



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Grudzień 2013

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 207

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



„Bóg się rodzi, moc truchleje...”



LATO PÓŹNĄ JESIENIĄ

Podmuchy ciepłego powietrza idą od Galerii Sztuki Współczesnej, od pływaków i plażowiczek w negliżu, od pogodnych krain i jakiś wysp szczęśliwych

Trudno o lepszą porę na wystawę malarstwa Jerzego Nowosielskiego niż kiedy niebo sine od chmur tak ciężkich i mokrych, że w każdej chwili mogą spaść deszczem. Pada zresztą prawie codziennie i duży wiatr, który strąca ostatnie orzechy, naigrawa się z liści, wymiata z kątów bałagan.

Ale jeśli tylko przejść przez próg Galerii Sztuki Współczesnej, to od razu mienia się soczyste barwy: błękity i jasne zielenie, burgundy i pomarańcze, jakby wyciśnięte prosto z tubek, niemieszane ani doprawione do smaku. Kolory te budzą wspomnienia z podróży, z jakichś wysp szczęśliwych, pogodnych krain, gdzie słońce z rzadka znika pod kłębiastymi cumulusów i nie chowa się w pręgach cirrusów.

Ilu tam wycieczkowiczów, ile pływaków, plażowiczek w negliżu. Są i *Dziewczyny na statku*. Nie wyglądają wcale na sportsmenki czy zawodniczki klubu „Zryw”. To raczej panny z dobrych domów, które wybrały się na wakacje do Maspalomas. Obudziły się wczesnym rankiem i pomaszzerowały na korty. W południe słońce tak pali, że żadna czapeczka z daszkiem nie osłoni policzków, żadna spódniczka w kształcie tulipana, rozkładająca się wachlarzowato podczas chodzenia, nie uchroni łydek przed zbrązowieniem. Szlifowały forhendy i bekhendy, piłowały serwisy, podrzucały w górę piłki, a po chwili wymachiwały rakietaми. Robiły to z taką gracją i z takim wdziękiem, jakby grały w tenisa od zawsze, jakby od lat ćwiczyły te same gesty, półobroty i wyskoki.

Potem był golf. „Wstęp tylko dla klubowiczów” – ostrzegął napis na bramie; pewnie takich ze złotymi kartami ozdobionymi herbem jakiegoś hrabstwa w południowej Szkocji. To dla nich wzdłuż wyasfaltowanych alejek zasadzono palmy, zaś chłopiec z obsługi dekorował je daktylami z plastiku i gumowymi bananami, toteż niezależnie od pory roku było jak trzeba. Sztuczna zieleń pagórków kontrastuje z ugrami suchych wzgórz, wyrzuszonymi i pofałdowanymi jak skóra olbrzyma śpiącego z podwiniętymi nogami.

Panny paradowały po polu w różowych koszulkach polo, zapinanych na dwa guziki pod szyją, i w plisowanych spódnicach, które od czasu do czasu odsłaniały uda. I cią-



Jerzy Nowosielski, „Dziewczyny na statku”, 1982

Fot.: Dzięki uprzejmości Fundacji Nowosielskich

gnęły wózki z kijami firmy Dunlop, powtarzały uderzenia, prostowały się do patowania, wypatrywały chorągiewek na greenach albo szukały zagubionych piłeczek. A czasem przekomarzały się z brzuchatymi dżentelmenami – tych częściej można było spotkać w klubowym barze niż na dziewiątkach i osiemnastkach.

Kiedy zbliżała się pora obiadu, po grających przyjeżdżali boje hotelowi. Kłaniali się nisko, liczyli kołeczki i dalmierze, zbierali swetry z kaszmiru, czyścili cieniutkie rękawiczki i zanosili do cadillaców i bentleyów torby pełne ciuchów na zmianę. Nieśmiało przynaglali opieszale lejdy, potakiwali rozkapryszonym sirom, wreszcie miękko, jakby unosząc się na wodzie, opuszczali plac zabaw dla bogatych.

Podwieczorek podawano na tarasie z widokiem na port. Chyba właśnie stamtąd wypatrzyły panny trzech hiszpańskich żeglarzy. Przybyli pod wieczór, łódź zakotwiczyli dość daleko od kei, jakby się czegoś obawiali albo strzegli tajemnicy. Zanim zeszli na brzeg, długo klarowali dufoura. Wspinali się na wanty, podtrzymywani tak cienkimi linami, że z oddali nie było ich widać. Naprawiali żagle, łatali banderę, sprawdzali szkle. Potem wskoczyli na ponton, tacy przystojni, o śniadych twarzach, w lnianych koszulkach i płóciennych spodniach. Szwendali się chwilę po promenadzie, zaglądali do tawern, łapali spojrzenia przechodniów. Na pokład wrócili w towarzystwie szansonistki z nocnego lokalu. Już następnego dnia panny wyruszyły w morze na statku wycieczkowym. Chcą pewnie wypatrzyć chłopców z „Esmeraldy”.

Nigdy nie wiadomo, skąd przyjdzie pierwszy podmuch ciepłego powietrza – powiadają meteorolodzy. W Opolu podmuchy letniego wiatru szły tej jesieni z Galerii Sztuki Współczesnej, od obrazów Nowosielskiego.

Agnieszka KANIA

Opolski Oddział

Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego

zaprasza na

Tradycyjny Bal Stomatologa

który odbędzie się 8 lutego 2014 r.

w salach Hotelu Festival

Tel. kontaktowy: 77 452 09 24, kom. 606 665 202

I znów w naszych mieszkaniach zagościła magia. W oknach za chwilę rozjarzą się wieloma barwami ciepłe choinkowe lampki, a wokół rozejdą się zapachy świątecznych potraw i ciast. To już Święta!!! Po raz kolejny konstatujemy, jak ten czas szybko leci. Otaczający nas świat nie napawa optymizmem, ale nie ulegajmy tej presji mediów i spróbujmy, choćby na chwilę, otworzyć się na ciepło, dobro i radość. Popatrzmy wokół na otaczających nas bliskich, przyjaciół, koleżanki i kolegów – i uśmiechnijmy się!!! Czy nie zauważyliście przypadkiem, jak rzadko to ostatnio robimy i jak dawno nie radowaliśmy się tak serdecznie. A przecież nadchodzi nowina!!

Zasiądźmy więc przy świątecznym stole wolni od uraz, dąsów, narzekania, niezadowolenia i wrogości – choćby na krótką tylko chwilę. Zanurmy się bez reszty w tej magicznej, cudownej atmosferze Świąt Bożego Narodzenia. Napawajmy się tymi wszystkimi niecodziennymi zapachami i smakami. I niech temu wszystkiemu towarzyszy chęć obdarowania innych tylko dobrymi emocjami. Niech płyną ku nim od nas tylko dobre myśli i życzenia. Tyle przecież jest wokół nas zawiści, niechęci czy nawet nienawiści. Czy rzeczywiście warto trwonić ten czas, jaki jest nam dany tylko raz, na tak miłą i nieważną sprawę?

Życzę wszystkim Czytelnikom Biuletynu spokojnych,
pogodnych, rodzinnych i szczęśliwych Świąt.
W tych dniach szczególnego wyrazu nabiera stwierdzenie:
„Kochajmy bliskich (i nie tylko), oni tak szybko odchodzą”.

Jerzy B. LACH



SZPALTA PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Gdy ten numer Biuletynu do Was dotrze, będzie prawdopodobnie już po XXXII Okręgowym Sprawozdawczo-Wyborczym Zjeździe Lekarzy (zwołany został na 7 grudnia) i wybrane będą nowe władze Opolskiej Izby Lekarskiej na kolejną 4-letnią kadencję. W tym miejscu chciałbym bardzo gorąco podziękować tym wszystkim z Was, którzy w zakończonej już kadencji działali na rzecz naszego Samorządu – czy to jako delegaci na Zjazd Okręgowy, członkowie komisji problemowych czy członkowie poszczególnych organów.

Wszystkim nowo wybranym chciałbym życzyć wytrwałości w tej społecznej pracy, optymizmu i cierpliwości. A tej ostatniej w pracy na niwie ochrony zdrowia potrzeba bardzo dużo. Niestety nasze Ministerstwo Zdrowia życia nam nie ułatwia, a przecież chyba powinno to być

jednym z jego priorytetów. Ale jeżeli Polska jest jednym z nielicznych krajów, w którym nie ma ustawy o zdrowiu publicznym, czyli podstawowej ustawy dla określenia zakresu działania władzy publicznej w systemie ochrony zdrowia, to czego można się spodziewać?

Przepraszam, ale znowu zaczyna przebijać z moich słów nuta zwątpienia i frustracji. A dwa numery temu obiecałem, że będę bardziej nastawiony na podkreślanie pozytywów i miłych akcentów. Tak więc w związku ze zbliżającymi się Świątami Bożego Narodzenia oraz Nowym Rokiem życzę Wam wszystkim (i sobie też) odezwania się choć na chwilę od problemów codzienności i cieszenia się rodziną, dziećmi, wnukami. Pamiętajmy, że szklanka do połowy pusta jest przecież do połowy pełna.

Jerzy JAKUBISZYN

XXXII OKRĘGOWY ZJAZD SPRAWOZDAWCZO-WYBORCZY LEKARZY OPOLSZCZYZNY

W dn. 7 grudnia 2013 r. w sali konferencyjnej Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu odbędzie się XXXII Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy Lekarzy Opolszczyzny. Zgodnie z obowiązującą już od szeregu lat tradycją przedstawiam Państwu wszystkie materiały zjazdowe.

Jerzy B. LACH

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU VI KADENCJI W OKRESIE OD 21 PAŹDZIERNIKA 2009 R. DO 30 PAŹDZIERNIKA 2013 R.

Okręgowa Rada Lekarska VI kadencji, w okresie sprawozdawczym pracowała w następującym składzie (w nawiasach podano nieobecności na posiedzeniach):

- 1) Prezes – Jerzy Jakubiszyn (0) – lekarz
- 2) Zastępcy Prezesa:
 - Barbara Hamryszak (2) – lekarz dentysta
 - Stanisław Kowarzyk (0) – lekarz
- 3) Sekretarz – Jerzy Lach (2) – lekarz
- 4) Zastępca sekretarza – Jolanta Smerkowska-Mokrzycka (0) – lekarz dentysta
- 5) Skarbnik – Zbigniew Kowalik (7) – lekarz
- 6) Członkowie Prezydium:
 - Marek Dryja (8) – lekarz
 - Małgorzata Łuszczyńska-Ostrowska (0) – lekarz
 - Rafał Olejnik (8) – lekarz
- 7) Członkowie Rady:
 - Adam Bąk (9) – lekarz
 - Tadeusz Chowaniec (1) – lekarz
 - Stanisław Chruszczyk (4) – lekarz dentysta
 - Jarosław Karoń (9) – lekarz
 - Wiesław Latała (3) – lekarz dentysta
 - Jacek Mazur (7) – lekarz
 - Paweł Mielczarek (10) – lekarz
 - Mirosław Misiak (1) – lekarz
 - Wojciech Redelbach (15) – lekarz
 - Barbara Suzanowicz (4) – lekarz
 - Andrzej Wester (8) – lekarz
 - Aleksander Wojtyłko (10) – lekarz

W okresie sprawozdawczym Okręgowa Rada Lekarska odbyła 45 posiedzeń, a jej Prezydium spotkało się dodatkowo 58 razy.

Na bieżącą działalność administracyjną, związaną z wydawaniem prawa wykonywania zawodu i prowadzeniem rejestru Opolskiej Izby Lekarskiej, prowadzeniem rejestru podmiotów, uprawnionych do realizacji kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów oraz prowadzeniem rejestrów praktyk lekarskich, złożyły się:

- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza (dla odbycia stażu podyplomowego) – 94,
- wydanie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentyisty (dla odbycia stażu podyplomowego) – 39,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza (po odbyciu stażu podyplomowego) – 88,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza dentyisty (po odbyciu stażu podyplomowego) – 41,
- wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza dentyisty (uznanie kwalifikacji) – 2
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy przenoszących się z innych izb – 100,
- wpisanie na listę członków OIL lekarzy dentyistów przenoszących się z innych izb – 23,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy przenoszących się do innych izb – 33,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentyistów przenoszących się do innych izb – 12,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy z powodu zgonu – 74,
- skreślenie z listy członków OIL lekarza/lekarza dentyisty (podwójne PWZ) z powodu zgonu – 1,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy znajdujących się w ewidencji z powodu zgonu – 112,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentyistów z powodu zgonu – 18,
- skreślenie z listy członków OIL lekarzy dentyistów znajdujących się w ewidencji z powodu zgonu – 27,
- wymiana prawa wykonywania zawodu lekarza dentyisty (na nowy dokument) – 3,
- wymiana prawa wykonywania zawodu lekarza (na nowy dokument) – 1,
- zmiana wpisu w prawie wykonywania zawodu lekarza w związku z uzyskaniem przez cudzoziemca obywatelstwa polskiego – 3,
- zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu lekarza – 9,

- zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry – 1,
- wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarza – 11,
- wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry – 4,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych uprawnień lekarza – 20,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych uprawnień lekarza dentystry – 1,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego okres wykonywania zawodu przez lekarza dentystę – 1,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego uzyskanie przez lekarza specjalizacji – 13,
- wydanie zaświadczenia potwierdzającego równoważność tytułu lekarza stomatologa z tytułem lekarz dentystry – 6,
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza – 22,
- wydanie zaświadczenia o postawie etycznej lekarza dentystry – 5,
- zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza – 18,
- zaprzestanie wykonywania zawodu lekarza dentystry – 11,
- podjęcie wykonywania zawodu lekarza po uprzednim zaprzestaniu – 2,
- uznanie specjalizacji lekarza z UE – 1,
- skierowanie lekarza na przeszkolenie w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu dłuższą niż 5 lat – 1,
- stwierdzenie odbycia przeszkolenia lekarza w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu dłuższą niż 5 lat – 1,
- ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza – 1,
- zakończenie kary ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza – 1,
- zawieszenie prawa wykonywania zawodu lekarza – 2,
- zakończenie kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza – 1,
- wpisanie nowych podmiotów prowadzących szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentystów – 8,
- uzupełnienia wpisów do rejestru o nowe zdarzenia edukacyjne (dotyczy podmiotów wpisanych do rejestru) – 36,
- potwierdzenie spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia (dotyczy podmiotów, wpisanych do rejestrów innych izb, zgłaszających szkolenie na terenie Opolskiej Izby Lekarskiej) – 21,
- skreślenie z rejestru podmiotów prowadzących szkolenie – 1,
- informacja o prowadzeniu szkoleń na terenie OIL przez podmioty zarejestrowane w innych izbach, a mające potwierdzenie spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia przez NIL – 31.

W ramach prowadzenia rejestru praktyk lekarskich Okręgowa Rada Lekarska VI kadencji w okresie od 2009 r. do 30.04.2012 r., kiedy to zakończyła się możliwość składania wniosków w formie papierowej, zarejestrowała:

- indywidualne praktyki lekarskie – 62,
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie – 133,
- indywidualne praktyki lekarskie w miejscu wezwania – 45,
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie w miejscu wezwania – 50,
- indywidualne praktyki lekarskie wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – 23,
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – 24,
- grupowe praktyki – 7,
- skreślenia z rejestru praktyk z powodu zaprzestania działalności lub zmiany miejsca praktyki (wszystkie rodzaje praktyk) – 239.

W okresie od 1.05.2012 r., kiedy zaczął obowiązywać przepis, nakazujący składanie wniosków w formie elektronicznej, do 31.10.2013 r. zarejestrowano:

1) Praktyki nowe członków Opolskiej Izby Lekarskiej:

- indywidualne praktyki lekarskie – 4,
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie – 7,
- indywidualne praktyki lekarskie w miejscu wezwania – 6,
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie w miejscu wezwania – 1,
- indywidualne praktyki lekarskie wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – 16,
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – 6.

2) Praktyki nowe lekarzy z innych Izb:

- indywidualne praktyki lekarskie – 5,
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie – 9,
- indywidualne praktyki lekarskie wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – 45,
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego – 104.

3) Skreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wszystkie formy praktyki) – 92.

W ramach działalności samopomocowej Okręgowa Rada Lekarska w ciągu całej VI kadencji udzieliła:

- 92 zapomogi na ogólną kwotę 312.258 zł (w poprzedniej kadencji było 87 zapomóg na kwotę 223.640 zł),

- zapomogi dla 6 dzieci zmarłych lekarzy i dla 2 dzieci zaginionego lekarza w kwocie 28.150 zł (w poprzedniej kadencji 1 zapomoga dla 3 dzieci w kwocie 8.697 zł),
- 16 pożyczek w związku ze specjalizacją na kwotę 79.200 zł i 3 pożyczki w związku z otwarciem przewodu doktorskiego na łączną kwotę 24.740 zł (w poprzedniej kadencji udzielono w sumie 65 pożyczek szkoleniowych na kwotę 323.230 zł),
- 28 odpraw pośmiertnych na ogólną kwotę 94.724 zł (w poprzedniej kadencji było 21 odpraw na kwotę 56.040 zł).

Ponadto Rada przyznała 199 nagród za uzyskaną specjalizację na kwotę 137.007 zł oraz 22 nagrody za zdobycie tytułu doktora nauk medycznych na kwotę 58.950 zł (w poprzedniej kadencji nagrody wypłacono 300 osobom na kwotę 184.793 zł).

Dofinansowano również udział 40 członków naszej Izby w różnego rodzaju zawodach sportowych na łączną kwotę 14.000 zł (w poprzedniej kadencji dofinansowano udział 27 osób na kwotę 7.550 zł).

Okręgowa Rada Lekarska wyznaczyła swoich przedstawicieli do:

- 25 komisji konkursowych, powołanych dla wyboru ordynatora oddziału,
- 12 komisji, powołanych dla wyboru zastępcy dyrektora ds. lecznictwa,
- 29 komisji powołanych dla wyboru pielęgniarek naczelnych i pielęgniarek oddziałowych,
- 3 komisji konkursowych, powołanych dla wyboru dyrektora jednostki,
- 3 komisji konkursowych, powołanych dla wyboru kierownika jednostki.

Okręgowa Rada Lekarska podjęła uchwały dotyczące składek członkowskich:

- zwolnienie z obowiązku płacenia składki członkowskiej z powodu zaprzestania wykonywania zawodu – **45** lekarzy
- zwolnienie z obowiązku płacenia składki członkowskiej z powodu braku dochodu – **69** lekarzy,
- obniżenie wysokości składki członkowskiej do 10 zł – 91,
- przywrócenie opłacania składki członkowskiej – 1 lekarz.

Okręgowa Rada Lekarska ponadto:

1) podjęła szereg uchwał, w tym w sprawie:

- sfinansowania przejęcia na własność działki, na której położona jest siedziba Opolskiej Izby Lekarskiej,
- powołania zespołu nadzorującego przebieg prac remontowych Izby,
- pokrycia kosztów pobytu na Kongresie Polonii Medycznej 2013 kilku lekarzy polskich z Białorusi i Ukrainy,

- wyrażenia zgody na sprzedaż akcji TU Inter-Polska,
- nowelizacji wysokości stawek za reklamy i ogłoszenia w BI i na stronie internetowej Izby,
- wyznaczenia przedstawicieli Opolskiej Izby Lekarskiej – kandydatów na członków Komisji Kształcenia Medycznego, Komisji Stomatologicznej i Komisji Emerytów i Rencistów NRL,
- upoważnienia Prezesa do wystąpienia do Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów NRL o dotację na szkolenia organizowane przez Izbę,
- powołania zespołu do spraw monitorowania sytuacji pracowniczej w ZOZ-ach,
- upoważnienia do reprezentowania OIL w postępowaniu sądowym w sprawie zaległych środków finansowych na pokrycie kosztów czynności przejętych przez samorząd lekarski od organów administracji państwowej za lata 2007–2009,
- powołania w Izbie Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Rzecznika Praw Lekarza,
- powołania komisji problemowych Opolskiej Izby Lekarskiej VI kadencji, ich przewodniczących i składów tych komisji,
- powołania komisji orzekających w przedmiocie niezdolności lekarzy do wykonywania zawodu,
- dofinansowania konferencji naukowej organizowanej przez Samorząd Województwa Opolskiego,
- zgłoszenia kandydatur do Wojewódzkiej Komisji d/s Orzekania O Zdarzeniach Medycznych,
- zgłoszenia kandydatur do zespołów ekspertów dla programów realizowanych przez OO PFRON,
- pokrycia kosztów opłat sądowych w postępowaniach cywilnych lekarzy – członków Izby,
- upoważnienia do zawarcia umowy z MZ na przekazanie środków za czynności przejęte przez samorząd lekarski od administracji państwowej,
- udzielenia pożyczki Kujawsko-Pomorskiej IL w Toruniu,
- dofinansowanie wydania książki „Ludzie w biegi”,
- zatwierdzenia wydatków na prowadzenie akcji protestacyjnej przeciwko zapisom o karach, związanych z wystawianiem recept,
- ustalenia wielkości rejonów wyborczych, klucza wyboru delegatów i liczby mandatów dla wyborów VII kadencji,
- skierowania tytułów wykonawczych do Urzędów Skarbowych w związku z windykacją składek członkowskich,
- dofinansowania posiedzenia Kolegium Redakcyjnego Gazety Lekarskiej i Redaktorów Biuletynów Informacyjnych okręgowych izb lekarskich,

- dofinansowania druku śpiewników i wykonania znaczków Reaktywowanego Stressowego Złazu Medyka 2013,
 - dofinansowania posiedzeń naukowo-szkoleniowych Oddziałów Opolskich Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego, Towarzystwa Chirurgów Polskich i Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego,
 - dofinansowania kursu szkoleniowego z podstaw USG,
 - nowelizacji i ustalenia tekstu jednolitego uchwały o Funduszu Samopomocy,
 - przyznania zapomóg w związku z powodzią,
 - partycypowania w kosztach postępowania sądowego prowadzonego przez OIL w Gdańsku przeciwko Skarbowi Państwa o zapłatę za zadanie zlecone zrealizowane w 2011 roku,
 - wsparcia finansowego leczenia lekarza-członka Wielkopolskiej Izby Lekarskiej,
 - dofinansowania projektu muzycznego „Kardio-band” oraz kampanii „Tony Zdrowia”,
 - dofinansowania chóru Opolskiej Izby Lekarskiej,
 - zgody na rozwiązanie umowy o pracę z Zastępcą OROZ przez PMWSZ w Opolu.
- 2) przyjęła apele do lekarzy i lekarzy dentystów – członków Izby o powstrzymanie się z podpisywaniem nowych umów na wystawianie refundowanych recept oraz o przystąpienie do akcji protestacyjnej od 1 lipca 2012 r. (100% na 100%),
- 3) przyjęła stanowiska w sprawie:
- proponowanej wysokości kontraktów na 2010 r.,
 - pakietu ustaw zdrowotnych,
 - zasad tworzenia Wojewódzkich Centrów Urazowych w poszczególnych województwach i pominięcia w nich Opolszczyzny,
 - braku porozumienia pomiędzy przedstawicielami Porozumienia Zielonogórskiego a Ministerstwem Zdrowia, co do wysokości stawki kapitacyjnej na 2011 r.,
 - niedostatecznej liczby miejsc specjalizacyjnych i sposobu ich podziału,
 - ustawy o refundacji leków,
 - projektów uchwał przygotowywanych przez Ministerstwo Zdrowia dotyczących m. in. zmian w programie studiów medycznych, likwidacji staży podyplomowych oraz LEP-u i LDEP-u,
 - akcji protestacyjnej samorządu zawodowego lekarzy weterynarii,
 - odwołania Dyrektora OOW NFZ Kazimierza Łukawieckiego.
- 4) opiniowała kandydatów na stanowisko:
- a. Konsultanta Krajowego w zakresie Onkologii Klinicznej,

- b. Konsultantów Wojewódzkich, proponowanych przez Wojewodę Opolskiego, w zakresie:
- diagnostyki obrazowej,
 - otorynolaryngologii dziecięcej,
 - immunologii klinicznej,
 - medycyny rodzinnej,
 - chorób wewnętrznych,
 - ortopedii i traumatologii,
 - rehabilitacji medycznej.

