Ministerstwa Zdrowia, publiczne nakłady na ochronę zdrowia wzrosną do 6% PKB dopiero w 2025 r. Prawie dekada opóźnienia może być dla polskiej opieki zdrowotnej bardzo groźna.

Senat RP podjął uchwałę o ustanowieniu roku 2017 rokiem doktora Władysława Biegańskiego, wybitnego lekarza, naukowca, filozofa i etyka, pedagoga i społecznika, współtwórcy deontologii lekarskiej i logiki medycyny. Jako filozof jest uznawany za jednego z najwybitniejszych przedstawicieli polskiej szkoły filozoficzno-lekarskiej, jego dzieło z 1899 r. „Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej” nie straciło na aktualności, a zawarte w nim myśli są zaskakująco trafne i powinny być stale przypomniane. Nasza Izba włączyła się w obchody stulecia śmierci Doktora, które odbędą się 6-8 kwietnia w Częstochowie. „Gdyby ktoś mnie zapytał, jakie cnoty uważam za najważniejsze dla lekarza, odpowiedziałbym bez wahania: ludzkość, sumienność i stanowczość” – pisał dr Biegański. I chyba najbardziej znany cytat: „Nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem”.

Na koniec refleksja. Nie chciałbym, żeby została odebrana jako próba obrony czynów sprzecznych z prawem, bo lekarze, którzy popełnili przestępstwo, tak jak inni obywatele, muszą ponieść karę. Samorząd lekarski wiele razy podkreślał, że chcemy być oceniani rzetelnie i sprawiedliwie. Kiedy jednak czytam najpierw o wypuszczeniu z więzień wielokrotnych morderców, o karach w zawieszeniu dla dilerów narkotykowych itd., a potem o tym, że za przyjmowanie korzyści materialnych (15 tys. zł przez 11 lat) pod koniec ubiegłego roku sąd prawomocnym wyrokiem skazał lekarza na blisko trzy lata więzienia, zastanawia mnie społeczny wymiar tej kary. Jaką wartość resocjalizacyjną ma mieć zamykanie takiego lekarza za kratami?

W numerze:

Z mojego punktu widzenia	1
Od redakcji	2
Działo się niemało	3-6
II Kongres Wyzwań Zdrowotnych	7
Z teki rzecznika	8
Prawo medyczne	9-10
Kursy i konferencje	10-11
Dlaczego interna jest potrzebna?	12-13
30 lat z ultradźwiękami – rozmowa z dr. Markiem Potempą	14-15
Geriatrya. Łódka na wzburzonym morzu	15-17
Onkologia. Projekt GLIOMED	17-18
Onkologia. Raport dekady 2005-2015	18

Etyka i prawo. Głos w dyskusji środowiskowej	19-20
Europejskie towarzystwa medyczne	20-22
Historyczne dokumenty w ŚIL	22-23
Quo vadis, medycyno pracy?	23-24
„Pro Medico” postscriptum: Literatura.	25-27
„Budyn” – opowiadanie dr. Zbigniewa Mazura	
Galeria „Pro Medico”. Notatki z podróży, Nowa Zelandia	27-28
Medyczne ślady	29-30
Medycyna jest kobietą	30-31
Sport	31-32
Wspomnienia, nekrologi	33-35
Ogłoszenia, reklamy	35-36

Śląska Izba Lekarska

Biuro czynne jest w poniedziałki, wtorki i czwartki od 8.00 do 16.00, w środy od 8.00 do 17.00, a w piątki od 8.00 do 15.00

- ▶ **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 44 262** – Redakcja pisma „Pro Medico”
biuletyn@izba-lekarska.org.pl
- ▶ **32 60 44 260** – Dział Informacyjno-prasowy
mediasil@izba-lekarska.org.pl
Rzecznik prasowy:
a.vdc@izba-lekarska.org.pl
- ▶ **32 60 44 262** – Ogłoszenia i reklamy w „Pro Medico”
biuletyn@izba-lekarska.org.pl
- ▶ **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
w Katowicach
uprzejmię informuje, że**

XXXVII Okręgowy Zjazd Lekarzy

odbędzie się

**8 kwietnia 2017 r.
w Domu Lekarza w Katowicach,
ul. Grażyńskiego 49a**

**Początek obrad
o godz. 9.00**

„Nie istnieją reguły opisujące dobrą fotografię, są tylko dobre fotografie” – podkreśla **Ansel Adams**, znany amerykański fotografik, pianista z wykształcenia i autor wielu podręczników o sztuce robienia zdjęć. Wszystkim Czytelnikom uwieczniającym świat w obiektywie, życzymy samych dobrych fotografii i serdecznie zapraszamy do udziału w kolejnej edycji naszego konkursu!

V Ogólnopolski Konkurs Fotograficzny Lekarzy "Okielem Eskulapa"

Zapraszamy lekarzy i lekarzy dentystów do udziału w konkursie fotograficznym organizowanym przez Śląską Izbę Lekarską w Katowicach.

Tegoroczne tematy konkursu:

- 1) **Nasze dzieci**
- 2) **Architektura szpitali**
- 3) **Pies-mój przyjaciel**

Prace prosimy przysyłać do 30.09.2017r. na adres:

**Śląska Izba Lekarska
ul. Grażyńskiego 49a 40-126 Katowice
z dopiskiem "Konkurs Fotograficzny".**

Finał konkursu odbędzie się w Domu Lekarza w Katowicach w dniu 14.10.2017r. (sobota) o godzinie 14.00. Szczegóły konkursu na stronie internetowej ŚIL www.izba-lekarska.org.pl.



Działo się niemało...

► ROK 2017 – ROKIEM DOKTORA WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO

W Częstochowie trwają ostatnie przygotowania do uroczystych obchodów 100-lecia śmierci i Roku Biegańskiego. Wiceprzewodniczącym Komitetu Organizacyjnego jest prezes ORL Jacek Kozakiewicz, a współorganizatorem tego wydarzenia Śląska Izba Lekarska. W Komitecie Organizacyjnym są także inni członkowie ŚIL: prof. Grzegorz Opala, dr n. med. Krzysztof Brożek, dr Stanisław Mysiak.

Władysław Biegański był wielkim lekarzem, naukowcem, filozofem, etykiem, pedagogiem i społecznikiem, żył na przełomie XIX i XX wieku (1857-1917). Zajmował się niemal wszystkimi dziedzinami medycyny, szczególnie chorobami zakaźnymi, diagnostyką chorób i logiką w medycynie. 1 lutego 2017 r. w Senacie RP otwarto wystawę „Doktor Władysław Biegański – życie i dzie-

ło. W stulecie śmierci”, która zainaugurowała obchody 100-lecia śmierci współtwórcy deontologii lekarskiej. Senat ustanowił rok 2017 Rokiem Władysława Biegańskiego. Na ekspozycję, przygotowaną przez Muzeum Częstochowskie we współpracy z Towarzystwem Lekarskim Częstochowskim, składają się fotografie ilustrujące życie prywatne i działalność Władysława Biegańskiego, fragmenty jego rękopisów, wybrane publikacje książkowe z zakresu medycyny i filozofii, a także myśli i aforyzmy zebrane w zbiorze opublikowanym w 1899 r. Główne uroczystości związane z obchodami 100-lecia śmierci i Roku Biegańskiego odbędą się w Częstochowie 6-8 kwietnia 2017 roku. Szczegółowy program uroczystości znajduje się na stronie internetowej www.rokbieganskiego.pl i na Facebooku www.facebook.com/rokbieganskiego. ●

► TO DZIECINNIE PROSTE

Krótkie, jasne polecenia, prosta forma graficzna i budząca sympatię postać – tak trzeba uczyć dzieci zasad udzielania pierwszej pomocy. Do szkół i przedszkoli w województwie śląskim trafiają właśnie specjalne plakaty, które mają być załącznikiem edukacji w tym zakresie.

Trzylatek z Łodzi zadzwonił pod numer alarmowy i poinformował, że jego mama źle się czuje. Policjantom udało się ustalić adres i pogotowie udzieliło pomocy jego nieprzytomnej, chorej na cukrzycę matce – to historia sprzed kilku lat. Wszystkie media pokazały wtedy małego bohatera, który w obliczu zagrożenia zdrowia i życia swojej mamy wiedział, jak się zachować. Posiadanie takiej wiedzy już od najmłodszych lat powinno być normą. Dlatego ŚIL, wraz ze Śląskim Urzędem Wojewódzkim, Śląskim Kuratorium Oświaty i Wojewódzkim Pogotowiem Ratunkowym w Katowicach, przygotowała specjalną edycję plakatu dla dzieci, z wytycznymi dotyczącymi pierwszej pomocy. Ponad siedem tysięcy plakatów jest do pobrania przez dyrektorów szkół i przedszkoli w delegaturach Śląskiego Kuratorium Oświaty. Pierwsze z nich już trafiły do placówek oświatowych w województwie śląskim.

W przejrzysty i graficznie przystępny sposób, prostym językiem, przekazywane są informacje, jak należy zachować się w przypadku zagrożenia zdrowia i życia.

– Z danych statystycznych wynika, że tylko co czwarta osoba podejmuje się udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia. Jesteśmy świadomi, że nie bierze się to z obojętności Polaków, choć takie przykłady pewnie się zdarzają, ale najczęściej ze strachu przed tym, że coś mogą zrobić źle. Dlatego już najmłodszych musimy dosłownie bombardować tą wiedzą, żeby, jeśli znajdą się w tak trudnej sytuacji, wiedzieli, jak mają się zachować, żeby nie sparaliżował ich strach – mówił prezes ORL Jacek Kozakiewicz.

Prof. Krystyn Sosada, specjalista medycyny ratunkowej, podkreśla, że już sam telefon pod numer 112 jest udzieleniem pierwszej pomocy, ale idealnie byłoby, gdyby na tym nie poprzestać:

– Statystki mówią, że jeżeli świadek zdarzenia podejmie się wykonania uciśnięć klatki piersiowej i sztucznego oddychania – można uratować co drugą osobę – dodaje.

Śląskiej Izbie Lekarskiej zależało, by plakat był zrozumiały dla jak najmłodszych, niektórych pojęć jednak nie można było usunąć ze względu na wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji.

– Na etapie tworzenia tych treści naszymi recenzentami były dzieci pracowników Izby. To one wybrały kolorystykę i dawały nam informacje, czy idziemy w dobrym kierunku – dodaje prezes Kozakiewicz.

ZASADY UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY
U OSÓB DOROSŁYCH W STANIE ZAGROŻENIA ŻYCIA

CO SIĘ STAŁO?
POSTARAJ SIĘ ZAPEWNIĆ BEZPIECZEŃSTWO NA MIEJSCU ZDARZENIA

SPRAWDŹ CZY POSZKODOWANY REAGUJE:
Potrzyjmy za barki, zaprzyj „co się stało?”
→ *poszkodowany reaguje*
→ Nie ruszaj poszkodowanego
WEZWIJ POMOC ZADZWOŃ POD NUMER 112

poszkodowany nie reaguje
→ Ułóż poszkodowanego w pozycji bocznej bezpiecznej
WEZWIJ POMOC ZADZWOŃ POD NUMER 112

ODCHYL GŁOWĘ POSZKODOWANEGO DO TYŁU I SPRAWDŹ CZY ODDYCHA
Patrz na klatkę piersiową, słuchając i wyczuwając oddech (poświęć temu maksymalnie 10 sekund)
→ *jest oddech*
WEZWIJ POMOC ZADZWOŃ POD NUMER 112

brak oddechu
→ **JEŻELI NIE ODDYCHA ZADZWOŃ POD NUMER 112**
WYZNACZ TEŻ OSOBĘ DO POMOCY I PRZYNIENIENIA DEFIBRYLATORA (AED), JEŚLI ZNAJDUJE SIĘ W POKLIŹU

UCISKAJ NA ŚRODKU KŁATKĘ PIERSIOWĄ
30 razy (szybko, w tempie 100-120 uciśnięć na minutę) **naprzemiennie z 2 oddechami** (metoda „usta-usta”, zaciskając nos)

GDY TYLKO TO MOŻLIWE, JAK NAJSZYBCIEJ UŻYJ DEFIBRYLATORA (AED)
1. Włącz urządzenie
2. Naklej elektrody zgodnie z instrukcją
3. Dopilnuj, by nikt nie dotykał poszkodowanego
4. Wykonaj defibrylację, jeśli urządzenie Ci to zaleci

KONTYNUUJ UCISKANIE KŁATKI PIERSIOWEJ NAPRZEMIENNIE Z ODDYCHANIA (30-2-30-2-30...) DO CZASU:
• Przecięcia poszkodowanego przez zespół ratownictwa medycznego
• Pojawienia się widocznych oznak życia (powrócił oddech)
• Wyczerpania Twoich sił

Według wytycznych ERC z 2015 roku

Plakaty dla dzieci o pierwszej pomocy wpisują się w akcję ŚIL „Nie żyj złudzeniami – zdrowie jest najważniejsze”. To inicjatywa, w której dementowane są mity i przekazywana jest społeczeństwu rzetelna wiedza na temat wybranych zagadnień medycznych. Jej wcześniejsze odsłony dotyczyły wszechobecnej suplementacji diety i lawinowo rosnącej w Polsce liczby cięć cesarskich. ●

▶ Z CZŁONKIEM ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO O ŚLĄSKIM FORUM

5 stycznia 2017 r.

Prezes ORL **Jacek Kozakiewicz** spotkał się z członkiem Zarządu Województwa Śląskiego **Henrykiem Mercikiem**. Rozmowa dotyczyła powołania i działalności Śląskiego Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego oraz planów powstania Muzeum Historii Medycyny i Farmacji. Przeanalizowano pomysł nowej lokalizacji tej instytucji w Rybniku. ●

▶ MEDIACJE ZAKOŃCZONE SUKCESEM

12 stycznia 2017 r.

O problemach na linii starosta tarnogórski – Zarząd Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego im. B. Hagera w Tarnowskich Górach informowaliśmy już w grudniowo-styczniowym wydaniu „Pro Medico”. Pisaliśmy też o mediacjach, w które na prośbę lekarzy i innych przedstawicieli grup pracowniczych włączył się prezes **Jacek Kozakiewicz**. 3 stycznia 2017 r. starosta tarnogórski wystosował pismo do prezesa ORL w Katowicach, w którym podziękował za zaangażowanie w rozmowy z pracownikami szpitala. Starosta w liście uznał, że zarówno lekarze, jak i władze powiatu tarnogórskiego, z troską pochylają się nad sytuacją szpitala. W piśmie zapewnił, że polityka powiatu dotycząca szpitala zmierza nie tylko do zabezpieczenia finansowego tej placówki leczniczej, ale także do zapewnienia osobom w niej zatrudnionym godnych warunków pracy. Ponadto 12 stycznia 2017 r. odbyło się w tej sprawie kolejne spotkanie Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego przy Śląskim Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach, ponownie bez udziału starosty, pomimo wcześniejszego zaproszenia. Na podstawie pisma starosty, które zostało odczytane na spotkaniu przez prezesa Kozakiewicza, Wojewódzka Komisja Dialogu Społecznego zawiesiła swoje postępowanie. Zawieszenie tej sprawy oznacza, że strony będą bacznie przyglądać się realizacji złożonych deklaracji, a gdy sytuacja będzie tego wymagać, postępowanie zostanie wznowione. ●

▶ BENEFIS PROF. JERZEGO WOY-WOJCIECHOWSKIEGO

15 stycznia 2017 r.



Prof. J. Woy-Wojciechowski przyjmuje życzenia i gratulacje od prezesa J. Kozakiewicza.

Prezes ORL **Jacek Kozakiewicz** uczestniczył w benefisie prof. **Jerzego Woy-Wojciechowskiego** pod honorowym patronatem prof. **Waldemara Kostewicza** – prezesa Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, który odbył się 15 stycznia 2017 r. w Warszawie. W imieniu lekarzy i lekarzy dentyków, członków ŚIL,

przewodniczącego Oddziału Śląskiego PTL dr. n. med. **Jerzego Dosiaka** oraz własnym, prezes złożył Profesorowi szczere wyrazy podziękowania i uznania za przepracowanie wielu lat w trudnym i odpowiedzialnym zawodzie lekarza. Podziękował także za wieloletnie przewodniczenie Polskiemu Towarzystwu Lekarskiemu i bezcenne wsparcie podczas odradzania się polskiego samorządu lekarskiego. Nie bez znaczenia są dokonania Profesora w dziedzinie kultury. Obchodzimy przecież 65-lecie *Teatryku Piosenki Lekarzy Eskulap*, którego był założycielem. Jego dorobek artystyczny to ponad 200 skomponowanych utworów, z których znaczna część to wielkie przeboje. Profesor Woy-Wojciechowski to kompozytor, pianista, społecznik i przede wszystkim lekarz, któremu udało się połączyć dwie życiowe pasje: muzykę i medycynę. Jak się okazuje, można być wspaniałym lekarzem i wspaniałym pianistą. W jednym z wywiadów profesor podkreślił: „Najtańszym lekiem, jaki możesz ofiarować drugiemu człowiekowi, jest życzliwość”. ●

▶ PRZED NAMI KONGRES WYZWAŃ ZDROWOTNYCH

12 stycznia 2017 r.



Kongres to forum dla ważnej debaty o kluczowych problemach ochrony zdrowia.

Rozpoczęło się odliczanie przed II Kongresem Wyzwań Zdrowotnych (Health Challenges Congress – HCC, 9-11 marca 2017 r.). Podczas pierwszych dwóch dni Kongresu zaplanowano 60 sesji panelowych, debat i prezentacji, w których udział weźmie 250 prelegentów i ok. 3 tys. gości. Ostatni z kongresowych dni to Śląski Dzień Zdrowia otwarty dla mieszkańców regionu. 16 stycznia 2017 r. specjaliści zaangażowani w prace Rady Naukowej II Kongresu Wyzwań Zdrowotnych i tworzenie jego programu zapraszali na wybrane sesje. Prezes ORL **Jacek Kozakiewicz** podczas tegorocznego HCC będzie brał udział w czterech sesjach tematycznych: zabierze głos w formie krótkiego wystąpienia podczas sesji plenarnej, inaugurującej Kongres HCC – „*Prawie okrągły stół, czyli od czego zależy punkt widzenia. Główne zmiany w polskim systemie ochrony zdrowia i ich przewidywane skutki*” (9 marca 2017 r., godz. 9.00-11.30), będzie uczestniczył w dyskusji „*Edukacyjny okrągły stół*”, która jest kontynuacją debaty z XII Forum Rynku Zdrowia (9 marca 2017 r., godz. 12.00-13.30), weźmie udział w debacie „*Szanowny Pacjencie – suplement diety to nie lek*” (9 marca 2017 r., godz. 14.15-15.45) i zabierze głos w debacie dotyczącej transkulturowości w medycynie (9 marca 2017 r., godz. 16.15-17.30). Więcej informacji na stronie 7. ●

▶ „NIE ŻYJE SIĘ, NIE KOCHA, NIE UMIERA NA PRÓBĘ”

19-21 stycznia 2017 r.

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej miało zaszczyt gościć w Częstochowie najlepszych praktyków i specjalistów z zakresu opieki i medycyny paliatywnej, pielęgniarstwa, psychoonkologii, leczenia bólu, ran i żywienia na XXI Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospi- ▶▶▶

►►► cyjnych. Konferencja, której motto były słowa Jana Pawła II „*Nie żyje się, nie kocha, nie umiera na próbę*” odbyła się 19-21 stycznia w Centrum Kongresowym Akademii Polonijnej w Częstochowie.



Fot.: PTWP

Opieka paliatywna i ruch hospicyjny były tematami częstochowskiej Konferencji.

Jak w poprzednich latach, uczestniczył w niej również prezes Kozakiewicz, który w swoim wystąpieniu przypomniał, że jesteśmy w przededniu uroczystości związanych z setną rocznicą śmierci prof. Władysława Biegańskiego. Podkreślił, że postawa Profesora powinna być inspiracją i doskonałym przykładem dla wszystkich zajmujących się opieką paliatywną w Polsce. Prezes podziękował także wszystkim wolontariuszom i pracownikom za wspieranie lekarzy w niesieniu pomocy i towarzyszenie choremu w niełatwej życiowej próbie. Dodał, że ruchy hospicyjne pełnią bardzo istotną rolę, są dla wielu szansą na godną śmierć. ●

► SPOTKANIE NOWOROCZNE W WARSZAWIE

20 stycznia 2017 r.

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie po raz pierwszy zorganizowała spotkanie noworoczne środowiska medycznego i menedżerów służby zdrowia. Jak powiedział w swoim wystąpieniu prezes ORL w Warszawie **Andrzej Sawoni**, spotkanie to ma się stać dobrą doroczną tradycją. Wśród gości obecnych na spotkaniu noworocznym OIL w Warszawie, oprócz licznych szefów szpitali, klinik, placówek służby zdrowia i edukacji medycznej, menedżerów i konsultantów w różnych dziedzinach medycyny, byli m.in. wiceminister zdrowia **Jarosław Pinkas**, dyrektor Wydziału Zdrowia Mazowieckiego UW **Elżbieta Nawrocka**, prof. dr hab. n. med. **Barbara Górnicka**, prorektor ds. studenckich i kształcenia Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, wieloletni rektor Akademii Medycznej w Warszawie prof. **Tadeusz Stanisław Tołoczko**, prof. **Marek Krawczyk**, wieloletni rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i prezes Śląskiej Izby Lekarskiej. ●

► DYSKUSJE O REFORMIE...

25 stycznia 2017 r.

Prezes ORL **Jacek Kozakiewicz** spotkał się z **Jadwigą Rudnicką** (posłanką na Sejm I kadencji i senator VI kadencji, prezes Fundacji na rzecz Hospicjum w Gliwicach, wiceprzewodniczącą Śląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Walki z Rakiem). Podczas rozmowy poruszono temat reformy w ochronie zdrowia, przygotowywanej przez ministra zdrowia **Konstantego Radziwiłła**, w aspekcie potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego. Prezes przedstawił także stanowisko pięciu Prezydentów Okręgowych Rad Lekarskich podpisane 19 listopada 2016 r. w Kliczkowie, w którym podkreślono m.in., że podstawowym problemem opieki zdrowotnej w Polsce jest jej wieloletnie niedofinansowanie. ●

► JUBILEUSZ 25-LECIA INTER

27 stycznia 2017 r.

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska SA, ściśle współpracujące ze Śląską Izbą Lekarską, obchodziło jubileusz 25-lecia działalności na rynku polskim. W hotelu Marriott odbyła się uroczysta gala, na którą zaproszono przedstawicieli samorządów lekarskich i pielęgniarstkich, stowarzyszeń medycznych, agentów i brokerów oraz pracowników i współpracowników firmy. Od 2010 r. INTER ma swoją siedzibę w Domu Lekarza w Katowicach. Jubileusz był okazją do podsumowań, refleksji i wspomnień, które towarzyszyły zwłaszcza wieloletnim pracownikom firmy. Prezes Zarządu TU INTER Polska S.A. **Janusz Szulik**, z dumą mówił o wiodącej pozycji INTER w branży ubezpieczeń dla rynku ochrony zdrowia, o nowoczesnej i dynamicznej firmie, której ma zaszczyt przewodzić. Stabilny i rentowny rozwój INTER to dowód na dobrze obraną strategię na rynku ubezpieczeniowym oraz jej skuteczną realizację.

W trakcie wieczoru nie zabrakło podziękowań i wzruszeń, które potwierdzały mocne relacje firmy z partnerami biznesowymi. Oferta INTER to przede wszystkim ubezpieczenia medyczne, zdrowotne, majątkowe oraz ubezpieczenia na życie, skierowane zarówno do klienta indywidualnego, jak i do firm. ●

► NOWATORSKIE SPOJRZENIE NA ZDOBYCZE MEDYCyny

31 stycznia 2017 r.

Prezes ORL **Jacek Kozakiewicz** spotkał się ze **Sławomirem Mazanem**, dyrektorem firmy Adventure Multimedialne Muzea. Firma na zlecenie władz Rybnika zajmuje się przygotowaniem koncepcji edukatorium przyrodniczego im. dr. J. Rogera w budynkach kompleksu szpitalnego „Juliusz” w Rybniku. W sąsiednim budynku ma zostać stworzone Muzeum Historii Medycyny i Farmacji. Adventure specjalizuje się w projektowaniu i tworzeniu ekspozycji muzealnych oraz centrów nauki. Spotkanie dotyczyło spójności obu koncepcji: etapów prac, począwszy od stworzenia scenariusza zwiedzania, scenografii, poprzez opracowanie projektu wykonawczego i realizację wystawy. Tematem było też zachowanie równowagi pomiędzy innowacjami multimedialnymi a klasycznymi rozwiązaniami ekspozycyjnymi oraz edukacyjnym i rozrywkowym charakterem przedsięwzięcia. ●

► Z METROPOLITĄ KATOWICKIM ARCYBISKUPEM WIKTOREM SKWORCEM O ŚLĄSKIM FORUM SAMORZĄDÓW ZAWODÓW ZAUFANIA PUBLICZNEGO

31 stycznia 2017 r.