5) przyznała 10 honorowych wyróżnień Opolskiej Izby Lekarskiej – „Prymariuszy Opolskich”

Przedstawiciele Okręgowej Rady Lekarskiej brali udział w:

- posiedzeniach Rady Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ,
- posiedzeniach Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego,
- posiedzeniach Rad Społecznych kilku szpitali.

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej prowadził korespondencję m.in. z Wojewodą Opolskim i Marszałkiem Województwa Opolskiego, Dyrektorem Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ i ZUS, Posłami i Senatorami Ziemi Opolskiej oraz dyrektorami jednostek ochrony zdrowia Opolszczyzny w sprawach dotyczących samorządu lekarskiego i wykonywania zawodu lekarza.

Sekretarz ORL
Lek. Jerzy B. LACH

Prezes ORL
Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ VI KADENCJI (23.09.2009 – 31.10.2013)

W VI kadencji wpłynęły 274 sprawy, a z poprzedniego okresu pozostało 27 skarg. W sumie w zespole Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w omawianym okresie sprawozdawczym rozpatrywano 301 spraw; postępowania zakończono w 277 sprawach, a 24 – pozostały na następny okres (8%).

Spośród zakończonych postępowań: w 116 przypadkach (42%) Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej odmówił wszczęcia postępowania, a 58 (21%) spraw – umorzono, natomiast 66 skarg przekazano ze względu na właściwość do innych instytucji.

Główne przyczyny złożonych skarg wynikały z:

- uszkodzenia ciała lub powikłań chorobowych – 37%,
- nieetycznego zachowania – 33%,
- śmierci – 15%.

Skargi dotyczyły najczęściej następujących specjalności:

- chorób wewnętrznych – 15%,
- psychiatrii – 9%,

- chirurgii ogólnej – 6%.

Do Okręgowego Sądu Lekarskiego skierowano 37 (13%) spraw o ukaranie 38 lekarzy i lekarzy dentyków.

Spośród 174 skarg, które spotkały się z odmową wszczęcia postępowania lub je umorzono, odwołania złożono w 62 sprawach, a Okręgowy Sąd Lekarski uwzględnił – 8 (13%).

W VI kadencji nastąpił dalszy wzrost liczby rozpatrywanych skarg – o 29% w porównaniu z V kadencją, o 48% względem IV kadencji i aż o 141% więcej niż w III kadencji.

Za ten wzmógłony wysiłek chcę podziękować (w kolejności alfabetycznej) Koleżankom i Kolegom, którzy solennie pracowali przez całą kadencję i prowadzili najwięcej postępowań: Wojciechowi Derkowskiemu, Maciejowi Gaworowi, Julii Goj-Bireckiej, Donacie Hałaburdzie, Jolancie Jarce, Tomaszowi Krzeszowcowi, Pawłowi Olszewskiemu, Robertowi Rypniewskiemu, Katarzynie Suchoń, Piotrowi Sysle i Krzysztofowi Wiśniewskiemu oraz pani Bożenie Jachymskiej-Kansy perfekcyjnie kierującej pracą biura i służącej zawsze pomocą całemu zespołowi Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

*Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Dr n. med. Zbigniew KUZYSZYN*

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEGO SĄDU LEKARSKIEGO OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W CZASIE VI KADENCJI, TJ. W OKRESIE X.2009 – X.2013 R.

W okresie od X 2009 r. do X 2013 r. do Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu wpłynęło 40 spraw, o ukaranie 45 lekarzy (w trzech sprawach sformułowano wniosek o ukaranie dwóch lekarzy).

- Uniewinniono – 15 lekarzy,
- Umorzono postępowania w stosunku do 2 lekarzy,
- Ukarano 27 lekarzy, w tym:
 - karą upomnienia – 19 lekarzy,
 - karą nagany – 6 lekarzy
 - karą ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza ukarano 2 lekarzy (jednego lekarza na okres 6 miesięcy w zakresie wykonywania badań profilaktycznych u pracowników; drugiego lekarza na okres 2 lat w zakresie wykonywania USG piersi oraz biopsji piersi).

Jedną ze spraw przekazano do Naczelnego Sądu Lekarskiego w Warszawie w celu przekazania postępowania do innego Okręgowego Sądu Lekarskiego.

Naczelny Sąd Lekarski przekazał do rozpatrzenia Okręgowemu Sądowi Lekarskiemu w Opolu 4 sprawy.

W okresie od I 2010 r. do X 2013 r. w Okręgowym Sądzie Lekarskim w Opolu rozpatrywane były 52 za-

lenia na postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej podczas 35 posiedzeń jawnych i 16 niejawnych, z czego 36 było skierowanych przeciwko lekarzom, natomiast 15 w sprawie.

W 47 sprawach utrzymano w mocy postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (o odmowie lub umorzeniu postępowania), a w 4 sprawach uchylono postępowanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej do ponownego rozpoznania.

1 zażalenie przekazano do Naczelnego Sądu Lekarskiego w Warszawie w celu przekazania akt sprawy do innego Okręgowego Sądu Lekarskiego.

Obecnie w Sądzie Lekarskim rozpatrywany jest 1 wniosek o ukaranie jednego lekarza (termin rozprawy wyznaczony jest na dzień 28.11.2013 r.) oraz 4 zażalenia na postanowienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (akta trzech spraw są w czytaniu, natomiast posiedzenie jawne w czwartej sprawie odbędzie się 26.11.2013 r.).

Najwięcej spraw skierowanych przez Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej do Okręgowego Sądu Lekarskiego w Opolu dotyczyło specjalności zabiegowych tj. ginekologii i położnictwa, chirurgii ogólnej, a także stomatologii oraz chorób wewnętrznych.

Z uwagi na narastającą ilość spraw do rozpatrzenia w Sądzie Lekarskim istnieje konieczność poszerzenia składu Sądu Lekarskiego o lekarzy posiadających specjalizacje z zakresu specjalności zabiegowych. Zwracam się więc z prośbą do Koleżanek i Kolegów o zgłaszanie swojej chęci pracy w Sądzie Lekarskim podczas Zjazdu wyborczego

*Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego
Lek. dent. Rafał PĘDICH*

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ W OKRESIE OD 2009 R. DO 2013 R.

W VI kadencji Komisja Stomatologiczna liczyła 40 osób, w tym 34 delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy, 4 konsultantów wojewódzkich w dziedzinach z zakresu stomatologii, Prezesa Opolskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego oraz 1 lekarza medycyny. Funkcję przewodniczącej pełniła Barbara Hamryszak, jej zastępcą był Robert Rypniewski, a sekretarzem Jerzy Drzyzga. Spotkaliśmy się na 39 posiedzeniach.

Członkowie naszej Komisji brali czynny udział w pracach na rzecz całego Samorządu Lekarskiego: lek. dent. Marta Rodziewicz-Kabarovska pełni funkcję Zastępcy Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Naczelnej Radzie Lekarskiej, ponadto pełni funkcję przewodniczącej Komisji Etyki Lekarskiej przy naszej Izbie. Lek. dent. Rafał Pędich jest przewodniczącym Sądu Lekar-

skiego naszej Izby. Lek. dent. Jolanta Smerkowska–Morzycka jest członkiem Komisji Stomatologicznej przy Naczelnej Radzie Lekarskiej.

Współpracowaliśmy z Opolskim Oddziałem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego i Wojewódzką Przychodnią Stomatologiczną przy organizacji szkoleń dla stomatologów, co umożliwiło gromadzenie punktów edukacyjnych. Wspólnie z Komisją Kształcenia organizowaliśmy kursy z zakresu ratownictwa medycznego, szkolenia doskonalące nas w codziennej pracy zawodowej, a także szkolenia z zakresu wiedzy ogólnej, np. dot. prawa medycznego, czy związane z obowiązkiem wprowadzenia kas rejestrujących, szkolenia BHP dla pracodawców.

Kilkakrotnie podczas tej kadencji spotykaliśmy się z przedstawicielami Opolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, aby rozwiązywać aktualne problemy. Sprzeciwialiśmy się wycenom naszych świadczeń oraz domagaliśmy się urealnienia cen na świadczenia stomatologiczne. Innym tematem wspólnych spotkań były problemy związane z wprowadzeniem weryfikacji świadczeń stomatologicznych, a także przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia przybliżył nam założenia systemu eWUŚ.

Członkowie Komisji angażowali się w prace dotyczące opiniowania projektów nowych ustaw, m. in. dot. kształcenia podyplomowego lekarzy dentystów, nowych obowiązków wyposażenia gabinetów stomatologicznych, rozpatrywaliśmy rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

Dbaliśmy także o sprawy duchowe, przedstawiciele naszej Komisji uczestniczą w próbach i występach chóru „Medicantos”, organizowaliśmy wieczór poświęcony twórczości literackiej lekarzy naszej Izby. Lekarze dentyści reprezentowali Opolską Izbę Lekarską w ogólnopolskich zawodach żeglarskich i w piłce siatkowej.

*Przewodnicząca Komisji
Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK*

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ W OKRESIE OD 2010 DO 2013

Komisja w składzie:

- | | |
|----------------------------|--------------------|
| 1) Adam Martyniszyn | przewodniczący |
| 2) Anna Chirowska-Adamczyk | wiceprzewodnicząca |
| 3) Włodzimierz Fijałkowski | wiceprzewodniczący |
| 4) Marcin Mielczarek | sekretarz |
| 5) Leszek Pisarski | członek |

W okresie czteroletniej kadencji Komisja odbyła 8 posiedzeń. Komisja przeprowadzała swoje posiedzenia zgodnie z planem. Dodatkowych posiedzeń poświęconych konkretnym tematom nie było potrzeby zwoływać.

W trakcie swoich prac Komisja zajmowała się działalnością finansową Zarządu Izby przez kontrolę bieżącą dokumentacji finansowo-księgowej. Oceniano dowody księgowe, wynik finansowy i przepływy środków na kontach Izby. Zapoznawano się z planami budżetowymi na każdy rok oraz oceniano wykonanie budżetu po zamknięciu roku finansowego. Wszystkie pojawiające się niejasności i zapytania wyjaśniane były na bieżąco w trakcie prac Komisji. Członkowie OKR dobrze oceniają sposób prowadzenia dokumentacji księgowej Izby i nie wnosili uwag do prowadzenia spraw finansowych przez Zarząd Izby.

W czasie upływającej kadencji nie wpłynęły zapytania, wnioski wymagające opracowania stanowiska czy wydania opinii Komisji.

- Stan środków bankowych na dzień 31.12.2009 – na lokatach 650.000,00 zł
- Środki bankowe na rachunku bieżącym – 98.103,90 zł
- Stan środków bankowych na dzień 31.10.2013 – na lokatach 760.000,00 zł
- Środki bankowe na rachunku bieżącym – 97.207,46 zł

Ściagalność składek członkowskich na rzecz Izby znacznie się poprawiła. Było to efektem stanowczego działania organów Izby. W roku 2009 wynosiła 69,97%, zaś w 2013 roku 74,32%. Z tego powodu poprawił się stan finansowy. Pozostaje do korekty naliczanie składek dotyczących rencistów i emerytów nie pracujących. Mimo wysłanych pism nie otrzymano jeszcze wszystkich odpowiedzi w tej sprawie.

Komisja przyjęła z zadowoleniem przekształcenie wieczystego użytkowania gruntu pod siedzibą Izby Lekarskiej w prawo własności nieruchomości gruntowej, przez wykup od miasta parceli pod siedzibą Izby oraz planowanym remontem całociowym siedziby Izby na ul. Grunwaldzkiej 23.

Wszystkim członkom Komisji Rewizyjnej dziękujemy za poświęcony czas i wkład w pracę komisji w kończącej się kadencji.

*Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej
Lek. Adam MARTYNISZYN*

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI KSZTAŁCENIA MEDYCZNEGO OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ ZA OKRES 3 MARCA 2010 R. – 30 LISTOPADA 2013 R.

Komisja Kształcenia OIL działała w składzie: Waldemar Ilczyszyn, Jerzy Jakubiszyn, Stanisław Kowarzyk, Elżbieta Krzymowska, Małgorzata Lechniak, Małgorzata Łuszczyńska-Ostrowska – przewodnicząca, Ewa Noceń-Firlej, Rafał Pędach – z-ca przewodniczącej, Arkadiusz Rams, Marta Rodziewicz-Kabarowska, Jolanta

Smerkowska-Mokrzycka – sekretarz, Piotr Sysło, Ewa Trejnowska, Aleksander Wojtyłko.

Komisja w okresie sprawozdawczym odbyła 12 posiedzeń, zorganizowała 48 szkoleń oraz wraz z KEL była współorganizatorem Sympozjum pt. „Dylematy etyczne w pracy lekarza i lekarza dentyści”.

Tematyka przeprowadzonych szkoleń uzależniona była zarówno od aktualnych potrzeb samych lekarzy, jak również związana była z wprowadzaniem nowych przepisów i uregulowań prawnych.

Szkolenia prowadzili zaproszeni goście i konsultanci wojewódzcy: dr n. med. G. Bogdanowicz, dr n. med. E. Chmielnik, dr n. med. T. Szymczyk, dr n. med. A. Sachanbiński, dr n. med. K. Suchoń, dr n. med. J. Grzybowska-Substelną, dr n. med. A. Bunio, prof. W. Apoznański, prof. J. Dzieliński, dr Z. Konieczny, dr M. Dryja, dr A. Sznajder, dr M. Lenart.

Zorganizowano między innymi szkolenia z zakresu przepisów BHP dla lekarzy stomatologów, z zakresu obowiązku prowadzenia kas fiskalnych oraz pt. „Dokumentacja medyczna, a bezpieczeństwo prawne lekarza” – prowadzonego bardzo profesjonalnie przez doradcę R. Janiszewskiego z kancelarii doradczej w Warszawie. Najwięcej szkoleń przeprowadzono wraz z warsztatami z zakresu ratownictwa medycznego, które prowadzone były przez dr J. Kostylę z grupą ratowników medycznych.

Nowością na terenie naszej izby, a zarazem ogromnym wyzwaniem było zorganizowanie przez dr I. Bogusza tygodniowego kursu z warsztatami z zakresu podstaw ultrasonografii pt. „Pierwsze kroki w ultrasonografii”. Szkolenie odbyło się w Nysie, zostało bardzo pozytywnie odebrane przez uczestników i spotkało się z wysokim uznaniem ze strony PTU.

W okresie sprawozdawczym udział w szkoleniach wzięło 1200 lekarzy i lekarzy dentyistów. Większość szkoleń odbyło się w siedzibie naszej izby, a częściowo na terenie różnych jednostek służby zdrowia na życzenie Dyrektorów.

Komisja opracowała ankietę dotyczącą propozycji formy i tematów szkoleń, którą to ankietę rozdano na XXXI Zjeździe OIL w Opolu.

Członkowie KK uczestniczyli w konferencjach, szkoleniach i spotkaniach z Ośrodkiem Doskonalenia Zawodowego NIL w sprawie organizacji szkoleń dla młodych lekarzy do 35 r. ż. Uzyskano dotację z Ośrodka Doskonalenia Zawodowego NRL na wszystkie zorganizowane szkolenia.

Komisja opiniowała również szkolenia prowadzone przez firmy i specjalistyczne gabinety lekarskie.

Bardzo dziękuję wszystkim Koleżankom i Kolegom, którzy przyczynili się do sprawnego organizowania i reklamowania szkoleń oraz udziału w pracach komisji

*Przewodnicząca Komisji
Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA*

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI ETYKI LEKARSKIEJ PRZY ORL W OPOLU VI KADENCJI, TJ. W LATACH 2009 – 2013

Komisja Etyki Lekarskiej w okresie sprawozdawczym działała początkowo w 12-osobowym, a od kwietnia 2010 w 11-osobowym następującym składzie:

- Marek Dryja,
- Małgorzata Falenta-Hitnarowicz,
- Wojciech Hulok,
- Ewa Junosza-Szaniawska,
- Antoni Junosza-Szaniawski,
- Marta Rodziewicz-Kabarowska,
- Małgorzata Łuszczzyńska-Ostrowska,
- Jacek Mazur,
- Teresa Sicińska-Werner,
- Ewa Trejnowska,
- Jacek Wąsik.

W minionej kadencji odbyło się 20 spotkań członków komisji, przy czym 5 pierwszych pod przewodnictwem Jacka Wąsika, natomiast kolejnych 15 pod przewodnictwem Marty Rodziewicz-Kabarowskiej (zaistniała konieczność ponownego wyboru kandydata na przewodniczącego komisji w związku z treścią § 6 ust. 3 regulaminu ORL).

Na posiedzeniach KEL, przede wszystkim, omawiane były działania mediacyjne w związku z konfliktami w środowisku lekarskim naszego województwa. Analizie, negocjacji i próbie rozstrzygnięcia sporów poddano 7 skarg, które trafiły do komisji. Kolejne 2 są w trakcie rozpatrywania.

Jednym z istotniejszych osiągnięć KEL było zorganizowanie w kwietniu br. (wspólnie z Komisją Kształcenia Podyplomowego) interdyscyplinarnego sympozjum „Dylematy etyczno-moralne w praktyce lekarskiej i lekarsko-dentystycznej” adresowanego do wszystkich lekarzy, członków naszej OIL oraz delegatów Komisji Etyki Lekarskiej ze wszystkich OIL w kraju. Zainteresowanie tematami przedstawionymi podczas sympozjum, udział wysokiej klasy wykładowców oraz rozbudzenie świadomości konieczności doskonalenia się w tematyce etycznej i bioetycznej – niewątpliwie stały się sukcesem naszej komisji.

Członkowie KEL uczestniczyli również w 2 sympozjach organizowanych przez „Medycynę Praktyczną” w Warszawie, a poświęconych problemom etycznym, jak też w sesji satelitarnej dotyczącej klauzuli sumienia podczas Kongresu Polonii Medycznej w Krakowie.

W ramach samodoskonalenia członków KEL zapoznaliśmy się z rolą komisji etycznych w analizowaniu błędów medycznych, na podstawie materiału pochodzącego z konferencji, która odbyła się na terenie USA, a przetłumaczonego przez jedną z koleżanek z komisji.

Ponadto zorganizowaliśmy jedno otwarte posiedzenie KEL, którego tematem była „Odpowiedzialność moralna”, w którym uczestniczył zaproszony gość, psycholog, prof. Wiesław Łukaszewski.

Odbyło się również jedno spotkanie przewodniczących KEL przy OIL w Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Mając na uwadze złożoność relacji międzyludzkich, które nie omijają środowiska lekarskiego naszego regionu, a także ciągle zmieniające się warunki funkcjonowania Służby Zdrowia, często frustrujące zarówno pacjentów, jak i personel, przed KEL niewątpliwie będą stały kolejne poważne zadania do rozwiązania

Przewodnicząca Komisji

Lek. dent. Marta RODZIEWICZ-KABAROWSKA

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI RZECZNIKA PRAW LEKARZY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ ZA OKRES VI KADENCJI (2009 – 2013)

Decyzją Okręgowego Zjazdu Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej w listopadzie 2009 roku powołano do życia funkcję Rzecznika Praw Lekarzy. Okręgowa Rada Lekarska przy obecności ponad 2/3 członków wybrała, zgodnie z Regulaminem, większością ponad 2/3 głosów na to stanowisko Jacka Mazura.

Czteroletni okres pierwszej kadencji Rzecznika Praw Lekarzy upłynął spokojnie, a działalność Rzecznika związana była z:

- działaniami na rzecz godnego wykonywania zawodu lekarza, w tym wystąpienia publiczne zarówno w środowisku lekarskim jak i poza nim;
- obroną dobrego imienia lekarza w kontaktach z mediami, instytucjami, organizacjami oraz administracją publiczną;
- ochroną lekarzy (w tym prawną) przed nieuzasadnionymi atakami ze strony pacjentów i instytucji itp.;
- wspieraniem działań lekarzy na rzecz ochrony słusznych ich interesów;
- w kilku przypadkach z pomocą prawną, a w jednym z pomocą finansową lekarzom, których dobre imię i godność zostały naruszone. Pomoc finansowa wiązała się z poniesieniem przez Opolską Izbę Lekarską kosztów wniesienia pozwu cywilnego przez lekarza przeciwko szkalującej go osobie – sprawa zakończona została wyrokiem korzystnym dla pozywającego lekarza.

Ani razu w trakcie czteroletniej kadencji nie miało miejsca jakieś bulwersujące całe środowisko zdarzenie, co należy uznać za dobry prognostyk na przyszłość i mam nadzieję, że kolejne kadencje Rzeczników będą miały równie spokojnie, jak ta inauguracyjna.

*Rzecznik Praw Lekarzy
Lek. Jacek MAZUR*

* * *

INFORMACJA Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI BIOETYCZNEJ OIL W VI KADENCJI (2009–2013)

Komisja Bioetyczna OIL w Opolu działając od 17.08.1999 r. w następującym składzie: dr n. med. Jacek Miarka – przewodniczący

Członkowie:

- Junosza-Szaniawski Antoni – lek. psychiatra
- Kraszewska Jolanta – lek. pediatra
- Lembrych Stanisław – lek. ginekolog
- Marcol Alojzy – teolog
- Pichurski Ryszard – lek. chirurg
- Półkoszek Mieczysław – lek. pulmonolog
- Pytka Jerzy – lek. pediatra
- Krauze Anna – prawnik
- Szczegielniak Barbara – farmaceutka
- Kossowska Agnieszka – psycholog

W okresie, jak wyżej Komisja rozpatrzyła łącznie 39 prac badawczo-naukowych, w tym wydano pozytywnych 38 opinii i 1 negatywną opinię.

Komisja rozpatruje lokalne badania własne i przewo-
dy doktoranckie.

*Przewodniczący Komisji
Dr n. med. Jacek MIARKA*

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI MŁODEGO LEKARZA PRZY OIL W OPOLU W KADENCJI VI

VI kadencja Komisji Młodych Lekarzy rozpoczęła się zebraniem, które odbyło się 31 marca 2010 r. Otworzył je Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej dr med. Jerzy Jakubiszyn. W zebraniu wzięło udział 11 członków, którzy w jawnym głosowaniu, jednogłośnie wybrali przewodniczącego – Krzysztofa Nowakowskiego, zastępcę przewodniczącego – Macieja Brzęczka oraz sekretarza – Małgorzatę Ziółkowską.

Uczestnikom spotkania przekazane zostało zaproszenie na konferencję organizowaną przez Komisję Młodych Lekarzy OIL w Krakowie w dniach 21–22 maja 2010 r.

Ustalono również, że na najbliższe posiedzenie zostanie zaproszona mgr Bożena Joks z Opolskiego Centrum Zdrowia Publicznego, w celu przybliżenia spraw związanych z postępowaniem kwalifikacyjnym przed rozpoczęciem specjalizacji.

W dniu 5 maja 2010 r. odbyło się posiedzenie komisji, w którym wzięło udział 18 lekarzy oraz zaproszeni goście:

- Dyrektor Opolskiego Centrum Zdrowia Publicznego – Mieczysław Wojtaszek,
- Kierownik Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych – Bożena Rosłanowska-Joks,

- Konsultant Wojewódzki ds. Radioterapii Onkologicznej – lek. med. Lidia Czopkiewicz,
- Konsultant Wojewódzki ds. Chorób Wewnętrznych – lek. med. Lech Kunicki,
- Konsultant Wojewódzki ds. Chirurgii Ogólnej – dr n. med. Janusz Pichurski.

Tematem spotkania był proces specjalizacji w województwie opolskim i proces rekrutacji na miejsca szkoleniowe.

W dniach 17 października 2010 r. delegaci z Opola – Krzysztof Nowakowski i Małgorzata Ziółkowska, wzięli udział w XIX Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy w Krakowie. Debatowano na niej o jakości i dostępności do specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków, o dalszych losach stażu podyplomowego oraz o miejscu młodych lekarzy w Samorządzie.

Po Konferencji, Komisja ds. Młodych Lekarzy przy Opolskiej Izbie Lekarskiej przyjęła następujące stanowisko:

- Negatywnie oceniła propozycję likwidacji stażu podyplomowego. Jest to obecnie jedna z podstawowych metod przygotowania młodych lekarzy do praktycznego wykonywania zawodu. Niemożliwym jest, w tak krótkim czasie, wprowadzenie zmian w programach nauczania na studiach medycznych, które umożliwiłyby przejęcie roli pełnionej dotychczas przez staż podyplomowy. Jedynie lekarz stażysta, jako pracownik szpitala ma możliwość poznania wszystkich elementów zawodu, a także świadomego podjęcia decyzji odnośnie przyszłej specjalizacji lekarskiej. Zwiększenie liczby lekarzy w Polsce, którzy bez odbycia stażu podyplomowego od razu zostaną wdrożeni do systemu opieki zdrowotnej w Polsce, będzie tylko jednorazowe i przyczyni się do słabszego przygotowania merytorycznego i praktycznego lekarzy.
- Negatywnie oceniła propozycję zmian w sposobie kwalifikacji do odbywania specjalizacji. Wprowadzenie, jako decydującego kryterium średniej ocen ze studiów, dorobku zawodowego i naukowego spowoduje zmniejszenie obiektywności postępowania kwalifikacyjnego oraz nie będzie faktycznym miernikiem przygotowania praktycznego lekarza do kształcenia się w danej specjalności. Średnia ocen ze studiów, z różnych uczelni medycznych w kraju, jest nieporównywalna ze względu na rozbieżne poziomy kształcenia, sposoby egzaminowania i oceniania. Dorobek zawodowy lekarza, tuż po studiach nie jest możliwy w ogóle do oceny. Natomiast dorobek naukowy, o ile może świadczyć o pewnych kwalifikacjach lekarza do pracy naukowej, nie powinien być kryterium oceniającym predyspozycje do odbywania szkolenia w danej specjalizacji.
- Egzaminy LEP i LDEP mogłyby podlegać likwidacji w myśl projektu nowelizacji, ale tylko w sytuacji,

gdyby zostały zastąpione innym, bardziej obiektywnym kryterium kwalifikacji do odbywania specjalizacji. Wydaje się, że dobrym rozwiązaniem mogłyby być testy z zakresu specjalizacji, o jaką dany lekarz ubiegałby się w postępowaniu kwalifikacyjnym.

W dniu 20 października 2010 r. odbyło się kolejne posiedzenie, w którym wzięło udział 10 członków, w tym 4 nowych, których jednogłośnie przyjęto.

Na spotkaniu przedstawiono sprawozdanie z XIX Konferencji Młodych Lekarzy oraz dyskutowano o możliwości aktywnej działalności we współpracy przy redagowaniu Biuletynu Informacyjnego OIL, strony internetowej, kursów szkoleniowych.

W dniu 22 listopada 2010 r. do Prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej zostało wysłane pismo o rezygnacji ze stanowiska Przewodniczącego Komisji ds. Młodych Lekarzy Krzysztofa Nowakowskiego.

Na posiedzeniu, które odbyło się 1 grudnia 2010 r., w którym wzięło udział 9 członków, zasadniczym zagadnieniem, które było poruszane, było wybranie spośród członków KML nowego przewodniczącego. Została zgłoszona 1 kandydatura – Magdalena Lamm. Została ona jednogłośnie zaakceptowana.

Posiedzenie KML, które zostało zwołane 26 lutego 2011 r. miało na celu dyskusję na temat planowanej przez Ministerstwo nowej ustawy refundacyjnej, dotyczącej m. in. odpowiedzialności lekarza za wypisywanie recept. Omówiony został także problem recept w województwie opolskim, jak i nowe druki ZUS ZLA.

W dniach 13–15 maja 2011 r. odbyła się Konferencja Młodych Lekarzy w Olsztynie „Lekarz zawodem wielu możliwości”. Brały w niej udział Magdalena Lamm i Martyna Gizler.

20 lipca 2011 r. odbyło się posiedzenie, na którym zostały omówione i przedyskutowane stanowiska, które przyjęła KML na konferencji w Olsztynie:

- 1) w sprawie zmian w systemie kształcenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentyków,
- 2) w sprawie zmian w procedurze akredytacyjnej,
- 3) w sprawie respektowania prawa pracy i programów specjalizacji,
- 4) w sprawie nadzoru nad jednostkami prowadzącymi specjalizację,
- 5) w sprawie uaktualnienia programu specjalizacji,
- 6) w sprawie ułatwień wykonywania zawodu lekarza,
- 7) w sprawie nowelizacji ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentydy dotyczącej zatrudniania w indywidualnych praktykach,
- 8) w sprawie zmiany zapisów dotyczących naboru na tryb rezydencki.

Ponadto zajęto się również rozwiązaniem problemów związanych z rozpoczęciem specjalizacji.

W dniu 3 marca 2012 r. odbyło się spotkanie Opolskiej Komisji Młodych Lekarzy, w którym wzięło udział 5 osób. Na spotkaniu wybrano delegatów na Konferen-

cję w Poznaniu, dyskutowano na temat oczekiwań co do miejsc specjalizacyjnych i ustalono stanowisko dotyczące obowiązkowych dyżurów medycznych.

W dniach 20–22 kwietnia 2012 r. odbyła się XXI Ogólnopolska Konferencja Młodych Lekarzy w Poznaniu. Wzięły w niej udział Magdalena Lamm i Martyna Gizler. Tematem spotkania były „Specjalizacje XXI w.” Po dwudniowych obradach wystosowano 4 apele:

- **Apel 1 (do Ministra Zdrowia) – w sprawie obowiązkowych dyżurów medycznych** – o jednoznaczne określenie zasad, czasu, źródeł finansowania obowiązkowych dyżurów medycznych osób odbywających specjalizację w trybie rezydenckim i pozarezydenckim, zarówno w jednostce macierzystej, jak i w trakcie staży kierunkowych.
- **Apel 2 (do Ministra Zdrowia) – w sprawie modułowego systemu specjalizacji** – o zrównanie czasu trwania wszystkich modułów podstawowych w specjalizacjach lekarskich, tak aby wszystkie trwały 3 lata. Wnioskujemy, aby moduł podstawowy kończył się egzaminem, którego złożenie byłoby jedynym warunkiem przystąpienia do PES, natomiast nie byłby egzaminem kwalifikującym do modułu rozszerzonego. Postulujemy również o zapewnienie wystarczającej ilości miejsc akredytowanych w modułach szczegółowych oraz w modułach podstawowych.
- **Apel 3 (do Ministra Zdrowia) – w sprawie systemu szkolenia specjalistycznego lekarzy dentystów** – o niezwłoczne zwiększenie ilości miejsc akredytowanych w specjalizacjach lekarsko-dentystycznych oraz uproszczenie procedury uzyskania akredytacji dla podmiotów leczniczych. Przy braku możliwości zwiększenia dostępnych miejsc akredytowanych postulujemy o jak najszybsze utworzenie alternatywnego systemu szkolenia specjalizacyjnego opartego na przykład na współpracy z określonym kierownikiem specjalizacji.

Uzasadnienie:

Obecna minimalna dostępność do szkolenia specjalizacyjnego powoduje zagrożenie w postaci luki pokoleniowej pośród specjalistów, co spowoduje brak niezbędnej kadry do kształcenia przyszłych absolwentów i specjalistów. Aktualna sytuacja doprowadzi do jeszcze większego ograniczenia dostępności do świadczeń specjalistycznych dla pacjentów.

- **Apel 4 (do Ministra Zdrowia) – w sprawie zmiany zapisów dotyczących naboru na tryb rezydencki** – o wprowadzenie zmian legislacyjnych, które umożliwią kandydatowi na specjalizację wskazanie miejsca, bez uwzględnienia rejonizacji oraz dziedziny odbywania specjalizacji drugiego i trzeciego wyboru, analogicznie do obecnej kwalifikacji na staż podyplomowy, co umożliwi lepsze wykorzystanie puli miejsc rezydenckich w skali całego kraju.

Zajęto jedno stanowisko, a mianowicie poparto stanowisko nr 8 przyjęte przez XI Nadzwyczajny Krajowy Zjazd Lekarzy w sprawie szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów, który postuluje:

- zwiększenie liczby etatów rezydenckich,
- stworzenie centralnej bazy miejsc akredytowanych do odbywania specjalizacji,
- zabezpieczenie środków do sfinansowania odpowiedniej liczby nowych etatów rezydenckich oraz do finansowania rezydentur w toku,
- opłacanie obowiązkowych, zgodnie z programem specjalizacji, dyżurów rezydentów ze środków Ministerstwa Zdrowia,
- wprowadzenie wynagrodzenia dla kierowników specjalizacji.

22 sierpnia 2012 r. zorganizowane zostało spotkanie Opolskiej Komisji Młodych Lekarzy, w którym wzięły udział 4 osoby. Uczestnikom przedstawiono apele i stanowiska, które zostały podjęte na Konferencji w Poznaniu. Rozwiązywano również problemy związane z rozpoczęciem specjalizacji oraz założeniem własnej działalności gospodarczej.

*Przewodnicząca Komisji
Lek. dent. Magdalena LAMM*

* * *

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMISJI DS. LEKARZY EMERYTÓW I RENCISTÓW VI KADENCJI W LATACH 2009–2013

Skład komisji: Tadeusz Chowaniec – przewodniczący, Grażyna Wojtalska-Kusyk – sekretarz, członkowie: Teodora Cerbe-Mynte, Janusz Kubicki, Bogdan Mielczarek, Bolesław Ostrowski, Leszek Pisarski, Ewa Płaszowiecka, Jadwiga Sielicka-Urbańczyk, Barbara Sulka, Jan Wróbel. Wobec Rezygnacji kol. Sielickiej i Sulki, dokooptowano do składu Ryszarda Pichurskiego. W czasie kadencji Komisja odbyła 12 zebrań, na których omawiano ważne dla seniorów sprawy. Ponadto przewodniczący uczestniczył w posiedzeniach ORL oraz Komisji ds. Lekarzy Seniorów przy NRL.

Już do tradycji należy organizowanie Spotkań Opłatkowych i Wiosennych – połączonych z wręczaniem przez prezesa OIL okolicznościowych dyplomów, medali i znaczków izbowych lekarzom-seniorom, którzy uzyskali wznowienie dyplomu lekarskiego po 50 latach pracy. Zorganizowano 4 Spotkania Opłatkowe i 4 Wiosenne, w pomieszczeniach Klubu Lekarza, z udziałem chóru męskiego Kamerton, cieszące się dużą frekwencją i zadowoleniem uczestników. Z powodu remontu budynku Izby, Klub Lekarza przestał istnieć, stąd najbliższy opłatek odbędzie się w wynajętym lokalu.

Opiniowano podania o zapomogi pieniężne składane przez lekarzy-seniorów, a także występowano z tą inicjatywą w imieniu potrzebujących.

W związku z utratą ważności książeczek RUM poinformowano i częściowo ułatwiono uzyskiwanie druków recept *pro auctore* i *pro familia*.

W związku z zapowiadaniem wprowadzeniem elektronicznej dokumentacji, także w zakresie recept wypisywanych dla własnych potrzeb, zaprezentowano możliwości skorzystania z bezpłatnych kursów obsługi komputera.

We wrześniu 2011 r. grupa 11 lekarzy-seniorów wzięła udział w Konferencji Naukowo-Szkoleniowej nt „Choroby wieku podeszłego”, połączonej ze zwiedzaniem Gór Świętokrzyskich, zorganizowanej przez Świętokrzyską Izbę Lekarską.

W wyniku ostatnich wyborów 9 lekarzy-seniorów zostało delegatami na Okręgowy Zjazd Lekarzy VII kadencji.

*Przewodniczący Komisji
Dr n. med. Tadeusz CHOWANIEC*

PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA GRUDZIEŃ 2013 r. I NA STYCZEŃ 2014 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
06.12.2013 r. (piątek)	mgr Elżbieta Karczyńska	Terapia manualna stawów skronio- wo-żuchwowych	Izba Lekarska w Opolu ul. Grunwaldzka 23
18.01.2014 r. (sobota) godz. 10.00	dr Marek Dryja -Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Ra- townictwa Medycznego	Ratownictwo medyczne – udzielanie pierwszej pomocy (dla lekarzy den- tystów)	Sala konferencyjna WCM Opole ul. Witosa

Prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniu telefonicznie – 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługują punkty edukacyjne.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU W DNIU 30 PAŹDZIERNIKA 2013 r.

Na wstępie Prezes Jakubiszyn przywitał zebranych i oddał głos Sekretarzowi Rady. Kol. Lach przedstawił dwa wnioski o wpisanie na listę członków naszej Izby lekarzy, przenoszących się z innych Izb (Dolnośląskiej i Śląskiej). Rada jednomyślnie zaaprobowała te wnioski.

Następnie Prezes Jakubiszyn przedstawił wnioski podmiotów prowadzących szkolenia dla lekarzy i lekarzy dentystów:

- Oddział Opolski Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych wystąpił do Rady o przyznanie 3 pkt. za udział w posiedzeniu naukowo-szkoleniowym Oddziału. Wniosek został zaaprobowany przez Radę. Prezes zwrócił uwagę, że Oddział Towarzystwa Naukowego, który jest zarejestrowany w Izbie jako podmiot szkolący, nie musi za każdym razem występować o przyznanie punktów na posiedzenia szkoleniowe Oddziału;
- firma Nutrikon Sp. z o.o. (podmiot zarejestrowany w OIL) zgłosiła szkolenie w dn. 15–16.11. w Jarnoł-

tówku nt. „Leczenia ran przewlekłych”. Rada przyznała 13 pkt. edukacyjnych;

- firma MEDICO-DENT z Nysy (podmiot zarejestrowany w OIL) w dniach 18.10. i 19.10. przeprowadziła dwa kursy nt. „Odkryj tajemnicę doskonałej proporcji ze smile-italiano – przepisy na piękny uśmiech”. Rada przyznała 4 pkt. edukacyjne za każdy z nich;
- firma RAD-MED Centrum Szkoleniowe s.c. (zarejestrowana w ŚIL) zgłosiła szkolenie „Ochrona radiologiczna pacjenta”, które będzie prowadzone metodą e-learningu. Rada potwierdziła spełnienie przez firmę warunków do prowadzenia szkolenia;
- firma MIP Pharma sp. z o.o. (zarejestrowana w Izbie Lekarskiej w Gdańsku) zgłosiła kurs w dn. 6.12. w Opolu nt. „Ergonomiczna praca licówkami kompozytowymi – nowa alternatywa dla pacjenta”. Także i w tym przypadku Rada potwierdziła spełnienie warunków przez firmę;

W tym punkcie Prezes przedstawił też wniosek Oddziału Opolskiego Polskiego Towarzystwa Ginekolo-

gicznego o dofinansowanie swojego posiedzenia naukowo-szkoleniowego „Aspekty prawne w praktyce lekarskiej” kwotą 2.500 zł. Rada (przy 1 głosie wstrzymującym się) zdecydowała o wyasygnowaniu na ten cel kwoty 1.500 zł.

W dalszej części posiedzenia Prezes poinformował, że do Rady wpłynęły trzy wnioski o wyrejestrowanie praktyk lekarskich. Wszystkie zostały jednomyślnie zaaprobowane przez Radę. Dokonano też wykreślenia z rejestru jednej praktyki w związku ze śmiercią lekarza.

Następnie kol. Jakubiszyn przedstawił dwa wnioski o przyznanie zapomogi, które zostały przyjęte jednogłośnie.

W części poświęconej konkursom Prezes przedstawił trzy wnioski:

- Dyrekcja OCR w Korfantomie wystąpiła do Rady z prośbą o wyznaczenie swego przedstawiciela w konkursach na pielęgniarki oddziałowe w tej jednostce. Rada zgłosiła kol. Stanisława Kowarzyka.
- Dyrekcja Szpitala Neuropsychiatrycznego w Opolu zgłosiła podobny wniosek dotyczący konkursu na Pielęgniarkę Oddziałową Oddziału Neurologii „B”. Rada wyznaczyła kol. Ewę Pędzialek.
- Dyrekcja Zespołu Szpitali w Kup zwróciła się o wyznaczenie przedstawiciela do konkursu na Pielęgniarkę Naczelną. Rada wyznaczyła kol. Jerzego Lacha. Wszystkie uchwały podjęto jednogłośnie.

Przechodząc do składek członkowskich kol. Jakubiszyn przedstawił wnioski o zmianę wysokości składki członkowskiej:

- bezterminowe zwolnienie z opłacania – trzech osób,
- czasowe zwolnienie do 31.12.2014. (na okres przyznania całkowitej niezdolności do pracy) – jednej osoby,
- obniżenie do 10 zł – jednej osoby.

Rada zaakceptowała jednomyślnie wszystkie powyższe wnioski.

Z kolei Wojewoda Opolski wystosował do Izby prośbę o opinię w sprawie Dariusza Rupniewskiego i Jerzego Lacha – dwojga kandydatów na funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Rehabilitacji Medycznej. Obaj kandydaci odbyli wcześniej rozmowę z członkami Prezydium Rady Okręgowej, które postanowiło zarekomendować Radzie wydanie opinii stwierdzającej, że Rada nie zgłasza zastrzeżeń merytorycznych do żadnego z kandydatów. Rada przyjęła tę propozycję.

Część obejmującą sprawozdania członków Rady rozpoczął Prezes, który przedstawił krótkie sprawozdanie z obrad Konwentu Prezesów Izb lekarskich oraz ostatniej Rady Naczelnej. Na pierwszym spotkaniu omawiano sprawę zwolnienia z pracy przez dyrektora Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie Prezesa Małopolskiej Izby Lekarskiej Andrzeja Matyji. Ten ostatni został powołany przez Marszałka Województwa Mało-

polskiego jako przedstawiciel Samorządu Lekarskiego do zespołu pracującego nad planem restrukturyzacji dla jednego ze szpitali marszałkowskich w Krakowie. Dyrektor macierzystej jednostki kol. Matyji potraktował jego udział w tym zespole jako działanie na szkodę tejże jednostki i wszczął procedurę wypowiedzenia umowy o pracę. Z kolei na posiedzeniu NRL – poza sprawą kol. Matyji (NRL podjęła uchwałę o braku zgody na wypowiedzenie umowy o pracę) – omawiano także podział miejsc mandatowych na najbliższy Krajowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd. Ze względu na zmianę liczby członków naszej Izby, Opolskiej Izbie Lekarskiej przyznano 8 (poprzednio mieliśmy 9) mandatów – 6 dla lekarzy i 2 dla lekarzy dentyistów. Uchwalono także terminarz posiedzeń NRL na następny rok.

Kol. Kowarzyk – jako Przewodniczący Komisji Konkursowej – przedstawił wyniki konkursu na stanowisko Ordynatora Oddziału Neurologii w Nysie, w którym na to stanowisko wybrany został dotychczasowy Zastępca Ordynatora.

Kol. Bąk z kolei poinformował Radę, że w konkursie na stanowisko Ordynatora Oddziału Nefrologii WCM w Opolu wygrała jego dotychczasowa Ordynator.

Kol. Karoń przekazał informację, że na odbytym ostatnio zebraniu Delegatury Kędzierzyńsko-Kozielskiej został wybrany jej przewodniczącym, a kol. Jacek Mazur został jego zastępcą.

Kol. Latała poinformował o wspólnym posiedzeniu naukowo-szkoleniowym Opolskiego Oddziału PTS oraz Komisji Stomatologicznej, które odbyło się 19.10. Gościem tego szkolenia z wykładami „Endodoncja jako przygotowanie do leczenia protetycznego” oraz „Problemy prawne w endodoncji” była prof. Honorata Shaw z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Wiceprezes PTS.

Kol. Pędich z kolei mówił o spotkaniu członków Sądu Lekarskiego z prawnikiem, który omawiał aspekty prawne funkcjonowania zawodu lekarza.

Kol. Hamryszak poinformowała o finałowym koncercie kampanii „Tony Zdrowia”, który pod hasłem „Sztuka nie tylko lekarska” odbył się 19.10. w Opolskim Centrum Onkologii. W koncercie, poza „Kardio-Bandem” oraz naszymi rodzimymi „Reanimatorsami” wzięły również udział Kuba Sienkiewicz. Gośćmi i jednocześnie prelegentami w towarzyszącej koncertowi krótkiej konferencji naukowej byli prof. Marian Zębała oraz prof. Jerzy Woy-Wojciechowski.

W części dotyczącej spraw różnych głos zabrał kol. Lach. Stwierdził on, że w związku nadarżającą się ku temu okazją, jaką stwarza zbliżający się Krajowy Zjazd Lekarzy, Opolska Izba Lekarska powinna zgłosić do Kapituły Honorowego Odznaczenia „Meritus Pro Medicis” członków naszej izby. Zaproponował, aby uhonorować działalność na rzecz utworzenia Samorządu Lekarskiego oraz późniejszą wieloletnią aktywność w naszej Izbie

kol. kol. Jacka Miarki i Mirosława Misiaka. Rada przez aklamację przyjęła te propozycje.

Następnie Prezes przedstawił członkom Rady pismo dyrektora Brzeskiego Centrum Medycznego, w którym prosił on Radę o interwencję w sprawie jednego z byłych lekarzy BCM, który na terenie podmiotu przeprowadził zabieg chirurgiczny u swojego prywatnego pacjenta. Członkowie Rady, komentując to pismo stwierdzili, że Dyrekcja może to zdarzenie zgłosić do Prokuratury, a Izba nie ma podstaw, aby zajmować się tą sprawą,

Kol. Kowarzyk zaproponował, aby w związku ze zbliżającym się końcem obecnej kadencji wystosować do członków Okręgowego Sądu Lekarskiego, Zespołu Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowej Komisji Rewizyjnej pisma z podziękowaniami za pracę w tych organach Izby. Propozycja spotkała się z aprobatą członków Rady.

Wobec wyczerpania programu, Prezes Jakubiszyn zamknął posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej.

Jerzy B. LACH

SPRAWOZDANIE Z 41ST ANNUAL SNACC MEETING W SAN FRANCISCO...