Fot.: Wojciech Koszowski

Abp. Wiktor Skworec mówił o potrzebach i wyzwaniach współczesnych czasów.



Już po raz 28 gościł w Okręgowej Izbie Adwokackiej w Katowicach, na spotkaniu noworocznym, Metropolita Katowicki Jego Ekscelencja ksiądz arcybiskup **Wiktor Skworec**. Na spotkanie przybyli liczni goście, m.in. biskup Diecezji Opolskiej **Andrzej Czaja**, prezes Naczelnej Rady Adwokackiej adw. **Jacek Trela**, prezes Wyższego Sądu Dyscyplinarnego NRA adw. **Jacek Ziobrowski**, dziekan ORA w Opolu adw. **Marian Jagielski** oraz prezes zaprzyjaźnionej Śląskiej Izby Lekarskiej, przewodniczący Śląskiego Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego dr **Jacek Kozakiewicz**. Spotkanie miało rodzinny charakter, obecni byli na nim adwokaci wszystkich pokoleń. Stało się dobrą okazją do wymiany poglądów i refleksji u progu nowego roku oraz do spojrzenia wstecz na to, co zmieniło się od ostatniego spotkania noworocznego. Prezes Trela wspominał o adwokackiej pomocy dla mieszkańców Aleppo.

Biskup Andrzej Czaja nawiązał do zmian granic administracyjnych Opola i pięknie mówił o zrozumieniu i wzajemnym szacunku. Prezes Jacek Kozakiewicz, w nawiązaniu do działalności Śląskiego Forum, mówił o misji zawodu adwokata i lekarza. Jego Ekscelencja zaś o przyszłości naszej Śląskiej Metropolii, o potrzebach i wyzwaniach dzisiejszych czasów oraz o znaczeniu gestu pomocy. ●

► NIE DOPUSZCZAJĄC DO ZAPOMNIENIA

1 lutego 2017 r.

Prezes ORL **Jacek Kozakiewicz** odbył spotkanie z prof. **Grzegorzem Opalą**, przewodniczącym Stowarzyszenia „Solidarność i Pamięć”. W jego trakcie rozmawiano na temat filmu „Samarytanie”, który na zlecenie ŚIL został wyprodukowany z okazji obchodów 35. rocznicy pacyfikacji kopalni „Wujek”. Mówiono też m.in. o zadaniach na najbliższe miesiące. ŚIL planuje stworzenie kolejnego filmu, tym razem o wydarzeniach z 15 grudnia 1981 r. w Jastrzębiu-Zdroju. Kopalnia „Manifest Lipcowy” w Jastrzębiu-Zdroju była pierwszym zakładem, w którym do strajkujących przeciwko wprowadzeniu stanu wojennego górników funkcjonariusze ZOMO strzelali z broni palnej. Rannych zostało czterech górników, piątego pracownika kopalni zomowcy pobili do nieprzytomności. Niemalą rolę odegrali w tych wydarzeniach lekarze, którzy przyjechali na teren kopalni bez wezwania i, nie zważając na zagrożenie, udzielili pomocy rannym górnikom, zabierając ich z terenu kopalni do szpitala. **Wszystkich lekarzy, którzy byli świadkami tych wydarzeń, prosimy o kontakt ze Śląską Izbą Lekarską, z Działem Informacyjno-Prasowym 32 60 44 261.**

► KOLEJNY KURS Z MEDYCYNY RATUNKOWEJ DOBIEGŁ KOŃCA

3 lutego 2017 r.



Fot.: Alicja van der Coghren

Prezes ORL **Jacek Kozakiewicz** wziął udział w zakończeniu piątej edycji kursu specjalizacyjnego z ratownictwa medycznego. Cztery poprzednie odbyły się w drugiej połowie 2016 r. W ich trakcie wyszkolonych zostało 107 lekarzy. W związku z dużym zainteresowaniem i zapotrzebowaniem Śląska Izba Lekarska zdecydowała się na realizację kolejnych edycji tego kursu w roku 2017 r.

I Termin: 30.01-3.02.2017

II Termin: 20-24.2.2017

III Termin: 20-24.03.2017

IV Termin: 3-7.04.2017

V Termin: 15- 9.05.2017

VI Termin: 29.05- 2.06.2017

Kadra naukowa:

1. prof. dr hab. n. med. **Krystyn Sosada** – kierownik naukowy
2. dr n. med. **Wojciech Żurawiński**
3. lek. **Janusz Michalak** – koordynator kursów z RKO i stanów nagłych w ŚIL
4. dr n. med. **Wojciech Rychlik**
5. dr n. med. **Anna Duława**
6. lek. **Jadwiga Siemek-Mitela**
7. lek. **Andrzej Bulandra**.

W każdym kursie może wziąć udział 25 lekarzy. ●

Alicja van der Coghren

Komunikaty

Walne Zebranie Oddziału Śląskiego Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy

odbędzie się

29 marca 2017 r. o godzinie 14.00

w Instytucji Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, ul. Kościelna 13.

W programie m.in. sprawozdanie Zarządu Oddziału i Komisji Rewizyjnej, wybór nowych władz Oddziału oraz delegatów na Walne Zgromadzenie Delegatów.

Szczegółowy program znajduje się na stronie IMPiZS w zakładce „Medycyna pracy”

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

15 marca 2017 o godz. 12.00 w siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej
odbędzie się
konferencja szkoleniowa

Pylica płuc górników kopalń węgla kamiennego w optyce lekarza klinicysty, lekarza orzecznika oraz specjalisty ds. profilaktyki technicznej

Konferencja jest realizowana w ramach projektu nr I.P.22 w ramach II Etapu Programu Wieloletniego ustanowionej uchwałą nr 126/2013 Rady Ministrów z 16.07.2013 (kierownik dr n. med. P. Brewczyński).
W programie m.in.: aspekty epidemiologiczne; diagnostyka; orzecznictwo w aspekcie m.in. Kodeksu pracy i ustawy o emeryturach i rentach z FUS; klasyfikacja pylic; profilaktyka techniczna pylic.

Przewodniczący Oddziału Śląskiego PTMP
Przew. Zespołu ds. orzekania i opiniowania sądowo-lekarskiego w sprawach cywilnych oraz pracy i ubezpieczeń społecznych
ORL w Katowicach
dr n. med. **Ryszard Szozda**

II Kongres Wyzwań Zdrowotnych

II Kongres Wyzwań Zdrowotnych (Health Challenges Congress – HCC) organizowany pod hasłem „Znacznie więcej niż medycyna” odbędzie się 9-11 marca 2017 r. w Międzynarodowym Centrum Kongresowym w Katowicach. Ostatni z kongresowych dni to otwarty Śląski Dzień Zdrowia dla mieszkańców regionu.

► MIEJSCE WIELODyscyPLINARNYCH DEBAT

– Kongres Wyzwań Zdrowotnych przygotowujemy już po raz drugi, z myślą o wszystkich środowiskach, których aktywność przyczynia się do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa – nie tylko z medycznego punktu widzenia, ale też w kontekście szeroko rozumianych działań zapobiegawczych, profilaktyki, edukacji, finansowania i organizacji świadczeń zdrowotnych oraz całej gospodarki – mówi **Wojciech Kuśpiak**, prezes Grupy PTWP, inicjator Kongresu, wydawca m.in. miesięcznika i portalu Rynek Zdrowia. II Kongres Wyzwań Zdrowotnych będzie miejscem wielu interdyscyplinarnych debat, m.in. z udziałem przedstawicieli różnych dziedzin medycyny, pielęgniarek i innych zawodów medycznych, polityków, menedżerów zarządzających placówkami medycznymi, pacjentów, prawników, ekspertów rynku medycznego, dostawców współpracujących z sektorem ochrony zdrowia. Jednym z ważniejszych celów Kongresu jest budowanie szerokiego porozumienia umożliwiającego skuteczne podjęcie zawartych w nazwie wydarzenia wyzwań zdrowotnych XXI wieku – wynikających zarówno z epidemiologii poszczególnych chorób, jak i m.in.: demografii, ekonomii, uwarunkowań finansowych, politycznych oraz społecznych.

► SPECJALIŚCI ZAPRASZAJĄ

Podczas styczniowego posiedzenia Rady Naukowej II Kongresu Wyzwań Zdrowotnych wybitni specjaliści z różnych dziedzin medycyny wraz z organizatorami omawiali ostateczny kształt programu Kongresu. Prof. **Lech Poloński** z III Katedry i Oddziału Klinicznego-SUM, uczestniczący w pracach Rady, zwrócił uwagę na tematykę sesji dotyczącej wpływu zanieczyszczenia powietrza na powstawanie chorób układu krążenia.

– Badanie przeprowadzone na bardzo dużej populacji kilkuset tysięcy pacjentów kardiologicznych pokazało, że incydenty sercowo-naczyniowe korelują z poziomem zanieczyszczenia powietrza. Udokumentowaliśmy jego związek z napadami migotania przedsionków, można też dostrzec trendy zwiększonej zapadalności na zawały serca i udary mózgu.

Dr **Maciej Hamankiewicz**, prezes NRL, zasiadający w Radzie Naukowej Kongresu zapraszał na sesję poświęconą etyce lekarskiej. – Dobry lekarz, to dobry człowiek – przywołał cytat pioniera polskiej medycyny dr. Władysława Biegańskiego, dodając, że dzisiaj lekarze kierują się w swoich działaniach Kodeksem Etyki Lekarskiej. Ów Kodeks może być – co paradoksalne – stawiany w opozycji do prawa, stąd potrzeba dyskusji.

– Lekarz staje przed wyborem: czy przestrzegać Kodeksu Etyki Lekarskiej i odpowiadać przed wymiarem sprawiedliwości za nieprzestrzeganie polskiego prawa, czy odwrotnie – przestrzegać prawa, ale wówczas będąc narażonym na pełną odpowiedzialność etyczną w zakresie

Pierwsza edycja Kongresu Wyzwań Zdrowotnych (Health Challenges Congress – HCC) odbyła się 18-20 lutego 2016 r. w Międzynarodowym Centrum Kongresowym w Katowicach. Wydarzenie zgromadziło ponad 2 tys. osób – przedstawicieli niemal wszystkich środowisk związanych z szeroko rozumianą ochroną zdrowia. Odbyło się ponad 60 sesji z udziałem 250 prelegentów. Gośćmi HCC byli m.in. Vytenis Andriukaitis, unijny komisarz ds. zdrowia i bezpieczeństwa żywności oraz Konstancy Radziwiłł, minister zdrowia RP. W ocenie uczestników oraz obserwatorów Kongresu, jego pierwsza edycja stała się bezprecedensowym w skali Europy forum wielowątkowej debaty dotyczącej kluczowych zagadnień dla systemów ochrony zdrowia.



Fot.: PTWP

Rada Naukowa Kongresu podczas ustaleń programowych.

odpowiedzialności zawodowej. Tego typu dylematy pojawiają się choćby w przypadku przestrzegania tajemnicy lekarskiej.

► NOWOŚCI DRUGIEJ EDYCJI HCC

Na program Kongresu składa się pięć ścieżek tematycznych: polityka zdrowotna; finanse i zarządzanie; terapie; nowe technologie; edukacja. Nowością będzie cykl warsztatów prowadzonych przez specjalistów dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Nową propozycją są też sesje dotyczące medycyny pola walki. W czasie Kongresu rozstrzygnięty zostanie i zakończony galą plebiscyt, podczas której zostaną uhonorowani przedstawiciele szeroko rozumianej medycyny ratunkowej, m.in. lekarze ratujący życie polskich żołnierzy, ratownicy niosący pomoc w górach.

– Zapraszam na sesję poświęconą problemom dotyczącym niepełnosprawnych kobiet, przede wszystkim ich zdrowia ginekologicznego i reprodukcyjnego. To ważne, za mało o tym mówimy – podkreślała prof. **Violetta Skrzypulec-Plinta**, ginekolog i seksuolog, prorektor ds. rozwoju i promocji SUM uczestnicząca w pracach Rady Naukowej II Kongresu Wyzwań Zdrowotnych. Profesor mówiąc o edukacyjnej ścieżce programu Kongresu zwracała też uwagę na debatę poświęconą transkulturowości w medycynie. – Czy nasi lekarze są odpowiednio przygotowani do pracy z pacjentami różnych wyznań, kultur i narodowości? To naprawdę ważne zagadnienie w dobie otwartych granic i migracji.

► O ZDROWIU Z PACJENTAMI

Dr **Jacek Kozakiewicz**, prezes ORL, członek Rady Naukowej Kongresu zapraszał na sesję poświęconą dbałości o własne zdrowie. Jak tłumaczył, jednym z jej elementów jest przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących terapii.

– Tymczasem obserwujemy zjawisko sygnalizowane przez aptekarzy, że pacjenci zamiast leków przepisanych przez lekarzy wykupują suplementy diety z mylnym przekonaniem, że kupili nawet lepszy specyfik od przepisanego na receptę. Chcemy propagować opracowany przez śląskie izby – lekarską i aptekarską – dekalog racjonalnego wyboru wśród leków i suplementów kupowanych w aptece.

Podobnie jak w ubiegłym roku, Kongresowi Wyzwań Zdrowotnych towarzyszyć będą dodatkowe imprezy – jedna z nich to Śląski Dzień Zdrowia. 11 marca br. w Międzynarodowym Centrum Kongresowym w Katowicach mieszkańcy aglomeracji będą mieli okazję do bezpośrednich rozmów z wybitnymi lekarzami różnych specjalności, wysłuchania ich wykładów, skorzystania z licznych badań i konsultacji. ●

Na podstawie materiałów PTWP (hccongress.pl) oprac. ATM



Waga wypisu szpitalnego

Od momentu wejścia w życie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, nakładającej obowiązek wypełniania dokumentacji medycznej pacjenta w języku polskim, zaczęła się lawinowo liczyć liczba skarg wynikających z treści zawartych w wypisie szpitalnym. Dawniej, kiedy to wypisy ze szpitala pisane były w języku łacińskim i nie zawierały tak rozbudowanej treści jak obecnie, można było dokument traktować jako list, informację skierowaną do lekarzy kierujących lub kontynuujących leczenie. Dzisiaj dokument ten, ucztylniony dla pacjenta i jego rodziny, poddawany jest bardzo szczegółowej analizie. Najczęściej bolączką wynikającą z komputerowego przygotowywania wypisu są omyłki pisarskie i błędy informacyjne dotyczące danych osobowych, dat, a nawet rozpoznań. Sam fakt, iż wynikają one w przeważającej liczbie z wykorzystywania funkcji „kopiuj-wklej” nie przekonuje właściciela dokumentacji i podnosi on zarzuty, iż dokumentacja prowadzona jest nierzetelnie, nie jest jego dokumentacją lub nawet, że została rozmyślnie sfałszowana lub jest wynikiem matactwa mającego na celu ukrycie błędów w leczeniu. Niejednokrotnie podstawą kwestionowania rzetelności dokumentacji są wklejane w tekst wyniki badań należących do innych pacjentów.

Oczywiście rozumiemy, iż był to wynik również omyłki w komputerowym przygotowaniu tekstu wypisu, ale w skargach taki fragment zostaje niejednokrotnie otoczony kolorowym wyróżnikiem z wykrzyknikami i opatrzony komentarzem osoby, która twierdzi, że dokonano fałszerstwa lub matactwa.

Wiele skarg dotyczy kwestionowania zapisów epikryzy. Pacjenci nie zgadzają się z zamieszczonymi tam twierdzeniami, na przykład: „przyjęty pod wpływem alkoholu/środków odurzających”, informacjami dotyczącymi agresywnego zachowania lub braku współpracy w przebiegu leczenia. Kwestionują rozpoznania, szczególnie te dotyczące zaburzeń sfery psychicznej. Niejednokrotnie podstawą skargi jest żądanie usunięcia niewygodnych zapisów. Najpoważniejsze są jednak zarzuty dotyczące braku lub zbyt skąpych rozpoznań

Rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2015.2069 z dnia 2015.12.08)

§ 24.

ust. 3. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera dane, o których mowa w § 10 ust. 1 pkt 1-4, oraz:

- 1) rozpoznanie choroby w języku polskim wraz z numerem statystycznym, o którym mowa w § 7 ust. 1;
- 2) wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem oraz wyniki konsultacji;
- 3) opis zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji – datę wykonania;
- 4) wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia;
- 5) orzeczone przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia;
- 6) adnotacje o lekach wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi;
- 7) terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania.

dotyczących powikłań w trakcie leczenia. Zawsze są traktowane jako próba ukrycia ich, a co za tym idzie – stanowią podstawę, aby przypuszczać, a wręcz sugerować, iż wynikają one wyłącznie z nieprawidłowego leczenia, a więc bezspornego dowodu na istnienie błędów medycznych.

Niestety, niejednokrotnie nie uwypuklamy należycie powikłań leczenia. Zamieszczamy informacje o rodzaju wykonanej operacji, natomiast jedynie z okresu hospitalizacji oraz stosowanej terapii (liczba, rodzaj i siła działania stosowanych antybiotyków) możemy wysnuć wnioski, iż przebieg pooperacyjny powikłany był przebiegiem septycznym, czy też zakażeniem miejsca operowanego lub rany. Zamieszczanie informacji o powikłaniach, ich genezie, może uchronić nas przed żmudnym tłumaczeniem się, iż nie popełniono błędów w leczeniu i nie mamy woli ukrywania ich.

Innym poważnym uchybieniem, które może stanowić dla nas problem i nawet być podstawą do poniesienia odpowiedzialności zawodowej, karnej i cywilnej, jest zbyt skąpa informacja na temat zaleceń dotyczących dalszego postępowania medycznego po zakończonej hospitalizacji.

Jeżeli zalecenia nie są wpisane do karty wypisowej, pacjent zawsze będzie twier-

dził, iż zaleceń takowych nie otrzymał, a co za tym idzie – nie mógł się do nich zastosować. To może być źródłem naprawdę dużych kłopotów, szczególnie w sytuacjach, kiedy wymagana jest konsultacja specjalistyczna, kontynuacja leczenia w warunkach ambulatoryjnych, wykonanie badań kontrolnych, odebranie wyników badań, które będą dostępne w szpitalu już po wypisie. Niejednokrotnie po wypisaniu ze szpitala pacjent nie podejmuje żadnych działań, natomiast w przypadku pojawienia się powikłań odległych, progresji choroby lub rozwoju choroby (szczególnie nowotworowej) chętnie wraca do wypisu ze szpitala, analizując otrzymane zalecenia. Stwierdzając brak ukierunkowania na prawidłowe postępowanie, czyni zarzut, iż było to przyczyną jego kłopotów.

Mam nadzieję, że w dobrze pojętym interesie, pomimo nadmiernej ilości obowiązków, szczególnie tych dotyczących sporządzania dokumentacji, które zostały na nas nałożone, poświęcimy więcej uwagi i czasu dokumentowi, który wręczamy w dniu wypisu pacjentowi, a który może obrócić się przeciwko nam jako główny dowód podnoszonych zarzutów. ●

Dr n. med. Tadeusz Urban
Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej

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

Adam Mickiewicz

Zmiany w prawie, o których lekarz wiedzieć powinien

► KOMISJE PSYCHIATRYCZNE

Na podstawie delegacji ustawowej – Kodeksu karnego wykonawczego – minister zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 119). Powołane rozporządzenie obowiązuje od 20 stycznia 2017 r. i zastępuje rozporządzenie z dnia 10 sierpnia 2004 r. w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających.

Nowa regulacja określa:

- 1) tryb powoływania i odwoływania członków komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających, jej skład i sposób działania;
- 2) sposób postępowania z dokumentacją prowadzoną przez komisję;
- 3) regulamin organizacyjno-porządkowy wykonywania środków zabezpieczających;
- 4) warunki zabezpieczenia zakładów psychiatrycznych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego, tj. pobytu w zakładzie psychiatrycznym.

Komisja, podobnie jak w poprzednio obowiązującym rozporządzeniu, składa się z dziewięciu osób, tj. przedstawicieli: ministra zdrowia oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (po dwie osoby), Regionalnych Ośrodków Psychiatrii Sądowej (trzy osoby), Sekcji Psychiatrii Sądowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i osoby zgłoszonej przez Komisję do spraw Szpitalnictwa Psychiatrycznego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (po jednej osobie). Rozporządzenie określa szczegółowy tryb pracy komisji, zasady jej zwoływania i wydawania opinii, w tym kwestie, które komisja winna uwzględnić przy ustalaniu miejsca wykonywania środka zabezpieczającego w zakładzie psychiatrycznym. Ponadto, przepisy zawierają regulację dotyczącą elementów, które muszą znaleźć się w wydanej przez komisję opinii oraz miejsca przechowywania dokumentacji. Rozporządzenie określa również warun-

ki, które obowiązane są spełnić zakłady psychiatryczne działające jako zakłady o podstawowym, wzmocnionym i maksymalnym zabezpieczeniu.

W przypadku zakładów dysponujących warunkami wzmocnionego zabezpieczenia, wprowadzono wymóg posiadania procedury postępowania na wypadek wystąpienia pożaru, buntu, ucieczki lub innych zagrożeń, uzgodnionej z właściwym miejscowo komendantem powiatowym, miejskim lub rejonowym Policji, właściwym miejscowo lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego oraz właściwym miejscowo komendantem powiatowym (miejskim) Państwowej Straży Pożarnej.

► ZNAJOMOŚĆ JĘZYKA POLSKIEGO

W ostatnim numerze „Pro Medico” została umieszczona informacja o zmianach w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w tym dotycząca zasad potwierdzania znajomości języka polskiego. 23 stycznia 2017 r. zostało opublikowane obwieszczenie ministra zdrowia w sprawie wykazu dokumentów potwierdzających znajomość języka polskiego (Monitor Polski z 2017 r. poz. 84). Obwieszczenie dotyczy osób, które posiadają obywatelstwo polskie albo obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej.

Zgodnie z obwieszczeniem, dokumentami potwierdzającymi znajomość języka polskiego są:

- 1) świadectwo dojrzałości uzyskane po złożeniu egzaminu w języku polskim;
- 2) świadectwo złożenia:
 - a) Lekarskiego Egzaminu Państwowego,
 - b) Lekarskiego Egzaminu Końcowego,
 - c) Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego,
 - d) Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego – uzyskane po złożeniu, z wynikiem pozytywnym, egzaminu w języku polskim.

► KASY FISKALNE

Zgodnie z rozporządzeniem ministra rozwoju i finansów z 16 grudnia 2016 r. w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji przy zastosowaniu kas rejestrujących (Dz.U. z 2016 r. poz.



„Temida” – ze zbiorów Okręgowej Rady Adwokackiej w Katowicach

2177), obowiązującym od 1 stycznia 2017 r., lekarze i lekarze dentyści, którzy rozpoczynają udzielanie świadczeń zdrowotnych – usług medycznych na rzecz pacjentów (tj. osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej, a nie rozliczają się z podmiotem leczniczym – nie wystawiają na jego rzecz rachunku lub faktury) obowiązani są zainstalować kasę fiskalną przed dniem rozpoczęcia sprzedaży usług medycznych. Tym samym obowiązek rejestrowania sprzedaży usług medycznych przy pomocy kasy fiskalnej dotyczy każdej takiej usługi.

Dotychczas, na mocy rozporządzenia z 2014 r., obowiązującego do końca grudnia 2016 r., lekarze i lekarze dentyści byli zwolnieni z obowiązku rejestrowania sprzedaży – usług medycznych przy pomocy kas fiskalnych przez okres dwóch miesięcy od miesiąca, w którym udzielili pierwszą taką usługę na rzecz pacjenta – osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej.

► DOKUMENTACJA MEDYCZNA – KREW

Przypomnieć również należy, że nowelizacją ustawy o publicznej służbie krwi (Dz.U. z 2016 r. poz. 823) dodano do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przepis, w którym określono, że dokumentacja medyczna zawierająca dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. ●

Katarzyna Różycka
radca prawny
Zespół Radców Prawnych ŚIL

Informacja Prawna

Zawieszenie praktyki lekarskiej

W związku z pytaniami lekarzy prowadzących praktykę informujemy: lekarz – przedsiębiorca (tj. lekarz mający praktykę) niezatrudniający pracowników (np. asystentki stomatologicznej, higienistki, rejestrantki) może zawiesić wykonywanie działalności gospodarczej na okres od 30 dni do 24 miesięcy. Lekarz prowadzący działalność gospodarczą (praktykę lekarską) przez okres co najmniej 6 miesięcy może zawiesić wykonywanie działalności gospodarczej na okres do 3 lat w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem, nie dłużej jednak niż do zakończenia roku kalendarzowego, w którym dziecko kończy 6. rok życia, a w przypadku dziecka, które z powodu stanu zdrowia potwierdzonego orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności wymaga osobistej opieki osoby prowadzącej

działalność gospodarczą, na okres do 6 lat, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 18. roku życia.