...JAKO PRZYCZYNEK DO DYSKUSJI O KONIECZNOŚCI WYODRĘBNIANIA PODSPECJALIZACJI W ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII I ŚCIŚLEJSZEJ WSPÓŁPRACY ANESTEZJOLOGA I NEUROCHIRURGA

Neurochirurdzy opolscy są dumni, że do Zespołu dołączyli nasze koleżanki i koledzy anestezjodolodzy. Nie ma sukcesu w neurochirurgii bez udziału anestezjologa intensywnisty. Dzięki powstaniu w zmodernizowanym oddziale neurochirurgii odcinka neuroreanimacji, wzorowanego na amerykańskich Neuro Intensive Care Units, a wyposażonym tak, że pozazdrościć nam może niejeden OIOM udało się nam anestezjologów „zwać”. To nie było łatwe, bo przeświadczenie o konieczności integralności specjalizacji jest w środowisku anestezjologów tyle powszechne, co niesłuszne.

Niesłuszne, gdyż specyfika i stopień komplikacji nowoczesnych technik chirurgicznych wymaga wyodrębnienia się podspecjalizacji także w anestezjologii i intensywnej terapii i tworzenia ściślejszych związków na linii anestezjolog-chirurg czy nawet anestezjolog-pacjent. Służy to także dowartościowaniu roli anestezjologa w procesie terapeutycznym, jego głębszym kontakcie z pacjentem i jego rodziną.

Dwójka naszych anestezjologów właśnie wróciła ze światowego kongresu neurointensywnistów w San Francisco, dokąd wysłaliśmy ich z zadaniem poznania najnowszych trendów w tej dziedzinie oraz z zadaniem integracji ze swoim nowym środowiskiem. Okazuje się, że w Stanach Zjednoczonych neuroanestezjologia wyodrębniła się z anestezjologii ponad 40 lat temu i trzeba było iście „kopernikańskiego” przewrotu w Opolu, by ten model zacząć kopiować w kraju nad Wisłą. W Polsce nieśmiałe próby wyodrębniania się tej podspecjalności miały miejsce w kilku ośrodkach klinicznych (m.in. w „starej” klinice wrocławskiej na Traugutta), ale obecnie anestezjodolodzy administracyjnie przypisani do oddziałów neurochirurgicznych i dysponujący odpowiednim standardem łóżek intensywnych wydzielonych z OIOM pracują tylko w opolskim WCM i w Klinice Neurochirurgii w Szczecinie.

A oto co relacjonują nasi wysłannicy ze swego pobytu w San Francisco:

W październiku tego roku wzięliśmy udział w Kongresie SNACC (Society for Neuroscience in Anesthesiology and Critical Care). Towarzystwo to skupia nie tylko specjalistów najwyższej klasy w dziedzinie neuroanestezji i intensywnej terapii w chorobach neurologicznych i neurochirurgicznych, ale także pasjonatów tych dziedzin (anestezjologów, neurologów, neurochirurgów, psychiatrów, psychologów). Przesłaniem towarzystwa natomiast jest podnoszenie poziomu opieki nad chorym z zaburzeniami neurologicznymi poprzez rozwój nauki, ale też poprzez potraktowanie naszej działalności jako sztuki.

Program zjazdu skonstruowany był w ten sposób, aby wypełniać luki w praktycznej wiedzy specjalistów i jednocześnie odzwierciedlać ich rzeczywiste potrzeby edukacyjne w wielu obszarach. Obejmował m.in. zagadnienia z zakresu neuromonitoringu śródoperacyjnego, zastosowania preparatów krwiopochodnych i płynów w neurochirurgii, tematy z rozdziału neuroinfekcji, wykłady z zakresu psychoneuroanestezji czy wiele ciekawych sesji plakatowych dotyczących, zarówno praktycznych, jaki i bardzo teoretycznych wątków w dziedzinie neuroanestezji i intensywnej terapii.

Kształcenie odbywało się w wielu formach: praktyczne warsztaty, wykłady, seminaria w mniejszym gronie, prowadzone przez największe autorytety światowej neuroanestezji czy otwarta dyskusja, w czasie której próbowano poruszyć wiele kontrowersji i mitów współczesnej anestezjologii w neurochirurgii. Uczestnictwo w tym spotkaniu było ciekawym doświadczeniem. Pozwoliło zweryfikować własną wiedzę i spojrzeć w innym świetle na wiele tematów. Upewniło nas też o potrzebie ustawicznego i nieprzerwanego kształcenia oraz o koniecz-

ności czerpania tej wiedzy od najlepszych i najbardziej doświadczonych.

Niezwykle interesującym był wykład zatytułowany „Czy neurochirurg potrzebuje neuroanestezjologa?” Większość ankietowanych chirurgów odpowiedziała twierdząco na to pytanie. Doceniają oni bowiem rolę, jaką odgrywa w procesie leczenia wyspecjalizowany w tej dziedzinie anestezjolog i intensywyista, znający doskonale odmienności i zagrożenia niesione przez neurochirurgię oraz posiadający najnowszą wiedzę w tym zakresie. Zdania samych anestezjologów, biorących udział w ankiecie, były natomiast mocno podzielone.

Zaskoczeniem była otwartość amerykańskich profesorów i naukowców, którzy nie tworzyli niepotrzebne-

go dystansu z rezydentami, „zwykłymi” lekarzami czy studentami. Każdy mógł zabrać głos w dyskusji bez obawy, że jego pytanie zostanie uznane za zbyt elementarne czy błahę. Nie stronią oni także od dyskusji na temat metod poprawy rozwoju karier naukowych młodych anestezjologów, bez obaw o wzrost konkurencji. Poświęcone temu tematowi było osobne seminarium. Spotkanie w międzynarodowym gronie pozwoliło docenić to, co posiadamy w naszym miejscu pracy i jaką wiedzę dysponujemy. Ale jednocześnie uwidoczniło, że mamy jeszcze wiele do zrobienia, a dynamiczny rozwój techniki i nauki nie pozwala „spocząć na laurach”.

*Magdalena GŁÓWKA, Jerzy PLIŚ, Dariusz ŁĄTKA
z Oddziału Neurochirurgii WCM w Opolu*

MAGICZNA CYFRA SIEDEM (7)

W numerologii wielu cyfrom i liczbom przypisuje się wielkie znaczenie. Przykładem może być pechowa liczba 13, której korzenie sięgają czasów średniowiecza (vide: „Puls Uczelni” Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu, marzec 2011)z; szczęśliwe „oczko” – 21, karciane – 66, symbol nazistów spod znaku Hitlera – 88, znak szatana 666, czy też 1001 – bajki arabskie Szerehezady z 1001 nocy, które uratowały jej życie.

Ale najbardziej magiczną w numerologii jest cyfra siedem. Otóż w Starym Testamencie siódemka pojawia się 77 razy. Bóg stworzył świat w ciągu siedmiu dni. Słynnych cudów świata było także siedem:

- Piramida Cheopsa,
- Kolos Rodyjski na wyspie Rodos, będący posągami Boga Słońca Heliosa,
- Wiszące ogrody Semiramidy,
- Latarnia Morska na wyspie Faros,
- Świątynia Artemidy w Efezie,
- posąg Zeusa w Olimpii,
- Mauzoleum w Halikarnasie.

Do dnia dzisiejszego zachowała się tylko piramida Cheopsa w Gizie.

Istnieje również siedem grzechów głównych:

- pycha,
- chciwość,
- nieczystość,
- zazdrość,
- nieumiarkowanie w jedzeniu i picu,
- gniew,
- lenistwo.

W starożytnym Egipcie uzależnionym od wylewów Nilu lata chude i bogate miały powtarzać się co siedem lat.

Z kolei wielu greckich Bogów posiadało, jako swój atrybut, siódemkę. Często mieli siedmioro dzieci. I tak Bóg Słońca Helios, poruszający się po nieboskłonie w ognistym rydwanie, miał siedmiu synów. Niobe, królowa Teb była matką siedmiu córek i siedmiu synów, któ-



ry wszyscy zginęli na jej oczach, kiedy obraziła swoją płodnością Bogów Apollona i Artemidę. Zeus zlitował się jednak nad rozpaczającą Niobe i zamienił ją w skałę (w legendzie Krakowa, również uciekające przed Tatarami w XIII wieku mniszki z Klasztoru Norbertanek ze Zwierzyńca zamieniły się w tzw. Skałki Panieńskie, które można podziwiać na terenie słynnego Lasku Wolskiego, gdzie znajdują się Kopiec Marszałka Józefa Piłsudskiego i - jeden z najpiękniejszych w Polsce – Ogród Zoologiczny).

Tradycja związana z siódemką przeniesiona została ze starożytnej Grecji do Rzymu. Wieczne Miasto zostało zbudowane właśnie na siedmiu wzgórzach.

Magia siódemki była z upływem czasu tak wielka, że zaczęto nosić biżuterię, na której cyfra siedem obok serduszka była wygrawerowana. Miała ona bowiem zapewniać szczęście, miłość i fortunę.

Być może ta ogromna wiara w magiczne działanie siódemki miała swoje korzenie w obserwacjach zjawisk przyrody. Przecież każda faza księżyca trwa siedem dni (nów, pierwsza kwarta, pełnia, druga kwarta), a od niego zależą przyptywy i odpływy mórz i oceanów. Tyle samo dni ma każdy tydzień miesiąca.

Siódemka pojawia się również w ludowych baśniach, które niezmiennie rozpoczynają się od słów: „... *za siedmioma górami, za siedmioma lasami, za siedmioma morzami* ...”. Również niezapomniana królewna Śnieżka Walta Disneya znalazła w końcu schronienie w domku zamieszkiwanym przez siedmiu krasnoludków (z Gapiem na czele).

Bardzo popularne stało się powiedzenie o wylewaniu siódmych potów podczas wykonywania ciężkich prac fizycznych.

Najsłynniejszy agent Jej Królewskiej Mości „Bond, James Bond” miał szczęśliwy numer 007, dzięki któremu wielokrotnie unikał śmierci.

Nowonarodzony Windsor, syn Williama i Kate, kiedy zostanie królem Anglii (jest trzecim w kolejce, a więc prawdopodobnie za 40 – 50 lat) otrzyma imię Jerzego Siódmego (George VII).

Wśród pacjentów naszych opolskich szpitali krąży przesąd, że kto przeżyje dwie siódemki (77 lat, tj. dwie kosy) może liczyć na dalsze spokojne i zdrowe życie.

My wszyscy mieszkańcy Opolszczyzny możemy być wyjątkowo wyróżnieni i szczęśliwi, że nasze wspaniałe Ministerstwo Komunikacji przydzieliło nam telefoniczny numer kierunkowy składający się z dwóch siódemek (77).

I wreszcie na zakończenie – wątek historyczny. Nasz jeden z najwybitniejszych królów Polski, pogromca cara Iwana IV Groźnego pod Pskowem (vide obraz Jana Matejki) Stefan Batory był księciem węgierskiego Siedmiogrodu (obecnie rumuńska Transylwania) z głównym miastem Braszów.

P.S. Takiego numeru rejestracyjnego samochodu, życzę wszystkim naszym kolegom i koleżankom (trzy siódemki plus „oczko”).

dr hab. n. med. Janusz KUBICKI
Opole, ul. Kościuszki 7

CO PISZĄ INNI

CHOINKA

„Chwała Libanu do ciebie przyjdzie,
jodła i bukszpan, i sosna społem,
aby przyozdobić miejsce świętości mojej”.

IZAJASZ 60, 13

Te słowa z Biblii leżą prawdopodobnie u źródeł choinki jako symbolu Świąt Bożego Narodzenia, zrodzonego notabene w Niemczech. Dlaczego właśnie tam?

Opowiada o tym legenda o św. Bonifacym, czyli Anglosasie imieniem Winfried, który w 716 roku został misjonarzem w Turynii, Hesji, Saksonii i Fryzji, gdzie nawracał ludy germańskie na wiarę chrześcijańską. Pewnego dnia niszcząc jakiś pogański święty gaj wyrwał z korzeniami dąb, który Fryzowie szczególnie cenili. Dąb padając połamał pobliskie drzewa i krzaki. Ocalała tylko mała zielona jodełka, którą Bonifacy uznał za symbol trwałości, znak Boga dającego wieczne życie. Powalenie dębu do tego stopnia rozgniewało Fryzów, że uśmiercili Bonifacego. Było to w 754 r. Jako męczennik został Bonifacy świętym i patronem Niemiec. O jodełce zapomniano.

Niespodziewanie, na początku XV wieku we Fryburgu (niemieckim), na Szpitalu św. Ducha członkowie Bractwa Czeladników Piekarskich ustawili w Boże Narodzenie, ku czci św. Bonifacego, pięknie przystrojoną piernikami, opłatkami i jabłkami choinkę. Zaczęto ich naśladować, choinka stawała się coraz popularniejsza.

Już w I połowie XVI w. malował ją Lucas Cranach Starszy, przyjaciel Marcina Lutra, gorącego orędownika przyozdabiania mieszkań drzewkami świerku, jodły

czy sosny. To właśnie protestanci wypromowali choinkę na całą prawie Europę. Sprzyjała temu moda na wszystko co niemieckie, która nastąpiła po ślubie królowej brytyjskiej Wiktorii z księciem niemieckim Albertem Sachsen-Coburg-Gotha w 1540 r. Już w 1541 roku choinka stanęła w zamku Windsor.

Jodełkę, jej wierność i oddanie ludziom, zielone piękno zwłaszcza zimą, gdy pada śnieg, opiewa bardzo stara niemiecka kolęda (współcześnie pięknie śpiewana przez Nat King Cole’a) – „O, Tannenbaum [...]”, której pierwsza zwrotka brzmi:

O, Tannenbaum, o Tannenbaum
Wie treu sind deine Blätter!
Du grünst nicht nur zur Sommerzeit,
Nein, auch im Winter, wenn es schneit.
O, Tannenbaum, o Tannenbaum
Wie treu sind deine Blätter.

Do Polski choinka zawitała wraz z przybyciem ewangelickiego mieszczaństwa w czasie zaborów i rozpowszechniła się już pod koniec XVIII w., opanowując cały kraj w XIX wieku. Wcześniej jednak, nim zaczęła zdobić polskie domy, strojono pomieszczenia snopami zbóż, które stawiano w kątach, rozścielano słomę pod stołem, zatykano za obrazami, wieszano pod sufitem. Zwano je gdzieniegdzie dziadami lub diduchami. Podobną rolę pełniły świerkowe gałęzie będące symbolem zdrowia i życia. Ozdabiano nimi okna, drzwi, bramy domów. Zresztą, zielone gałęzie towarzyszyły Świętom

Bożego Narodzenia w licznych krajach nie tylko europejskich. W wielu regionach Polski szczególną ozdobą była podłaźniczka, ścięty wierzchołek świerka lub sosny wieszany czubkiem w dół, którą ozdabiano, podobnie jak później choinkę, jabłkami, orzechami i wycinankami z opłatków.

Oprócz podłaźniczek wieszano także w domach tzw. światy – najczęściej były to kolorowe przestrzenne kompozycje kul i półkul zrobione z barwionych opłatków – a nieznane poza naszym krajem. Bohater dramatu „Holsztyński” Juliusza Słowackiego wspominał: *„Czuję drżące listki chleba w moich dłoniach. Jak ja lubilem niegdyś dzień Bożego Narodzenia. W tym samym pokoju kleilem różnokolorowe słońca, kołyski, jaka świętość i wesele napelniały moje dziecinne serce.”* Józka, córka bohatera „Chłopów” Macieja Boryny przyjmując roznoszone przez organiściaka Jasia opłatki prosi go, aby dał jej kilka kolorowych: *„Na światy mi potrzebne, były z łódzkiego roku, ale się w wesele do cna pomarnowały. Jużci, że dał jej kilkanaście i coś aż w pięci kolorach. – Aż tyle! Mój Jezus, ady to starczy i na światy, i na słońca, i na księżycy, i na gwiazdy! – wołała ucieszona.”*

Choinka i jej ubieranie bardzo szybko przyjęły się w Polsce. Obyczaj ten został od razu oswojony i uznany za ojczysty. Szybko powstały legendy o pochodzeniu Bożonarodzeniowego drzewka. A było to tak. Gdy narodził się Chrystus, do Betlejem szli z darami nie tylko pasterze, trzej królowie i zwierzęta. Poszły tam także drzewa. Postroiły się w kwiaty, owoce i kolorowe liście, by oddać pokłon małemu Jezusowi. Na szarym końcu stanęła niepozorna choinka, która biegnąc z daleka nie zdążyła się pięknie przyozdobić, ale to właśnie, gdy ją zobaczyło Boże Dzieciątko, najbardziej cieszyło i dlatego stała się symbolem Bożego Narodzenia.

Nieco inaczej opowiadają o tym górale. Według nich o wszystkim zadecydował tatrzański niedźwiedź. Gdy nadeszła zima i zasnął on spokojnie w swojej gawrze, nagle obudziła go Gwiazda Betlejemaska. Wybiegł w popłochu z nory z pustymi łapami, bo nie zdążył wziąć żadnego podarunku. Wyrwał więc po drodze spory świerczek i pognął do Betlejem przez góry i rzeki. A że była zima i chwycił mróz, woda, którą rozchlapował biegnąc przez potoki, zamarzała na gałązkach świerczka tworząc piękne sople. W dzień oświecało je słońce, w nocy księżyc, dodając drzewku magicznego uroku. Mały Jezusek jak ją zobaczył zaczął klaskać w ręczki i zgodził się, by choinka została symbolem jego narodzin.

Choinka była przynoszona z lasu w przeddzień Wigilii i ubierana przez całą rodzinę. Ozdoby miały swoje symboliczne znaczenie. Na szczycie choinki świeciła Gwiazda Betlejemaska, zaś całe drzewko skrzyło się świeczkami i lampkami. Światło broniło ludzi i domy przed złymi mocami, urokami i nieżyczliwością ludzką. Było symbolem Chrystusa jako źródła światła i życia. Zawieszane na choince czerwone jabłka zapewniały

domownikom zdrowie i witalność, a owinięte w „sreberko” orzechy – dobrobyt i siłę. Dzwonki miały ogłaszać dobre, radosne nowiny i wydarzenia, a anioły i anielskie włosy obiecywały opiekę nad rodziną. Pachnące pierniki to zapowiedź, że nigdy nie zabraknie w domu chleba. Specjalne znaczenie miały splatane przez całą rodzinę kolorowe łańcuchy. Były one nie tylko przypomnieniem zniewolenia przez grzech, a w czasach zaborów – politycznych kajdan, ale i symbolem więzi rodzinnych. Pod choinką stawiano szopki betlejemskie. Do tych wszystkich ozdób, nieco później doszła jemiola, znak pojednania i miłości, a zwyczaj ten przybył do nas z Anglii.

A potem choinka wyszła przed domy, na podwórka, do ogrodów, na balkony, na ulice i place. Pięknie pisze o tym Konstanty Ildefons Gałczyński w wierszu „Noworoczne choinki”:

„Jarzą się światła w oknach
jarzą się światła w latarniach
stoją choinki na placach
śnieg za śnieżynką śnieżynkę
sypie na każdą choinkę
a wiatr odchodzi i wraca.
Po wszystkich miastach stoją
strojne w złote girlandki
strojne w złociste lampki.
Stoją i promienieją
a ludzie zerkają z okien
okna zasnuwa śnieżek. [...]”

A gdy choinki wyszły na ulice i place, stały się przedmiotem rywalizacji, gdzie stanie najwyższa,

gdzie najpiękniej ubrana, a gdzie najdroższa. Współzawodnictwo zaczęło się w 1931 r., gdy robotnicy kończący budowę obecnego Centrum Rockefellera w Nowym Jorku postawili tam choinkę. Początkowo nawet sam Rockefeller wybierał świerki. Zawieszano na nim dziesiątki tysięcy lampek i kryształów Swarovskiego. Dziś choinka z Nowego Jorku zajmuje 2 miejsce w świecie pod względem wysokości i ceny. Bezapelacyjnie, od lat 1 miejsce zdobywa choinka w meksykańskim mieście Merida. Ma 37 m wysokości (nieraz więcej). Ozdabia ją 70 tysięcy kolorowych lampek.

Olbrzymie świerki stawiane są też na Placu św. Piotra w Rzymie i na Trafalgar Square w Londynie. Najdroższa stanie w tym roku w hotelu Emirates Palace w Abu Zabi w Zjednoczonych Emiratach Arabskich. Będzie miała wprawdzie „tylko” 13 m wysokości, ale za to ma być warta 11 mln dolarów, bo zawisną na niej

złote bransoletki, zegarki, naszyjniki, a wszystkie ozdobione 181 diamentami, szmaragdami i szafirami. Może to i ciekawe, tylko gdzieś w tym świątecznym wyścigu zapodziały się same Święta.

Barbara KACZKOWSKA

(przedruk z „Galicyskiej Gazety Lekarskiej” nr 6/12)

AUTORYTET ORAZ GODNOŚĆ W ŻYCIU I WE WSPÓŁCZESNEJ MEDYCYNIE

Autorytet na przestrzeni wieków

Zagadnieniami dotyczącymi autorytetu i godności lekarskiej zajmowałem się przez długie lata. Wiele publikacji i wystąpień poświęciłem tej tematyce. Przede mną niełatwe zadanie omówienia problematyki zagadnienia, zarówno w możliwie krótkiej, jak i oddającej bieżący stan rzeczy formie.

Termin autorytet pochodzi z języka łacińskiego (łac. *auctoritas*) i oznacza: powagę, wpływ, znaczenie. Władza stanowi w tym kontekście pojęcie interdyscyplinarne z zakresu nauki o człowieku oraz jego działaniu; głównie o charakterze psychosocjologicznym, pragmatycznym, praktycznym w sposobie myślenia oraz postępowania, prakseologicznym, polityczno-prawnym, etyczno-psychologicznym, religijnym.

Pojęcie autorytetu, w ujęciu filozoficznym, występowało już w tradycji arystotelesowskiej, z której wyrosła metoda argumentacji i wnioskowania prawdopodobieństwa „*ex auctoritate*”. W starożytności chrześcijańskiej służyła ona do przekazywania Bożego Objawienia. Średniowiecze hołdowało służebnej roli filozofii, postrzeganej jako pierwsze konstruktywne źródło poznania. Istniały oczywiście tendencje do wynoszenia opinii osobistej ponad uznawane dotychczas autorytety.

W sensie prawno-społecznym pojęcie to wywodzi się z rzymskiego *pactum auctoritates* (autorytet starszych). Obecnie, mimo wyraźnych tendencji do umniejszania roli autorytetu, na korzyść autonomizacji, podejmuje się również próby zastępowania jednego autorytetu drugim. We współczesnych teoriach i praktyce wychowawczej daje się zauważyć dążność do wyeliminowania tendencji, zarówno maksymalizując, jak i minimalizując rolę autorytetu.

W nauce zaś autorytet jest problemem interdyscyplinarnym, choć winien być, w powszechnym odczuciu, jedną z najwyższych wartości, do której dochodzi się po latach systematycznej działalności naukowej. Ta zaś winna rozwijać się w atmosferze rzeczowej, poważnej krytyki oraz uczciwości intelektualnej na co dzień.

Autorytet w religii, jako autorytet Boga objawionego, zajmuje wyjątkowe miejsce w samej wierze. Jak wykazuje magisterium papieża Jana Pawła II, nie da się wyłączyć z dziejów ludzkości i nauki.

Rola autorytetu w życiu i medycynie XXI w.

Problem autorytetu w medycynie rodzimej był poruszany przy okazji omawiania innych zagadnień, m.in. przez autorów tej miary co: Janusz Korczak, Ludwik Fleck, Witold Kapuściński, Romuald Wiesław Gutt.

Prof. Edward Rużyłło (Lekarz we współczesnym społeczeństwie, Biuletyn, grudzień 1995, nr 52/4, s. 1–5) pisał, że „*nie tak jeszcze dawno, gdy wszystko zawierało się w jednoosobowej działalności lekarza, medyk był autorytetem społecznym, a jego opinie – także w kwestiach pozamedycznych – oficjalnie akceptowano.*”

„Falszywi prorocy”

Historia medycyny dostarczyła nam wielu przykładów „hamującego” wpływu autorytetów. Bezkrytyczne cytowanie pism Hipokratesa, Galena czy Awicenny (choć ich zasługi są niezaprzeczalne) to klasyczna tego ilustracja. Powiedzenia – „*sic sit Galenus*” (tak twierdził Galen) „*sic dixit Avicenna*” (tak wskazywał Awicenna), przeszły do historii medycyny. Szczególnie Galen stał się nieomylną powagą i decydującą instancją – to zaś przez stulecia paraliżowało czasem wszelką samodzielność.

Ogromnego rozgłosu; w Niemczech, Włoszech, Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej; zyskały nauki Johna Browna, których cechą było dążenie do uproszczeń. Choroba występuje wtedy, gdy bodźce są za silne lub za słabe, bądź jest ich za mało. Przy tak daleko posuniętym uproszczeniu terapia w myśl zasady „*contraria contrariis*” (przeciwnie przeciwnym) polega na stosowaniu leków pobudzających, względnie uśmierzających. Teorie Browna, dzięki swej prostocie i złudnej pewności, odpowiadały lekarzom. W Polsce jego autorytetowi ulegli nawet tacy uczeni jak: Jędrzej Śniadecki i Józef Frank – profesorowie medycyny w Wilnie. Obaj, pod wpływem krytycznych opinii płynących z zagranicy i dzięki własnym spostrzeżeniom, wycofali się z czasem spod wpływów tej zwodniczej doktryny. Powyższe obrazuje upowszechnianie się złudnego dogmatu, przyjmowanego początkowo bez większych oporów, ale dorzucanego później i to nie bez pewnego żalu, gdyż z taką aprioryczną teorią wiązano wiele niespełnionych później oczekiwań. Takie „autorytety” to klasyczny przykład „falszywych proroków”. Znakomity patolog niemiecki Rudolf Virchow – twórca teorii komórkowej (słynne „*Omnis cellula e cellula*”), nazywany też papieżem medycyny, z powodu przywiązania do autorytetu nie akceptował przez wiele lat odkryć Ludwika Pasteura i nie przywiązywał wagi do drobnoustrojów. Mniej znany pozostaje fakt, że Robert Koch próbował leczyć gruźlicę płuc wykrytą przez siebie tuberkuliną. Atmosferę, która wytworzyła się wokół tej sprawy, mimo nieukończenia badań, nazwano „szalem tuberkulinowym”. Koch wykazał brak krytycyzmu, reszty dokonała przedwcze-

sna propaganda. Autorytet naukowy wielkiego odkrywcy został tym samym narażony na szwank.

W polskim przekładzie pamiętnika Jürgena Thorwalda „Triumf chirurgów” (Wyd. Literackie, Kraków 1988) ujęto zapiski chirurga H.S. Hartmanna. W rozdziale „Cesarskie intermedium” opisany został kazus nadmiernego autorytetu zawodowego laryngologa angielskiego Morella Mackenzie’go. Ten poparty względami żony niedoszłego następcy tronu pruskiego Wilhelma, przy zwiększonym samopoczuciu zawodowym, stał się źródłem rażącej, nawet jak na ówczesne czasy, pomyłki w rozpoznaniu raka krtani. Za wyłączność w leczeniu poniósł Mackenzie odpowiedzialność moralną, ale w ten sposób budowany autorytet zaciążył na całej jego karierze za życia i na ocenie działalności po śmierci.

Rola autorytetu współcześnie

Autorytet w medycynie, nauce, praktyce zdaje się być jednak potrzebny. Oczywiście jest, że nie może być on już oparty na urzędzie, stanowisku, stopniu naukowym czy pozycji życiowej, lecz musi przejść przez „ogniową próbę”, w której zdobywa się doświadczenie, doskonalą wiedzę, przymioty umysłu i charakteru.

W codziennej pracy klinicznej lekarze – często w sytuacjach skomplikowanych – muszą „na gorąco” sami decydować, kiedy posłużyć się własnym rozumem, a kiedy odwołać do autorytetu. Ten jest w medycynie równocześnie w jakimś stopniu naukowy i zawodowy. Autorytet istnieć musi. Uznać go należy za wartość fundamentalną – głównie w zakresie własnej profesji i środowiska. Od różnić przy tym trzeba erudycję w różnych dziedzinach nauki czy kultury od wyczulenia na problemy interdyscyplinarne występujące w medycynie. Subtelność w tej materii chroni od jednostronności i zawężania horyzontów. To właśnie jest kwintesencja autorytetu.

Działalność pozazawodowa pracownika ochrony zdrowia (czy to społeczna czy polityczna) wtedy tylko ma sens, gdy nie przeszkadza w wypełnianiu zasadniczych obowiązków i nie odbywa się kosztem pacjentów. Wszelkie formy aktywności pozalekarskiej muszą być podporządkowane medycynie. Owe obowiązki mogą wykraczać poza jednostkowe zobowiązania wobec chorych. Wtedy zaś trzeba rozważyć opcję oddelegowania do innej placówki/jednostki, wzięcia urlopu czy przenosiny do innego podmiotu, w związku z pełnionymi w danym miejscu funkcjami. Więcej w tym dobrzego aniżeli w działaniu jednostkowym. Jest to problem dość wstydliwie omijany, a przecież administracja czy medycyna społeczna także potrzebują adeptów i stawiają im wymagania. Niezależnie od kryzysu autorytetu, warto się zastanowić, czy w epoce pluralizmu, ogromnego postępu wiedzy, zawężenia dawnego autorytetu omnikompetentnego do specjalistycznego, nasze tradycyjne postawy nie wymagają rewizji, szuka-

nia nowych sformułowań i praktycznych rozwiązań. Narodziły się bowiem nowe okoliczności, których nie przewidzieli nasi poprzednicy, a szczególnie autorzy kodeksów etycznych.

Dziś, siłą rzeczy, pojęcie autorytetu uległo zawężeniu. Dawny autorytet omnipotentny zastąpiony został przez specjalistyczny. Na wzór wieży musi on jednak opierać się na solidnych fundamentach. Niezmiennym pozostaje fakt, że nauki podstawowe stanowią podwaliny wiedzy. Wprawdzie jeden człowiek operuje, nazwijmy go mistrzem, ale pełne zaufanie do autorytetu szefa musi być jednocześnie wzmocnione zaufaniem do zespołu. Autorytet trzeba więc reaktywować i przestać ubiegać się o jego monopol. Trzeba też pamiętać, że sama znajomość tematu nie jest równoznaczna z praktykowaniem najlepszych zasad. Zdobycie autorytetu odbywa się czasami nie bez walki. Cytując Kotarbińskiego: „*Technika walki może być rzetelnie używana, lecz nie nierzetelnie nadużywana*”.

Jesteśmy świadkami rewizji obowiązujących do tej pory ustaleń, uważanych za niewzruszone, które daleko już wyszły poza krytykę jednostki, zmiatając w ogóle rolę autorytetu (niczym wylanie dziecka z kąpielą). Czy można być zatem dobrym naukowcem, świetnym wykładowcą, pedagogiem, wychowawcą, pisarzem czy poetą równocześnie? Historia, która jest nauczycielką życia (*Historia est magistra vitae*), nie dostarcza jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie. Literatura była i jest bliska medycynie. Na przestrzeni dziejów wielu lekarzy chwyciło się pióra – nie tylko po to, aby wystawiać recepty, lecz także po to, by pisać na tematy nurtujące ich dusze. Utwory te były na różnym poziomie, od dzieł należących do klasyki światowej, np. „Gargantua i Pantagruel” F. Rabelais (1494–1553), zaliczanej do najwybitniejszych osiągnięć francuskiego renesansu, do drobnych form literackich i eseistyki poruszającej graniczne problemy literatury. Tylko nieliczni porzucali całkowicie medycynę dla literatury. Zaliczał się do nich Tadeusz Boy-Żeleński (1874–1941), znany m.in. z przetłumaczenia na język polski klasycznych dzieł piśmiennictwa francuskiego. Większość kroczyła jednak drogą medycyny, której podporządkowała swoje zainteresowania i zdolności literackie.

A jednak autorytet w medycynie, a szczególnie w naukach medycznych, jest potrzebny. Dziś obok autorytetu naukowego, który w naszym zawodzie winien mieć swe przedłużenie w praktyce, i zawodowego istnieją pseudo-autorytety, niczym fałszywi prorocy. W USA – ze względu na koszty medycyny oficjalnej – istnieje szczególnie podatny grunt dla rozwoju pełnych irracjonalności, prymitywnych form terapii. Kto umiejętnie „ustawi się” na fali, tego lud obwołuje „autorytetem”. Dla nas lekarzy – liczących się z faktami – niewielkie to pocieszenie, że nie jest to myślenie logiczne, właściwe dla powiedzmy elity intelektualnej.

Omnipotencja i apodyktyczność

Im dalej od metropolii akademickich, tym silniej daje się odczuć w Polsce omnipotencję administracji i jej, często, omnikompetentny autorytet. Nawet w sprawach naukowych, gdy o nich mowa poza uczelniami. Wszak decyduje tu najczęściej tzw. zajmowane stanowisko lub podjęte decyzje. Lekarz nie może wyzbyć się myślenia naukowego. Powinien zatem unikać narzucanych mu niekiedy przez autorytety naukowe twierdzeń apodyktycznych (a tym niestety przepojone jest szkolenie podyplomowe). Nierzadko zdarza się bowiem, że w trudnych sytuacjach liczyć może wyłącznie na siebie. Medycy muszą sami decydować, kiedy posłużyć się własnym rozumem, a kiedy odwołać do autorytetu. Ten w naukach klinicznych jest równocześnie w jakimś stopniu naukowy i zawodowy. Potrzebujemy autorytetu zarówno w życiu osobistym, jak i zawodowym. Osiągnięcia w obrębie medycyny nie wystarczają. Jeśli zachwiane zostają właściwe proporcje – autorytety zawodowe upadają. Historia medycyny dowodzi, że lekarz zbyt często widziany w towarzystwie, jest mniej chętnie widziany przy łóżku chorego. Działalność pozalekarska nie może przeszkadzać w wykonywaniu podstawowych obowiązków.

Rzecz o godności

Z autorytetem wiąże się nierozzerwalnie pojęcie godności. W Encyklopedii Katolickiej (T. 5, s. 1231, 1989 r.) czytamy m.in.: „*Godność (łac. dignitas) – szczególna wartość człowieka jako osoby pozostającej w relacjach interpersonalnych, ostatecznie do Boga uzasadniających i usensowniających życie osobowe, a także pozytywne wartości, relacje własnej osoby i grupy, która motywuje do moralnie wartościowych zachowań, uodparnia na wszelkie formy manipulacji oraz wpływa na radzenie sobie w sytuacjach trudnych*”.

Godność może być także rozpatrywana w aspekcie filozoficznym, psychologicznym czy prawnym. Nie jest to więc zagadnienie li tylko religijne. Godność spełnia funkcje motywacyjne, ukierunkowuje postępowanie zgodnie z przyjętym systemem wartości, chroni swój obraz przed zniekształceniami wynikającymi z poczynań sprzecznych z własnymi przekonaniem i sumieniem, jak również normami społecznymi. Człowiek z poczuciem godności potrafi sytuacje trudne, cierpienie, niepowodzenia przyjąć bez rozpacz, akceptując przeciwności losu. Osoba zajmująca wysokie stanowisko nie poniża zaś tych, którzy zajmują niższe pozycje w hierarchii. Tego elementarnego prawa, niezależnie od stanu zdrowia czy sposobu postępowania, nie można nikogo pozbawiać. Wychowanie społeczne powinno opierać się na rozwijaniu poczucia godności ludzkiej.

Godność winna być równorzędnym partnerem autorytetu, a nasze poczynania zgodne z systemem wartości. To niezwykle istotne w epoce subiektywizmu moralnego.

Podsumowanie

Autorytet, jakkolwiek zagadnienie złożone, odgrywa nadal istotną rolę w nauce, dydaktyce i praktyce. Minęła jednak bezpowrotnie epoka omnibusów – lekarzy będących w stanie opanować wszystkie dziedziny medycyny do perfekcji. Wypowiadając się na temat medycznych możliwości, trzeba być niezwykle ostrożnym. Można zaryzykować twierdzenie, że autorytet zawodowy staje się coraz bardziej zawężony. Z tego powodu od pracowników ochrony zdrowia coraz częściej wymaga się, by byli wyposażeni w przymioty moralne.

Nie sposób snuć rozważań na temat autorytetu w odezwaniu od etyki. Problem dotyczy każdego z nas. W kontaktach z młodzieżą – nasze nieraz diametralnie różne oceny, czy postawy – autorytetu nam nie przysparzają. Postępowanie w jednaki sposób (to nie wymaga nakładów finansowych) wzmacnia autorytet nie tylko szefa, ale i całego zespołu. Poczynania pełne sprzeczności, niejednoznaczne wymagania prowadzą do grupowej dezorientacji, wywołują napięcia i niepokoje, a w konsekwencji uniemożliwiają utrzymanie należącego autorytetu. Inaczej rzecz się ma w przypadku nauczania, a inaczej w przypadku dyskusji, polemik, zjazdów czy konferencji naukowych. Problem uznać należy za złożony, daleki od ostatecznych rozstrzygnięć. Czy poprawa na tym odcinku jest możliwa? Owszem, ale trzeba zacząć od refleksji i pogłębienia samego zagadnienia. Arystoteles zwykł mawiać: „*Nie ma nic w świadomości ludzkiej, czego nie było uprzednio w doznaniu zmysłowym*”. Upraszczając łacińską formułę: „*Nihil est in intellectu, quod prius non fuerit in sensu*”, można by rzec: „*Nic nie jest chciane, zanim nie zostało uprzednio poznane*”.

Kadrę nauczającą i kierowniczą obowiązują szczególne wymagania. Należy bowiem nauczać bardziej przykładem niż słowem. Słowa niepoparte doświadczeniem rzadziej przynoszą pożądany efekt wychowawczy, a przykład – wiadomo – oddziaływać może nawet wtedy, gdy nie wypowie się żadnego słowa.

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew DOMOSŁAWSKI

Prof. dr hab. n. med. Zbigniew DOMOSŁAWSKI – specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog, specjalista medycyny sportowej, historyk medycyny. Dyplom lekarza Akademia Medyczna (1952). Starszy asystent III Kliniki Chorób Wewnętrznych AM we Wrocławiu (1951–58); ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Jeleniej Górze (1958–87); w latach 1988–93 kierownik Zakładu Historii Medycyny i Farmacji AM we Wrocławiu. Aktualnie profesor zwyczajny w Kolegium Karkonoskim – Państwowej Szkole Zawodowej w Jeleniej Górze.

Referat wygłoszony 23 maja 2013 r. na posiedzeniu Wydziału V Wrocławskiego Towarzystwa Naukowego – opracowanie redakcyjne.

(przedruk z „Medium” nr 10/13)

GDY ROZUM ŚPI – BUDZĄ SIĘ DEMONY

Postęp to znaczy lepsze, a nie tylko nowe
(FELIX LOPE DE VEGA Y CARPIO 1562–1635)

Jakże ciężko odejść od tematu szczepień. I to wcale nie dlatego, że nie ma tematów innych, równie ważkich i aktualnych. Ale temat szczepić/nie szczepić szerzy się jak pożar po stepie; poza kręgami fachowców uprawnionych do wyrażania sprzecznych nawet opinii, ale opartych na logicznym myśleniu i prawdziwym – lub nie – dowodzeniu swoich racji, powstają ruchy antyszczepionkowe, zrzeszające wszystkich, którzy uważają, że mają coś na ten temat do powiedzenia, nawet gdyby były to okrutne bajdy o spisku wszechświatowym, który za pomocą szczepień usiłuje uśmiercić 95% populacji, aby reszcie żyło się dobrze. W spisku mają uczestniczyć wielkie korporacje farmaceutyczne (to ostatnio główny szwarczarakter filmów sensacyjnych!) w połączeniu ze złowrogimi siłami kompleksu militarno-wojskowego i... światową bankowością, a nawet potentatami Internetu, nie mówiąc o siłach pozaziemskich. Widzę tu pewną sprzeczność, bowiem wszyscy wymienieni ludobójcy *In spe* utrzymują się przecież z usług dla jak największej populacji (nawet, paradoksalnie armia!), więc po co podcinałoby gałąź, na której jakże wygodnie siedzą?

Na aktualności zyskały (a właściwie straciły, o czym poniżej...) słowa Profesora Adama Antczaka (1) zacytowane przez mnie w lutowym felietonie LwP: *Odsetek zaszczepionych przeciwko grypie w całej populacji Polski wynosił w zeszłym (2011 r. – WL) roku 4,5%. Ocenia się, że wśród pracowników placówek służby zdrowia sięgał 6% (ale w tej grupie dane są tylko szacunkowe i w rzeczywistości mógł być jeszcze mniejszy). Bardzo niepokojące jest to, że aż połowa ankietowanych lekarzy stwierdza, że nie będzie się szczepić. [...] Taki wynik ankiety dowodzi przede wszystkim świadomości, czym jest grypa – jak ciężka bezpieczna to może być choroba. [...] trem rozwoju cywilizacyjnego kraju są też szeroko pojętego zdrowia, w tym poziom wyszczepialności, np. przeciwko grypie. W krajach Beneluksu czy w Hiszpanii wyszczepialność osób po 65. roku życia sięga 90%. [...].* A dlaczego już są to dane nieaktualne? Odpowiedź na to pytanie dała Profesor Lidia Brydak (2) w wykładzie wygłoszonym podczas comiesięcznej konferencji „Lek Bezpieczny”, przeznaczonej dla mediów, a organizowanej przez Urząd Rejestracji Produktów WYROBÓW MEDYCYNICH I PRODUKTÓW BIOBÓJCZYCH, zatytułowanej „Wirusy układu oddechowego ze szczególnym uwzględnieniem grypy”. Otóż wyszczepialność przeciwko grypie w porównaniu z poprzednim sezonem spadła o 10% i wynosi obecnie 3,75%... Daje to nam przedostatnie miejsce

w Europie (nie tylko UE); cóż, przypomina mi się piosenka sprzed lat bardzo wielu, którą Jacek Kleyff zatytułował „Dzięki ci, Albanio, że istniejesz” – bo wtedy byliśmy we wszystkim za albo przed Albanią. Na szczęście od tego czasu przybyło nam na mapie Europy kilka naście państw i wyścig o honorowe przedostatnie miejsce nabrał rumieńców, co wypisz-wymaluj przypomina heroiczne zmagania naszego niezwykle suto opłacanego teamu kopaczy skórzanego pęcherza, zmagających się z San Marino, Andorą, Wyspami Owczymi, a wspieranych przez nader liczne grono aktywu i prawie cały Naród. Wynik zawsze ten sam. Dół tabeli, za to Himalaje wstydu.

Zapędziłem się może zbyt daleko w tych porównaniach, ale interesuje mnie, dlaczego szczepionki przeciwko grypie (i wielu innym chorobom) cieszą się malejącym zainteresowaniem i - trzeba to jasno powiedzieć – rosnącą nieufnością. A dlaczego wierzymy rozpaczliwie, że drużyna złożona z kilku gwiazd, na co dzień walczących w innym świecie plus większość leniwych nieudaczników, ma pokonać na boisku profesjonalistów, którzy pracują na sukces całymi latami?

Dlaczego coraz mniej wierzymy w wakcynologię, której początki sięgają 2500 lat (Indie), a w Europie – od lat blisko 250 (nazwa wakcynologia pochodzi od łacińskiego *vaccinus*, oznaczającego „krowi”, mającego związek z pierwszą szczepionką, stworzoną przez angielskiego lekarza Edwarda Jennera). Pamiętajmy, że epidemie w Europie miały przebieg katastrofalny, np. w połowie XIII w. podczas epidemii (prawdopodobnie) ospy wyginęło 30–50% jej mieszkańców. Wiek XIX to Ludwik Pasteur tworzący szczepionki przeciw: wąglikowi (1881 r.) i wściekliźnie (1885 r.).

Dzięki programom szczepień obowiązującym w Europie od XIX w., w połowie XX w. pożegnaliśmy ospę prawdziwą, poliomyelitis i szereg chorób, które obecni studenci znają wyłącznie z podręczników historii medycyny. Naukę tworzy się krok po kroku, także szczepionki stają się coraz bezpieczniejsze, produkowane technologiami high-end. Wydaje się, że szczepionki – obok odkrycia etiopatogenezy chorób wywoływanych przez zarażki i ich skutecznego leczenia, dynamicznego rozwoju leków syntetycznych i biologicznych, nieinwazyjnej diagnostyki, powstania nowoczesnych metod leczenia inwazyjnego i odpowiedniego znieczulenia pacjenta – stały się słupami milowymi w dziejach ludzkiej myśli. A jednak nie! Coś się zacięło; zaczął się odwrót. Odwrót ten dotyczy zresztą i innych wymienionych powyżej osiągnięć myśli ludzkiej. Wraz z postępującym upadkiem istotnych wartości – słupów milowych naszej śródziem-

nomorskiej cywilizacji – zagubiony człowiek stara się podstawić w jej miejsce nieudolne atrapy, jakieś tote-my, wyciągane z mroków przedcywilizacyjnych przez cwanych hochsztaplerów, w które zaczynamy wierzyć całkowicie bezkrytycznie. Tu można wymienić bardzo wiele przykładów, chociażby tzw. medycynę alternatywną (alternatywną – ale w stosunku do czego?), wiarę w sprawczą moc astrologii, wróżb z run, kart tarota, cudowne diety typu 30 kg w tydzień (do „odżywiania wyłącznie energią słoneczną” – sic!), wszelkiej maści jasnowidzów i handlarzy cudownymi preparatami starożytnej medycyny Majów czy polinezyjskiej, leczących zawsze wszystkich i wszystko.

Podobnie bezkrytycznie wierzymy właśnie w moc kopania skórzanego pęcherza – vide histeria AD 2012, zakończona okrutnym blamażem, co nie spowodowało choćby chwilowej krytycznej reakcji ludu zapatrzonego w swoich idoli. Co łączy te nieporównywalne przecież zjawiska?

Ośmielę się postawić tezę, że jedną z przyczyn jest forma i zakres informowania, czyli krótko mówiąc – przekaz medialny. Przytoczę dwa obszerne cytaty z artykułów, napisane w ciągu ostatnich dni, pozornie odległe od siebie, a jednak...