Zawieszenie wykonywania działalności gospodarczej oraz wznowienie wykonywania działalności gospodarczej następuje na wniosek przedsiębiorcy, dlatego lekarz musi ten fakt zgłosić w CEIDG (Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej) oraz w RPWDL (Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą). Podczas zawieszenia działalności gospodarczej nie opłaca się składek ZUS z tego tytułu.

W przypadku urlopu (np. w celach wypoczynkowych) nie ma konieczności zawieszenia praktyki lekarskiej. ●

Katarzyna Różycka
radca prawny

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

Kursy 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.

Terminy:

- ▶ 6.03.2017 (poniedziałek) godz. 15.30
- ▶ 30.03.2017 (czwartek) godz. 15.30
- ▶ 8.05.2017 (poniedziałek) godz. 15.30
- ▶ 8.06.2017 (czwartek) godz. 15.30

Kurs kierowany jest do lekarzy bez doświadczenia w diagnostyce USG

Koszt uczestnictwa – 30 zł

Kierownik naukowy dr Marek Potempa

- ▶ 1.03.2017 (środa) godz. 15.30

Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)

WIEK TO STAN UMYSŁU – PSYCHOGERIATRIA, CZYLI JAK ROZMAWIAĆ ZE STARSZYM PACJENTEM

Warsztaty poprowadzi dr hab. n. hum. prof. US Alicja Gałązka

- ▶ 2.03.2017 (czwartek) godz. 18.30

Kurs doskonalący

STAN PRZEDCUKRZYCOWY – METODY DIAGNOSTYKI I TERAPII

Wykład poprowadzi dr n. med. Edyta Cichońska

- ▶ 3.03.2017 (piątek) godz. 17.00

Kurs doskonalący

SKUTECZNE NAUCZANIE W MEDYCYNIE W OPARCIU O MIĘDZYNARODOWE STANDARDY. CZ.1

Warsztaty poprowadzi dr Joanna Ortoli

- ▶ 4.03.2017 (sobota) godz. 9.00

Konferencja

AKADEMIA TYREOLOGII PRAKTYCZNEJ DLA LEKARZY. USG TARCZYCY.

Kierownik naukowy prof. dr hab. n. med. Bogdan Marek

- ▶ 10.03.2017 (piątek) godz. 17.00

Kurs doskonalący

ROZMOWA Z PACJENTEM TRUDNYM I TRUDNE ROZMOWY Z CHORYM I RODZINĄ. ZASADY PRAWIDŁOWEJ KOMUNIKACJI I EFEKTYWNEJ WSPÓŁPRACY

Warsztaty poprowadzi dr Joanna Ortoli

- ▶ 13.03.2017 (poniedziałek) godz. 15.30

Kurs doskonalący

ZAKAŻENIE HIV I AIDS – EPIDEMIOLOGIA, DIAGNOSTYKA, LECZENIE, PROFILAKTYKA I POSTĘPOWANIE POEKSPozyCYJNE

Wykład poprowadzi dr n. med. Marek Beniowski

- ▶ 15.03.2017 (środa) godz. 16.00

Kurs doskonalący

OCENA EKG – PODSTAWY I PRZYKŁADY KLINICZNE. SPOTKANIE PIERWSZE: ZABURZENIA RYTMU SERCA – ZABURZENIA PRZEWODZENIA, ARYTMIE EKTOPOWE, CZĘSTOSKURCZE – RÓŻNICOWANIE. CZĘŚĆ I.

Warsztaty dla lekarzy pragnących poszerzyć swoją wiedzę z zakresu elektrokardiologii praktycznej, przygotowujących się do egzaminów specjalizacyjnych (interna, kardiologia)

Wykład poprowadzi dr hab. n. med. Krzysztof Szydło

- ▶ 18.03.2017 (sobota) godz. 9.00

Konferencja

ŚLĄSKA WIOSNA INTERNISTYCZNA

Współpraca: Oddział Śląski Towarzystwa Internistów Polskich

Kierownik naukowy prof. dr hab. n. med. Grzegorz Cieślak

- ▶ 24.03.2017 (piątek) godz. 17.00

Kurs doskonalący

JAK ZBUDOWAĆ EFEKTYWNY ZESPÓŁ MEDYCZYNY I CO TO JEST KULTURA ORGANIZACJI

Warsztaty poprowadzi dr Joanna Ortoli

- ▶ 28.03.2017 (wtorek) godz. 15.30

Kurs doskonalący – warsztaty praktyczne*

(wymagany formularz zgłoszeniowy)

NAGLE STANY ZAGROŻENIA ŻYCIA Z PRZYZYNY SERCOWO-NACZYNIOWYCH

W trakcie kursu prelekcje przeplatane są ćwiczeniami praktycznymi.

Koszt uczestnictwa – 50 zł

Czas trwania: 7 godzin dydaktycznych

Kierownik naukowy dr n. med. Wojciech Rychlik

Koordinator warsztatów praktycznych

dr Janusz Michalak

- ▶ 29.03.2017 (środa) godz. 13.00

Kurs doskonalący

PSYCHIATRIA ŚRODOWISKOWA

Kierownik naukowy dr n. med. Krzysztof Krysta

Współpraca Oddział Śląski Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

- ▶ 31.03.2017 (piątek) godz. 17.00

Kurs doskonalący

SKUTECZNE NAUCZANIE W MEDYCYNIE W OPARCIU O MIĘDZYNARODOWE STANDARDY. CZ.2

Warsztaty poprowadzi dr Joanna Ortoli

- ▶ 7.04.2017 (piątek) godz. 17.00

Kurs doskonalący

PACJENT DOBRZE POINFORMOWANY

Warsztaty poprowadzi dr Joanna Ortoli

- ▶ 10.04.2017 (poniedziałek) godz. 16.00

Kurs doskonalący

OCENA EKG – PODSTAWY I PRZYKŁADY KLINICZNE. SPOTKANIE DRUGIE: ZABURZENIA RYTMU SERCA – ZABURZENIA PRZEWODZENIA, ARYTMIE EKTOPOWE, CZĘSTOSKURCZE – RÓŻNICOWANIE. VARIA.

Warsztaty dla lekarzy pragnących poszerzyć

▶▶▶ swoją wiedzę z zakresu elektrokardiologii praktycznej, przygotowujących się do egzaminów specjalizacyjnych (interna, kardiologia)
Wykład poprowadzi dr hab. n. med. Krzysztof Szydło

▶ **12.04.2017 (środa) godz. 16.00**

Kurs doskonalący
PIERWSZY DYŻUR W SOR. NIEZBĘDNIK DLA CHCĄCYCH PRACOWAĆ SKUTECZNIE I BEZ STRACHU. ZAOPATRYWANIE W RAMACH ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU

Kurs przeznaczony przede wszystkim dla młodych lekarzy rozpoczynających pracę w SOR, pomagający w rozpoznawaniu i leczeniu w warunkach SOR-ów i Izb Przyjęć.
Wykład poprowadzi dr Krzysztof Musialik

▶ **19.04.2017 (środa) godz. 16.00**

Kurs doskonalący
PIERWSZY DYŻUR W SOR. NIEZBĘDNIK DLA CHCĄCYCH PRACOWAĆ SKUTECZNIE I BEZ STRACHU. ZAOPATRYWANIE W RAMACH CHIRURGII OGÓLNEJ

Kurs przeznaczony przede wszystkim dla młodych lekarzy rozpoczynających pracę w SOR, pomagający w rozpoznawaniu i leczeniu w warunkach SOR-ów i Izb Przyjęć.
Wykład poprowadzi dr Katarzyna Lison

▶ **20.04.2017 (czwartek) godz. 15.00**

Konferencja
NIEWYDOLNOŚĆ SERCA JAKO SCHORZENIE INTERDYSCYPLINARNE

Kierownik naukowy prof. dr hab. n. med. Krzysztof S. Gołba

▶ **21.04.2017 (piątek) godz. 17.00**

Kurs doskonalący
MIĘDZYKRAJOWE MEDYCZNE SPOTKANIA I KONFERENCJE NAUKOWE – UMIEJĘTNOŚĆ PREZENTACJI I AUTOPREZENTACJI

Warsztaty poprowadzi dr Joanna Ortoli

▶ **26.04.2017 (środa) godz. 16.00**

Kurs doskonalący
PIERWSZY DYŻUR W SOR. NIEZBĘDNIK DLA CHCĄCYCH PRACOWAĆ SKUTECZNIE I BEZ STRACHU. ZAOPATRYWANIE W RAMACH CHIRURGII DZIECIĘCEJ

Kurs przeznaczony przede wszystkim dla młodych lekarzy rozpoczynających pracę w SOR, pomagający w rozpoznawaniu i leczeniu w warunkach SOR-ów i Izb Przyjęć.
Wykład poprowadzi dr Patrycja Starzak

▶ **27.04.2017 (czwartek) godz. 18.00**

Kurs doskonalący
PROBLEMY OKULISTYCZNE W PRAKTYCE LEKARZA NIE OKULISTY

Wykład poprowadzi dr n. med. Iwona Filipecka

▶ **10.05.2017 (środa) godz. 16.00**

Kurs doskonalący
PIERWSZY DYŻUR W SOR. NIEZBĘDNIK DLA CHCĄCYCH PRACOWAĆ SKUTECZNIE I BEZ STRACHU. PACJENT PEDIATRYCZNY W SOR I IZBIE PRZYJĘĆ

Kurs przeznaczony przede wszystkim dla młodych lekarzy rozpoczynających pracę w SOR, pomagający w rozpoznawaniu i leczeniu w warunkach SOR-ów i Izb Przyjęć.
Wykład poprowadzi dr Anna Machura

▶ **11.05.2017 (czwartek) godz. 16.00**

Kurs doskonalący
PIERWSZY DYŻUR W SOR. NIEZBĘDNIK DLA CHCĄCYCH PRACOWAĆ SKUTECZNIE I BEZ STRACHU. PACJENT INTERNISTYCZNY W SOR I IZBIE PRZYJĘĆ (część I)

Kurs przeznaczony przede wszystkim dla młodych lekarzy rozpoczynających pracę w SOR, pomagający w rozpoznawaniu i leczeniu w warunkach SOR-ów i Izb Przyjęć.
Wykład poprowadzi dr Karol Holona

▶ **12.05.2017 (piątek) godz. 17.00**

Kurs doskonalący
PROFESJONALIZM I WIZERUNEK W PRACY LEKARZA

Warsztaty poprowadzi dr Joanna Ortoli

▶ **13.05.2017 (sobota) godz. 9.30**

Kurs doskonalący
OCENA EKG – PODSTAWY I PRZYKŁADY KLINICZNE. SPOTKANIE TRZECIE: STYMULACJA I STYMULATORY, ZASADY OPISU, PRZYKŁADY. CO W ZAPISACH EKG?

Warsztaty dla lekarzy pragnących poszerzyć swoją wiedzę z zakresu elektrokardiologii praktycznej, przygotowujących się do egzaminów specjalizacyjnych (interna, kardiologia)
Wykład poprowadzi dr hab. n. med. Krzysztof Szydło

▶ **19.05.2017 (piątek) godz. 17.00**

Kurs doskonalący
JAK ZAPLANOWAĆ MEDYCZNE SPOTKANIE NAUKOWE, WARSZTATY, MAŁĄ KONFERENCJĘ

Warsztaty poprowadzi dr Joanna Ortoli

▶ **20.05.2017 (sobota) godz. 9.30**

SZKOLENIE OKRESOWE BHP DLA PRACODAWCÓW I INNYCH OSÓB KIERUJĄCYCH PRACOWNIKAMI

Pracodawca jest zobowiązany odbyć szkolenie BHP w zakresie niezbędnym do wykonywania ciężących na nim obowiązków. Szkolenie to powinno być okresowo powtarzane (art. 237 § 2KP). Szkolenie przeprowadzane jest zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA GOSPODARKI I PRACY z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U. nr 180, poz. 1860 z późn. zm)
Wpłaty w wysokości 75 zł należy dokonywać

przelewem na konto: PKOBP S.A. 52 1020 2401 0000 0402 0051 3820

Firma usługowa „BOKSER” Wiesław Czarnul, ul. Nowy Świat 22/3, 44-100 Gliwice. W tytule przelewu: „Szkolenie Śląska Izba Lekarska” oraz imię i nazwisko uczestnika. Dane do zaświadczenia wysłane mailem: 10 dni przed terminem szkolenia Imię i nazwisko, data i miejsce urodzenia na adres mailowy w.czarnul@onet.pl
Dane do faktury wysłane mailem: 10 dni przed terminem szkolenia

▶ **22.05.2017 (poniedziałek) godz. 16.00**

Kurs doskonalący
MEDYCYNĄ PODRÓŻY

Wykład poprowadzi dr n. med. Barbara Sobala-Szczygieł

▶ **24.05.2017 (środa) godz. 16.00**

Kurs doskonalący
PIERWSZY DYŻUR W SOR. NIEZBĘDNIK DLA CHCĄCYCH PRACOWAĆ SKUTECZNIE I BEZ STRACHU. PACJENT NEUROLOGICZNY W SOR I IZBIE PRZYJĘĆ

Kurs przeznaczony przede wszystkim dla młodych lekarzy rozpoczynających pracę w SOR, pomagający w rozpoznawaniu i leczeniu w warunkach SOR-ów i Izb Przyjęć.
Wykład poprowadzi dr Kamila Malinowska

▶ **25.05.2017 (sobota) godz. 16.00**

Kurs doskonalący
PIERWSZY DYŻUR W SOR. NIEZBĘDNIK DLA CHCĄCYCH PRACOWAĆ SKUTECZNIE I BEZ STRACHU. PACJENT INTERNISTYCZNY W SOR I IZBIE PRZYJĘĆ (część II)

Kurs przeznaczony przede wszystkim dla młodych lekarzy rozpoczynających pracę w SOR, pomagający w rozpoznawaniu i leczeniu w warunkach SOR-ów i Izb Przyjęć.
Wykład poprowadzi dr Karol Holona

▶ **26.05.2017 (piątek) godz. 15.30**

Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)
PSYCHOONKOLOGIA

Warsztaty poprowadzi dr hab. n. hum. prof. UŚ Alicja Gałązka

▶ **2.06.2017 (piątek) godz. 15.30**

Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)

LEKARZ W SYTUACJI KONFLIKTU – UMIEJĘTNOŚCI NEGOCJACJI

Warsztaty poprowadzi dr hab. n. hum. prof. UŚ Alicja Gałązka

▶ **7.06.2017 (środa) godz. 15.30**

Kurs doskonalący (wymagany formularz zgłoszeniowy)

RÓŻNE OBLCZA DEPRESJI W PRACY LEKARZA

Warsztaty: dr hab. n. hum. prof. UŚ Alicja Gałązka

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



Dlaczego interna jest potrzebna?

Redakcja „Pro Medico” zwróciła się do mnie z kilkoma pytaniami, dotyczącymi m.in. sytuacji interny w naszym regionie, przyczyn istniejącego stanu rzeczy oraz możliwych sposobów poprawy.

19 grudnia 2016 r. ukazał się List otwarty Zarządu Głównego Towarzystwa Internistów Polskich w sprawie roli internistów w systemie ochrony zdrowia w Polsce, w świetle zmian proponowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Dokument ten zwraca uwagę na zagrożenia wynikające z trwającej w naszym kraju deprecjacji interny. Postulaty autorów listu poparło Prezydium NRL w swoim apelu do ministra zdrowia 27 stycznia 2017 r. Oznacza to, że zaniepokojenie sytuacją interny w Polsce wyrażane do tej pory przez samych internistów, popiera większość środowiska lekarskiego.

Najłatwiejsza, choć bolesna, jest odpowiedź na pytanie dotyczące lokalnej sytuacji. Podobnie jak w całym kraju, **oddziały chorób wewnętrznych w województwie śląskim są niedofinansowane, dochodzi do zmniejszania liczby łóżek, a nawet do likwidacji całych oddziałów. Coraz bardziej dotkliwe są braki kadrowe spowodowane luką pokoleniową i malejącym zainteresowaniem specjalizacją w chorobach wewnętrznych.** Zjawiska te są następstwem niepohamowanej twórczości reformatorskiej kolejnych grup decydentów organizujących system ochrony zdrowia wg własnych wizji i poglądów.

Nie znam przyczyn niezachwianej pewności siebie wszystkich światłych reformatorów. Nie chcę podważać ich dobrych intencji. Nie mam jednak wątpliwości, że medycyna i – szerzej – ochrona zdrowia jest dziedziną ludzkiej działalności, która, obok solidnego przygotowania merytorycznego, wymaga konsekwencji i cierpliwości, a obok niezbędnych nakładów finansowych, przestrzegania podstawowych zasad przyzwoitości.

Przyzwoitość zaś wymaga stwierdzenia, że możliwe są różne systemy ochrony zdrowia, z których żaden nie jest doskonały. Dlatego dojszcie do najlepszego rozwiązania powinno być oparte na cierpliwej i rozumnej ewolucji, nie zaś na „inteligentnych” projektach rewolucjonistów. Nie twierdzą, że wiem, jaki system ochrony zdrowia jest najlepszy, pozwalam sobie tylko na przedstawienie swoich przemyśleń na ten temat.

Tak się złożyło, że rozwój nowoczesnej naukowej medycyny najpierw na ziemiach polskich, a potem w Polsce, związany jest z powstaniem i rozwojem interny. Pojęcie internisty zaczęło się kształtować od ok. połowy XIX wieku. W odróżnieniu od chirurga, zajmował się on tym, co w organizmie ludzkim niewidoczne, a więc chorobami wewnętrznymi. Wynika z tego, że interna jest najstarszą specjalizacją lekarską, a jej historia pełna jest nazwisk wspaniałych mistrzów, z których dorobku czerpią dzisiaj różne specjalności.

nauk podstawowych i spektakularne sukcesy nowoczesnej medycyny ratunkowej, intensywnej terapii i transplantologii, chociaż pozwoliły na ratowanie życia i zdrowia ludzkiego w okolicznościach jeszcze niedawno uznanych za beznadziejne, nie spowodowały zadowalającej poprawy ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa. Rzecz w tym, że dramatyczne sytuacje, wymagające heroicznych wysiłków, mimo że najbardziej nagłaśniane, stanowią niewielki odsetek codziennej praktyki medycznej.

Medycyna i – szerzej – ochrona zdrowia jest dziedziną ludzkiej działalności, która, obok solidnego przygotowania merytorycznego, wymaga konsekwencji i cierpliwości, a obok niezbędnych nakładów finansowych, przestrzegania podstawowych zasad przyzwoitości.

Co dzisiaj może dziwić, w tamtym czasie wiele było opinii, że powstawanie nowych specjalizacji jest niekorzystne dla pacjentów. Jednak w miarę, jak wiedza medyczna stawała się coraz obszerniejsza, a techniki poszczególnych zabiegów coraz bardziej złożone, jeden lekarz przestał być zdolny do opanowania całości medycyny. Z czasem także pacjenci nabierali większego zaufania do lekarzy zajmujących się konkretną chorobą. Warto zauważyć, że nowe specjalności powstawały nie tylko z powodu przyrostu informacji z danej dziedziny (np. patologia), ale także w następstwie wprowadzenia nowych instrumentów (np. laryngologia czy urologia). Ten udział producentów aparatury i sprzętu medycznego, a przede wszystkim przemysłu farmaceutycznego, stał się jednym z powodów eksplozji specjalizacji w XX wieku. Niestety ten rozwój specjalizacji oraz wspaniałe osiągnięcia

► ZDROWIE NIE JEST TOWAREM, KTÓRY MOŻNA KUPIĆ

Podobne są wyniki prób reformowania służby zdrowia podejmowane przez różne siły polityczne i gospodarcze, określające zawód lekarza jako *health business*, jego samego jako *health provider*, cierpiących zaś chorych, jako *health consumers*. Przyczyna niepowodzenia akurat tych wysiłków jest łatwa do wytłumaczenia. Zdrowie nie jest towarem, który można kupić. Jest dobrem, które znacznie łatwiej utracić, niż odzyskać. Tymczasem większość społeczeństwa ciągle żyje w iluzji, że wystarczy, aby o zdrowie dbały odpowiednio wyspecjalizowane służby, udzielające tzw. świadectw medycznych. Jest to bardzo atrakcyjne także dla lekarzy, którzy przytłoczeni ogromem wiedzy medycznej i zalewem informacji, sami dążą do zawężenia swojej działalności do zakresu, w którym czują się kompetentni. Pozwala



to na osiągnięcie sprawności w wąskiej dziedzinie i opanowanie odpowiednich technik, co daje duże szanse szybkiego osiągnięcia perfekcji, wybicia się i, co nie jest bez znaczenia, lepszego uposażenia. Wystarczy tylko znaleźć odpowiedniego pacjenta z chorobą pasującą do posiadanych umiejętności. **Tymczasem większość chorych przychodzi do lekarza nie z konkretnie zdefiniowaną chorobą, ale z bardzo nieswoistymi dolegliwościami oraz swoją indywidualnością. W cierpiącym chorym nie można widzieć jednego tylko narządu czy nawet całego układu.** U podłoża cierpienia leżą nie tylko zaburzenia biofizyczne, ale także komponent psychiczny, tak wrodzony (skłonności, wrażliwość, intelekt), jak i nabyty (wychowanie, wiedza, nawyki, preferencje, przekonania). Nie bez znaczenia jest tu komponent socjalny i kulturowy, niosący ze sobą, obok pozytywnych, także negatywne postawy społeczne, jak np. alkoholizm czy nikotynizm.

W takiej rzeczywistości roztaczane są mirażowe znalezienia przyczyny każdej dolegliwości i wyprodukowania leku na każdą chorobę. Zdarza się i tak, że niektóre ze stosowanych spektakularnych metod diagnostyki i leczenia przynoszą większe korzyści lekarzom, a przede wszystkim producentom leków lub sprzętu niż samym chorym, którym w założeniu mają służyć.

► RYZYKO REDUKCJONISTYCZNEGO PODEJŚCIA DO PACJENTA

Mimo tych pesymistycznych refleksji pewne jest, że ani rozwoju nauki, ani trendu do specjalizacji nie da się zahamować. Nie sposób zanegować potrzeby istnienia medycyny specjalistycznej, wspartej rozległą wiedzą z zakresu nauk podstawowych i nowoczesną technologią. To właśnie dzięki rozwijającym się szczegółowym specjalizacjom udało się zobaczyć, jak bardzo zachodzą na siebie czynności różnych narządów i układów oraz jaką wielością zabezpieczeń ustroj strzeże swoich podstawowych parametrów, jak np. ciśnienia tętniczego krwi czy wolemii.

Należy jednak spojrzeć krytycznie na zawężanie i mnożenie różnych specjalności. Redukcjonizm był bez wątpienia podstawą rozwoju nauki, stał się jednak zagrożeniem w praktyce klinicznej. Nie można poprawiać czynności jednego narządu, pomijając pozostałe. Człowiek jest nieskończenie złożoną jednostką psychofizyczną i zgłasza się do lekarza nie z chorym narządem, ale ze swoimi dolegliwościami. Dziwić może, że są one niezmiennie od setek lat: bóle, duszności, osłabienie, bezsenność, wymioty, biegunki, wyniszczenie itd. Mimo obietnic, że pokonanie wszelkich chorób jest tylko kwestią czasu i odpowiednich nakładów, cierpiących chorych ciągle przybywa. Jedną z przyczyn za to odpowiedzialnych jest przedłużenie (częściowo dzięki osiągnię-

ciom medycyny) życia ludzkiego, ponieważ zaawansowany wiek jest jednym z głównych czynników ryzyka większości chorób cywilizacyjnych.

Dzisiaj nikt nie kwestionuje roli geriatry w opiece nad osobami starszymi. Nikt nie podważa konieczności holistycznego spojrzenia na osłabionego wiekiem pacjenta. Nasuwa się jednak retoryczne pytanie, czy człowiek staje się jednością psychofizyczną dopiero po osiągnięciu pewnego wieku? Owszem, starzenie upośledza czynność wszystkich narządów i zwiększa ryzyko wielochorobowości. Ale w każdym wieku działanie różnych niekorzystnych czynników może przekraczać możliwości adaptacyjne organizmu i nakładać się na genetycznie uwarunkowane lub nabyte w dowolnym okresie życia zaburzenia struktury i czynności różnych narządów i układów. Ilość kombinacji, zarówno tych uwarunkowań, jak i czynników patogennych, przekracza możliwości jakiegokolwiek klasyfikacji chorób. Także potrzeby duchowe, zauważane już przez lekarzy zajmujących się opieką paliatywną, dotyczą całego okresu życia człowieka.