Margit Kossobudzka w artykule *Jestem marginesem społecznym. Zaszczepiłam się przeciwko grypie* (pełny tekst z 16.10.2013: <http://wyborcza.pl/>) rzeczowo punktuje „za”: **Argument pierwszy:** *zaszczepiłam się, a i tak łapię infekcje. Prawda? Przede wszystkim często mylimy grypę z przeziębieniem. [...]* **Argument drugi:** *mój lekarz mówi, że się nie szczepi. Nie jest to przypadek jednostkowy. Lekarze w Polsce nagminnie nie szczepią się przeciwko grypie. Dlaczego? Na to pytanie nie ma jasnej odpowiedzi. Po części wynika to z niedobrej atmosfery wokół wszystkich szczepień, lekarze zaś nie są przybyszami z kosmosu, ale jednymi z nas.* **Argument trzeci:** *zachorowałam od szczepionki. To niemożliwe. Dostępne na rynku preparaty nie są w stanie wywołać choroby, ponieważ zawierają jedynie fragment „zabitego” wirusa, który nie jest zdolny do namnażania się.* **Argument czwarty:** *Szczepionka przeciwko grypie jest niebezpieczna. Szczepionki przeciwko grypie sezonowej są produkowane i stosowane od prawie 60 lat. Badania kliniczne i obserwacje po podaniu setek milionów dawek dowiodły, że są bezpieczne dla dzieci, dorosłych, kobiet w ciąży, chorych przewlekłe, a nawet dla osób z upośledzoną odpornością. Zalecają je największe medyczne autorytety... [...]* **Argument piąty:** *nie będę nabijał kieszeni firmom farmaceutycznym. To oczywiste, że firmy chcą zarobić. Kiedyś dawało się lekarzowi kurę, dziś płacimy w aptece. Te same firmy produkują także leki na nadciśnienie, cukrzycę, nowotwory, ale też te na zgagę czy ból głowy. Irytuje mnie, gdy ktoś potępia w czambuł firmy produkujące szczepionki (choć zga-*

dzam się, że trzeba im patrzeć na ręce), a potem bierze te wszystkie apapy, gripeksy, cholineksy. Nie znoszę hipokryzji. I teorii spiskowych [...]

Już następnego dnia, skoro świt w porannym przeglądzie prasy znany redaktor w równie znanej stacji radiowej mówił: *Bardzo panią redaktor przepraszam, ale ten artykuł wygląda jak tekst reklamowy. Firmy farmaceutyczne muszą być zachwycone. Przestraszyć, pouczyć i wskazać jedynie słuszną drogę.*

Ponieważ nie jest to zarzut jednostkowy, ale wciąż powracający – bo każdy, kto w pozytywnym kontekście pisze o szczepieniach, jest dziś w Polsce posądzany o siedzenie w kieszeni firm farmaceutycznych – odpowiadam: *Tak, panie redaktorze, to był artykuł sponzorowany”. Podam nawet dokładnie przez kogo: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny, Zakład Badania Wirusów Grypy Krajowego Ośrodka ds. Grypy, Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej i Grupę Roboczą ds. Grypy. Wszystkie te instytucje biorą udział w Ogólnopolskim Programie Zwalczania Grypy. Na podstawie dostarczonych przez nie materiałów powstał mój tekst „Nie wierzymy w szczepienia i... umieramy po grypie”. [...]. A w odniesieniu do argumentu piątego zacytowanego artykułu Autorka ripostuje: A pan, panie redaktorze? Bierze pan leki na ból głowy czy zdiera korę z wierzyby, żeby zrobić sobie substytut aspiryny? Brawo dla Autorki!*

W ten sposób przedstawiani są autorzy piszący z rozumą o lekach: chodzą na krótkim łańcuchu z gruntu złych i pazernych firm farmaceutycznych, których podstawowa działalność – komercyjne wytwarzanie coraz skuteczniejszych leków – przeciwstawiana jest... właściwie komu czy też raczej czemu? Siłom natury? Cudownym uzdrowieniom? Nie, w to przecież aż strach wierzyć. A może migotliwemu przekazowi wylewającemu się z tzw. nowych mediów, tworzonemu przez anonima? W tychże samych mediach – kopacze piłki to zawsze ludzie bez skazy, warci bezrozumnie wielkich pieniędzy, na których raz po raz spadają niezawinione nieszczęścia. Lustrzane odbicie producentów leków, nieprawdaż?

Oddaję głos Brykowi Mistewiczowi, uznanemu konsultantowi strategii marketingowych („Druga klasa łowi trendy, pierwsza je tworzy”; tyg. Do Rzeczy 38/2013; pełny tekst: <http://erykmistewicz.pl/>). W drugiej klasie szybkiego pociągu z Sewilli do Madrytu błyskają ekrany laptopów, tabletów, smartfonów, iPhonów i iPadów – światła nowych mediów. [...] W pierwszej klasie – gazety, magazyny albo rozmowy. Tak, rozmowy. [...] Druga klasa – to konsumpcja. Masowa konsumpcja emocji, treści, filmów, muzyki. To usiłowanie pochłonięcia wszystkiego na raz, tu, teraz, natychmiast. Gry wideo, szybcy i wściekli, strzelanki. Excel imaginujący kiedyś, być może, duże zyski. I komunikacyjny ping-pong z ludźmi na całym świecie, dający poczucie bycia dobrze poinformowanym, przebywania w centrum świata. W pierwszej klasie inaczej. Świata

smakowanie. Czas. Danie czasowi czasu. Chwila na refleksję, zamyślenie. I uśmiech. [...] Druga klasa podrywana co chwilę telefonami, SMS-ami, mailami. Musi sprostać oczekiwaniom innych. I klasa pierwsza – mogąca pozwolić sobie na luksus odłączenia się. Prawo odłączenia się od sieci staje się przywilejem wybranych. Zajmujących najwyższe miejsce drabiny korporacyjnej, społecznej. Druga klasa łowi trendy, pierwsza je tworzy.

Może więc czasami warto odłączyć się od pseudo-informacyjnej kroplówki płynącej „z chmury”, przejść się z panamistewiczowej drugiej klasy do pierwszej, dążąc za epikurejskim zawołaniem „Rozum i wola są gwarancją życia szczęśliwego”. Siedząc już w klasie pierwszej – popatrzmy na rycinę Francisco de Goi „Gdy rozum śpi – budzą się demony”. Wprawdzie powstała

przed ponad 200 laty, ale może warto wstawić ją jako stronę startową w naszym tablecie czy smartfonie. Tak – pro memento...

Wojciech ŁUSZCZYŃSKI
wluszczynski@medyk.com.pl

(1) Pulmonolog w Klinice Pneumonologii i Alergologii UM w Łodzi; cyt. pochodzą z wywiadu przeprowadzonego przez Macieja Müllera (Medycyna Praktyczna; 07.11.12); Mały odsetek zaszczepionych przeciwko grypie świadczy o zapóźnieniu cywilizacyjnym. Całość: <http://www.mp.pl/szczepienia/wywiady/show.htm?id=76734>

(2) Prof. zw. dr hab. Lidia B. Brydak, Kierownik Zakładu Wirusów Grypy, Kierownik Krajowego Ośrodka ds. grypy – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH.

(przedruk z „Lek w Polsce” nr 9/13)

CZY LEKARZA MOŻNA KARAĆ FINANSOWO ZA TO, ŻE DYŻURUJE?

Jak niedawno stwierdził w prawomocnym wyroku Sąd Rejonowy, a następnie Okręgowy w Białymstoku, odliczanie od czasu dyżurów czasu odpoczynku (stanowiącego obowiązek wymagany ustawą), a tym samym zmniejszanie wynagrodzenia przysługującego z tytułu pełnionych dyżurów, nie jest zgodne z prawem. Stosowany przez niektórych pracodawców mechanizm uszczuplania wynagrodzenia dyżurowego jest więc teraz tak samo nieprawidłowy w Białymstoku, jak i przynajmniej w Rzeszowie, Krakowie czy w Łodzi, w których to miastach już w latach 2009–2011 w sądach pracy zapadły wyroki o nielegalności owego procederu. Nie zważając jednak na to, część pracodawców nadal utrzymała podobny system rozliczania się z lekarzami, karząc ich w ten sposób finansowo za to, że w ogóle biorą dyżury medyczne. Prawdopodobnie potrzebne będą zatem kolejne wyroki.

Zgodnie z orzeczeniem Sądu Rejonowego w Białymstoku VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 13 lutego 2013 r. sygn. akt VIP 233/12, oraz z prawomocnym orzeczeniem Sądu Okręgowego w Białymstoku V Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 23 maja 2013 r. sygn. akt VP a 40/13, nie ma podstaw do tego, aby godzinami dyżurów uzupełniać brakujące godziny pracy w ramach etatu (spowodowane obowiązkowym schodzeniem po dyżurach).

„W ocenie Sądu zastosowana przez pozwanego w spornym okresie metoda wyliczenia należnego powodowi wynagrodzenia była niewłaściwa. Pozwany dokonywał zliczenia wszystkich godzin pracy rzeczywiście przepracowanych przez powoda w danym okresie rozliczeniowym, bez podziału na godziny przepracowane w ramach etatu i w ramach dyżuru medycznego. Z otrzymanego

*rachunku odejmował miesięczny wymiar czasu pracy i dopiero od pozostałej liczby godzin naliczał wynagrodzenie jak za dyżury medyczne. W konsekwencji liczba godzin przepracowanych w ramach dyżuru nie odpowiadała otrzymywanemu z tego tytułu wynagrodzeniu. Po-
przez taki zabieg pozwany odejmował godziny tzw. zejść po dyżurze od liczby godzin dyżuru i zaliczał je w poczet pracy w ramach etatu. Nie jest dopuszczalne, aby wysokość wynagrodzenia zasadniczego za pełnione dyżury została pomniejszana o nieprzepracowane godziny (godziny odpoczynku) (...)”*

„Nie było podstaw do tego, aby godzinami dyżurów uzupełniać brakujące godziny pracy w ramach etatu. Przypadające powodowi na okres odpoczynku godziny, w których winien był pracować, pozwany niesłusznie odliczał od godzin dyżurowych, pomniejszając tym samym należne wynagrodzenie za czas dyżuru. Pozwany ‘niedobory’ godzin przepracowanych w ramach etatu, spowodowane absencją z tytułu godzin odpoczynku przypadających po dyżurze, bezpodstawnie uzupełniał godzinami przepracowanymi przez powoda w ramach dyżuru, co skutkowało obniżeniem normalnego wynagrodzenia powoda z tego tytułu.”

„Powód w niniejszej sprawie nie wnosil o przyznanie mu wynagrodzenia za okres odpoczynku po dyżurze, lecz o to, aby pozwany nie odliczał mu od wynagrodzenia z tytułu pełnionych dyżurów czasu odpoczynku następującego po pełnionym dyżurze” – podkreślił sąd w uzasadnieniu wyroku. W efekcie tego postanowienia, sąd nakazał pracodawcy zwrot niesłusznie potrąconych pracownikowi kwot (za trzy lata wstecz od daty złożenia pozwu), a była to w tym przypadku kwota przekraczająca trzydzieści tysięcy zł brutto, oraz naliczył odset-

ki ustawowe w wysokości trzynastu procent w stosunku rocznym od poszczególnych miesięcznych uszczupień w wynagrodzeniach dyżurowych.

Analogicznie jak w przywołanej wyżej sprawie, taka sama sytuacja może dotyczyć wszystkich dyżurujących lekarzy etatowych (w tym również rezydentów), czyli osób zatrudnionych na umowę o pracę na podstawie Kodeksu pracy – którym pracodawca przesuwiał godziny dyżurowe do etatowych, aby w ten sposób uzupełnić lukę powstałą wskutek przymusowego (wymaganego ustawą) wykorzystania następującego po dyżurze dnia (zejścia po dyżurze) na odpoczynek, uszczuplając tym samym wynagrodzenie za dyżury medyczne lekarza, czyli karząc go za to że dyżuruje, bo gdyby nie dyżurował, to nie musiałby opuszczać następującego po dyżurze dnia pracy, i nie trzeba by mu było za ten dzień potrącać wynagrodzenia.

Jeden z pracodawców, nie mogąc pogodzić się z wyrokiem sądu nakazującym zwrot potrąconych lekarzom

pieniędzy dyżurowych (czyli w sprawie analogicznej do białostockiej, identycznej co do stosowanego mechanizmu odliczania wynagrodzenia dyżurowego lekarzy), wystosował skargę kasacyjną do Sądu Najwyższego. Skargę tę złożył mianowicie pozwany Instytut Medycyny Pracy im. Jerzego Nofera w Łodzi. W dniu 4 czerwca 2013 r. Sąd Najwyższy skargę kasacyjną oddalił (sygn. akt I PK 293/12). Białostocki pracodawca 14 sierpnia również wysłał skargę kasacyjną. Ciekawe, jaka będzie decyzja Sądu Najwyższego.

Informacji związanych z opisanym tu tematem należy poszukiwać w swoim zakładowym oddziale terenowym Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

Ryszard KIJAK

Przewodniczący Zarządu Regionu Podlaskiego

Sekretarz Generalny Zarządu Krajowego

Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy

(przedruk z Biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku nr 4/13)

ŻYCIE DLA PRACY?

Niektórzy twierdzą, że my, lekarze, powinniśmy świecić przykładem zdrowego stylu życia, dzięki temu moglibyśmy żyć dłużej niż przeciętni zjadacze chleba. Czy mają rację? Wydaje się to przecież logiczne, że posiadając dużo większą wiedzę medyczną niż inni, powinniśmy wiedzieć, jaki styl życia prowadzić i jakich czynników ze względów zdrowotnych unikać. Zdrowy styl życia i łatwe wykrywanie wczesnych sygnałów ostrzegawczych, jakie często daje nam nasze ciało z całą pewnością powinny korzystnie wpływać na długość naszego życia.

A jak jest w rzeczywistości? Statystycznie rzadziej palimy i z pewnością świadomie staramy się unikać szkodliwych czynników, które mogłyby zwiększać ryzyko rozwoju wielu chorób. Ale czy można mówić o prowadzeniu zdrowego stylu życia, zarywając kilka, a w skrajnych przypadkach kilkanaście nocy w miesiącu, pracując na dyżurach? Czy mamy czas, by w momencie, kiedy nasz własny organizm zaczyna wysyłać pierwsze ostrzegawcze sygnały, rozpocząć diagnostykę?

Kilka lat temu Dolnośląska Izba Lekarska przeprowadziła badanie długości życia lekarzy. Średnia wieku zmarłych lekarzy i lekarzy dentyków obliczona z lat 2001–2009 wyniosła 68,5 lat (średnia długość życia dla mężczyzn na Dolnym Śląsku – 70,4 lat), a kobiet lekarzy – 68,7 lat (średnia długość to 79 lat). Okazało się więc, że lekarze z tego regionu żyją prawie 2 lata krócej niż ich pacjenci, a lekarki o ponad 10 lat krócej od swoich pacjentek! W USA średnia długość życia lekarzy, jaką przed około 10 laty podało naukowe czasopismo *American Journal of Preventive Medicine*, była dłuższa niż średnia życia przeciętnego obywatela. Sta-

tystyczny lekarz w USA żył 73 lata, czyli prawie 3 lata dłużej od statystycznego Amerykanina. Również wyniki badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii pokazały, że lekarze żyją statystycznie aż o 8 lat dłużej od pracowników wykonujących prace fizyczne, takich jak pracownicy budowlani i sprzątacze. Jak tłumaczyli badacze – dłuższy czas życia wynikał z większej świadomości zdrowotnej lekarzy i wcześniejszego reagowania na niepokojące sygnały dotyczące ich zdrowia.

Dlaczego więc lekarze w Polsce żyją krócej? Na pewno nie wynika to z mniejszej świadomości zdrowotnej, bo wiedza, jaką posiadamy, nie odbiega od wiedzy naszych kolegów z innych państw. A może zbyt dużo pracujemy i częściej ignorujemy sygnały, które daje nam nasze ciało, bo nie mamy czasu na zajęcie się sobą, goniąc z dyżuru na dyżur albo ze szpitala do poradni czy gabinetu? A potem jest już za późno, by pewne rzeczy naprawić.

Wydaje się, że odpowiedź na postawione wcześniej pytanie można właśnie znaleźć w raporcie Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) z 2012 roku, dotyczącym ochrony zdrowia. Pod względem liczby lekarzy w przeliczeniu na 1000 obywateli wśród 34 krajów należących do OECD jesteśmy na szarym końcu. Za nami znajdują się jedynie Chile, Meksyk, Korea i Turcja. W Polsce na 1000 mieszkańców przypada 2,2 lekarza. U naszych sąsiadów Niemców – 3,7, a w Grecji – aż 6,1! Kiedy na statystycznego polskiego lekarza przypada 454 potencjalnych pacjentów, to na lekarza z Berlina już tylko 270, a na kolegę Greka niespełna 164! Nic dziwnego, że jesteśmy przepracowani i wcześniej umie-

ramy, żyjemy w wielkim pośpiechu i w coraz większym stresie. Jesteśmy też dużo bardziej obciążani obowiązkami administracyjnymi i straszeni coraz to nowymi karami nieadekwatnymi do często nieumyślnych przewinień (np. błędne określenia stopnia refundacji leku) niż nasi greccy czy niemieccy koledzy.

Również publiczne finansowanie ochrony zdrowia w Polsce jest skandalicznie niskie i według raportu wynosi per capita 995\$, gdy średnia dla krajów OECD wynosi aż 2377\$! Za niskim finansowaniem ochrony zdrowia przez państwo idą, nieadekwatnie niskie w stosunku do wykształcenia, wkładu pracy, odpowiedzialności i poświęcenia, pensje. Właśnie dlatego często pracujemy znacznie dłużej i w większym pośpiechu niż nasi europejscy koledzy. Rekordziści biorą po kilkanaście dyżurów w miesiącu. Wszystko odbywa się kosztem własnego zdrowia, życia i rodziny. Tylko, czy... warto? Każdy z nas powinien choć przez chwilę zastanowić się, dlaczego poświęca życie dla pracy, a może żyje po to, aby pracować?

Na szczęście, coraz więcej lekarzy w Polsce jest świadomych swojej wartości na rynku pracy i zaczyna cenić swój czas. Wiedzą dobrze o tym pracodawcy, którzy mają problemy, próbując zatrudnić lekarzy specjalistów do pracy w ramach kontraktu z NFZ. Nie trzeba być profesorem ekonomii, aby wiedzieć, że popyt na zdrowie, podobnie jak na chleb, będzie zawsze, a mniejsza dostępność lekarzy wpłynie korzystnie na ich wartość na rynku pracy. Tak więc paradoksalnie, pracując mniej, możemy zarabiać więcej niż dotychczas, a dzięki temu możemy żyć dłużej i cieszyć się życiem wspólnie z najbliższymi. Wystarczy, że zaczniemy się w końcu cenić i bardziej szanować swój wolny czas. Wystarczy, że nie zgodzimy się być pracownikami-maszynami, czyli tak naprawdę ludźmi pozbawionymi życia osobistego, nie mającymi czasu dla siebie, rodziny i przyjaciół. Czy warto żyć wyłącznie dla pracy? Na to pytanie niech każdy z nas znajdzie własną odpowiedź.

Marek DERKACZ – marekderkacz@interia.pl

(przedruk z „Medicusa” nr 9/13)

MŁODY LEKARZ W POLSKIEJ RZECZYWISTOŚCI

Młody lekarz to taka „instytucja”, która posiadając uprawnienia lekarskie, nie może – z powodu braku specjalizacji – cieszyć się pełnią „praw” lekarskich i porusza się w nieco innej rzeczywistości niż jego starsi koledzy – specjaliści. Zapewne z tego powodu jest od nich traktowany odmiennie przez Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Dwie instytucje „rządzące” polską medycyną. Na swojej drodze do zdobycia wymarzonej specjalizacji napotyka przy tym wiele problemów...

W trakcie specjalizowania się każdy lekarz jest zobowiązany do pełnienia dyżurów medycznych. Niestety, w związku z mnogością systemów organizacji pracy w różnych jednostkach, określenie „dyżur medyczny” nie posiada jasnej i klarownej definicji. Ministerstwo Zdrowia, pomimo już kilkukrotnie składanych apeli, nie podjęło się doprecyzowania pojęcia. Nadal, jak Polska długa i szeroka, młodzi lekarze, nawet w tych samych jednostkach, pracują i dyżurują w odmiennych systemach. Wydawać by się mogło, że w systemie zdrowia aspirującym do funkcjonowania na podstawie standardów należałoby rozpocząć od podstaw.

Część ośrodków próbuje wymuszać na młodych, specjalizujących się lekarzach odbywanie dyżurów na podstawie umów cywilno-prawnych. Taka forma dyżurowania, o ile jest legalna (pracownik nie może u jednego pracodawcy wykonywać tej samej pracy na podstawie dwóch różnych form zatrudnienia), stanowi pewne niebezpieczeństwo. Biorąc pod uwagę fakt, że specjalizant nie posiada pełnej wiedzy w danej dziedzinie (wciąż ją zdobywa), to istnieje większe ryzyko popełnienia błędów, za które będzie odpowiadał indywidualnie, a nie jak w przypadku stosunku o pracę, kiedy od-

powiada pracodawca. Dodatkowo w takiej sytuacji nie wiadomo, kto prowadzi nadzór nad jego pracą, bo czy jeden podmiot gospodarczy (starszy lekarz dyżuru, który – zwykle – pełni go również na podstawie umowy cywilnoprawnej) może odpowiadać za błędy innego? Zapewne przekonamy się o tym przy pierwszych wyrokach sądowych.

Drugi problem, obejmujący proces specjalizowania się lekarzy, dotyczy kierowników specjalizacji. Opiekun specjalizacji to lekarz specjalista, który – zgodnie z założeniami – ma sprawować pieczę nad specjalizantem, nadzorować jego pracę i oceniać osiągnięcia. Według Ministerstwa Zdrowia powinien to robić *pro publico bono*; szeroki zakres obowiązków i odpowiedzialność, jaką ponosi, nie są w żaden sposób wynagradzane. Środowisko młodych lekarzy od dłuższego czasu postuluje, by dla kierowników specjalizacji ustalone zostało wynagrodzenie. Wszak za każdą wykonaną pracę wynagrodzenie się należy, dlatego zatem za tę właśnie nie? Dodatkowo można przypuszczać, że wówczas wzrośnie zaangażowanie opiekuna w sprawowanie pieczy nad specjalizantem, a zatem i poziom zdobytej przez niego wiedzy i doświadczenia.

Pozostaje jeszcze kwestia uregulowania sposobu wyboru kierownika specjalizacji w przypadku jednostek ochrony zdrowia, w których specjaliści są zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych. Jeśli zapis o kierowaniu specjalizacją nie jest wpisany do umowy, to trudno wymagać, aby taki lekarz przyjął na siebie powyższe obowiązki. A zupełnie niezrozumiałe jest, czemu miałby pozwolić na taki wpis, jeśli nie dostanie za to wynagrodzenia? Ministerstwo powinno w jak najkrótszym czasie rozwiązać ten problem.

Nabór na specjalizacje jest prostą procedurą w kontekście składania dokumentacji. Jednak skomplikowany jest wybór miejsca specjalizacyjnego. Najczęściej podaż dostępnych miejsc jest niewystarczająca w stosunku do popytu. Od lat nie jest wyjaśniony sposób przydzielania miejsc specjalizacyjnych z danej dziedziny w określonym województwie. Wszystkie do tej pory zapytania w tej sprawie, kierowane do ministra zdrowia i innych odpowiedzialnych organów, spotykały się z typowo urzędniczymi odpowiedziami i „przekierowaniem” odpowiedzialności z jednej instytucji na inną.

Zasadne wydaje się przeprowadzenie dokładnych analiz zapotrzebowania na konkretne świadczenia oraz lekarzy o określonej specjalizacji w poszczególnych regionach. Dodatkowo niezbędne jest stworzenie ogólnopolskiej platformy informującej o dostępności miejsc specjalizacyjnych (np. na www), co umożliwi dokonanie wyboru placówki, w której można przystąpić do odbywania specjalizacji. W dobie zwiększonej migracji pracowniczey wydaje się to być zasadne; prawdopodobnie pozytywnie wpłynęłoby to na zagospodarowanie wolnych miejsc, które obecnie pozostają często niewykorzystane w jednym województwie, gdy w innym ich brakuje.

Zwiększeniu liczby miejsc specjalizacyjnych powinno również służyć uproszczenie procedur przyznawania akredytacji dla poszczególnych jednostek ochrony zdrowia, jak również dodawanie punktów rankingowych w kontraktowaniu świadczeń z NFZ tym, które specjalizacje prowadzą. Mogłoby to zachęcić niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej i mniejsze placówki do ubiegania się o miejsca akredytacyjne. Zwiększenie specjalizacyjnych miejsc akredytacyjnych jest szczególnie palącym problemem w stomatologii, gdzie lekarze dentyści mają największe problemy ze zdobyciem specjalizacji.

Kolejnym problemem jest Lekarski Egzamin Końcowy. *De facto* problem ten został przeniesiony z ojca (LEP) na syna (LEK). Cała rzesza zdających nie zna szczegółowego zakresu wiedzy wymaganej do pozytywnego zaliczenia Lekarskiego (lub Lekarsko-Dentystycznego) Egzaminu Końcowego. Oczywiście tzw. ramy zostały określone i są dostępne, ale przy braku listy wymaganych do opanowania podręczników – nie są one wystarczające. Nie jest przecież możliwe opanowanie wiedzy zawartej we wszystkich dostępnych książkach z danej dziedziny, tym bardziej że zakres ocenianych przedmiotów jest bardzo szeroki.

Nadal zasadna pozostaje kwestia oceny zmian wprowadzonych ostatnio w systemie kształcenia podyplomowego młodych lekarzy. Czy zniesienie stażu było zasadne z punktu widzenia poziomu kształcenia, czy podyktowane zostało jedynie względami finansowymi? Czy miało sens zastąpienie jednego egzaminu państwowego innym, bardzo podobnym, o ile nie identycznym? Środowisko młodych lekarzy i całe środowisko medyczne jednoznacznie negatywnie ocenia powyższe zmiany. Wszak polscy lekarze byli dotychczas uważani za jednych z najlepiej wykształconych w Europie! Miejmy nadzieję, że wbrew naszym obawom, zły sen się nie ziści i kształcenie medyków w Polsce pozostanie nadal na wysokim poziomie...

Do rozwiązania pozostaje kwestia specjalizacji modułowych. Określenie szczegółowych programów poszczególnych modułów jest rzeczą podstawową, która winna być przeprowadzona w pierwszej fazie. Ustalenie sposobu i kolejności naboru na moduły szczegółowe dla lekarzy odbywających kształcenie w starym i nowym systemie jest kolejnym palącym problemem. Kto, w potencjalnej sytuacji dostępności jednego miejsca akredytacyjnego przy zainteresowaniu ze strony lekarza internisty („stary system”) i lekarza po module podstawowym („nowy system”), będzie miał pierwszeństwo? Ten problem nie został wyjaśniony, a będzie decydował o przyszłości wielu młodych medyków.

Wszystkie problemy omówione w powyższym tekście (a także inne, których tu – z braku miejsca – nie poruszyłem) zostały zawarte w apelach, kierowanych głównie do ministra zdrowia, ale też do parlamentarzystów, marszałków województw oraz konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny. Apele te zostały wypracowane w trakcie burzliwych dyskusji i podjęte podczas XXII Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy, która odbyła się wiosną tego roku w Lublinie. Nadal mamy nadzieję na otwarty, rzeczowy i twórczy dialog z przedstawicielami władz, którzy pozwoli zmienić sytuację lekarzy dopiero „startujących” w swoim zawodzie.

Lukasz JASEK
Przewodniczący Koła Młodych Lekarzy
i Lekarzy Dentystów OIL w Łodzi

(przedruk z „Panaceum” 9-10/13)

KTO MA ZARZĄDZAĆ ZDROWIEM?

Coraz mocniej słychać głosy o koniecznych zmianach w organizacji ochrony zdrowia. Że jest źle, wszyscy wiedzą, a część odczuła to na własnej skórze. Płacimy coraz więcej, a dostępność zmniejsza się. Jakość nie jest nagradzana, a jej brak nie powoduje żadnych sankcji.

NFZ wydaje nasze pieniądze bez żadnego nadzoru ze strony obywateli. A właśnie pacjent, czyli obywatel płacący podatki, w tym składkę na opiekę zdrowotną, ma być jedynym beneficjentem tego systemu. Utrzyma-

nie placówek ochrony zdrowia, ich wyposażenie i wynagrodzenia personelu to tylko konieczny koszt dostarczenia usługi zdrowotnej beneficjentowi tego systemu. Tak stanowi prawo i odpowiednie przepisy regulujące. Ani złotówka nie ma prawa być wydana na cele inne niż związane z leczeniem obywateli, wyłączając kwoty przeznaczone na statutową działalność NFZ.

W rzeczywistości głównymi protestującymi i tym samym modyfikującymi wydatki w ochronie zdrowia są

pracownicy ochrony zdrowia. Ich protesty, żeby nie było niedomówień – w znaczącej większości całkowicie zasadne!!! – nie mają jednak na celu poprawy jakości i dostępności usług medycznych.

Obywatel, potencjalny pacjent i jedyny płatnik w tym systemie, nie ma nic do gadania. Świadczeniodawca może go bezpardonowo odesłać z kwitkiem, pomimo tego, że wszystkie składki ma opłacone. Świadczeniodawca może ocenić potrzeby pacjenta i bez konieczności jego zgody odmówić lub ograniczyć leczenie.

Pacjent ma znikome możliwości wpływu na jakość usług medycznych. Bezpośrednie działania są możliwe jedynie w drastycznych przypadkach, opierających się o prokuraturę i sądy. Pośrednie działania możliwe są jedynie poprzez NFZ, który jest dysponentem naszych pieniędzy i powinien dbać o ich wydawanie zgodnie z naszymi intencjami i przepisami, które jednoznacznie wskazują na jakość usług medycznych jako kluczowy aspekt ochrony zdrowia. Problem w tym, że NFZ tego nie robi i nigdy nie przejawiał chęci w tym kierunku. Nawet nie podejmował działań, aby zmierzyć problem. Od zawsze wszystkim płaci równo, bez względu na efekty. Jeśli wykonano usługę zgodnie z ramowymi przepisami umowy zawartej z NFZ, to pieniądze będą wypłacone, a ewentualnego zadośćuczynienia za szkody związane z błędami i nieprawidłowościami pacjent musi dochodzić sam. Pacjent, który powinien być w centrum systemu, jest materiałem, który przerabia się w ramach umowy zawartej ponad jego głową. To patologiczna sytuacja, która dojrzewa do zmiany.

Niedawno byłem na konferencji poświęconej kształtowi nowego modelu opieki zdrowotnej w Polsce. Szeręg uznanych, często profesorskich i ministerialnych głów wypowiadało się przez blisko 4 godziny. Obecni byli przedstawiciele płatnika, MZ, świadczeniodawców, eksperci, itd. Bateria nazwisk i stanowisk o dużej sile rażenia. Z przykrością stwierdzam, że nie padł żaden konkretny, a poszczególne osoby broniły partykularnych interesów swoich grup, bo kariera naukowa, bo miejsce pracy, bo polityka i wybory, pozycja, prestiż i tym podobne. Zamiast skupić się na wypracowaniu wizji koniecznych zmian, broniono aktualnego porządku, wpłatając w to wezwania do bliżej nieokreślonych zmian. Wydzwięk był taki, że zmiany są konieczne i popieramy je, ale pod warunkiem, że nie będą dotyczyły nas. A zmiany mają dotyczyć właśnie nas! Mamy zmienić organizację ochrony zdrowia.

Kto ma zarządzać ochroną zdrowia w regionie? To pytanie bardzo niebanalne. Zarządzać to przede wszystkim decydować o wydawaniu pieniędzy (miliardowe kwoty). Żeby dobrze wydawać, trzeba zrozumieć, czego potrzebuje pacjent, bo to o jego/nasze zadowolenie chodzi.

80% zdarzeń medycznych to trywialne przypadki, możliwe do obsłużenia na poziomie lekarza rodzinnego, poradni specjalistycznej czy szpitala miejskiego, 10% to przypadki bardziej złożone, wymagające wizyty lub hospitalizacji w wyżej specjalizowanych ośrodkach, ale nadal dostępnych w województwie. Wreszcie mamy naj-

trudniejsze 10% przypadków, które wymagają interwencji medycznych w dedykowanych ośrodkach medycznych o zasięgu ponadwojewódzkim. Pacjent musi udać się do jednego z kilku regionalnych lub ogólnopolskich specjalizowanych ośrodków. Procenty może nie są dokładne. Może podział to nie 80%, 10% i 10%, a 75%, 20% i 5%. To nie ma znaczenia; proporcje są oczywiste, a znamy je z naszej codziennej praktyki.

Z powyższego podziału wynika, że za wydatkowanie blisko 80–90% pieniędzy na ochronę zdrowia powinny odpowiadać władze związane z województwem, bo taki mamy podział administracyjny. Gminy i powiaty są za słabe, wyżej są województwa, a dalej już poziom ogólnokrajowy.

Przeważająca większość medycyny świadczona jest w województwie i dla mieszkańców tego województwa. Ale władze wojewódzkie nie mają na to żadnego wpływu, bo nie mają wpływu na wydatkowanie pieniędzy przeznaczonych na ochronę zdrowia. Konsultanci regionalni niewiele mogą, bo decyzje zapadają w Warszawie, która nie ma odpowiedniej wiedzy o potrzebach województwa i postępuje schematycznie. Ta patologiczna sytuacja blokuje wszelkie możliwości zapewnienia jakości, planowania i reorganizacji ochrony zdrowia w województwie.

Nikt nie koordynuje ochrony zdrowia. Ośrodki powstają, padają, zmieniają swoją działalność bez żadnego nadzoru. Proszę sobie przypomnieć, ile razy Państwa pacjent wpadł w „dziurę” kontraktowo-usługową i leczenie stało w miejscu: zaprotezowano biodro, a rehabilitacja dostępna za 6 miesięcy, brak miejsca na kontrolne wizyty u specjalisty, brak szans na terapię ratującą życie!!! Wszystko to widzimy na co dzień. Brak nadzoru merytorycznego z powodu braku narzędzi do zapewnienia jakości. Nawet w tych niewielkich funduszach, którymi dysponujemy, można „wyprodukować” więcej zdrowia, nie więcej leczyć, ale wyprodukować więcej zdrowia. Przeniesienie środków tam, gdzie zapewnią one największy efekt, koordynacja leczenia pomiędzy świadczeniodawcami, zapewnienie finansowania do zakończenia terapii pacjenta, redukcja niewykorzystanych zasobów, reorganizacja specjalistyki w wąkospecjalizowane, dobrze wyposażone i finansowane centra, itd.

To wszystko powinno działać się na poziomie województwa. Zmiany mają dotyczyć nas – pracujących w ochronie zdrowia i nas – potencjalnych pacjentów. Podniesienie efektywności, możliwe przy mądrym zarządzaniu, realizowanym przez ludzi związanych z i rozumiejących województwo, może znacząco wpłynąć na stan zdrowia mieszkańców i jakość usług medycznych.

Dlatego nowy model organizacji ochrony zdrowia powinien przenieść centra decyzyjne na poziom województwa, zostawiając na poziomie krajowym jedynie najwyższą specjalistykę i niewielki odsetek przypadków, których nie można leczyć na niższym poziomie. Im bliżej od decydenta do mieszkańca, tym lepiej dla pacjenta.

Marek WESOŁOWSKI

(przedruk z „Medicusa” nr 9/13)

DYLEMATY BIOETYCZNE MEDYCyny REPRODUKCYJNEJ I GENETYKI

W kręgu moralnych problemów współczesnej medycyny, bardzo ważne miejsce zajmują zagadnienia etyczne związane z medycyną reprodukcyjną, z eugeniką i kontrolą genetyczną, z diagnostyką prenatalną i poradnictwem genetycznym, a także z wyzwaniem medycyny, jakim jest terapia genowa oraz eksperymenty medyczne na komórkach macierzystych. Wymienione zagadnienia budzą we współczesnych społeczeństwach wiele emocji, które wynikają nie tylko z przekonań moralnych, z poglądów religijnych, czy też politycznych, ale również z emocji związanych ze strachem przed futurystycznym wpływem genetyki, eugeniki na życie pojedynczego obywatela. W naszym kraju zagadnienia bioetyczne dotyczące medycyny reprodukcyjnej, diagnostyki prenatalnej sprowadzają się do dyskusji na temat dopuszczalności przerywania ciąży, dostępności do badań prenatalnych, legalności stosowania technik wspomaganego rozrodu. Niewątpliwym wpływ na postawy moralne w naszym społeczeństwie ma stanowisko Kościoła katolickiego w Polsce, który domaga się, aby dogmat wiary świętości życia niewinnego był prawem powszechnym obowiązującym w Polsce, bez względu na światopogląd obywatela i racjonalizm poglądów współczesnej medycyny. W rozważaniach o bioetyce spróbuję opisać te zagadnienia w sposób obiektywny, który przedstawia stanowiska wszystkich stron konfliktu bioetycznego oraz twarde dowody naukowe uzasadniające prezentowane przekonania moralne.

Na początku należałoby przedstawić zagadnienia dotyczące statusu moralnego poczętej istoty ludzkiej. Bardzo często spór dotyczy argumentacji na rzecz tezy, że zygotą jest istota ludzka i czy unicestwienie zygoty jest moralnie złe. W procesie embriogenezy zygotą jest pierwszym etapem komórkowym powstania istoty ludzkiej i związana jest z okresem poczęcia. Argumenty na rzecz tezy, że pozbawienie życia zygoty jest moralnie złe są następujące:

- Zygotą jest człowiekiem -- komórką ludzką wyposażoną w niepowtarzalny kod genetyczny, który determinuje człowiecze możliwości;
- Zygotą jest osobą – przysługuje jej godność należąca osobie ludzkiej;
- Zygotą jest dorosłym człowiekiem *in potentia* – zniszczenie tkwiących w niej możliwości jest moralnie złe;
- Zygotą ma prawo do życia – każdemu człowiekowi przysługuje prawo do życia, które jest nadrzędne wobec praw innych osób;
- Życie poczętej istoty ludzkiej jest święte – wartość życia ludzkiego nie może być poddawana kalkulacjom, świętość życia ma charakter absolutny.

- Argumenty na rzecz tezy, że pozbawienie życia zygoty jest moralnie dopuszczalne są następujące:
- Zygotą nie ma żadnego statusu moralnego, lub też ma inny, niższy status moralny, niż dojrzała istota ludzka;
- Kobieta ma prawo do kontroli swojego ciała;
- W przypadku konfliktu interesów kobiety i zygoty, pierwszeństwo powinny mieć interesy kobiety;
- Istnieją dowody naukowe, że w biologii rozrodu straty zygot z powodów naturalnych sięgają 50% – są to tzw. prawa przyrody;
- Praktyczne możliwości wykorzystania wyników badań naukowych do przedłużenia lub ratowania życia pacjentów usprawiedliwiają moralnie prowadzenie eksperymentów na embrionach.

Należy stwierdzić, że status moralny zarodka wynika z przyjmowanego w danej teorii etycznej kryterium statusu moralnego istoty ludzkiej. Dyskusja na temat statusu moralnego poczętej istoty ludzkiej sprowadza się do sporu o kryteria człowieczeństwa, o kryteria osoby, o poziom podstawowych założeń teorii etycznych. Spór o kryteria człowieczeństwa sprowadza się do dylematu, czy zapłodniona komórka jajowa należy czy też nie do zakresu pojęcia człowiek. Nieostrość pojęcia człowieka sprowadza się do podziału na normatywne pojęcie człowieka, czyli członka wspólnoty moralnej oraz deskryptywne pojęcie człowieka, czyli wymiaru istoty biologicznej. Problem relacji pomiędzy dwoma pojęciami człowieczeństwa sprowadza się do sporu o kryterium zaliczenia do istoty ludzkiej:

- Kryterium narodzin – kobieta rodzi istotę ludzką;
- Kryterium genetyczne – materiał genetyczny zygoty determinuje zaliczenie do istoty ludzkiej bez względu na miejsce poczęcia („dziecko z probówki”);

Kryterium rozwojowe – do istoty ludzkiej zaliczamy zarodki, płody wykazujące: aktywność neurofizjologiczną, przejawy aktywności fizycznej (animacja), mające zdolność do przeżycia poza organizmem matki (viability).

Spór o kryteria osoby podkreśla wieloznaczność pojęciową statusu osoby. Można wyróżnić następujące interpretacje pojęcia osoby:

- Pojęcie metafizyczne osoby, jako byt pewnego rodzaju – interpretacja strukturalna;
- Pojęcie moralne osoby – osoba jest podmiotem moralności;
- Pojęcie prawne osoby – obowiązujący system prawny określa status prawny tej osoby;

- Pojęcie społeczne osoby – istota zaliczona jest do wspólnoty społecznej;
- Pojęcie zdroworozsądkowe osoby – istota posiadająca pewne właściwości empiryczne (kryterium rozwojowe).

Jakie kryteria powinna spełniać istota, aby mogła być zaliczona do kategorii osoby? Następujące cechy istoty ludzkiej, jako osoby można wymienić za D. Dennettem:

- Musi to być istota racjonalna;
- Można jej przypisać stany świadomości, np. intencjonalność;
- Zajmujemy wobec niej pewną postawę, tzn. traktujemy ją jako podmiot moralny;
- Musi to być istota zdolna do odwzajemnienia tej postawy, tzn. zdolna do działania moralnego;
- Zdolna do porozumiewania się z innymi osobami (zdolność mowy);
- Wyposażona w pewien rodzaj świadomości, określaną, jako poczucie własnej tożsamości.

Podsumowując powyższe rozważania należy podkreślić, że żaden z omawianych poziomów rozważań nie przyniósł oczekiwanych rezultatów. Z samego pojęcia osoby (człowieka) nie można wyprowadzić obowiązków moralnych wobec zygoty, embrionu i płodu. Ocena uzależniona jest od przyjętej interpretacji pojęcia osoby: strukturalnej lub rozwojowej. Spór o kryterium osoby wynika z przyjęcia określonych założeń etycznych i aksjologicznych. Dyskusja na temat statusu moralnego zygoty, embrionu i płodu jest sporem o wartości, a nie o fakty naukowe. Jak wspomniano założenia teorii etycznych decydują o kryterium statusu moralnego. Kryterium statusu moralnego decyduje o tym:

- kto jest podmiotem moralności?
- czyje dobro i dlaczego powinno się brać pod uwagę w decyzjach moralnych?
- co rozumiemy przez pojęcie krzywdy?

Najważniejsze kryteria statusu moralnego to: wartość wewnętrzna, ożywienie, racjonalność, posiadanie interesów. Etyka katolicka w oparciu o kryterium wartości wewnętrznej statusu moralnego wyznacza następujące zasady bioetyczne:

- wewnętrzna wartość życia każdej istoty ludzkiej jest od chwili poczęcia,
- unicestwienie życia istoty ludzkiej jest zawsze złe, bez względu na poziom jej rozwoju,
- zygota jest osobą,
- bezwzględny zakaz manipulacji medycznych na poczętych istotach ludzkich.

Etyka utilitarystyczna w oparciu o kryterium posiadania interesów formułuje następujące zasady bioetyczne:

- działania są dobre lub złe w zależności od tego, w jakim stopniu naruszają interesy odczuwających istot,
- podstawą posiadania interesów jest pojawienie się świadomości oraz możliwości odczuwania,
- nie można przypisywać interesów gametom, zygotom, zarodkom i płodom we wczesnym okresie ich rozwoju,
- unicestwienie życia takich istot nie jest tożsame z wyrządzeniem im krzywdy (nie są zdolne do odczuwa-

nia bólu lub cierpienia, nie mają swoich własnych interesów),

- zygota nie jest osobą,
- należy akceptować wczesne przerywanie ciąży, gdy taka jest wola kobiety i ciąża narusza jej interesy,
- techniki wspomaganego rozrodu, zapłodnienie pozaustrojowe, zamrażanie embrionów, eksperymenty badawcze są moralnie dobre.

Spór etyczny o kryterium człowieczeństwa, osoby, o status moralny zarodka jest źródłem konfliktów społecznych, jakie toczą się w różnych krajach wokół dopuszczalności przerywania ciąży – zarówno w wymiarze prawno-formalnym, jak i bioetycznym. Oczywistym jest fakt, że dogmaty religijne mają priorytet. W społeczeństwach laickich, w demokracjach europejskich, w których przeważają poglądy utilitarystyczne, prawo dopuszcza przerwanie ciąży wczesnej, ze wskazań medycznych, prawno-karnych, czy też na życzenie kobiety. Natomiast w krajach, gdzie w płaszczyźnie etycznej, dominują dogmaty religijne, przeciwnicy aborcji radykalizują swoje postawy społeczne. W Polsce od kilku lat obowiązuje swoisty kompromis społeczny między przeciwnikami aborcji, związanymi głównie z kościołem katolickim a środowiskami feministycznymi. Należy jeszcze raz podkreślić, że jest to spór o wartości etyczne, a nie o racjonalizm medyczny.

Następnym zagadnieniem wymagającym rozstrzygnięcia jest status moralny zarodka a zgoda na eksperymenty medyczne. Wyliczone powyżej kryteria włączenia do kręgu istot równych pod względem moralnym nie budzą wątpliwości. Natomiast kryteria wykluczenia ze wspólnoty moralnej wzbudzają wiele zastrzeżeń. Argument tzw. równi pochyłej, który zakłada, że nie wszystkie obowiązki moralne wypływają z praw przysługujących innym osobom. Uzasadnieniem dla zaniechania pewnych działań mogą być ich przewidywane konsekwencje: osłabienie wrażliwości moralnej, naruszenie systemu wartości życia ludzkiego. Oprócz osobowej wartości życia ludzkiego należy także dostrzec wartość symboliczną. Szacunek dla istot, które mogłyby być w przyszłości członkami ludzkiej społeczności uzasadnia przyznanie wartości przedosobowemu życiu ludzkiemu. W dyskusji na temat statusu pozaustrojowej zygoty ludzkiej można zająć stanowisko, w którym przyznaje się stadium blastocysty przedimplantacyjnej szczególny status moralny i związaną z tym ochronę prawną. Dylemat moralny budzi jednak decyzja o unicestwieniu zarodka poddanego diagnostyce genetycznej (PGD), w wyniku, której wykryto aberrację chromosomalną. We współczesnych technikach wspomaganego rozrodu diagnostyka przedimplantacyjna (Preimplantation Genetic Diagnosis-PGD) odgrywa coraz ważniejszą rolę w identyfikacji zarodków obciążonych chorobami monogenowymi i aberracji chromosomalnej. Jest to niewątpliwie osiągnięcie współczesnej medycyny, które prowadzi jednak do dylematu moralnego: co zrobić z wadliwym zarodkiem? Kontrowersje budzą także inne zagadnienia w zapłodnieniu pozaustrojowym: mrożenie zarodków nadliczbowych, transfer pojedynczego zarodka (SET) czy transfer dwóch zarodków (DET). Argumentacja etyczna na rzecz wykonywania technik wspomaganego rozrodu w ce-

lu optymalizacji możliwości zajścia w ciążę u niepełnej pary odwołuje się do podstawowych zasad etyki lekarskiej: zapobieganie cierpieniu, działanie na rzecz dobra pacjenta, szacunek dla autonomii moralnej człowieka. Założenia bioetyczne takiej argumentacji są następujące: każdy człowiek ma prawo do posiadania potomstwa, niepełność jest chorobą, która powinna być skutecznie leczona. Przeciwnicy technik wspomaganego rozrodu twierdzą: nie istnieje prawo do posiadania potomstwa, bezpłodność jest wadą natury a nie chorobą, techniki wspomaganego rozrodu nie leczą bezpłodność, lecz próbują ominąć, oszukać wadę natury przy użyciu protezy. Ocena moralna działań medycznych powinna uwzględniać nie tylko cel działania, ale także metody jego osiągnięcia. Technologia medyczna jest zagrożeniem dla małżeństwa i rodziny, dehumanizuje stosunki osobowe, oddziela miłość od przekazywania życia. Są to działania wbrew naturze, tzn. niezgodne z prawem naturalnym ustanowionym przez Boga, niezgodne z prawami przyrody, wpływającymi z natury ludzkiej, które przebiegają bez interwencji ze strony człowieka. Negatywne stanowisko kościoła katolickiego wobec technik wspomaganego rozrodu zawarte jest w papieskich encyklikach:

- Encyklika *Humanae Vitae*, Paweł VI (1968) – każdy akt małżeński powinien zachować swoje wewnętrzne przeznaczenie; znaczenie stosunku małżeńskiego – jedność i rodzicielstwo; wierność wobec planu Bożego; złe następstwa antykoncepcji: niewierność małżeńska, brak szacunku wobec kobiety;
- Jan Paweł II (1987) – Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i godności jego przekazywania – koncepcja natury osoby ludzkiej; wyłączność przekazywania życia w akcie małżeńskim;
- Encyklika *Evangelium Vitae*, Jan Paweł II (1995) – techniki sztucznej reprodukcji, które wydają się służyć życiu, w rzeczywistości stwarzają nowe możliwości zamachów na życie: oddzielenie prokreacji od ludzkiego kontekstu aktu małżeńskiego jest moralnie złe; zabijanie nadliczbowych embrionów; badania prenatalne są dopuszczalne tylko wtedy, kiedy służą do wskazania terapii, a nie do przerwania ciąży.