Specjaliści starają się jak najlepiej rozróżnić i pokierować chorych w zakresie swojej

głównych specjalistów, którzy te zdobycze potrafią spożytkować dla ratowania chorych w różnych, dramatycznych, a nawet ekstremalnych sytuacjach. Nie one jednak zdecydują o rzeczywistej poprawie zdrowia społeczeństwa. Konieczne jest zmniejszenie zapadalności na najczęstsze choroby przewlekłe, a także zapobieganie niepełnosprawności i ulżenie cierpieniom, które te choroby powodują.

Nawet heroicznym wysiłkiem uratowani od śmierci pacjenci muszą znaleźć się pod opieką lekarza, który zajmie się ich dalszym leczeniem. To musi być lekarz, który zna najnowsze osiągnięcia medycyny klinicznej, aby umiejętnie korzystać z konsultacji wąkospecjalistycznych, ale nie są mu obce także osiągnięcia nauk humanistycznych, by dostrzegać i rozumieć różnorodne potrzeby chorego oraz być świadomym tkwiących w nim tajemnic. Lekarz, który zna możliwości, ale i ograniczenia, a przede wszystkim zagrożenia medycyny, który umie na tej podstawie dokonywać trafnych wyborów i pokierować przychodzącym do niego pacjentem, niezależnie od tego, jak bardzo nieswoiste są objawy jego choroby, który wie, że nie ma niezawodnej w każdych okolicznościach

Redukcjonizm był bez wątpienia podstawą rozwoju nauki, stał się jednak zagrożeniem w praktyce klinicznej. Nie można poprawiać czynności jednego narządu, pomijając pozostałe.

specjalności, czyniąc to z wielkim zaangażowaniem. Nie można jednak nie zauważyć, że to zapatrzenie w parametry „swojego” narządu lub układu stanowi samo w sobie swoisty czynnik ryzyka redukcyjnego podejścia do pacjenta. Takie podejście przenosi się na chorego, który traci możliwość całościowej oceny swojego zdrowia. Na niebezpieczeństwo tego zjawiska zwracał uwagę w swoich artykułach jeden z najwybitniejszych polskich internistów – Profesor **Kornel Gibiński**.

► LEKARZ INTERNISTA XXI WIEKU

Nielatwo wskazać, jak można tej sytuacji zaradzić. Konieczny jest wysiłek intelektualny i organizacyjny całego społeczeństwa. Każdy musi być świadomym odpowiedzialności za zdrowie własne i swoich najbliższych. Szczególna rola przypada tu organizatorom życia społecznego, którzy są odpowiedzialni za wybór najbardziej sprawnego modelu ochrony zdrowia.

Medycyna nie może się rozwijać bez zdobywcy nauk podstawowych i nowych technologii oraz wysoko kompetentnych szcze-

metody, ani „wyniku” który nie mógłby być źle interpretowany. Lekarz, który nie będzie się obawiał przekonywać chorego o jego osobistej odpowiedzialności za własne zdrowie i będzie to umiał robić. Przede wszystkim będzie wiedział, że nie można tego zrobić bez osobistego zaangażowania i własnego przykładu. Lekarz internista XXI wieku. **Internista, który nie traci umiejętności całościowej oceny chorego, mimo zdobycia bardziej szczegółowej specjalizacji, pełniąc funkcję lekarza rodzinnego, potrafi skutecznie koordynować pracę specjalistów.**

Powinniśmy uczynić wszystko, aby lekarzy posiadających takie kwalifikacje było jak najwięcej. Do tego jednak niezbędne są dobre funkcjonujące (a więc także odpowiednio szkolące) oddziały chorób wewnętrznych. Taka właśnie interna może zapobiec dalszej fragmentacji medycyny i ułatwić zintegrowaną opiekę medyczną, która z kolei będzie miała szansę przyczynić się do znaczącej poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. ●

Prof. dr hab. n. med. Jan Duława

Rozmowa z dr. Markiem Potempą, kierownikiem naukowym kursu ŚIL: „Diagnostyka ultrasonograficzna jamy brzusznej w teorii i praktyce”, ordynatorem Oddziału I Chorób Wewnętrznych i Reumatologii w Szpitalu Miejskim w Rudzie Śląskiej.

30 lat z ultradźwiękami

Z jakimi umiejętnościami w zakresie badania ultrasonograficznego kończą studia lekarze?

Z żadnymi... Nauka radiologii czy ultrasonografii opiera się na pokazie obrazów na komputerze. Czasami na zajęciach ktoś coś pokaże, czasami pozwoli dotknąć głowicy, co nie ma nic wspólnego z wykonywaniem badań i umiejętnością ich interpretacji. Bardziej jest to nauka teoretyczna dotycząca możliwości technicznych niż praktyczna.

Sam jestem koordynatorem stażystów w szpitalu w Rudzie Śląskiej, bardzo często mam na swoim oddziale absolwentów, którym daję głowicę do ręki i pod moim okiem oraz merytoryczną kontrolą wykonuję badania. Wszystko jednak sprawdzam i nierzadko badam pacjenta dodatkowo, by mieć pewność, że badanie zostało wykonane rzetelnie. Ale daję naszym stażystom narzędzie do pracy.

A jeśli stażyści nie trafiają do ośrodków, które dają takie możliwości?

Wtedy bywa różnie. Najczęściej muszą szukać drogi doksztalcenia na własną rękę, niezależnie od miejsca pracy. Powodem zaniechań w tym temacie jest na ogół brak czasu. To podstawowy mankament szkolenia w naszych szpitalach. Ktoś niewprawiony, nawet po kursie w zakresie ultrasonografii, wykonuje badanie średnio trzy razy dłużej niż doświadczony kolega lub koleżanka.

Jak Pan zdobywał szlify?

To były ciekawe czasy! (*śmieje się*) W latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku szkoleniem w zakresie ultrasonografii na Śląsku zajmował się pan docent Zygfryd Wawrzynek do 1992 r. Robił takie kursy również w Rudzie Śląskiej w Bielszowicach, w poradni kopalnianej. Na ten kurs było bardzo trudno się dostać, ja miałem szczęście, że mogłem uczestniczyć w nim zaraz po stażu podyplomowym, byłem jednym z najmłodszych lekarzy, którzy to szkolenie odbyli. Raz w tygodniu pacjenci przyjeżdżali karetkami do tego ośrodka celem badań konsultacyjnych. W kursie uczestniczyło 10-12 osób, siedzieliśmy stłoczeni w małym pomieszczeniu, obserwując przebieg badania na dwóch monitorach. Docent Wawrzynek, jako wieloletni nauczyciel akademicki, doskonale potrafił ocenić nasze postępy. Zwykle po około dziesięciu – dwunastu spotkaniach wysta-



Ultrasonografii najlepiej uczy się „ręka w rękę”.

Fot.: Z archiwum M. Potempy

wał nam dla potrzeb dyrekcji zaświadczenie, że potwierdza umiejętność wykonywania badań ultrasonograficznych danego kursanta. W tamtych latach udało się Mu przeszkolić prawie 450 lekarzy. Jestem jednym z nich.

Ale z początkiem lat dziewięćdziesiątych kursy u docenta Wawrzyńka się skończyły...

...i powstała luka w szkoleniach z usg. W Komisji Kształcenia ŚIL, której jestem członkiem, co jakiś czas pojawiał się temat jej wypełnienia. Problemem jednak był brak miejsca i brak sprzętu. Sprzętu, który jest drogi, zużywa się i jest narażony na uszkodzenie. Żaden szpital nie podjąłby takiego ryzyka i nie wypożyczyłby go nam do nauki.

Ale kursy zaczęły oferować także podmioty prywatne...

Tak, w cenie około 2,5 tys. złotych plus koszty dojazdu. Za kilkanaście godzin szkolenia najtaniej można zapłacić dobrze ponad tysiąc złotych.

...chyba że kurs robi się w Izbie.

Tak, kursy usg robione w ŚIL mają bardzo interesującą cenę. (*śmieje się*)

Za kwotę 30 zł za kurs, lekarze biorą udział w części teoretycznej, która ma miejsce w Izbie, a następnie praktycznej, która odbywa się u Pana

w Szpitalu. Przeszkody udało się pokonać...

Tak. Pomieszczenie dzierżawimy nieodpłatnie decyzją poprzedniego prezesa Szpitala, początkowo pracowaliśmy na wypożyczonym demonstracyjnym sprzęcie od firm, ale nie wpisywaliśmy się w ich plany biznesowe, więc ta współpraca była dość chaotyczna. Poprosiłem o pomoc członka naszej Izby, dr. Leszka Pudełko. Wstawił mi dwa aparaty trzy lata temu. Co jakiś czas są serwisowane, pomagają nam do dziś. Żel do usg i ręczniki papierowe kupuję sam.

Teoretycznie (podczas jednego wykładu) uczymy podstaw ultrasonografii w oparciu o jamę brzuszną, zasad wykorzystania artefaktów, interpretacji obrazu, omawiamy poszczególne narządy jamy brzusznej i patologie. Część praktyczna odbywa się w Szpitalu w Rudzie Śląskiej. Składa się z trzech spotkań, które trwają około 4,5 godziny każde. Pracujemy przy dwóch kozetkach i na dwóch aparatach, w grupach po pięć osób. Ultrasonografii najlepiej uczy się „ręka w rękę”. Korygujemy ruchy dłoni trzymającej głowicę tak, by kursanci wyczuli ją właściwie. To jak z nauką jazdy samochodem. Najlepszy sposób nauki to metoda „jeden na jeden” i tak to właśnie robimy. W ciągu 4-5 godzin takiej pracy „łapka w łapkę” uczący się zaczyna „czuć” sposób wykonywania badania. Oczywiście kurs nie wyczerpuje tematu, wymaga on doksztalcenia, ale



▶▶▶ daje podstawy do pracy z głowicą i pomaga w rozumieniu istoty tego typu badań. Korzystają przeważnie ludzie młodzi, stażyci podyplomowi, początkujący rezydenci, ale uczyliśmy też doświadczonych zawodowo kolegów, którzy widzieli u siebie braki.

Dostosowujecie kursy do różnych specjalizacji?

Zawsze pytam kursantów, w jakiej pracują specjalizacji, żeby mogli badanie usg wykorzystać w swojej pracy. Mieliśmy na kursie pediatrów, internistów, chirurgów, urologów, ginekologów, a nawet dwóch psychiatrów! Były koleżanki ze specjalizacją z okulistyki.

Robi Pan teraz 34 kurs, ma za sobą szkolenie ponad 730 lekarzy i w kolejce listy rezerwowych uczestników. To imponujący wynik! Czuje Pan satysfakcję?

Czuję, olbrzymią. Zwłaszcza, gdy otrzymuję opinie zwrotne, telefony. Bardzo szanuję swoich mistrzów i nauczycieli. To, co robię, jest moim podziękowa-

niem za wiedzę, umiejętności i doświadczenie, które mi przekazali. Nauczyłem się od nich, że warto. Liczę na to, że moi uczniowie kiedyś przekażą swoją wiedzę dalej. Pamiętam jak kilka lat temu dr Jacek Kozakiewicz zwrócił uwagę na potrzebę

tym chciałem po prostu oczarować lekarzy ultrasonografią, która jest łatwo dostępna, bezbolesna, a doskonała we wstępnej, szybkiej diagnostyce. Ultrasonografia stała się dla mnie odskocznią, formą – niemal – relaksu! Pozwala mi na bliższą i bezpo-

Ultrasonografii najlepiej uczy się „ręka w rękę”. Korygujemy ruchy dłoni trzymającej głowicę tak, by kursanci wyczuli ją właściwie. To jak z nauką jazdy samochodem.

szacunku do tych lekarzy sprzed lat, którzy byli naszymi nauczycielami. Te słowa to był kolejny impuls. A lubię uczyć! Prowadzę od wielu lat staże podyplomowe, staże z chorób wewnętrznych dla innych specjalizacji, byłem i jestem kierownikiem specjalizacji, wszystkie miejsca szkoleniowe na moim oddziale są zajęte. A poza

średnią relację z pacjentem, na szybsze postawienie rozpoznania. Tak mnie uczyli moi mistrzowie i tak to robię do dziś. W tym roku, jesienią będę miał 30 lat z ultradźwiękami! ●

Rozmawiała
Aleksandra Wiśniowska-Smiertka

Łódka na wzburzonym morzu

Geriatrycja jest odpowiedzią społeczeństwa na najbardziej kruchych, wymagających, niesamodzielnych chorych.

▶ MODELOWA PLACÓWKĄ

Katowice-Szopienice. Tutaj nieprzerwanie od 1961 r. mieści się pierwszy w Polsce specjalistyczny szpital geriatryczny, w całości dedykowany osobom starszym. Za budynkiem z czerwonej cegły, znanym i często fotografowanym, kryje się drugi: nowoczesny kompleks Centrum Badawczo-Rozwojowego, oddany do użytku jesienią 2015 roku. Działalność lecznicza i naukowa koncentruje się na diagnostyce medycznej, aktywizacji i opiece nad osobami starszymi z dużymi ubytkami funkcjonalnymi, dlatego w szpitalu dominuje tylko jeden profil – oddział geriatryczny, pełniący też funkcję ośrodka edukacyjnego, w którym kształcą się personel medyczny w zakresie geriatry. Z doświadczenia zespołu, standardów leczniczych oraz rehabilitacyjnych realizowanych w **Szpitalu Geriatrycznym im. Jana Pawła II** korzystają ośrodki w całej Polsce.

Przestronne, jasne sale i korytarze, gra kolorów: pomarańczowego dla pacjentów i szarego dla personelu, bardzo widoczne i wyraźne napisy, liczne wskazówki i drogowskazy – to cechy szpitalnych przestrzeni dla osób starszych. Na ścianach ogromne portrety uśmiechniętych seniorów – zdjęcia wykonano podczas specjalnej sesji fotograficznej, wzięli w nich udział pacjenci. Cała



Nowoczesny kompleks Centrum Badawczo-Rozwojowego.

organizacja przestrzeni, jej identyfikacja, wraz z nowoczesnym designem, jest przemyślaną koncepcją, ułatwiającą osobom starszym aklimatyzację i pobyt w szpitalu. Medyczne standardy w zakresie diagnostowania i leczenia internistycznego osób starszych, w tym pielęgniarstwa geriatrycznego, rehabilitacji geriatrycznej i psychologii wieku podeszłego są spełniane tak, by pacjent w podeszłym wieku otrzymał pomoc interdyscyplinarną, skoordynowa-

ną z przyjaznym miejscem i dla chorych i dla personelu.

W placówce od trzech lat są już przygotowane plany tworzenia zespołów interdyscyplinarnych podejmujących badania naukowe, by w jednym miejscu spotykać się mogli: inżynier, biogerontolog, lekarz geriatra, psycholog, socjolog, rehabilitant, fizjoterapeuta, fizyk, biofizyk, materiałoznawca, informatyk, terapeuta zajęciowy, architekt – projektant przestrzeni

ciąg dalszy na str. 16 ▶▶▶

Łódka na wzburzonym morzu

ciąg dalszy ze str. 15 ►►►

użytkowych. Szpital jest przygotowany do projektowania i wdrażania rozwiązań telemedycznych w geriatryi oraz opracowywania i testowania prototypów sprzętu diagnostycznego i rehabilitacyjnego dedykowanego osobom starszym z głęboką niesprawnością psychoruchową (w ocenie eksperckiego zespołu pod kierownictwem prof. Roberta Rudowskiego oceniającego: *Uwarunkowania realizacji programu badawczo-rozwojowego AAL w Polsce*, Szpital Geriatryczny im. Jana Pawła II w Katowicach został wytypowany jako rozwiązanie modelowe do adaptowania w innych regionach kraju).

► PACJENT GERIATRYCZNY

Nieprzypadkowo przykłada się tu tak dużą rolę do kompleksowych usług medycznych: od diagnostyki, przez porady specjalistyczne, leczenie szpitalne, rehabilitację, zalecenia profilaktyczne oraz edukację, a nawet dobór sprzętu ortopedycznego, szkielet, aparatów słuchowych czy organizację opieki w domu chorego. Bo pacjent geriatryczny to nie jest po prostu „taki sam chory, tylko w pewnym wieku”.

Jak podkreśla dr n. med. **Jarosław Derejczyk**, dyrektor placówki:

– W przypadku chorych w podeszłym wieku, diagnozy na skierowaniach lekarzy kierujących do oddziału geriatrycznego, jak i rozpoznania wstępne, stawiane na izbach przyjęć przez lekarzy pracujących w oddziałach, często znacznie różnią się od rozpoznań końcowych. Przyczyną jest wielochorobowość seniorów, skąpoobjawowość w manifestacji klinicznej chorób; niecharakterystyczne i mało specyficzne objawy; nakładające się zaburzenia funkcji poznawczych, wykluczające zebranie obiektywnego wywiadu bez wcześniejszej oceny psychologicznej szczególnie w otępieniu z sensoryczną i motoryczną afazją, ubóstwo słowników pojęciowych, somatyzacja, postawy roszczeniowe, wypieranie; brak kontaktu z chorym i niewiedza opiekuna o przyczynach pogorszenia i stosowanych lekach. Sytuacje te różnią oddziały internistyczne, a szczególnie oddziały zabiegowe, od oddziałów geriatrycznych, gdzie najistotniejsza przyczyna przyjęcia jest definiowana z dużo mniejszym błędem. Dlatego dla chorych w oddziale geriatrycznym, poza leczeniem zgłaszanych dolegliwości i poszukiwaniem przyczyn nieprawidłowych wyników, jednym z najistotniejszych celów pobytu jest określenie obecnych u pacjenta niewydolności narządów, które przed przyjęciem nie zostały rozpoznane, a manifestowały się w niecharakterystyczny sposób. Nawet, gdy w trakcie pobytu szpitalnego u chorego po 85. roku życia leczone



Fot.: Grażyna Ogrodowska

Przyjazna, łatwa w identyfikacji przestrzeń jest bardzo ważna dla starszych pacjentów.

jest zapalenie oskrzeli i udaje się pacjenta wyleczyć, a nie rozpoznamy u chorego niewydolności mózgu, którą jest otępienie (szczególnie we wczesnej fazie), pozbawiamy chorego leczenia, którego brak skazuje go na szybką utratę samodzielności i niejednokrotnie przedwczesną instytucjonalizację. Konsekwencją powszechnego braku wiedzy o zasadach rozpoznawania i leczenia

„Znaczną część świadczeń z oddziałów kardiologicznych, diabetologicznych, geriatrycznych czy pulmonologicznych na poziomie placówek pierwszego stopnia będzie można wykonywać na oddziałach interny”.

Dołącza do tych wypowiedzi minister **Konstanty Radziwiłł**: „W każdym większym

„Polskie i międzynarodowe doświadczenia jasno pokazują, że rozwój geriatry jest dziś kluczowym wyzwaniem współczesnych społeczeństw.”

Prezydent RP Andrzej Duda

zespołów otępiennych, na różnych etapach ich zaawansowania, jest zbyt późne włączenie leczenia prokognitywnego i nieprawidłowe leczenie towarzyszących otępieniu zaburzeń zachowania. Około 70% otępień pozostaje w Polsce niezdiagnozowanych.

► NIE ROZUMIEM RÓŻNIC...

Tymczasem... W listopadzie 2016 roku wiceminister zdrowia **Krzysztof Łanda** powiedział w wywiadzie (dla RMF FM): „Nie rozumiem pewnych różnic między internistą a geriatrą.”

I dalej: „Musimy zaspokajać potrzeby zdrowotne, ale niekoniecznie pod sztandarem geriatry. Wolałbym, żeby był to bardzo dobry internista.”

Wiceminister **Piotr Gryza** z kolei (w wywiadzie dla Medexpresu, również w 2016 r.) zawarł taką wizję:

szpitalu powinien być specjalista geriatra pełniący rolę konsultanta dla lekarzy innych specjalności. W szpitalu wieloprofilowym dobrze byłoby, gdyby np. chirurg, ortopeda czy ginekolog mieli możliwość konsultowania przypadków osób starszych. Geriatra jest potrzebny, aby określić drogę postępowania z pacjentem, którego odmiennosć polega właśnie na wieku. (...) Jeśli chodzi o pytanie o zasadność utrzymania geriatry jako specjalności, to toczą się intensywne dyskusje na temat kształcenia podyplomowego lekarzy.”

Kongres Zdrowia Publicznego w 2016 r. z kolei wyartykułował zalecenie: „Trzeba o 15% zmniejszyć liczbę starszych osób na izbach przyjęć”. Jego uczestnicy wskazywali też na problem, jakim jest „zbędna hospitalizacja, zwłaszcza osób w podeszłym wieku.” (?????)





Dr n. med. Jarosław Derejczyk.

Fot.: Grażyna Ogródowska

„Bez nowych rozwiązań, także odnoszących się do kosztów, wzrośnie gwałtownie poziom finansowania świadczeń zdrowotnych, a dostępne zasoby ludzkie staną się niewystarczające, by zaspokoić przyszłe potrzeby opieki nad osobami starszymi. To wspólne wyzwanie dla wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej.” (z posiedzenia Komisji Polityki Senioralnej Sejmu RP, listopad 2016)

► NAJTRUDNIEJSZE PRZYPADKI

Dr Derejczyk komentuje:

– *Konsultacja to oddanie karty ze zleceniem: pacjent wymaga tego i tego... i tu rola konsultanta się kończy. Wyobraźmy sobie na izbie przyjęć „zwykłego” szpitala chorego, z którym nie ma kontaktu, z ograniczoną możliwością poruszania się, przerażonego, nierozumiejącego, gdzie się znalazł, usiłującego się wydostać, w panice. Najczęściej realizowany sposób, to przypięcie go pasami lub skorzystać z przynajmniej farmakologicznego w postaci Haloperidolu – niech poleży na noszach i poczeka, bo jest jednym z wielu jemu podobnych... To jest perspektywa obrazu z izby przyjęć już za kilka lat, kiedy populacja 85+ znacznie wzrośnie. Czy takiego leczenia chcemy dla starych*

ludzi? Czy nie cofamy się w medycynie wieku podeszłego o 50 lat, kiedy zaczęliśmy w latach 60. tworzyć geriatrię? Geriatria jest odpowiedzią społeczeństwa na najbardziej kruchych, wymagających, niesamodzielnych chorych. My przejmujemy najtrudniejsze przypadki, jesteśmy po to, żeby chorych wyciągnąć ze stanów, często uważanych „za przypadłość związaną z wiekiem”, albo diagnozowanych po prostu: „miażdżyca”. Chcemy nad tymi chorymi otoczyć opiekę w systemie, odciążając kolegów po fachu – internistów. Jako geriatrzy chcemy, żeby niesprawny, trudny pacjent nie krążył w systemie, odesłany w końcu do opieki długoterminowej. Poza wszystkim, to się nie opłaca finansowo, o czym mówi się powszechnie. Dla opisanego trudnego pacjenta na izbie przyjęć geriatrzy opracowali specjalny standard postępowania. Po co kształcić geriatrów i nie dawać im zatrudnienia? Ta trudna nadspecjalizacja wzbudza dziś coraz większe zainteresowanie młodych ludzi, chcą się kształcić, chcą pracować z takimi chorymi, rośnie liczba rezydentur.

Tymczasem dziś sytuacja geriatry przypomina małą łódkę na pełnym wzburzonym morzu, zalewaną falami...

Kiedy pytam dr. Derejczyka, dlaczego w sytuacji, gdy brak pieniędzy, państwo powinno przeznaczać środki i poświęcać tak wielką uwagę ludziom, którzy przecież „mają swój wiek”, co wielu czyta jako „i tak niewiele im pomożemy...” – odpowiada prosto i krótko: **to kwestia etyki, bez której społeczeństwa giną... „Pozycja chorego” to nie tylko jego ułożenie w łóżku, to też lokacja w społeczeństwie, jaka wynika z jego dorobku życia. Sami tej bezpiecznej lokacji kiedyś zapagniemy, polegając na silniejszych.**

Jaka będzie przyszłość geriatry i samego szpitala? Zbanalizowana już i zwyczajowa odpowiedź „czas pokaże” – to za mało. Także dla nas samych, już za iks lat. Przed dyskryminacją z powodu wieku nie chroni żadna wcześniejsza pozycja społeczna. Jeśli jest zaszyta w systemie, odczuwamy ją niechybnie bez względu na to, gdzie pracowaliśmy. ●

Grażyna Ogródowska

Badania polskich naukowców szansą na lepsze poznanie glejaków mózgu

Projekt GLIOMED

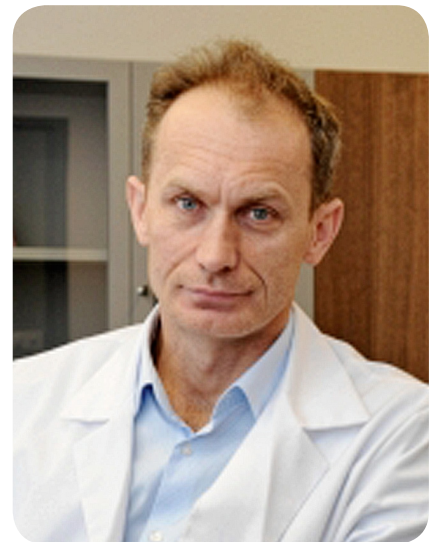
W najbliższym czasie zespół naukowców pod kierownictwem prof. dr hab. n. med. Sergiusza Nawrockiego, kierownika Katedry Onkologii i Radioterapii Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, rozpocznie szeroko zakrojone badania dotyczące diagnostyki glejaków na podstawie wolnokrążącego DNA guza. Projekt GLIOMED otrzymał wsparcie w wysokości blisko 8 mln zł w ramach programu „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych” STRATEGMED.

Glejak, obok oponiaków, są najczęstszymi pierwotnymi nowotworami występującymi wewnątrz czaszki. Każdego roku na tę chorobę zapada w Polsce blisko 1300 osób.

– *Glejak, obok oponiaków, są najczęstszymi pierwotnymi nowotworami występującymi wewnątrz czaszki. Każdego roku na tę chorobę zapada w Polsce blisko 1300 osób.*

mamy więc sposobów, by im zapobiegać – tłumaczy prof. Sergiusz Nawrocki. – Badania nie potwierdziły także hipotezy, że za powstawanie guzów odpowiedzialne jest częste używanie telefonów komórkowych – dodaje.

Podstawą rozpoznania glejaka są objawy kliniczne i obraz rezonansu magnetycznego, a główną metodą leczenia operacja chirurgiczna. Niestety, guzy te charakteryzuje agresywny rozrost i naciekanie, co praktycznie uniemożliwia całkowite usunięcie wszystkich komórek nowotworowych. Jeżeli guz umiejscowiony jest w tzw. obszarze elokwentnym, czyli miejscach w korze mózgowej, odpowiadających za ważne życiowe funkcje, jak mowa czy ruch, ingerencja chirurga staje się praktycznie niemożliwa. Dlatego, mimo postępu, jaki dokonuje się w chirurgii, radioterapii i chemioterapii, glejaki nadal są w zasadzie nieuleczalne. Świato-



Fot.: Agata Kalafarska

Prof. dr hab. n. med. Sergiusz Nawrocki.

wa Organizacja Zdrowia klasyfikuje glejaki według czterostopniowej skali, gdzie I oznacza te najbardziej łagodne i dające większe szanse na przeżycie. Stopień czwarty oznacza najgorsze rokowanie – pacjenci z tym rodzajem nowotworu żyją

ciąg dalszy na str. 18 ►►►

Projekt GLIOMED

ciąg dalszy ze str. 17 ►►►

średnio ok. 14 miesięcy, mimo podjętego leczenia.

Nadzieję na poprawę tych wyników daje właściwe rozpoznanie typu glejaka, wczesne rozpoznanie progresji molekularnej, scharakteryzowanie krytycznych mutacji lub cech epigenetycznych.

W ramach projektu GLIOMED planowane jest opracowanie kompleksowego testu opartego na analizie materiału pobranego z guza (ukierunkowane sekwencjonowanie NGS – Next Generation Sequencing – 700 genów) oraz próba opracowania „liquid biopsy” (tzw. płynnej biopsji czyli testu z krwi) opartej o analizę wolnokrążącego DNA (cfDNA) guza we krwi, co mogłoby stanowić małoinwazyjną opcję dla biopsji chirurgicznej.

– Wiemy, że w przypadku wielu nowotworów DNA, które jest w komórkach nowotworowych, przedostaje się do krwi. Jeśli będziemy w stanie wyłapać pojedyncze cząsteczki DNA komórek glejaka i je scharakteryzować, możemy skonstruować specjalne sondy genetyczne, które będą wychwyty-

wać we krwi fragmenty DNA o określonej sekwencji – mówi prof. Nawrocki.

„Liquid biopsy” poprawiłaby dostępność do diagnostyki, komfort i bezpieczeństwo pacjentów oraz oznaczałaby zupełnie nowe możliwości monitorowania przebiegu choroby, do tej pory niedostępne.

– Gdy guz się odnawia, u części pacjentów mamy problem z pobraniem materiału do badania. Istnieje duże ryzyko, że nowotwór jest o wyższym stopniu złośliwości niż poprzednio, często występuje także w miejscu, gdzie jakkolwiek ingerencja jest niebezpieczna dla chorego. W takim przypadku leczenie oparte jest na obrazach radiologicznych, ale jest to metoda dalece niedoskonała. Test z krwi umożliwiłby bez narażania pacjenta na ryzyko powtórnego zabiegu czy biopsji zebrania precyzyjnych danych dotyczących guza – tłumaczy Profesor.

W ramach projektu GLIOMED naukowcy chcą także poznać kompleksową charakterystykę genomu i transkryptomu guza. Część komórek pobranych od pacjentów zostanie także wykorzystana do hodowli 3-D in vitro w warunkach zmniejszone-

go stężenia tlenu. Dla glejaka charakterystyczną cechą jest bowiem to, że przy niskim stężeniu tlenu komórki nowotworowe nabywają zdolności do aktywnej migracji i tworzenia ognisk odległych od pierwotnego. Dlatego u chorych na glejaka IV stopnia często obserwuje się wieloogniskowe zmiany w mózgu. Eksperci mają nadzieję, że prowadzone badania pozwolą im na poznanie mechanizmów, które za to odpowiadają. Gdyby się udało ten proces zablokować, być może byłby to klucz do lepszych wyników leczenia tego typu nowotworu. Pierwszych wyników badań naukowcy spodziewają się po ok. 2-2,5 roku.

W projekcie, oprócz Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, biorą udział: Warszawski Uniwersytet Medyczny, Instytut Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN w Warszawie, Akademia Górniczo-Hutnicza w Krakowie, Regionalne Centrum Naukowo-Technologiczne w Podzamczu oraz prywatny podmiot, który będzie odpowiadać za wdrożenie wypracowanych rozwiązań. ●

Oprac. Agata Kalafarska

Raport dekady 2005-2015

Analiza sytuacji zaawansowanego raka piersi, obejmująca zakresem ostatnie dziesięciolecie w 34 krajach na świecie.

W leczeniu zaawansowanego raka piersi niezbędne są zmiany i współpraca wszystkich zainteresowanych stron z obszaru opieki zdrowotnej, pracy i polityki społecznej – zgodnie twierdzą przedstawiciele środowiska medycznego, organizacji pacjenckich i decydenci.

Opracowanie „Ogólnoświatowa sytuacja dotycząca zaawansowanego/rozszianego raka piersi – podsumowanie dekady” zostało przygotowane przez zespół pod przewodnictwem dr **Fatimy Cardoso** z Europejskiej Szkoły Onkologii (European School of Oncology). Jest bardzo ważnym działaniem, związanym z dążeniem do zapewnienia kobietom z rozpoznaniem zaawansowanego raka piersi podstaw oraz możliwości współdecydowania o swoim zdrowiu i życiu, a także stworzenia warunków aktywnego uczestniczenia w procesie leczenia.

Z raportu: Paradygmat leczenia musi skupiać się na podejściu spersonalizowanym wobec każdej pacjentki i aspirować do tego, by zmienić rozszianego raka piersi w chorobę przewlekłą, z długofalowymi okresami remisji.

Raport jest kompleksową analizą sytuacji zaawansowanego raka piersi, obejmującą zakresem ostatnie dziesięciolecie w 34 krajach na świecie. Badaniem objęte zostały pacjentki, ich opiekunowie,

organizacje pacjentów, lekarze onkolodzy, pielęgniarki i kadry zarządzające placówkami onkologicznymi. Z raportu wynika, że kobiety z nawrotem choroby czują się odizolowane, zepchnięte na margines społeczny i pozostawione bez pomocy i wsparcia. To musi się zmienić, bo choć rak piersi jest chorobą nieuleczalną, to w tej chwili staje się chorobą przewlekłą.

Polska wersja raportu została opublikowana pod koniec 2016 r. na stronie internetowej www.raportdekady.pl.

Z raportu: Rak piersi jest najczęstszym nowotworem wśród kobiet. Szacuje się, że w 2012 r. na świecie rozpoznano 1,7 mln nowych zachorowań.

Raport zawiera m.in. rozdział: Kontekst i perspektywy naukowe, a w nim: Historia postępu w leczeniu raka piersi, Impas w innowacjach w dziedzinie zwalczania rozszianego nowotworu piersi, Obrazy koncentracji w przyszłości, Nowe rekomendacje. Wiele miejsca poświęcono też problematyce opieki wspierającej nad chorymi oraz wpływowi polityki, społeczeństwa i środowiska. ●

Oprac. Grażyna Ogródowska

na podstawie materiału prasowego Agnieszki Zamenckiej i Ewy Dux-Prabuckiej, prezesa Stowarzyszenia „Dziennikarze dla Zdrowia”



Głos w dyskusji środowiskowej

► WSTĘP – CZY ETYKA W SŁUŻBIE CHOREMU MA DZIŚ ZNACZENIE?

Moją wypowiedź piszę w postaci pytań, które, uważam, należy sobie stawiać i szukać na nie odpowiedzi. Nie zawsze będą proste i jednoznaczne. Jeśli jednak ich nie będzie, to pozwolimy, aby to rzeczywistość kreowała nas.

Żyjemy w rzeczywistości, w której ważną rolę odgrywają kompetencje. Od lekarza wymaga się posiadania nowoczesnej wiedzy, nieustannego kształcenia, optymalnej organizacji pracy indywidualnej i w zespole, sprawnego funkcjonowania w instytucjach. Istotną rolę odgrywa również empatia. Te wszystkie elementy stanowią kanony współczesnych systemów opieki zdrowotnej.

- Czy jednak sprawna organizacja systemu jest jedynym celem?
- Czy dobro chorego jest zawsze na pierwszym miejscu?
- Czy w relacji lekarz – chory zawsze dominuje logika służby słabszemu?
- Czy służba nie staje się terminem historycznym?
- Czy zawsze lekarze wymagają od siebie wyższych standardów etycznych?
- Czy etyka w służbie choremu ma znaczenie?
- A jeśli tak, to według jakich kryteriów ją stosować?
- Czy jeśli stawia się wysokie wymagania, to czy dotyczy to tylko lekarza, czy również metod diagnostycznych, leczniczych i leków?
- Czy chorzy i lekarze mają prawo wymagać od leków i przemysłu farmaceutycznego nie tylko bezpieczeństwa, skuteczności, ale również spełniania standardów etycznych?

► O STOSOWANIU LEKÓW MOGĄCYCH POCHODZIĆ Z CZYNU ZABRONIONEGO

Coraz powszechniejsze jest rejestrowanie nowoczesnych leków biologicznych. Ordynowanie niektórych leków w procesie, w którym wykorzystuje się ludzkie

linie komórkowe uzyskane w kontrowersyjny etycznie sposób, musi być podane dyskusji w środowisku medycznym. Chorzy również takie pytania będą zadawać lekarzom. I mają prawo otrzymać terapię lub lek spełniający wysokie standardy etyczne.

Dlatego chciałbym przedstawić zagadnienie etyczno-prawne, które staje się coraz częstszym elementem praktyki lekarskiej. Odnosi się do leków rekombinowanych, bardzo zaawansowanych biotechnologicznie preparatów, do produkcji których wykorzystuje się materiał biologiczny mogący pochodzić z aborcji. Ponieważ jestem hematologiem, opiszę w skrócie problem, który dotyczy moich pacjentów.

Zajmują się głównie skazami krwotocznymi (w Polsce jest zdiagnozowanych ok. 4000 chorych), w tym leczeniem hemofilii. Jest to wrodzona choroba, polegająca na nadmiernej skłonności do krwawień. Jej istotą jest mutacja genetyczna, powodująca brak lub niską aktywność jednego z białek biorących udział w krzepnięciu krwi tzw. czynnika krzepnięcia. Istnieje kilka czynników krzepnięcia. Najpoważniejszy problem stanowi niedobór czynnika VIII (powodujący hemofilię A) oraz niedobór czynnika IX (powodujący hemofilię B). Do lat 50.-60. XX wieku, kiedy nie było znane skuteczne leczenie, większość chorych nie dożywała dorosłego wieku.

Do leczenia stosowano początkowo przetaczania krwi, osocza świeżo mrożonego, a następnie elementy składowe osocza tzw. krioprecypitat. Na początku lat 70. do użytku wchodziły koncentraty czynników krzepnięcia. Jest to „rewolucja” w leczeniu. Leki można przechowywać w domowej lodówce, nie ma potrzeby już częstych hospitalizacji. Chorzy zaczynają prowadzić normalne życie. Pod koniec lat 70. i na początku lat 80. dochodzi do hekatomb. Koncentraty zostają zakażone wirusem HIV.

Preparaty pochodziły z puli osocza wielu tysięcy dawców, nie znano metod wykrywania ani eliminacji wirusów. Prawie wszyscy chorzy z krajów zachodnich, gdzie stosowano koncentraty, zmarli – kilkadziesiąt tysięcy chorych.

Badanie szczegółów wydarzeń wykazało, że nie wszystkie rządy reagowały szybko i zdecydowanie w celu ratowania chorych. Mając już wiedzę, że leki te mogą być również przyczyną śmierci, nie wycofano ich niezwłocznie z obrotu, a co więcej, tam, gdzie zostały wycofane, firmy eksportowały zakażone leki do państw, które nie były świadome zagrożenia (np. do krajów afrykańskich). Wiele krajów zachodnich, w tym USA, wypłacało duże odszkodowania rodzinom chorych (film dokumentujący aferę Bad Blood znajduje się na YouTube). W Polsce toczy się proces o odszkodowania dla chorych na hemofilię zakażonych wirusem HCV poprzez preparaty krwiopochodne. We Francji sprawa zakończyła się wyrokiem dla ówczesnego ministra zdrowia. Wtedy niejednokrotnie zwyciężał interes finansowy; zyski koncernów farmaceutycznych nad życiem i zdrowiem chorych.

W latach 80. opracowano metody eliminacji wirusów i innych patogenów z koncentratów czynników krzepnięcia. Obecnie uważa się te leki za bezpieczne pod względem wirusologicznym.

Kolejną ich generacją są leki rekombinowane o wyższym standardzie bezpieczeństwa. Nie są wytwarzane z osocza ludzkiego. Wykorzystuje się do ich produkcji metody inżynierii genetycznej: gen kodujący białko wprowadza się do linii komórkowej, gdzie integruje się z jej genomem i zaczyna się produkcja pożądanego białka, w tym przypadku czynnika krzepnięcia. Proces produkcji nie wykorzystuje jako surowca ludzkiego osocza.

W ostatnich latach powstają kolejne generacje leków rekombinowanych: zmodyfikowane cząstki białkowe o mniejszych właściwościach immunogennych oraz wykorzystywane są inne linie komórkowe do produkcji białek.

► CO TO ZNACZY „INNE LINIE KOMÓRKOWE”?

Większość dotychczasowych leków rekombinowanych wykorzystywały linie komórkowe zwierzęce, w przypadku czynników krzepnięcia korzystano najczęściej z komórek jajnika chomika chińskiego. Aktualnie kilka firm farmaceutycznych wprowadza leki rekombinowane produkowane przez „ludzkie linie komórkowe”.

Okazuje się, że wykorzystuje się linię komórkową HEK 293 (Human Embryonic Cell). Ludzkie komórki embrionalne nerek uzyskano z jednego ze zdrowych płodów

Michał Jamrozik (ur. 1973 r.) – lekarz, specjalista hematolog, absolwent Śląskiej Akademii Medycznej. Wieloletni działacz Polskiego Stowarzyszenia Chorych na Hemofilię. Autor publikacji „Jak żyć z hemofilią”, publikuje w portalu „Choroby krwi”. Na terenie województwa śląskiego nadzoruje leczenie skaz krwotocznych. Starszy asystent Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpitala SPSK im. Mielęckiego SUM w Katowicach.

Głos w dyskusji środowiskowej

ciąg dalszy ze str. 19 ►►

z legalnie przeprowadzonej aborcji, zgodnie z prawem holenderskim w 1973 r. Tożsamość matki i powód aborcji nie są już znane.

Kilka firm albo już zarejestrowało leki wykorzystujące ludzkie linie komórkowe, albo będą je wkrótce rejestrować w USA i UE.

W Polsce leczenie skaz krwotocznych odbywa się na podstawie Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię, w ramach Programu Polityki Zdrowotnej. Zakupy koncentratów czynników krzepnięcia dokonywane są przez Zakład Zamówień Publicznych przy Ministerstwie Zdrowia.

Michał Jamrozik

Powyższe zagadnienie zostało zgłoszone przez dr. Jamrozika do Śląskiej Izby Lekarskiej. ŚIL wnikliwie zajęła się problematyką wskazaną w liście Autora, wraz z załączonymi szczegółowymi pytaniami. **Komisja ds. Etyki wypracowała Stanowisko, w którym czytamy:**

„Komisja ds. Etyki Lekarskiej ORL w Katowicach

uważa, że szczegółowa informacja prawna, będąca odpowiedzią na szczegółowe pytania zadane w liście Kolegi, wydana przez Zespół Radców Prawnych Izby, wyjaśnia wszystkie przedstawione przez kolegę wątpliwości natury prawnej. Niezależnie od tego mogą zaistnieć wątpliwości moralne i to zarówno po stronie lekarza, jak i pacjenta, w odniesieniu do konkretnej terapii. Wydaje się przy tym, że i ta kwestia jest dobrze regulowana w polskim systemie normatywnym, w szczególności art. 6, art. 7 i art. 13 Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Niemniej Komisja uważa, że **mogą zaistnieć moralne wątpliwości co do stosowania leków, których technologia pozyskiwania oparta jest na metodach moralnie wątpliwych.** Poza przytoczonym w piśmie kol. Michała Jamrozika problemem pozyskiwania linii komórkowych, takie wątpliwości powstają też w sytuacjach, gdy producent leków działa w krajach, gdzie w sposób niehumanitarny wykorzystywana jest siła robocza

lub gdy dochodzi do zanieczyszczenia środowiska naturalnego w wyniku stosowanego procesu technologicznego. **Komisja uznała, że jest to temat ważki i wskazane jest zainteresowanie nim środowiska lekarskiego, w debacie np. na forum „Pro Medico”.**

Zespół radców prawnych ŚIL opracował informację prawną wraz z odpowiedziami na pięć szczegółowych pytań dotyczących „stosowania leku, którego składnik jest otrzymywany w technologii rekombinacji DNA w linii embrionalnych komórek nerki ludzkiej (HEK)”. Jest ona jednak zbyt obszerna, by wydrukować ją tu w całości. Wszyscy zainteresowani tematem mogą uzyskać treść ww. opracowania prawnego w Zespole Radców Prawnych ŚIL oraz w redakcji „Pro Medico”. Czekamy na Państwa głosy w tej bardzo ważnej, także dla pacjentów, dyskusji. ●

Oprac. Grażyna Ogródowska



Europejskie towarzystwa medyczne

Niedawno po jednym ze szkoleń, które prowadziłam w siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej, miała miejsce bardzo ciekawa dyskusja na temat specyfiki współpracy w ramach europejskich medycznych towarzystw naukowych. **Ponieważ pytania dotyczące tego tematu przewijają się często również na szkoleniach z komunikacji interpersonalnej, postanowiłam podzielić się nimi z Koleżankami i Kolegami w formie pytań i odpowiedzi.** Zapraszam do wspólnej refleksji i ewentualnej dalszej dyskusji na spotkaniach w naszej Izbie.

Dlaczego towarzystwa europejskie, a nie międzynarodowe?

Trafne pytanie! Otóż, o ile patrząc z zewnątrz, towarzystwa europejskie i północnoamerykańskie niewiele się między sobą różnią, to znając tryb ich pracy od strony organizacyjnej, kultury pracy i relacji hierarchicznych powiedziałabym, że w europejskich kwestie interesów zarówno naukowych, badawczych, jak i finansowych są dużo mniej istotne. Dużo większą rolę odgrywa w nich współpraca w osiąganiu pewnych założonych celów, na przykład wypracowanie właściwych wytycznych dotyczących określonego stanu czy schorzenia. Oczywiście wyniki tych prac są zazwyczaj publikowane w piśmiennictwie międzynarodowym, ale to tylko oczywisty wynik długiej i żmudnej – lecz jakże fascynującej – pracy w kompetentnym zespole. Bo czy pracujemy nad nowym programem badawczym o zasięgu europejskim, nad nowym komunikatem prasowym dotyczącym kontrowersyjnego leku, czy też nad nowym kursem edukacyjnym, będziemy zawsze pracować w grupie. Trzeba więc być aktywnym, nie siedzieć cicho w kącie, bo się „jest zbyt młodym” – bo przecież w wieku 35 lat jest się wciąż bardzo młodym, nieprawdaż?

W tych europejskich towarzystwach, które znam, kwestia wieku i stanu posiadania jest całkowicie pomijana. Liczy się kompetencja i chęć kontrybuowania, i oczy-

Joanna Ortoli – absolwentka Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej, ma wieloletnie doświadczenie w pracy w międzynarodowych medycznych towarzystwach i stowarzyszeniach naukowych. Pracownik Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Wierzy, że szacunek, chęć dialogu i znajomość zasad komunikacji międzyludzkiej ułatwiają pracę lekarzy i budują lepszy świat wokół nas.

W tych europejskich towarzystwach, które znam, kwestia wieku i stanu posiadania jest całkowicie pomijana. Liczy się kompetencja i chęć kontrybuowania, i oczy- ►►

►► wście komunikatywna, czyli wystarczająca, znajomość języka angielskiego. Problem językowy w amerykańskich towarzystwach w ogóle nie istnieje, natomiast w Europie po angielsku mówi się z tyłoma akcentami, że perfekcja w wymowie czy płynności wypowiedzi jest sprawą naprawdę drugorzędną. Kluczowa będzie za to nasza wiarygodność i dotrzymywanie terminów.

Załóżmy, że chciałabym się do któregoś z europejskich towarzystw naukowych zapisać. Co powinnam zrobić?

Na pewno najpierw dokładnie poznać te towarzystwa, które mogłyby nas interesować. Celowo użyłam liczby mnogiej. Towarzystw jest bardzo wiele. Dla specjalności takich jak pulmonologia czy kardiologia, znam jedno towarzystwo główne, ale ono też zrzesza stowarzyszenia dedykowane podspecjalnościom. Ale już dla onkologów tych towarzystw jest więcej, w zależności od podspecjalności, którą mogą reprezentować.

Na szczęście internet umożliwia nam szybkie i bardzo dokładne rozpoznanie stanu rzeczy. Strony internetowe towarzystw są kopalnią informacji na temat struktury, sposobu pracy i organizacji towarzystwa, jego aktywności naukowej i dydaktycznej, jego wielkości i kierunków rozwoju. Szukamy nie tylko informacji o tym, co nas w danej chwili interesuje, czyli, na przykład, co w danym towarzystwie się dzieje związanego z astmą, lecz sprawdzamy też, czym to wybrane towarzystwo zajmuje się w szerokim tego słowa znaczeniu. Bo na przykład może się okazać, że oprócz badań i wytycznych dotyczących diagnostyki i/lub leczenia astmy, jest też grupa pracująca nad polityką europejską w zakresie profilaktyki lub możemy znaleźć grupę roboczą, która pomaga młodym specjalistom w zorganizowaniu kilkumiesięcznego stażu zawodowego na wysoko wyspecjalizowanych oddziałach i to w szpitalach znanych z doświadczenia w leczeniu określonych chorób płuc. I tego wszystkiego możemy się dowiedzieć nie wstając z własnego fotela – przepraszam – zza biurka. Cóż więcej – możemy się na przykład dowiedzieć, iż oprócz znanego nam już towarzystwa, istnieją jeszcze inne międzynarodowe stowarzyszenia (Associations), towarzystwa (Societies) lub struktury (Boards, Councils), które działają w ramach tego, co nas zawodowo interesuje i że można do nich po prostu dołączyć wprost lub zostać zarekomendowanym, lecz pierwszym krokiem będzie znajomość takiej organizacji. Albo odkryjemy jakąś nową dziedzinę lub aspekt znanego nam problemu, która nas co najmniej bardzo zainteresuje lub nawet zafascynuje. Bo my o niej nic nie wiedzieliśmy, a tu okazuje się, że ktoś

już nad tym pracuje. I może przydałby im się jeszcze ktoś, bo pracy zawsze jest więcej niż ludzi.

I można się tak po prostu zapisać i współpracować?

To zależy od towarzystwa, ale procedury zapisów są zazwyczaj proste. Może się jednak okazać, że będąc członkiem towarzystwa polskiego, jesteśmy też automatycznie członkiem towarzystwa europejskiego. Do tego, by współpracować w ramach towarzystwa europejskiego, wystarczy tak naprawdę wola, trochę determinacji, chęć i możliwość poświęcenia własnego czasu, którego nie mamy wiele. Warunkiem *sine qua non*, oprócz kompetencji czysto merytorycznych, jest sprawność językowa, przy czym naprawdę średni poziom konwersacyjny języka angielskiego wystarczy, zakładając, że jest się w miarę biegłym w czytaniu literatury fachowej, czyli publi-

Oczywiście! Jest to bardzo ciekawy i sympatyczny aspekt pracy w międzynarodowych organizacjach, którego pomijanie może nam nastęrczyć trochę kłopotu lub nieporozumień. W ogóle skuteczne komunikowanie się jest zazwyczaj wyzwaniem w nowym środowisku, musimy to środowisko najpierw poznać. Współpraca z kolegami mieszkającymi i pracującymi w innych krajach jest szalenie ciekawa. O ile mamy w Europie w miarę jednolite rozumienie obowiązkowości, odpowiedzialności lekarskiej, szacunku do pacjenta i lekarzy, o tyle ich wyrażanie będzie się już różniło, z grubsza rzecz biorąc, w zależności od kraju, a nawet regionu. Na przykład paternalistyczne podejście do pacjenta w krajach południa Europy może być normą, ale nie ma go praktycznie wcale w krajach skandynawskich. Albo kwestia hierarchii w pracy lekarza i delegowania pracy:

Do tego, by współpracować w ramach towarzystwa europejskiego wystarczy tak naprawdę wola, trochę determinacji, chęć i możliwość poświęcenia własnego czasu, którego nie mamy wiele.

kacji z własnej specjalności. A to akurat zależy tylko od nas. Powiem wprost – poziom językowy nigdy nie powinien być barierą. Trudniej – ale tylko trochę – może być w praktyce z umiejętnościami komunikacji interpersonalnej, bo jednak sposób bycia i szybkie dostosowanie się do obowiązujących w danej organizacji reguł gry, współpracy i zachowania bardzo ułatwiają pełną akceptację przez grupę, do której dołączamy. Te umiejętności, posiadane już w jakimś stopniu przez wszystkich lekarzy, można ćwiczyć. Są kursy, książki, są materiały edukacyjne w sieci dostępne w wielu językach. Można też po prostu nauczyć się technik usprawniających komunikację, czyli określonych zachowań i reakcji właściwych w danych okolicznościach, czasie i miejscu. Komunikacja to pewien proces zachodzący zawsze wtedy, gdy chcemy komuś jakąś informację przekazać. W europejskich towarzystwach medycznych i naukowych każdy uprawia też komunikację międzykulturową, na przykład na spotkaniach roboczych czy na kongresach.

Chce Pani powiedzieć, że siedząc na kilkugodzinnym spotkaniu w centrum kongresowym na lotnisku możemy uprawiać komunikację międzykulturową?

w krajach anglosaskich stosunki są bardziej „poziome”, to znaczy hierarchia jest słabo zaznaczona i raczej nie wpływa na sposób komunikowania się lekarzy i personelu medycznego w codziennej pracy, automatycznie wszyscy są na „ty” ze względów językowych. Natomiast „na kontynencie” (jak to zgrabnie ujmują Brytyjczycy) hierarchia w podejmowaniu decyzji, w delegowaniu pracy i tytułowaniu się wzajemnym, jest silnie zaznaczona. Czasami wręcz obowiązująca i wymagana. Poza tym zdarzają się zabawne sytuacje

Reklama

Europejskie towarzystwa medyczne

ciąg dalszy ze str. 21 ►►

z życia codziennego. Na przykład w Europie kolacje jada się różne i o różnych porach. Więc kiedy i jak zjemy ją z kolegami lekarzami na zorganizowanym przez nas spotkaniu? Na ciepło i sporą o 22.00 jak w Hiszpanii, czy wystarczą kanapki i herbata o 18.00, jak w Wiedniu? I czy zostajemy przy stole dość długo, jak we Francji, czy ryzykujemy posądzenie o brak dobrych manier i skracamy ją do szybszego zimnego posiłku, by przejść dalej do ciekawszych zajęć? To taki rebus, czasem zaskakujący!

To brzmi bardzo przyjemnie, ale w życiu nigdy nie jest tak, że wszystko jest miłe...

To uniwersalna prawda. Zdarzają się sytuacje, gdy trzeba być asertywnym, aczkolwiek nieasertywni w towarzystwach naukowych też się mają bardzo dobrze. Z założenia bowiem w tych organizacjach wszyscy współpracują, ponieważ chcą to robić. Plasują się w grupach – komitetach, grupach roboczych czy zadaniowych, bo chcą brać udział w określonych pracach w konkretnych ramach (np. edukacji czy profilaktyce), bo ich to ciekawi, bo potrafili nawiązać nić sympatii z pozostałymi członkami tej grupy i najprawdopodobniej z jej liderem. Ten lider jest zazwyczaj komunikatywnym i przyjemnym człowiekiem, a jego główną kompetencją jest, oprócz kompetencji merytorycznej oczywiście, sprawność w organizacji, efektywność i co najmniej sympatyczny sposób bycia. Ta funkcja wymaga też niezłych umiejętności dyplomatycznych. Nikt nie lubi przecież pracować dobrowolnie i za darmo z niechętnymi

lub niegrzecznymi ludźmi, prawda? Takie osoby najczęściej nie są szefami zespołów, a jeśli tak się zdarzy, to zazwyczaj ich kandydatura do pracy w danej roli nie będzie ponownie rozważona. Towarzystwa europejskie to bardzo demokratyczne organizacje. Interesy własne rozgrywane są zazwyczaj na bardzo wysokich stanowiskach, ale to już zupełnie inna historia.

To wszystko brzmi ciekawie, lecz wydaje się takie odległe w rzeczywistości, w której brakuje nam na wszystko czasu. Dlaczego właściwie lekarz miałby chcieć się do takiego towarzystwa zapisać? Czy są z tego jakieś korzyści?

No pewnie! Ale wszystko zależy od tego, czego pragniemy i poszukujemy, i to nie tylko w życiu zawodowym, lecz także dla siebie, dla swojego rozwoju i satysfakcji. Na każdym etapie życia potrzebujemy innych wyzwań i innych sposobów wythnienia i regeneracji sił, także intelektualnych. Może też trochę przyjemności? Niewiele w życiu lekarza jest na nie czasu, więc dlaczego nie połączyć przyjemnego z pożytecznym? Możemy angażować się w różne aktywności w ramach europejskich towarzystw medycznych i naukowych, na przykład brać udział w różnych projektach międzynarodowych, bo praca w grupie roboczej pracującej nad zdefiniowaniem nowych wytycznych taką jest. Można też organizować międzynarodowe spotkania naukowe lub/i poświęconej naszej, czasem bardzo wąskiej, dziedzinie. Budować swój network, czyli sieć kontaktów zawodowych, które są bardzo przydatne w karierze i dają duże poczucie zawodowej pewności siebie. Na przykład

można być stomatologiem w małej miejscowości i brać udział w pracach europejskiej grupy roboczej pracującej nad rekomendacjami dotyczącymi profilaktyki określonego schorzenia dla Komisji Europejskiej. Czasem takie dokumenty fachowe stają się podstawą do prac legislacyjnych na poziomie kraju bądź całej Europy! Całkiem spora satysfakcja, prawda? I można to robić nawet mając ograniczone możliwości podróżowania, małe dzieci lub wymagających przełożonych w pracy. Przede wszystkim jednak współpraca taka bardzo poszerza horyzonty. Daje możliwość oderwania się od rutynowej rzeczywistości, która – choć często satysfakcjonująca – po wielu latach może nużyć. Nawet krótka podróż i efektywne, pracowite spotkanie z kolegami w innym miejscu i w innej rzeczywistości wyciąga nas z naszego ułożonego życia i pozwala na nie spojrzeć z pewnej perspektywy. Rozmawiając z naszymi kolegami – lekarzami, jak my – lecz pochodzącymi skądinąd, dostrzegamy często, jak wiele jednak mamy wspólnego, pomimo takiej czy innej sytuacji w naszym systemie opieki zdrowotnej. Łapiemy dystans. Motywujemy się do działania. Mimo zmęczenia fizycznego, wracamy z nową, inną energią, która wystarczy nam na jakiś czas. Warto zrobić coś dla siebie, jest to na pewno jeden ze skutecznych sposobów walki ze stresem i wypaleniem zawodowym. Zachęcam wszystkich do wizyty na stronach internetowych europejskich towarzystw i stowarzyszeń – to pierwszy krok, pierwsze spotkanie i pierwsza podróż, choć jeszcze wirtualna. ●

Joanna Ortołi

Historyczne dokumenty w ŚIL

Dzwonią lub odwiedzają nas osobiście. Informują, że mają i chętnie zdeponowałyby lub przynoszą ze sobą trochę niepewni, że „zawracają głowę”, bo może to nieważne i bez znaczenia. Starsi – na ogół – członkowie i członkinie Śląskiej Izby Lekarskiej coraz chętniej przekazują nam historyczne dokumenty, publikacje, listy i wspomnienia będące śladem działalności ich mistrzów i nauczycieli. Dokumenty dotychczas łądowały na półkach, zaopatrzone w biurowe segregatory, czasem opisane, a czasem nie, czekające na jakieś jutro.

Tym jutrem historycznych dokumentów będzie się zajmował powołany jesienią zeszłego roku Ośrodek Dokumentacji Historycznej ŚIL. Idea dbałości o archiwalia dokumentujące historię lekarzy i medycyny na Śląsku spotkała się z zaintereso-

waniem nie tylko lekarskiego środowiska. Pracami Ośrodka kieruje przewodniczący i inicjator projektu – dr **Jacek Kozakiewicz**, prezes ORL w Katowicach. W skład Rady ponadto weszli: prof. dr hab. **Zygmunt Woźniczka**, dr **Stanisław Mysiak**, dr **Karol Makles**, dr n. med. **Zygfryd Wawrzynek**, prof. dr hab. n. med. **Andrzej Kierzek**, dr n. med. **Krzysztof Brożek**, dr n. med. **Jerzy Dosiak**, dr n. med. **Jan Rauch**, dr n. med. **Krzysztof Siemianowicz**, dr n. med. **Mieczysław Dziedzic**, dr n. med. **Zygmunt Szwed**, prof. dr hab. n. med. **Stefan Pojda**, dr n. med. **Emilian Kocot**. Ośrodek ma swój regulamin, sprecyzowaną misję, a nawet miejsce w zmodernizowanym archiwum na –2 poziomie Domu Lekarza. To nad czym pracuje, to wzbogacenie zbiorów gromadzonych archiwaliów.

► CZEGO SZUKAMY?

Podczas uroczystej inauguracji prac Rady ODH ŚIL w styczniu tego roku, sprecyzowano krąg historycznych zainteresowań, które będą się koncentrować głównie wokół materiałów piśmienniczych: rękopisów, druków, czasopism i wydawnictw książkowych; niepiśmienniczych tj. fotografii, map, planów, dzieł sztuki; audiownych, jak taśmy, płyty dźwiękowe oraz audiowizualnych np. filmów. Członkowie Rady Programowej ODH ŚIL są zainteresowani pozyskiwaniem i gromadzeniem archiwaliów pierwotnych – w formie, jaką nadał im twórca; wtórnych – dokładnie odwzorowanych (duplikatów, odpisów i kopii) oraz tzw. pochodnych (zawierających informacje o dokumencie pierwotnym i jego zawartości). Dokumenty moż- ►►

▶▶▶ na przekazywać do ośrodka w oryginale lub – jeśli mają wyjątkową wartość dla posiadającego – w postaci duplikatu.

▶ W KONTEKŚCIE HISTORYCZNYM I WSPÓŁCZESNYM

Praca nad zgromadzonymi materiałami będzie się odbywać na płaszczyźnie trzech pracowni: historii żywej, archiwalno-digitalizacyjnej i popularyzacyjnej. Celem powołania pracowni jest przygotowanie archiwaliów w profesjonalny sposób, by później mogły zostać przekazane do zbiorów powstającego na Śląsku Muzeum Historii Medycyny i Farmacji.

– *Misją Ośrodka Dokumentacji Historycznej Śląskiej Izby Lekarskiej jest gromadzenie, archiwizowanie, zabezpieczanie, opracowywanie i upowszechnianie dokumentów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz działalnością placówek ochrony zdrowia, obrazujących bogate dzieje medycyny na Śląsku – powie* dział podczas prezentacji inauguracyjnej prace Rady jej przewodniczący dr Jacek Kozakiewicz. – *Chcielibyśmy bezpłatnie udostępnić te archiwalia do celów edu-*



Fot.: Grażyna Ogródowska

Przedstawiciele ODH zapoznawali się ze sposobem przechowywania archiwów w IPN w Katowicach.

cyjnych i naukowych, organizować ekspozycje – w kontekście historycznym i współczesnym; wykłady dla lekarzy i lekarzy dentystry, seniorów Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku ŚIL, studentów kierunków medycznych oraz młodzieży szkolnej. Planujemy organizację spotkań autorskich

z nestorami śląskiej medycyny oraz działalność wydawniczą. Wszystko po to, by pobudzić świadomość historyczną w naszym środowisku – podkreślał przewodniczący Rady. ●

Aleksandra Wiśniowska-Śmierka

Szanowni Państwo, w związku z projektem powstania Muzeum Historii Medycyny i Farmacji, Ośrodek Dokumentacji Historycznej ŚIL zwraca się z prośbą o przekazywanie informacji na temat posiadanych przez Państwa archiwaliów: dokumentów piśmienniczych, zdjęć, prasy, wycinków prasowych, relacji audiowizualnych i audialnych, kronik, danych biograficznych osób zasłużonych. Jeżeli dysponujecie Państwo interesującymi materiałami o charakterze historycznym, prosimy o przekazanie informacji na ten temat drogą mailową: a.wisniowska@izba-lekarska.org.pl lub pod numerem telefonu: 32 6044261.

Quo vadis, medycyno pracy 2017?

▶ WPROWADZENIE

Medycyna pracy jest jedną ze specjalizacji lekarskich. Jej działalność przez wiele lat była kojarzona z bhp albo z lekarzami pracującymi w różnych zakładach pracy, zajmującymi się badaniami okresowymi – w powszechnym mniemaniu była to specjalizacja ludzi „nieudanych”, którzy nie znaleźli sobie swojego miejsca na niwie medycyny leczniczej. W roku 1996 minister zdrowia i opieki społecznej wydał rozporządzenie ujmujące całość problematyki przeprowadzania badań profilaktycznych, będące aktem wykonawczym do Kodeksu pracy, według którego badania profilaktyczne stały się obowiązkowe dla osób zatrudnionych na umowę o pracę (i umowę zlecenie). Zapisy ustawy o służbie medycyny pracy wprowadziły reorganizację dawnej przemysłowej służby zdrowia – i wtedy się zaczęło.

W różnych gremiach stwierdzono, że każdy lekarz ma prawo do orzekania – szczególnie odpłatnego – dla wszelkich podmiotów – niezależnie od specjalizacji. Przypadki orzekania na przykład przez pediatrów o zdolności do pracy na wysokości lub ortopedów o zdolności do pracy w narażeniu na ołów, nie należały do rzadkości. Wszystko to opisywano i opisywałem wcześniej.

▶ CO ZTEGO WYSZŁO?

Wiedza medyczna rozwija się nieustannie – tak samo rozwijała się medycyna pracy. Wyodrębniła się z niej „higiena pracy”, powstało też osobne towarzystwo naukowe, ale wobec braku stosownych uregulowań prawnych, a właściwie ich zmian – funkcjonuje obok – zrzeszając zarówno lekarzy, jak przede wszystkim innych fachowych pracowników ochrony zdrowia, zajmujących się ocenami środowiska pracy. Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy jest natomiast towarzystwem

skupiającym lekarzy z tą specjalizacją lub z innymi specjalizacjami – ale na mocy doświadczenia zawodowego i różnych szkoleń – posiadających uprawnienia do wykonywania badań profilaktycznych. W międzyczasie dokonano nowelizacji rozporządzenia z roku 1996, a z wielu dyskusji wynika, że zarówno pracodawcy, jak i pracownicy, oczekują od medycyny pracy czegoś innego – nie tylko badań profilaktycznych, ale wizytacji stanowisk pracy, konsultacji, prowadzenia programów profilaktycznych, doradztwa, tak zwanego czynnego poradnictwa itp. – niestety wszyscy milczą na temat pieniędzy – czyli kto powinien za to płacić (z Kodeksu pracy wynika, że badania profilaktyczne są płatne przez pracodawców, a na tematy inne Kodeks milczy (nadaj).

▶ LATA 2012-2017

To kolejna kadencja władz Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy oraz „nowi ludzie” w medycynie pracy – po śmierci poprzedniej przewodniczącej Zarządu Głównego i jednocześnie konsultanta krajowego dr n. med. **Ewy Wągrowskiej-Koski** doszło do zmian – konsultantem krajowym został dr **Paweł Wdówik**, a pełniącą obowiązki przewodniczącego – prof. dr hab. **Jolanta Walusiak-Skorupa**. Z kolei w województwie śląskim funkcję dyrektora Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy i konsultanta wojewódzkiego z zakresu medycyny pracy skupiła w swoich rękach dr **Krystyna Kostyra**, a przewodniczącym Oddziału Śląskiego wybrany został na kolejną kadencję niżej podpisany dr n. med. **Ryszard Szozda**. Czy działania wymienionych osób i kierowanych przez nich gremiów przyniosły rezultat – jest rzeczą oceną. Niestety, to nie one decydują o zmianach przepisów prawnych. Prace nad nimi trwają nadal. Jednocześnie wprowadzono kilka modyfikacji obowiązujących przepisów, ale spowodowało to raczej zamieszanie, z uwagi na ich wielość i często

ciąg dalszy na str. 24 ▶▶▶

Quo vadis, medycyno pracy 2017?

ciąg dalszy ze str. 23 ►►►

niestety mało precyzyjne zapisy – tak, jakby ustawodawca bał się bardziej śmiałych pociągnięć.

► CO DALEJ?

Trwają prace nad nowelizacją podstawowego rozporządzenia w sprawie badań profilaktycznych z 30 maja 1996 r. – w zakresie treści tzw. wskazówek metodycznych dla lekarzy orzekających, a stanowiących załącznik do cytowanego rozporządzenia. Zmiany mają dotyczyć zwiększenia dostępności do świadczeń medycyny pracy (poprzez zmianę zapisów także innych aktów prawnych), lepsze wykorzystanie czasu przeznaczanego na badanie lekarskie (tak zapisano w projekcie zamierzeń – cokolwiek to oznacza), możliwości (większe) tworzenia gabinetów lekarskich przy dużych zakładach pracy zgodnie z koncepcją Międzynarodowej Organizacji Pracy i Światowej Organizacji Zdrowia (czyli swoisty come back międzyzakładowych i zakładowych przychodni przemysłowych, zlikwidowanych faktycznie reformą z roku 1997) i pełniejsze wykorzystanie kompetencji lekarzy medycyny pracy (z tym, że nikt nie ustala niczego na temat pieniędzy – być może na razie – na owo wykorzystanie). Mają przynieść lepsze wykorzystanie kompetencji lekarzy konsultujących (okulistów, laryngologów, neurologów) oraz zmniejszenie ilości problemów do rozwiązywania których w ramach szkolenia specjalizacyjnego są przygotowani specjaliści medycyny pracy. Wskazano także, że badania profilaktyczne mają w większym stopniu niż obecnie przyczyniać się do wykrywania cukrzycy i chorób układu krążenia. Poza tym powinno się zwiększyć zakres działalności psychologów, a także nawiązać bardziej ścisłą współpracę ze specjalistami z zakresu BHP, bowiem szereg kompetencji wynikających ze specjalizacji z zakresu medycyny pracy oraz kompetencji specjalistów BHP po prostu się pokrywa.

► Z INNYCH RZECZY

Specjalizacja z zakresu medycyny pracy jest specjalizacją docenianą – świadczą o tym choćby wyroki Sądu Najwyższego dotyczące problematyki opiniowania. Wskazano, że opinię winni wydawać specjaliści wąskich dziedzin wspólnie (o ile istnieją różne schorzenia) lub, w przypadku braku takiej możliwości, podsumowania całości powinien dokonać biegły z zakresu medycyny pracy po przeprowadzeniu własnych badań i odniesieniu się do wniosków wszystkich biegłych opiniujących. Tak się też coraz częściej dzieje. Poza tym lekarze organu rentowego, orzekający o niezdolności do pracy (lekarze orzecznicy, komisje lekarskie), powinni coraz częściej korzystać z konsultacji lekarzy ze specjalizacją z zakresu medycyny pracy jako tych, którzy posiadają stosowną wiedzę. Proces ten jest wdrażany, niestety, bardzo powoli – ale jest. Można tu byłoby wymieniać także inne problemy – jednak z uwagi na konieczność zachowania określonej objętości artykułu – nie jest to możliwe.

► PODSUMOWANIE

Autor raz jeszcze przypomina, że istnieje specjalizacja z zakresu medycyny pracy, że posiadający ją lekarze mają wysokie kompetencje zawodowe i powinni być wykorzystywani do różnych celów (do czego są przygotowani) – nie tylko do wykonywania badań profilaktycznych (wstępnych, okresowych i kontrolnych). Podejrzewam jednak, że w tym przypadku zasadniczym problemem jest zwyczajna „kasa”. ●

Dr n. med. Ryszard Szozda
Przewodniczący Śląskiego Oddziału
Towarzystwa Medycyny Pracy

Reklama

Z cyklu opowiadań lekarza, który w 1986 r. spędził pół roku na statku rybackim. Każde zostało poświęcone jednemu „przypadkowi medycznemu”. Akcja opowiadania toczy się w Urugwaju.

BUDYŃ

Była połowa sierpnia 1986 roku. Od kilku dni nasz trawler stał przycumowany do nabrzeża portowego w stolicy Urugwaju – Montevideo. Od rufy, szerokim strumieniem napływały bluzgi i przekleństwa, których „bogactwo” mogło niejednego doprowadzić do głębokich kompleksów. Ich autorami byli statkowi mechanicy, którzy usiłowali bezskutecznie usunąć poważną awarię – zepsuło się sprzęgło jednej z dwóch wind trałowych, czyli urządzenia służącego do wyciągania sieci z rybami. Łowiliśmy wlokami dennymi i nasze windy musiały dzień i noc wyciągać z głębokości kilkuset metrów sieć, w której mogło być nawet 100 ton ryb.

Niestety, powtarzające się obciążenia i sól morska zrobiły swoje – sprzęgło pękło. Naprawa windy przedłużała się. Z Polski przysłano samolotem nowe sprzęgło, ale po raz kolejny dopadła nas PRL-owska rzeczywistość – przysłane sprzęgło okazało się być z innego modelu windy i nie udawało się go dopasować. Podczas gdy większość załogi korzystała z darmowych wakacji, mechanicy walczyli z czasem i presją kapitana. Czas upływał, koszty naszego postoju rosły, a załoga nie zarabiała.

Nie mając nic do roboty, nasi rybacy większość dnia (a głównie nocy) spędzali poza statkiem w licznych knajpach i podejrzanych barach, których w dzielnicy przylegającej do portu były dziesiątki. Większość w ciągu dnia była zamknięta na cztery spusty – natomiast po zmroku, kusily różnymi atrakcjami chcących się trochę „rozerwać” marynarzy i rybaków z całego świata.

Wychodziłem właśnie z mesy po śniadaniu, gdy spotkałem naszego kapitana.

– Trzeba pojechać do szpitala i obejrzyć jednego z rybaków. Prosił mnie kapitan z „Likomura”, to rybak z jego załogi, mówią na niego „Budyń”. W nocy pobili go i okradli. Pojedzie z panem ochmistrz. Niedługo powinien być nasz rezydent – oznajmił krótko.

Miałem wprawdzie inne plany na dzisiaj – przedpołudnie, ale nie mogłem nie jechać – udzielanie pomocy lekarskiej dla załóg innych statków, na których nie było lekarza (a nie było na prawie wszystkich!), należało do moich obowiązków. Rezydent był rodowitym Urugwajczykiem, którego wartości nie sposób było przecenić. Przede wszystkim znał doskonale



W sierpniu 1986 r. nasz trawler stał przycumowany do nabrzeża portowego Montevideo.

rozkład miasta, położenie wszelkich instytucji i urzędów. Znał miejscowe realia i układy, bez znajomości których załatwienie jakiejś sprawy mogło być trudne lub wręcz niemożliwe. Znał wreszcie, co jest równie ważne, mentalność i zwyczaje swoich rodaków. Służył wszelką pomocą, oczywiście nie bezinteresownie... Szybko włożyłem jakieś bardziej „wyjściowe” ciuchy i zszedłem na nabrzeże. Staszek, nasz ochmistrz, już czekał. Chwilę jeszcze rozmawialiśmy o bieżących sprawach, nim podjechał swoim samochodem rezydent. Wsiadł uśmiechnięty jegomość około czterdziestki, otulony płaszczem, szalikiem, w ciepłej czapie i rękawiczkach. Na Półkuli Południowej była zima – chociaż temperatury sięgały 8-10 stopni powyżej zera – wszyscy miejscowi byli ubrani, jakby za chwilę mieli trafić na Alaskę lub Syberię. Nietrudno było rozpoznać na ulicy naszych rodaków czy np. Rosjan: ubrani w lekkie kurtki typu „wiatrówka” nałożone wprost na koszulę, tym bardziej bez czapek i rękawiczek, wyraźnie rzucali się w oczy. Urugwajczycy patrzyli na nas z wyraźnym podziwem. Rezydent przywitał się z nami „łamaną” polszczyzną i otworzył bagażnik swojego Forda, do którego Staszek włożył to, co leżało obok niego. Była to wymienialna we wszystkich portach świata polska waluta – karton „tańcującego” Żywca i cztery butelki Wyborowej 0,7. Na mój grymas lekkiego zdziwienia Staszek machnął tylko ręką. „*To nie nasze, to z „Likomura*” – odetchnąłem z ulgą!

Ruszyliśmy w drogę. Rezydent objaśnił nam, że jedziemy do szpitala British Hospital, położonego niedaleko parku i dużego stadionu piłkarskiego. Był to w zasadzie połączony kompleks dwóch szpitali, przy czym ten „British” jest nastawiony głównie na leczenie obcokrajowców. Jechaliśmy szeroką promenadą Avenida 18 de Julio, która łączy dzielnicę portową z centrum miasta – cała promenada to właściwie niekończący się ciąg sklepów, sklepików, hurtowni, butików i lepszych lokali, wszystko nastawione na robienie biznesu. Głównie z marynarzami i rybakami. Rosnące wzdłuż promenady olbrzymie palmy i ciekawa architektura nadawały jej nieco bardziej reprezentacyjnego charakteru. O tej porze dnia cała promenada wydawała się dość cicha i spokojna, jakby nieco uśpiona. Zupełnie inaczej było tam po zmroku – oświetlona neonami sklepów i dobiegającą zewsząd muzyką cała promenada tętniła życiem.

Kontrast pomiędzy Urugwajem, a ówczesną Polską był wprost gigantyczny – w tym małym kraju, którego trzon gospodarki stanowiła hodowla bydła, mogłeś w sklepie kupić praktycznie wszystko – od japońskiej elektroniki począwszy, na amerykańskich jeansach skończywszy. W Polsce, biednej i siermiężnej, powoli podnoszącej się po stanie wojennym, wciąż brakowało praktycznie wszystkiego a wiele towarów (np. mięso) nadal kupowało się na tak zwane „kartki”.

BUDYŃ

ciąg dalszy ze str. 25 ►►

Dotarliśmy do szpitala po około 15 minutach. Zostawiliśmy nas w holu, rezydent poszedł gdzieś „zasięgnąć języka”. Po chwili wrócił z dobrą wiadomością – nasz rodak leży na pierwszym piętrze na oddziale urazowym, sala któraś tam. Weszliśmy na oddział, ale poprosiłem moich towarzyszy, aby zaczekali – chciałem zbadać pacjenta bez świadków. To był główny cel mojej wizyty – na życzenie kapitana m/t „Likomur” miałem sporządzić na piśmie coś w rodzaju wstępnej opinii lekarskiej.

W trzyłóżkowej, przestronnej sali nasz „Budyń” był jedynym pacjentem i spał spokojnie, lekko pochrapując. Był to krępy, dość dobrze zbudowany mężczyzna w wieku dwudziestu kilku lat, i jak dowiedziałem się od Staszka w czasie drogi, pracował na „Likomurze” pod pokładem jako rybak przetwórni. Widać było gołym okiem, że „Budyń” jest niezłe poturbowany: lewe oko zakrywał rozległy krwiak, nos był opuchnięty, na głowie opatrunki. Obrazu dopełniały liczne otarcia i różnej wielkości zasinienia. To, co martwiło mnie najbardziej, to unieruchomienie prawej kończyny górnej w szynie gipsowej, sięgającej od śródreżca prawie do barku.

Postanowiłem obudzić mojego pacjenta, aby chwilę z nim porozmawiać i zapytać, jak się czuje oraz co się stało. „Budyń” otworzył oczy (a właściwie jedno oko) i przyglądał mi się nieco podejrzliwie – nie znał mnie i nie wiedział, kim jestem. Słowa „lekarz okrętowy” i ojczysty język rozwiały jego wątpliwości. Mówił nieco nieskładnie i robił krótkie przerwy – widać było, że cierpi nie tylko z powodu obrażeń – kac musiał mu dokuczać równie mocno. Z jego opowieści wyłonił się obraz typowej sytuacji, które zdarzają się prawie każdej nocy. Można to streścić tak: z dwoma kolegami z „Likomura” wybrał się do jednego z barów, gdzie wypili trochę wódki. Po pewnym czasie przenieśli się do innego lokalu, którego główną klientelę stanowili Polacy i Rosjanie. Przyjaźń polsko-radziecka umacniała się tam coraz bardziej i było już dość późno, gdy w pewnym momencie „Budyniowi” zrobiło się niedobrze i wyszedł do toalety. Miał jednak pecha – wszystkie stanowiska były zajęte, a następni chętni czekali w kolejce. Czas naglił, więc w pośpiechu wyszedł na zewnątrz i zrobił kilka kroków w głąb biegnącej obok baru, słabo oświetlonej wąskiej uliczki. Potem sprawy potoczyły się już szybko – nie wiadomo skąd podeszło do niego dwóch lub trzech typków i nim zorientował się, co się święci, otrzymał cios w twarz, a zaraz potem uderzenie



Kontrast między rolniczym Urugwajem a Polską w 1986 r. był gigantyczny. Tam można było kupić wtedy niemal wszystko.

w głowę. Upadł zamroczony i poczuł, jak napastnicy wloką go za nogi w głąb zaułka. Krew zalewała mu twarz i nie mógł nic zrobić. Prawdopodobnie otrzymał jeszcze kilka kopniaków, bo na chwilę stracił świadomość. Jak się ocknął, napastników już nie było. Jakoś zdołał wrócić do knajpy cały zakrwawiony, mając na sobie tylko podkoszulkę, gatki i skarpetki. Cała reszta ubrania zniknęła, włącznie z zegarkiem. Obsługa baru wezwała pogotowie. Tak to, mniej więcej, wyglądało.

„Budyń” w sumie miał szczęście, ponieważ Montevideo zaliczało się w tamtych czasach do jednego z bezpieczniejszych portów, aczkolwiek napady i kradzieże zdarzały się także tam. Jak wszędzie. Z opowiadań moich statkowych towarzyszy, którzy bywali w wielu portach świata, wynikało, że najgorzej było w portach Afryki i Azji Południowo-Wschodniej. Szczególnie złą sławą cieszył się wtedy Kapsztad. W okolicach ogrodzonego i strzeżonego portu roіło się tam od wszelkiej maści złodziei, stręczycieli, szulerów, paserów usiłujących sprzedać kradzione rzeczy i oszustów handlujących podrabianymi „markowymi” towarami. Nie brakowało też zwykłych bandziorów i kryminalistów, gotowych dla zegarka lub aparatu fotograficznego dźgnąć kogoś nożem. Przystępność w tym mieście była olbrzymia, a wynikała ze skrajnej nędzy czarnoskórej ludności i obowiązującej jeszcze wówczas polityki apartheidu. Nasz radiooficer, który w tym pięknie położonym mieście był kilkukrotnie, opowiadał mi kiedyś, że poza teren portu wychodziło też wazsze w kilkusobowych

grupach i bezwzględnie należało wrócić na statek przed zmierzchem.

Po skończonych oględzinach naszego rodaka poprosiliśmy o rozmowę z lekarzem prowadzącym, ale okazało się, że doktora już nie ma, a wszystkie informacje i zalecenia będą przekazane przy wypisie wraz z dokumentacją.

Trudno. Wróciliśmy ze szpitala na statek i przez następne dwa dni nic się nie działo. Trzeciego dnia kapitan poinformował mnie, że rybak został wypisany, jest już na swoim statku i kapitan „Likomura” prosi, abym go zbadał jeszcze raz, zapoznał się z dokumentami szpitalnymi i podjął decyzję, co ma z nim dalej robić. Sprawa była o tyle ważna, że „Likomur” za dwa dni wychodził z portu na łowisko. „Budyń” zjawił się w moim ambulatorium z wypisem i kliszami RTG. Był w dobrej formie – jedynym problemem było złamanie wyrostka dziobiastego prawej kości łokciowej. Poszedłem na m/t „Likomur”, który stał przycumowany niedaleko, aby porozmawiać z kapitanem. Niezdolny do pracy rybak przetwórni był na statku istotnym problemem. Wynikało to z faktu, że złowione ryby musiały być jak najszybciej przerobione, póki były świeże – rybacy zwijali się jak w ukropie i każdy miał pełne ręce roboty. Brak jednego człowieka powodował, że tej roboty mieli jeszcze więcej – musieli pracować dodatkowo za niego – a nienadającego się do pracy rybaka nie miał kto zastąpić. Nietrudno się domyśleć, że taka perspektywa nie była, mówiąc ogólnie, mile widziana, szczególnie przez technologa, który ►►

▶▶▶ odpowiadał za „wydajność” przetwórci. Jeśli z powodu choroby lub wypadku członek załogi nie nadawał się do pracy trwale, czyli do końca połowów lub przez długi czas, istniała możliwość odesłania go do Polski – decyzję taką podejmował kapitan na podstawie pisemnego wniosku lekarza. Była to decyzja bardzo trudna i pociągająca za sobą wiele konsekwencji – dla chorego, kapitana i jego załogi, a także armatora.

Miałem nad czym myśleć – mogłem odesłać chłopaka do Polski na dalsze leczenie i rehabilitację, ale wówczas „Budyń”, który miał żonę i dziecko, niewiele by zarobił. W Polsce mogły go też czekać dodatkowe kłopoty np. potrącenie kosztów leczenia szpitalnego, za które, póki co, zapłaci armator.

Kapitan „Likomura”, który na pierwszy rzut oka sprawiał wrażenie twardego i surowego „wilka morskiego” – z wąsami i pokazaną brodą – okazał się bardzo miłym i sym-

patycznym człowiekiem. Moje pierwsze, pozytywne wrażenie o nim potwierdziło się, gdy nie pytając mnie nawet, napełnił dwie szklance lodem i 12-letnią Chivas Regal. Zastanawialiśmy się, co zrobić. Po drugiej szklance Chivasa moja sympatia do kapitana była jeszcze większa. Doszliśmy do zgodnego wniosku, że „Budyń” zostanie na statku. Likomur miał jeszcze łowić prawie trzy miesiące i chłopak miał szansę zarobić na utrzymanie rodziny. Kapitan obiecał znaleźć dla niego jakieś zajęcie do czasu, aż radiooficer (który na statku bez lekarza pełnił dodatkowo funkcję sanitariusza) usunie mu gips. Ustaliliśmy harmonogram oraz zakres prac, które „Budyń” mógł wykonywać. W razie jakichś problemów kapitan obiecał kontaktować się ze mną przez radiostację.

Prosił tylko, bym napisał raport z końcowego badania „tak normalnie”. Wiedziałem, co to znaczy. Wypis ze szpitala też był „normalny” i domyślałem się, kto maczał

w tym palce. Zobowiązałem się dostarczyć raport następnego dnia. Skończyliśmy rozmowę po trzeciej szklance Chivasa i wróciłem do siebie.

Zrezygnowałem z wyjścia do miasta, tym bardziej, że zaczęło robić się ciemno.

Drugiego dnia rano obserwowałem z mostka, jak przy pomocy holowników „Likomur” wychodzi z portu w morze. My wypłynęliśmy po następnych dwóch dniach. Po mniej więcej miesiącu zostałem poproszony do radiostacji. Radiooficer z „Likomura” informował, że z „Budyń” wszystko w porządku, czuje się dobrze i normalnie pracuje. Mam też pozdrowienia od kapitana, ale nie może rozmawiać osobiście, bo łowi na okrągło i „stary” jest bardzo zajęty. Rozumiałem to dobrze. ●

**Lekarz Zbigniew Mazur,
specjalista chirurg,
Dąbrowa Górnicza**

Notatki z podróży, Nowa Zelandia

GALERIA
Pro Medico

Relacja z tej podróży znajdzie się w następnym, kwietniowym numerze pisma. Autorką zdjęć jest dr **Urszula Wilczek**.



Siarkowe jeziora Blu Lake i Emerald Lake – w drodze z Tongariro.

Nowa Zelandia

GALERIA
Pro Medico

ciąg dalszy ze str. 27 ►►►



Kajakiem wśród fiordów zatoki Milforda; w oddali Mitre Peak.



Widok na jezioro Matheson.



Charakterystyczne muszle PAUA, z których wnętrza wyrabia się biżuterię i ozdoby.



W drodze na szczyt Mt Olivier, skąd doskonale widać najwyższy szczyt NZ Aoraki czyli Mt. COOK (3 764 m npm.).

Medyczne ślady na szlaku wędrówek po świecie

Podobne pomniki – ta sama wdzięczność

Dwa pomniki wyrażające uznanie lekarzowi, mimo że dzieli je kilka tysięcy kilometrów i honorują inne osoby, mają podobną kompozycję rzeźbiarską. Czy to wynik obowiązujących kanonów sztuki czy wyraz jednakowego pojmowania wdzięczności matek, jaką kierują do zasłużonych położników?

► U WYBRZEŻY AFRYKI

Spacerując po rozświetlonym słońcem centralnym placu starej części miasta Praia – stolicy Republiki Zielonego Przylądka, czyli po Praça Alexandre Albuquerque, zauważyłem pomnik, którego napis informował, iż jest to pomnik lekarza. Nie byłoby w tym nic dziwnego, bo lekarze przez wieki należeli do elit inteligencji i wielu z nich ma wielkie zasługi, również pozamedyczne, jako wybitni twórcy kultury czy organizatorzy szerzący postęp cywilizacyjny. Co jednak przykuło mój wzrok, to duże podobieństwo kompozycji pomnika z Praia do znanego budapesztańskiego pomnika Ignacego Semmelweisa. Stojący na wyspie Santiago (São Tiago) pomnik oddawał cześć doktorowi **António Manuelowi da Costa Lereno** (1850-1916). Poszukiwałem o nim bliższych danych, ale niewiele informacji udało mi się znaleźć. Urodził się w Portugalii w São João da Pesqueira. W Lizbonie ukończył studia medyczne, po czym rozpoczął pracę jako lekarz marynarki wojennej. Po niedługim czasie osiadł na Wyspach Zielonego Przylądka i tam przez wiele lat nie tylko leczył chorych, ale przyczynił się do organizacji opieki zdrowotnej, przede wszystkim położniczej. To sprawiło, że po śmierci jego pamięć uczczono pomnikiem wykonanym przez portugalskiego rzeźbiarza Maximiano Alveza. Ten sam artysta wykonał grobowiec lekarza, znajdujący się na innej wyspie archipelagu – São Vicente, zdobiony rzeźbą o nazwie „ból” (A Dor). To, co charakterystyczne dla pomnika dr. António Lereno, to postać kobiety, w domyśle matki, wskazującej z wdzięcznością dziecku osobę lekarza. Tradycja głosi, że postać chłopca na pomniku przypomina syna zasłużonego lekarza.

► LEKARZ MUSI BYĆ DOBRYM OBSERWATOREM

Ignacy Filip Semmelweis (Ignác Fülöp Semmelweis) (1818-1865) urodził się w Tabán (dzielnicy Budy) w rodzinie Niemców osiadłych na Węgrzech. Studiował w Wiedniu, uzyskując w 1844 r. stopień doktora na podstawie rozprawy o tematyce botanicznej. Po studiach rozpoczął pracę w Klinice Położniczej w Wiedniu, kierowa-



Pomnik António Lereno w Praia (wyspa Santiago).

nej przez prof. Johanna Kleina. Dominującym problemem ośrodków położniczych w tych czasach była znaczna śmiertelność w tych czasach była znaczna śmiertelność położnic, spowodowana gorączką położową. Umieralność w tej klinice wynosiła 15-20%, co oznacza, że co 5-7 rodząca umierała. Oczywiście, niepokoiło to wszystkich lekarzy, w tym młodego Semmelweisa. Wykazał się dużym zmysłem obserwacyjnym. Uwagę jego skupił fakt, że w drugiej, podobnej klinice, śmiertelność była mniejsza. To, co różniło placówki, to inna grupa studentów. W klinice prof. Kleina ćwiczyli studenci medycyny, a w sąsiedniej – słuchaczki szkoły położniczych. Studentów medycyny obowiązywał oficjalny strój – czarny surdut. W tym stroju wykonywali w godzinach rannych sekcje w prosektorium, a potem badali pacjentki kliniki położniczej. Studentki szkoły położniczych nie wykonywały sekcji. Drugą istotną obserwacją była śmiertelna choroba zaprzyjaźnionego z Semmelweisem lekarza **Jacoba Kolletschki**. Został przypadkowo skałeczony nożem przez studenta podczas wykonywania codziennych sekcji. Musimy pamiętać, że był to „złoty okres” anatomii patologicznej oraz rozkwit tzw. szkoły wiedeńskiej (opartej na korelacji obserwacji klinicznych i wyników badań pośmiertnych), i po kilku dniach zmarł na posocznicę, która klinicznie przypominała gorączkę położową.

► NIEDOCENIONY ZA ŻYCIA

Spoglądając na losy odkrycia Ignacego Semmelweisa, trzeba sobie uświadomić, że pracował jako lekarz przed wykryciem



Pomnik Ignacego Semmelweisa w Budapeszcie.

patogennej roli bakterii. Semmelweis połączył fakty i uznał, że w zwłokach lub ropnych tkankach chorych znajdują się „jady trupie”, które przenoszone z prosektorium lub od chorego z ropowicą powodują gorączkę położową. Wprowadził obowiązek mycia rąk wodą z podchlorynem wapnia, co spowodowało z miesiąca na miesiąc zmniejszenie śmiertelności z 18,3% do 2,2%. Mimo że był to niebywały wynik, jak na ówczesne czasy, to jego koncepcja została całkowicie odrzucona. W tym samym roku (1848) z powodu sympatii młodego położnika do powstania węgierskiego (Wiosna Ludów) musiał opuścić wiedeńską klinikę, przenosząc się do rodzinnego miasta, gdzie objął funkcję kierownika oddziału położniczego w Szpitalu św. Rocha w Peszcie. Od 1855 r. był wykładowcą teorii i praktyki położnictwa i kierownikiem kliniki na tamtejszym Uniwersytecie. W kierowanej przez niego placówce, mimo sprzeciwów, doprowadził do zmieniania pościeli i mycia rąk przez personel, co zaowocowało nieznanym w świecie zmniejszeniem śmiertelności położnic (w latach 1851-1855 na 933 porody zmarło tylko osiem kobiet). Cały czas propagował dokonane odkrycie. Publikował tzw. listy otwarte, a także ogłosił monografię (Etiologia, koncepcja i profilaktyka gorączki położowej, Wiedeń 1861). Wszystkie jego wysiłki spotykały się z krytyką. Podczas światowego kongresu w Paryżu w 1858 r. odrzucono całkowicie poglądy Semmelweisa, mimo że jego działania przynosiły zdumiewające rezultaty. Często nie wierzono w podane przez niego dane. Jedynie w Wielkiej Brytanii

Podobne pomniki – ta sama wdzięczność

ciąg dalszy ze str. 29 ►►►

zauważono i życzliwie komentowano prace Semmelweisa. Wyjątkiem był prof. **Gustav Adolf Michaelis** z Kilonii, który podzielił poglądy Semmelweisa i uświadomił sobie, że jego kuzynka zmarła, bo badał ją po porodzie bez umycia rąk po uprzednim przeprowadzeniu sekcji zwłok. Wkrótce potem popełnił samobójstwo.

W latach sześćdziesiątych XIX wieku ujawniły się objawy choroby umysłowej Semmelweisa. Jej natura nie jest znana. Na pewno był załamany nerwowo odrzucaniem odkryć, być może powodem choroby była późna kiła. W roku 1865 trafił do zakładu dla obłąkanych pod Wiedniem, gdzie został pobity przez pielęgniarzy i zmarł z powodu zakażenia zapoczą-

kowanego zranieniem w palec. Odszedł z powodu choroby, z którą walczył całe zawodowe życie.

► DZISIAJ UZNANY ZA WSPÓŁTWÓRCĘ WSPÓŁCZESNEJ MEDYCYNY

Badania **Ludwika Pasteura** i **Roberta Kocha** zapoczątkowały rozwój mikrobiologii, a także antyseptyki. Semmelweis doczekał się upamiętnienia w wielu miejscach świata, w tym w rodzinnym mieście (jego imię nosi Uniwersytet Budapesztański). W 1906 r. przed Szpitalem św. Rocha postawiono pomnik dłuta Alajanosy Stróbla, o kompozycji podobnej do wspomnianego wcześniej monumentu z Praia.

Życie Ignacego Semmelweisa w aspekcie stałego odrzucania udokumentowanych przez niego faktów było tragiczne. **Pokazuje jednak, jak ważna w działalności lekarza jest umiejętność obserwowania, racjonalnej analizy faktów i dokumentowania ich w kontrolowanej dalszej obserwacji.** Niestety, pokazuje też, jak trudno zmienić myślenie ludzi przyzwyczajonych do pewnych koncepcji, a co więcej, jak trudno im było uwierzyć, że nie wymyślne teorie (zmieniona fermentacja w jelitach położnic), lecz po prostu brud w szpitalu mogą być przyczyną śmierci tak wielu kobiet. ●

Prof. Eugeniusz Józef Kucharz

Medycyna jest kobietą

Wiele osób podziela pogląd, że wyróżniać osobno filmy, książki, obrazy na tworzone tylko przez kobiety, to jak szeregować twórczość według autorów o imieniu Stefan. Podobnie rzecz ma się z wykonywaniem zawodu: podziały na prace „męskie i damskie” są passe. „Ładnym zawsze lżej...” śpiewał czołowy polski bluesman, Irek Dudek. Ta prawda nie zawsze sprawdzała się na polu naukowym.

► ZJAWISKO MATYLDY

Historyk nauki **Margaret Rossiter** w 1993 r. zwróciła uwagę, że dysproporcje między osiągnięciami kobiet i mężczyzn na polu nauki wynikać mogą ze skutecznego dyskryminowania kobiet i ich pracy przez naukowców mężczyzn. Zauważyła też, że dysproporcje między płciami są większe, niż dysproporcje między sławnymi i nieznanymi naukowcami. Wyszła więc hipotezę istnienia zjawiska, które nazwała od imienia amerykańskiej działaczki na rzecz praw kobiet **Mathildy Gage**, która w końcu XIX w. zwróciła uwagę na zjawisko dyskryminacji osiągnięć naukowych kobiet. Zjawisko lub Efekt Matyldy (ang. Matilda effect) to „zjawisko systematycznego pomijania udziału kobiet naukowców w pracy badawczo-naukowej i przypisywania ich osiągnięć naukowcom mężczyznom.”

► TO ONE PRZECIERAŁY SZLAKI

Choć kobiety wносиły wkład do rozwoju nauki od najdawniejszych czasów, ich udział nie zawsze był dostrzegany, musiały pokonywać wiele barier i przeszkód, których nie stawiano mężczyznom. Przecież też trzeba, że kobiety miały szczególnie nierówny start w medycynie. Akceptacja kobiet w sztuce medycznej w szerszym zakresie nastąpiła dopiero w XIX i XX w. Poprzedziła ją długa i ciężka walka. Np. u schyłku XIX w. w Niemczech czynnych zawodowo było 15 licencjonowanych lekarek, ale ograniczały aktywność do opieki nad biedakami, którymi nie zajmowali się mężczyźni. W postępowej Anglii podania kobiet o przyjęcie na studia medyczne na Uniwersytetach Oxford i Cambridge w Londynie były odrzucane. Na szczęście pojawiły się odważne i bezkompromisowe pionierki, które utarowały drogę do kariery medycznej nowym pokoleniom kobiet, przecierały trudne szlaki współczesnym Paniom – ordynatorom, kierownikom klinik

i przychodni, rektorom i wykładowcom na uczelniach medycznych, naukowcom i znakomitym lekarzom. W tego typu opracowaniach zwykle pisze się „już w średniowieczu...”, wypada więc przywołać przełożoną klasztoru, Niemkę **Hildegardę z Bingen** (ok. 1151-1158), której liczne dzieła dotyczą medycyny, nauk przyrodniczych i filozofii. Włoska lekarka **Trotula di Ruggiero** miała przydzieloną katedrę w Schola Medica Salernitana, gdzie uczyła szlachetnie urodzone Włoszki. Przyczyniła się do leczenia chorób skóry oraz padaczki. Katedrę medycyny w XV wieku prowadziła też **Dorothea Bucca**.

► PRZESKAKUJEMY KILKA STULECI. PRZEŁOM W TRADYCYJ POLSKIEJ MEDYCYNY

Pierwszą Polką z dyplomem lekarza została **Anna Tomaszewicz-Dobrska** (1854-1918). Absolwentka prywatnej pensji w Warszawie rozpoczęła studia w Zurychu. W 1877 r. ukończyła studia i otrzymała stopień doktora medycyny. To był przełom w wieloletniej tradycji medycyny polskiej – po raz pierwszy Polka została lekarzem! Ale przeżyła wiele rozczarowań, zanim pozwolono jej na podjęcie pracy. Nie chciano uznać jej zagranicznego dyplomu, nie przyjęto jej w poczet członków Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Dopiero w 1880 r. rozpoczęła praktykę lekarską w zakresie chorób dziecięcych i kobiecych. Była działaczką na rzecz praw kobiet, wspólnie z **Marią Konopnicką** i **Elizą Orzeszkową** w 1907 r. doprowadziła do zorganizowania I Zjazdu Kobiet Polskich, zorganizowała też Stowarzyszenie na rzecz Postępu Medycznego Kształcenia Kobiet.

► ŻYCIORYS NA FILM

Wiele źródeł przywołuje nazwisko dr **Elizabeth Blackwell**, uważanej za pierwszą absolwentkę oficjalnie uznanej amerykańskiej szkoły medycznej (w 1849 r. otrzymała tytuł doktora medycyny- ►►►



Maria Zakrzewska – wciąż mało znana.

przyciółka i asystentka, **Maria Zakrzewska** (1829-1902). Aż dziwi, że nikt dotąd nie nakręcił filmu na podstawie jej życiorysu. Urodziła się w Niemczech, w rodzinie emigrantów z Polski (ojciec Ludwig Zakrzewski pochodził się z arystokratycznej polskiej rodziny, która po powstaniu listopadowym uciekła za granicę). Do Ameryki przyjechała mając 24 lata, jako biedna emigrantka. Zaczynała od zera. Stała się jedną z pierwszych kobiet w Ameryce, które ukończyły akredytowaną szkołę medyczną, uzyskując prawo wykonywania zawodu lekarza, a także pierwszą osobą polskiego pochodzenia na zachodniej półkuli, która rozpoczęła praktykę lekarską. Obie z Blackwell przeszły do historii jako pierwsze kobiety w Ameryce i na świecie, które założyły własny szpital i prywatną praktykę: jako kobiety nie mogły znaleźć nigdzie zatrudnienia. Co warto podkreślić, szpital ten był zarządzany, finansowany i „obsługiwany” tylko przez kobiety. Zakrzewska została współtwórczynią nowojorskiego szpitala oraz istniejącej przy nim szkoły medycznej Infirmary Medical School, powołała Clinical Hospital przy szkole medycznej w Bostonie

ny) oraz inicjatorkę i współzałożycielkę nowatorskiego szpitala dla kobiet i dzieci. Była pierwszą kobietą w USA, która mogła rozpocząć praktykę lekarską. Założyła własny szpital, prowadziła szkolenia. Swoje doświadczenia zawarła w podręczniku medycznym i tak kolejne pokolenia kobiet mogły kształcić się w zawodzie lekarza. Ale za jej sukcesami stoi też mniej znana Polka,

oraz New England Hospital for Women and Children i Medical School – pierwszego szpitala i szkoły pielęgniarskiej w Bostonie. Przyczyniła się do postępu położnictwa i ginekologii, spadku śmiertelności okołoporodowej dla dzieci i matek. Wprowadzała nowatorskie metody profilaktyki chorób zakaźnych na oddziałach położniczych, eliminując występowanie groźnej gorączki połogowej. Była emancypantką walczącą o równouprawnienie kobiet w medycynie. Zakrzewska nazywana jest przez historyków „pierwszą damą amerykańskiej medycyny”, żadna z kobiet we współczesnych jej czasach nie doszła tak wysoko, zaczynając „od niczego”. Niestety, pozostaje wciąż mało znana zarówno w Polsce, jak w środowisku amerykańskiej Polonii.

► NOBEL Z MEDYCINY DLA KOBIEC

Gerty Theresa Cori (1896-1957) została pierwszą kobietą, która otrzymała nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny (w 1947 r.) „za odkrycie przebiegu katalitycznej przemiany glikogenu” (ale otrzymała ją wraz z mężem, więc nie wiadomo, czy to się w naszym rankingu liczy).

Trzeba było czekać aż 30 lat, by pojawiła się następna laureatka: **Rosalyn Yalow** z USA dostała Nobla w 1977 r. „za rozwinięcie radioimmunologicznej metody oznaczania hormonów peptydowych”. W 1983 r. „za odkrycie ruchomych elementów genetycznych” Nobla otrzymała **Barbara McClintock**, również z USA. Potem było jeszcze tylko dziewięć pań, z których ostatnia, Chinka, w 2015 r. odebrała Nagrodę „za odkrycia dotyczące nowej terapii malarii”. 12 kobiet na 212 noblowskich nagród w dziedzinie medycyny. Efekt Matyldy?

A pierwszą kobietą z Europy, która stanęła na szczycie Mount Everest, była Polka, Wanda Rutkiewicz. Wszystkim Paniom życzę pokonania bez wysiłku swoich zawodowych Everestów, w pięknym, kobiecym stylu! ●

Grażyna Oгородowska

(Korzystałam m.in. z opracowania dr. Henryka Cioczka z Lubelskiego Uniwersytetu Medycznego)

Urazy narciarskie – dlaczego im ulegamy?

Szacuje się, że narciarstwo alpejskie uprawia na świecie 200 milionów osób, a tylko w Polsce umiejętność jazdy na nartach deklaruje blisko cztery miliony.

Ta popularność białego szaleństwa prowadzi niestety do dość dużej ilości kontuzji na stoku, mimo tego, że w ostatnich trzydziestu latach zaszło bardzo wiele zmian w sprzęcie narciarskim, które znacznie zwiększyły jego bezpieczeństwo. Od roku 1980 do dziś nastąpił ponad pięćdziesięcioprocentowy spadek ogólnej ilości kontuzji narciarskich, a co najbardziej istotne, o 83% zmniejszyła się ilość złamań podudzi. Wpłynęły na to lepsze zabezpieczenie tras, kaski i ochraniacze, a przede wszystkim nowoczesne wiązania.

Najistotniejsza jednak zmiana nastąpiła, jeśli chodzi o narty i technikę zjeżdżania, kiedy ok. 2000 r. większość z nas „przesiadła” się na narty carvingowe, czyli znacznie krótsze i znacznie bardziej taliowane. Od tego momentu przeważającymi pacjentami po kontuzji na stoku narciarskim są ci ze skręceniami stawów kolano-

wych. Ponownie porównując z latami 80. zauważamy dwuipół-, trzykrotny wzrost urazów więzadłowych stawu kolanowego, gdzie uszkodzeniu ulega przede wszystkim więzadło krzyżowe przednie oraz więzadło poboczne piszczelowe, a także dochodzić może do uszkodzenia innych struktur wewnątrzstawowych (np. łąkotec). W przypadku urazów przy dużej prędkości, gdzie energia jest znaczna, mamy także często do czynienia ze złamaniami dostawowymi bliższej części kości piszczelowej, najczęściej z wgnieceniem kłykcia piszczelowego bocznego.

Bardzo ważne dla nas, narciarzy, jest to, że kiedy podejrzewamy, iż mogło dojść do urazu stawu kolanowego, mimo że w pierwszej chwili często brak jakichkolwiek dolegliwości mogących świadczyć o poważnych uszkodzeniach, powinniśmy wezwać pomoc i nie zjeżdżać samemu w dół stoku. Narciarz po urazie powinien zostać zaopatrzony na stoku przez odpowiednie służby (w zależności od kraju, regionu), a w dalszej kolejności powinien zostać zbadany przez lekarza oraz powin-

na zostać przeprowadzona przynajmniej podstawowa diagnostyka obrazowa (często klasyczne zdjęcie RTG może wskazać na prawdopodobne uszkodzenia więzadłowe – np. złamanie Segonda). Pamiętać należy, że staw kolanowy po urazie, kiedy występuje obrzęk, wysięk (krwiak), ból i ograniczenie ruchomości nie jest łatwy w badaniu. Z tego powodu pacjenta powinno się kierować do lekarza ortopedy celem ponownej oceny za kilka – kilkanaście dni, kiedy w bardziej komfortowy dla pacjenta i dla lekarza sposób można wykonać poszczególne testy oceniające stabilność stawu i obecność innych uszkodzeń śródstawowych (np. test Lachmana, test Pivot Shift, testy łąkolkowe lub też wykonać ocenę artrometrem/rolimetrem). Jeśli objawy kliniczne wskazują na uszkodzenia struktur stawu kolanowego, powinno się w dalszej kolejności kierować chorego na badanie rezonansem magnetycznym, a następnie w zależności od wyniku badania, podjąć decyzję o zaopatrzeniu chirurgicznym oraz jego zakresie. ●

Dr n. med. Piotr Zagórski

SKIM&L CUP 2017



IV Puchar Polski był okazją do nie tylko sportowej integracji.

W Szczyrku (3-5 lutego 2017 r.) odbyła się czwarta edycja **Narciarskiego Pucharu Polski Lekarzy, Farmaceutów i Radców Prawnych**. Organizatorami zawodów były **Śląska Izba Lekarska, Śląska Izba Aptekarska i Okręgowa Izba Radców Prawnych**.

Zawody odbyły się w nowo otwartym ośrodku narciarskim Beskid Sport Arena. Uczestnicy rywalizowali w kilku konkurencjach: slalom, slalom gigant, snowboard i ski tour. W programie imprezy odbyła się również konferencja naukowa: Sport – Medycyna – Prawo.

Honorowym patronem był Polski Związek Narciarski. Prezes PZN **Apoloniusz Taj-**

ner wręczał medale zwycięzcom. Imprezę otworzył prezes ORL **Jacek Kozakiewicz**. Wśród gości znaleźli się również: **Zyta Kaźmierczak-Zagórska** – wiceprezes NIL, dziekan Okręgowej Izby Radców Prawnych **Ryszard Ostrowski** i prezes Śląskiej Izby Aptekarskiej **Piotr Brukiewicz**.

W tym roku startowało we wszystkich konkurencjach 178 zawodników.

Ceremonia wręczenia medali i nagród oraz konferencja naukowa odbyły się w hotelu Meta w Szczyrku.

Zwycięzcami w poszczególnych grupach wiekowych w slalomie gigancie zostali: **Julita Solecka, Katarzyna Smolik, Agnieszka Kania, Alicja Leś-Smolarczyk, Dorota Sierpińska**, wśród męż-

czyn: **Roman Pawlas, Andrzej Golec, Przemysław Nowak, Przemysław Stefanik, Jakub Gałaszek i Michał Smyła**. W slalomie: **Julita Solecka, Barbara Jezierska-Krupa, Katarzyna Luterek, Alicja Leś Smolarczyk i Dorota Sierpińska**, wśród mężczyzn: **Roman Pawlas, Andrzej Golec, Mariusz Smolik, Przemysław Stefanik, Jakub Gałaszek i Michał Smyła**.

W konkurencji snowboard: **Gizela Węglarz Dudys, Tomasz Świętek**. Ski tour: **Patrycja Hartwich i Przemysław Grzyb**.

Wyłoniono również zwycięzców w kategorii najlepsi lekarze, farmaceuci i prawnicy. Naszą kategorię wygrali **Dorota Sierpińska i Jakub Gałaszek**, który jednocześnie uzyskał najlepszy czas zawodów.

Dużym zainteresowaniem cieszyła się konferencja naukowa. Gość spotkania **Grzegorz Michałek** przeniósł nas na najwyższą górę świata i do najgłębszej jaskini. Swoimi wyczynami wzbudził zachwyt wśród słuchaczy. Nowością w programie było turystyczne przejście na nartach skitourowych na szczyt Skrzycznego pod okiem instruktorów.

Cieszymy się, że IV Puchar Polski przebiegł bezpiecznie i był ponownie okazją do integracji środowiska lekarskiego, prawniczego i farmaceutycznego. Sukcesem jest zwiększająca się z roku na rok liczba uczestników. Zapraszamy już dzisiaj na jubileuszowe spotkanie w przyszłym roku. ●

Z narciarskim pozdrowieniem
organizatorzy:
Mariusz Smolik i Piotr Zagórski

Komunikat

Komisja ds. Emerytów i Rencistów Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach

PRZYPOMINA

Prowadzimy zapisy na tegoroczne stacjonarne wyjazdy integracyjne w ramach Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku ŚIL:

Brenna – 19-26 maja 2017 r.,

(dedykowany lekarzom emerytom i rencistom zaawansowanym wiekiem) oraz

Bieszczady + Lwów – wrzesień/październik 2017 r. (konieczny paszport)

Zapisy przyjmuje pani Bogusława Blecharz; tel. 32 60 44 262,

w terminie: Brenna – do końca marca 2017 r.,

Bieszczady – do końca kwietnia 2017 r.

Planowane są również dodatkowe wyjazdy integracyjne, trzy-, czterodniowe.

O szczegółach będziemy informować w kolejnych numerach

„Pro Medico” oraz na stronie internetowej Komisji ds. Emerytów i Rencistów:

http://www.izba-lekarska.org.pl/46-komisja_ds_emerytow_i_rencistow

dr Irena Utrata
Przewodnicząca

Komisji ds. Emerytów i Rencistów ORL w Katowicach

Śp. Adam Kanas (1947-2017)

Jego osobowość i postawa były dla wielu inspiracją

20 stycznia br. pożegnaliśmy w Katowicach na Cmentarzu przy ulicy Francuskiej, naszego Przyjaciela, dr. n. med. Adama Kanas.

Urodził się 28.11.1947 r. w Krakowie, w rodzinie inteligentnej, ale całe Jego życie związane było z Katowicami. W latach 1968-1974 studiował na Wydziale Lekarskim/Oddziale Stomatologii ŚIAM w Katowicach. W czasie studiów był członkiem ZSP – pełnił funkcję starosty roku i aktywnie uczestniczył w pracach studenckiego koła naukowego. W 1975 r. rozpoczął pracę jako młodszy asystent w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej w Katowicach, następnie w Zabrze i znów w Katowicach, do 1992 r. W tym czasie pracował naukowo i prowadził zajęcia dydaktyczne ze studentami, a umiejętności fachowe i życzliwość dla ludzi zjednywały Mu sympatię podopiecznych przez wiele lat. W 1977 r. uzyskał I st. specjalizacji z chirurgii stomatologicznej, a w 1981 r. II st. Od 1982 r. prowadził prywatny gabinet dentystyczny. W 1983 r. obronił pracę doktorską „Wieloramienne elementy stabilizujące w osteosyntezie żuchwy” i uzyskał st. dr. n. med. W 1984 r. powołany został na stanowisko adiunkta. W 1992 r. z powodu pogarszającego się stanu zdrowia przeszedł na rentę inwalidzką. W tym czasie zorganizował całodobowe prywatne Pogotowie Dentystyczne. Przez 25 lat, mimo narastających problemów zdrowotnych, był prezesem i głównym filarem firmy, stojąc prawie do końca życia przy fotelu stomatologicznym. Jego osobowość i postawa jako lekarza były inspiracją dla wielu młodych adeptów sztuki lekarskiej. Prowadził szkolenia podyplomowe kilkudziesięciu lekarzy dentystów, zatrudnionych w Pogotowiu lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu. Ogromne zaangażowanie Doktora Adama w dążeniu do podnoszenia kwalifikacji zawodowych, podnoszeniu jakości usług oraz rozwoju firmy, wpłynęły na obecny kształt Pogotowia.

Dostrzegając problemy osób niepełnosprawnych, zainicjował dla nich w Pogotowiu zabiegi usuwania i leczenia zębów w narkozie. Charytatywnie leczył osoby objęte opieką „Caritas”. Pelen empatii stosunek do ludzi, w połączeniu z wiedzą i dużymi umiejętnościami praktycznymi, zjednywały Mu tłumy usatysfakcjonowanych pacjentów.

Od 1974 r. pozostawał w związku małżeńskim z Marią Parczyńską-Kanas, lekarzem specjalistą rehabilitacji medycznej. W 1978 r. urodziła się ich córka Katarzyna, która ukończyła stomatologię i kontynuuje dzieło Ojca, pracując w Pogotowiu i gabinecie prywatnym. Doktor Adam całe życie prywatnie poświęcał rodzinie. Opiekował się licznym gronem psów i kotów, zawsze ratowanych z biedy lub choroby. Mimo dysfunkcji ruchowej, kochał podróże, starał się poznać jak najwięcej świata, ale oazą wytchnienia i spokoju był dla Niego dom w Katowicach, otoczony ukochanym ogrodem. Życzliwość dla ludzi, poczucie humoru i gotowość niesienia pomocy innym zjednały Mu liczne grono przyjaciół i znajomych żegnających Go tłumnie, podczas ceremonii pogrzebowej. Na zawsze pozostaniesz w naszej pamięci!

Przyjaciele

W dniu 3 lutego 2017 roku w wieku 84 lat zmarła

Śp. prof. dr hab. n. med.

Brygida Koehler

*Emerytowany Kierownik i założyciel Katedry i Kliniki
Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej*

Wydziału Lekarskiego

*Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Honorowy Członek*

Polskiego Towarzystwa Endokrynologii Dziecięcej.

*Żegnamy Panią Profesor,
która na zawsze pozostanie*

*w naszej pamięci jako wspańiały nauczyciel i wychowawca,
promotor naszych doktorantów i opiekun specjalizacji,
mądry i szlachetny Człowiek, na którego pomoc
mogliśmy zawsze liczyć.*

*Składamy wyrazy współczucia
Córce i Synowi z Rodzinami*

*Prof. Ewa Małecka-Tendera
z Zespołem Pracowników Kliniki Pediatrii
i Endokrynologii Dziecięcej*

*Z głębokim żalem i smutkiem śląskie środowisko
lekarskie przyjęło wiadomość o śmierci
śp. dr hab. n. med.*

Stefanii Górz-Kardaszewicz

*Laureatki „Wawrzynu Lekarskiego”, najwyższego
wyróżnienia przyznawanego
przez Śląską Izbę
Lekarską za wybitne osiągnięcia.*

*Specjalisty chorób wewnętrznych, hematologa.
Wieloletniego pracownika*

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

Wielkiego Autorytetu moralnego i etycznego,

wybitnego Lekarza, dobrego

i prawego Człowieka, Humanisty.

Oddanego Wychowawcy i Nauczyciela

wielu pokoleń lekarzy,

autora licznych prac naukowych.

Odnaczonej m.in. Krzyżem Kawalerskim

Orderu Odrodzenia Polski,

Złotym Krzyżem Zasługi, Odznaką

„Zasłużony pracownik służby zdrowia”.

Rodzinie, Najbliższym,

Uczniom i Współpracownikom

w imieniu wszystkich Koleżanek i Kolegów,

członków Śląskiej Izby Lekarskiej

składam najgłębsze

wyrazy współczucia

Jacek Kozakiewicz

wraz z Okręgową

Radą Lekarską w Katowicach



*Jego Magnificencji
Prof. dr. hab. n. med. Przemysławowi Jałowieckiemu
Rektorowi Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach
wyrazy współczucia z powodu śmierci*

MAMY

*Składa
Jacek Kozakiewicz
wraz z Okręgową Radą Lekarską w Katowicach*

*Wyrazy głębokiego współczucia
dla Naszego Kolegi
Pana dr. Michała Kokota i Jego Rodziny
z powodu śmierci*

Ojca

*składają
Jan Duława z Zespołem
Oddziałów Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych GCM
w Katowicach*

*Naszej koleżance dr hab. n. med. Ewie Jamroz
wyrazy najszczerzego współczucia z powodu śmierci*

Matki

*składają lekarze Oddziału Pediatrii i Neurologii
Wieków Rozwojowego
Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach*

*Jego Magnificencji Rektorowi
prof. dr. hab. n. med. Przemysławowi Jałowieckiemu
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci*

Matki

*składa
dr hab. n. med. Łukasz Krzych wraz z Zespołem
Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii SUM*

Odeszli na „wieczny dyżur”

25 grudnia 2016 roku w wieku 63 lat zmarł śp. lek. **Stanisław Hyla**. Absolwent, rocznik 1978, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista II° z chorób wewnętrznych, delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy V i VI kadencji, wieloletni pracownik Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego w Sosnowcu. Mieszkał w Sosnowcu.

13 stycznia 2017 r. w wieku 61 lat zmarła śp. dr n. med. **Krystyna Maria Danek**. Absolwentka, rocznik 1980, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista chorób wewnętrznych i alergologii, zawodowo związana z lecznictwem otwartym w Gliwicach, Zabrze i Katowicach. Mieszkała w Zabrzu.

13 stycznia 2017 r. w wieku 74 lat zmarła śp. prof. dr hab. n. med. **Tatiana Gierek**. Absolwentka, rocznik 1966, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista II° z otolaryngologii, wieloletni Kierownik Katedry i Kliniki Laryngologii SP Szpitala Klinicznego im. Mielęckiego SUM w Katowicach. Mieszkała w Mikołowie.

14 stycznia 2017 r. w wieku 89 zmarła śp. dr **Stefania Korzuch-Żrałek**. Absolwentka, rocznik 1956, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista II° z pediatrii, przez wiele lat związana zawodowo z lecznictwem otwartym Wodzisławia Śląskiego, delegatka na Okręgowy Zjazd Lekarzy pierwszej kadencji, wieloletnia członkini Komisji ds. Emerytów i Rencistów Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach. Mieszkała w Wodzisławiu Śląskim.

15 stycznia 2017 r. w wieku 69 lat zmarł śp. dr n. med. **Adam Kanas**. Absolwent, rocznik 1974, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista II° z chirurgii stomatologicznej, wieloletni Adiunkt Kliniki Chirurgii Szczę-

kowej w Katowicach i Zabrze, Prezes Prywatnego Pogotowia Dentystycznego Dental Service w Katowicach. Mieszkał w Katowicach.

1 lutego 2017 r. w wieku 78 lat zmarła śp. lek. **Krystyna Michałowska-Staszak**. Absolwentka, rocznik 1964, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista II° z neurologii, biegły sądowy z zakresu neurologii, wieloletni pracownik Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego w Katowicach. Mieszkała w Katowicach.

2 lutego 2017 r., w wieku 91 lat zmarł śp. lek. **Edward Bułajewski**. Absolwent, rocznik 1954, Akademii Medycznej we Wrocławiu, specjalista I° z chorób zakaźnych oraz specjalista II° z epidemiologii, wieloletni dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Jaworznie, ostatnio zatrudniony w Domu Pomocy Społecznej w Jaworznie. Mieszkał w Jaworznie.

3 lutego 2017 r. w wieku 84 lat zmarła śp. prof. dr hab. n. med. **Brygida Koehler**. Absolwentka, rocznik 1955, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista II° z pediatrii i endokrynologii, wieloletni Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej w Katowicach Ligocie. Mieszkała w Katowicach.

W wieku 82 lat zmarł śp. dr n. med. **Andrzej Grochal**. Absolwent, rocznik 1957, Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, specjalista II° z położnictwa i ginekologii, długoletni Ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Miejskiego nr 6 w Katowicach oraz Lekarz Naczelny Szpitala Miejskiego nr 3 w Katowicach-Załężu. Mieszkał w Bytomiu.

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

nekrologi

Z głębokim żalem żegnamy
Śp. Panią Doktor

Stefanię Korzuch-Żrałek

Rodzinie i Najbliższym wyrazy
głębokiego współczucia
składają
współpracownicy ze Szpitala Miejskiego
w Wodzisławiu Śląskim

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci
naszej Koleżanki

dr n. med. Krystyny Danek

specjalisty chorób wewnętrznych i alergologii.

Żegnamy szanowanego i cenionego Lekarza,
dobrego i życzliwego Człowieka.
Rodzinie i bliskim wyrazy współczucia
składają
współpracownicy i pracownicy
Medicover Katowice i Gliwice

Reklama/Ogłoszenia

Reklama/Ogłoszenia

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 (V 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 Ogrodowska

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. Opolska 23 c. 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 2017 r.
Materiały prasowe do następnego numeru przyjmujemy do 20 marca 2017 r., reklamy – do 20 marca 2017 r.

Dla wszystkich lekarzy zrzeszonych w ŚIL w Katowicach pismo bezpłatne.

Okladka: Obraz licencjonowany przez Depositphotos.com/Drukarnia_Chroma