Następnym tematem rozważań jest odpowiedź na pytanie czy we współczesnym świecie potrzeba jest społeczna kontrola reprodukcji człowieka? Możemy sprowadzić odpowiedź do trzech punktów:

- Regulacje nie są potrzebne;
- Należy całkowicie zakazać prowadzenie badań naukowych w obszarze reprodukcji człowieka – badania na zwierzętach są wystarczające;
- Istnieje potrzeba wprowadzenia regulacji zasad postępowania z komórkami rozrodczymi człowieka oraz tkankami płodowymi i zarodkowymi.

Jakie problemy bioetyczne możemy spotkać przy stosowaniu technik wspomaganego rozrodu?

- Zrównoważenie interesów dawców, rodziców i przyszłego dziecka;
- Wyznaczenie kręgu osób, które mogą korzystać z tej formy prokreacji (wiek, związki heteroseksualne, stan zdrowia);

- Określenie prawa do zarodków (w razie rozwodu, śmierci rodziców): decyzja obojga, zarodki mogą być zniszczone, oddane innej parze, poddane badaniom eksperymentalnym;
- Odpowiedzialność podmiotów medycznych za jakość życia poczętego dziecka: kryteria doboru dawców, wykluczenie ryzyka przekazania choroby dziedzicznej;
- Problem selekcji ciąży mnogiej;
- Zachowanie anonimowości dawcy gamet a prawo dziecka do poznania swoich genetycznych rodziców;
- Definicja pojęcia rodziców: dawcy gamet, matka genetyczna, matka nosicielka, matka opiekunka prawna. Zakaz macierzyństwa zastępczego i zapłodnienia *post mortem*.

Rozwiązania prawno-etyczne powyższych problemów zawarte są w następujących dokumentach:

- 1) Sztuczna prokreacja człowieka – dokument roboczy Rady Europy (1994);
- 2) Europejska konwencja o prawach człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny (1997): zakaz wykorzystywania technik wspomaganego prokreacji do selekcji płci, zapewnienie odpowiedniej ochrony embrionom *in vitro*, na których prowadzone są badania, zakaz tworzenia embrionów dla celów naukowych;
- 3) Protokół dodatkowy w sprawie zakazu klonowania istot ludzkich: zakaz interwencji mających na celu tworzenie istoty ludzkiej genetycznie identycznej z inną istotą ludzką żyjącą lub martwą;
- 4) Stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, dotyczące technik wspomaganego rozrodu w leczeniu niepłodności (1997) – „Zapłodnienie pozaustrojowe jest do zaakceptowania pod względem etycznym, jeżeli jest stosowane w celu optymalizacji możliwości zajścia w ciążę u niepełnej pary, z określoną przyczyną niepłodności, przy właściwie postawionych wskazaniach medycznych, przy założeniu, że liczba implantowanych zarodków nie przekracza trzech oraz gdy dostępny jest skuteczny program zamrażania nadliczbowych zarodków.”

Kolejnym zagadnieniem, które chciałbym poruszyć są dylematy bioetyczne związane z rozwojem genetyki i wykorzystywaniem praktycznym możliwości diagnostycznych współczesnej genetyki. Następujące dylematy etyczne możemy wymienić:

- czy mamy prawo ingerować w strukturę genetyczną populacji ludzkiej?
- jakie zasady powinny kierować poradnictwem genetycznym?
- czy można zmieniać wyposażenie genetyczne poszczególnych jednostek?
- jaki wpływ może mieć diagnostyka genetyczna dla postaw wobec osób niepełnosprawnych?

Dyskusja obejmuje problemy:

- kontroli genetycznej – eugenika,
- poradnictwa genetycznego (diagnostyczne testy genetyczne, testy prognostyczne, badania przesiewowe, badania prenatalne),

- terapii genowej i eksperymentów (klonowanie terapeutyczne),
- wpływu wiedzy genetycznej na kulturę i wartości.

Słowo eugenika wywodzi się ze starożytnej greki: eugenika – *dobrze urodzony* (gr. eu – dobrze, gen – rodzący). Do medycyny eugenika wprowadzona została przez Francisa Galtona (1869), jako system poglądów głoszących możliwość doskonalenia cech dziedzicznych człowieka (gatunku ludzkiego). Następujące zagadnienia pojęciowe i rozwiązania bioetyczne można ująć w sposób syntetyczny:

Eugenika pozytywna

- wiedza genetyczna umożliwia stworzenie nowego, lepszego człowieka,
- kontrola genetyczna w celu zwiększenia częstości występowania w populacji genów uznanych za szczególnie pożądane,
- propagowanie rozmnażania się osób o korzystnych cechach biologicznych.

Krytyka eugeniki pozytywnej

- ryzyko programu, zmierzającego do preferowania wybranych genów,
- brak kryteriów umożliwiających określenie „idealnego typu ludzkiego”,
- każdy rodzaj kontroli genetycznej narusza podstawowe prawa człowieka.

Eugenika negatywna

- obowiązek moralny zabezpieczenia dobrego wyposażenia genetycznego przyszłych pokoleń,
- wprowadzenie kontroli genetycznej w celu ograniczenia częstości występowania w populacji ludzkiej „niekorzystnych genów”,
- środki realizacji: obowiązkowe badania genetyczne, sterylizacja, zakaz zawierania małżeństw.

Krytyka programów eugeniki negatywnej

- ograniczenie prawa do reprodukcji nie wyeliminuje niekorzystnych genów z populacji,
- niewiadome, które geny są „niekorzystne”,
- każda forma kontroli genetycznej podporządkowuje interesy jednostki interesom społecznym i zakłada ograniczenie wolności osobistej,
- zasada autonomii moralnej pacjenta – świadoma zgoda na wszelkie działania medyczne (także poradnictwo genetyczne).

Bardzo ważnym praktycznym rozwiązaniem dylematów etycznych związanych z eugeniką jest zagadnienie poradnictwa genetycznego. Należy sformułować następujące zasady etyczne w poradnictwie genetycznym:

1) Modele poradnictwa genetycznego

- informacyjny,
- dyrektywny,
- niedyrektywny – dający rodzinom potrzebne informacje i wsparcie psychiczne, ale nie wskazujący im konkretnego sposobu postępowania.

2) Autonomia decyzji pacjenta

- świadoma zgoda na badanie, uzyskanie informacji i wybór profilaktyki,
- prawo do odmowy wykonania badań lub poznania wyników,

- polityka zdrowotna podkreślająca odpowiedzialność jednostki za zdrowie własne i potomstwa może wytworzyć obowiązek moralny poddania się badaniom.

3) Przekazywanie informacji w sposób zrozumiały dla pacjenta

- waga zrozumienia sposobu dziedziczenia i określenia ryzyka choroby oraz możliwych wariantów postępowania,
- trudność w ocenie ryzyka (od 21 do 75% osób nie pamięta lub nie rozumie przekazanych im w czasie porady informacji).

4) Zasada zachowania tajemnicy lekarskiej a prawo do uzyskania informacji genetycznej

- pisemna zgoda osoby badanej jako warunek przekazania wyników testów innym członkom rodziny (wyjątek: nie ujawnienie informacji może doprowadzić do śmierci innej osoby),
- informacja genetyczna ma charakter rodzinny i rutynowo powinna być udostępniana wszystkim członkom rodziny bez podania źródła,
- rozwiązania deontologiczne – dobro jednostki ponad dobrem społecznym.

5) Konieczność ochrony danych genetycznych i prywatności jednostki

- ryzyko wykorzystania informacji genetycznej na niekorzyść badanych osób (pracodawcy, ubezpieczenie),
- ryzyko stygmatyzacji i dyskryminacji genetycznej.

6) Przygotowanie pacjentów do odbioru wyników

- zapewnienie programu wsparcia dla pacjentów i pomocy psychologa,
- rozpoznanie psychologicznych i emocjonalnych obciążeń związanych z pozytywnym lub negatywnym rozpoznaniem,
- poczucie winy (za przekazanie choroby, za bycie zdrowym w rodzinie obciążonej wysokim ryzykiem choroby),
- poczucie wstydu.

Następnym zagadnieniem są problemy bioetyczne związane z diagnostyką prenatalną. Argumenty przemawiające na rzecz badań prenatalnych:

- celem badań jest uwolnienie matki od lęku (w 95%),
- wskazania medyczne do diagnostyki prenatalnej – schorzenia kończące się śmiercią w okresie dzieciństwa lub związane z nieusuwalnym bólem lub cierpieniem,
- kobieta ma prawo do informacji na temat stanu zdrowia płodu (CBOS – 1999 r.: 81% za; 5% przeciwko),
- postawę heroiczną można zalecać, nie można jej wy magać,
- diagnostyka prenatalna jest dobrowolna, potwierdzają to badania empiryczne,
- diagnostyka prenatalna jest antyeugeniczna (2/3 zdrowego potomstwa to nosiciele),

- nie ma logicznego związku pomiędzy diagnostyką prenatalną a zmniejszeniem wysiłków na rzecz opieki nad ludźmi niepełnosprawnymi.

Krytyka badań prenatalnych:

- odmawianie prawa do życia osobom z wadliwym wyposażeniem genetycznym,
- akceptacja dyskryminacji genetycznej i idei eugenicznych,
- społeczny i kulturowy nacisk na poddawanie się badaniom powoduje poczucie winy w przypadku odmowy,
- wyraz opresji, jakiej poddawane są kobiety w społeczeństwie patriarchalnym (feminizm),
- nie można pogodzić selekcji prenatalnej z postnatalną solidarnością.

Zalecenia etyczne WHO dotyczące diagnostyki prenatalnej z 1998 r.:

- dostęp do diagnostyki prenatalnej zależy od potrzeb medycznych, a nie od możliwości poniesienia kosztów (sprawiedliwość),
- diagnostyka prenatalna powinna być dobrowolna (autonomia),
- diagnostyka prenatalna winna być dostępna niezależnie od poglądu małżonków na temat aborcji (autonomia),
- może być wykonywana wyłącznie dla określenia stanu zdrowia płodu,
- nie wolno jej stosować wyłącznie dla wyboru płci lub poświadczenia ojcostwa (nie szkodzić).

Ostatnim zagadnieniem, jakim chciałbym się zająć jest terapia genowa i klonowanie człowieka. Współczesna medycyna pozwala już na transplantację komórek, tkanek i narządów. Somatyczna terapia genetyczna, czyli wymiana nieprawidłowego genu, bez wpływu na komórki linii rozrodczej jest w sferze badań naukowych (próby kliniczne w zaawansowanych procesach nowotworowych). Obecny pogląd na terapię genową komórek linii rozrodczej stwierdza, że może się okazać szkodliwa dla przyszłych pokoleń i nie znajduje zastosowania u człowieka. Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy uchwaliło następującą Rekomendację dotyczącą inżynierii genetycznej:

- wolność prowadzenia badań naukowych stanowi istotną wartość, ale wiąże się z odpowiedzialnością za zdrowie i bezpieczeństwo społeczeństwa,
- prawo do życia i ludzkiej godności zakłada prawo do dziedziczenia struktury genetycznej, która nie została sztucznie zmieniona,
- dokonywanie zmian w wyposażeniu genetycznym jednostki składa na lekarza i rodziców olbrzymią odpowiedzialność za jakość życia przyszłej osoby,
- techniki inżynierii genetycznej powinny być stosowane tylko w celach leczniczych,
- należy wprowadzić kontrolę społeczną badań genetycznych i prób interwencji w dziedzictwo genetyczne człowieka.

Kolejnym dokumentem poruszającym zagadnienia eugeniki i genetyki człowieka jest Powszechna Deklaracja o Genomie Ludzkim i Prawach Człowieka, przyjęta jednogłośnie

przez państwa członkowskie UNESCO na 29 sesji Konferencji Generalnej (11.XI.1997 r.), która deklaruje:

- wystąpienie przeciwko odrodzonemu przez badania nad genomem redukcjonizmowi biologicznemu, sprowadzającemu człowieka tylko do jego wymiaru genetycznego,
- genom ludzki stanowi wspólne dziedzictwo ludzkości. Nie wolno czerpać zysków finansowych z badań genomu i przywłaszczać sobie prawa do patentowania ludzkich genów (obowiązek upowszechniania wyników badań),
- podkreślenie społecznej odpowiedzialności za rezultaty badań i sposób ich wykorzystania,
- godność człowieka nie jest uzależniona od jego cech genetycznych. Każdy człowiek ma prawo do poszanowania swojej godności, wolności i przysługujących mu praw. Nikt nie może być przedmiotem dyskryminacji ze względu na swoje wyposażenie genetyczne.

Klonowanie, czyli powielanie organizmów roślin i zwierząt o korzystnych cechach genetycznych nie budzi zastrzeżeń moralnych. Uwagi dotyczą dwóch kwestii:

- klonowanie może prowadzić do zaniku zmienności gatunkowej i powodować genetyczne skostnienie ras i gatunków,
- efekty klonowania mogą zostać w znacznym stopniu zmienione przez niekorzystny wpływ środowiska.

W odniesieniu do człowieka dyskusja dotyczy:

- klonowania tkanek i narządów (transplantacje),
- klonowania reprodukcyjnego,
- klonowania terapeutycznego.

Klonowanie reprodukcyjne istot ludzkich uważane jest powszechnie za niedopuszczalne moralnie ze względu na:

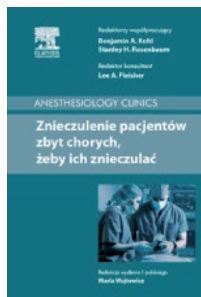
- zasadę poszanowania godności ludzkiej,
- prawo do integralności i tożsamości osobowej,
- prawo do posiadania unikalnego genotypu,
- niepowtarzalną wartość życia każdej osoby.

Klonowanie terapeutyczne – wykorzystanie komórek macierzystych do leczenia chorób genetycznych – różnica zdań taka sama, jak przy innych eksperymentach na zygotach, wynika przede wszystkim z różnicy zdań, co do statusu moralnego pozaustrojowej zygoty. Prowadzenie badań naukowych nad ludzkimi zarodkowymi komórkami macierzystymi musi spełnić następujące warunki bioetyczne:

- wykorzystuje się wyłącznie komórki i linie komórkowe pochodzące z udokumentowanego źródła,
- zarodki ludzkie, wykorzystane dla pozyskania komórek macierzystych lub utworzenia linii komórkowych, są zarodkami ponadliczbowymi (powstałymi w wyniku medycznego zapłodnienia *in vitro* w celu zainicjowania ciąży, ale nie mające już służyć osiągnięciu planowanego celu),
- dawcy zarodków wyrazili dobrowolnie pisemną zgodę na określone wykorzystanie tych zarodków,
- dawcom zarodków nie przysługuje żadna korzyść rzeczowa lub pieniężna.

Marek NEUBERG

(przedruk z biuletynu Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie nr 6/12)



Znieczulenie pacjentów zbych chorych, żeby ich znieczulić. Anesthesiology Clinics

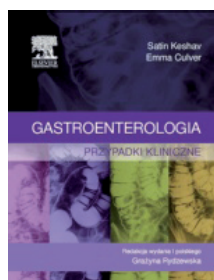
B.A. Kohl, S.H. Rosenbaum, L.A. Fleisher; wyd. I polskie, red. M. Wujtewicz, rok wydania: 2013; ISBN: 978-83-7609-843-2, format: 170 x 245, opr. twarda, 210 stron, cena: 94.50 zł (210 ELS pkt)

Niniejszy podręcznik jest wyjątkowy, co sugeruje już jego intrygujący tytuł. W odróżnieniu od innych publikacji z zakresu anestezjologii, skoncentrowano się w nim na zagadnieniach związanych ze znieczuleniem pacjentów obciążonych licznymi schorzeniami, którzy wymagają zabiegu operacyjnego i znieczulenia. Chorzy ci niejednokrotnie stanowią duże wyzwanie dla anestezjologa, zwłaszcza gdy zabieg odbywa się w trybie natychmiastowym lub pilnym.

Redaktorzy prezentowanej publikacji wybrali potencjalnie groźne dla pacjenta stany kliniczne, towarzyszące jego „chorobie chirurgicznej”. Przedstawili ich patologię, której zrozumienie jest niezbędne do wyboru optymalnego postępowania z pacjentem w okresie okołoperacyjnym.

• Szczegółowo omówiony problem znieczulania pacjentów z licznymi schorzeniami.

• Omówione stany kliniczne, stanowiące potencjalne zagrożenie dla pacjentów.



Gastroenterologia. Przypadki kliniczne

S. Keshav, E. Culver; wyd. I polskie, red. G. Rydzewska, rok wydania: 2013; ISBN: 978-83-7609-900-2, format: 182 x 240, opr. twarda, 210 stron, cena: 94.50 zł (210 ELS pkt)

opr. broszurowa, 200 stron, cena: 95.40 zł (212 ELS pkt)

Podręcznik dla studentów medycyny, rezydentów i praktykujących lekarzy prezentujący prawdziwe przypadki kliniczne z zakresu gastroenterologii, dostarczający duży zasób wiedzy praktycznej. Pierwsza część książki zawiera informacje z zakresu anatomii i fizjologii przewodu pokarmowego, a także omówienie sposobów badania pacjenta. W części drugiej podręcznika znajdują się opisy 23 przypadków klinicznych, w których omówiono procesy chorobowe dotyczące górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego, wątroby, trzustki, przewodów żółciowych i zaburzeń czynnościowych jelita. Autorzy książki położyli główny nacisk na kliniczne rozumowanie w taki sposób, aby czytelnik miał możliwość przyjrzenia się jak wiele możliwych ścieżek jest rozważanych w praktyce przed postawieniem diagnozy i skierowaniem leczenia.

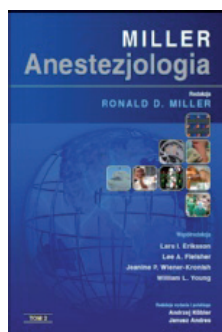
Ostatnia część książki zawiera zestaw pytań sprawdzających, opartych na treści każdego z rozdziałów ułatwiających zapamiętanie kluczowych informacji.

• Publikacja przedstawia praktyczne, kliniczne i interdyscyplinarne ujęcie tematu.

• Omówione sposoby badania pacjenta.

• 23 przypadki kliniczne.

• Zestaw pytań sprawdzających, ułatwiających zapamiętanie materiału.



Anestezjologia Millera. Tom 2

R.D. Miller; wyd. I polskie, red. A. Kübler, J. Andres, publikacja trzytomowa, rok wydania: 2013 (890 ELS pkt); ISBN: 978-83-7609-609-4, format: 216x276, opr. twarda, 876 stron, cena: 400.50 zł.

Podręcznik Miller. Anestezjologia od ponad 25 lat uznawany jest za najdokładniejsze i najbardziej wyczerpujące źródło wiedzy

z zakresu współczesnej anestezjologii. Jednym z głównych atutów tej książki jest jej kompleksowość i niezwykle obszerna baza bibliograficzna oparta na aktualnych pozycjach piśmiennictwa.

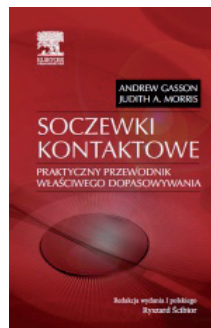
Obok tradycyjnych obszarów praktyki anestezjologicznej omówione zostały również najnowsze techniki znieczulenia i monitorowania funkcji organizmu z uwzględnieniem naukowych dowodów dotyczących teorii, praktyki i technicznych aspektów każdego działu anestezjologii. Polskie wydanie tej pozycji zostało podzielone na trzy tomy.

Tom pierwszy zawiera trzy główne działy, tj. fizjologię, farmakologię i opiekę pooperacyjną. Tom drugi zawiera rozdział na temat ryzyka i nadzoru w anestezji.

• Najdokładniejsze i najbardziej wyczerpujące źródło wiedzy z zakresu anestezjologii.

• Najważniejsze informacje umieszczone w tabelkach.

• Szczegółowe instrukcje postępowania z pacjentem przedstawione krok po kroku.



Soczewki kontaktowe. Praktyczny przewodnik właściwego dopasowywania

A. Gasson, J. A. Morris; wyd. I polskie, red. R. Ścibior, rok wydania: 2013; ISBN: 978-83-7609-973-6, format: 140 x 215, opr. twarda, 464 strony, cena: 147.60 zł (328 ELS pkt)

Książka stanowi nowoczesny przewodnik omawiający wszelkie aspekty związane z prawidłowym doбором soczewek kontaktowych. W przejrzysty sposób przedstawiono informacje dotyczące m.in. rodzajów soczewek kontaktowych, ich zasad doboru i dopasowania, rodzajów płynów pielęgnacyjnych, powikłań występujących przy ich używaniu, a także zastosowania soczewek kontaktowych u dzieci.

W podręczniku omówiono również najistotniejsze kwe-

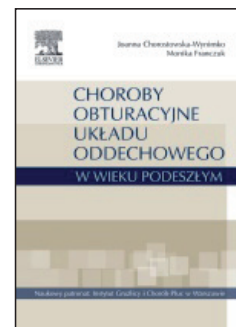
stie z zakresu anatomii i fizjologii oka, zasad badania pacjenta jak również oprzyrządowania wykorzystywanego w trakcie doboru soczewek kontaktowych. Pozycja adresowana jest do studentów optometrii, praktykujących optometrystów, a także lekarzy okuliści i optyków.

W publikacji:

• Rodzaje soczewek kontaktowych, zasady doboru i dopasowywania.

• Zastosowanie soczewek kontaktowych u dzieci.

• Podstawowe informacje z zakresu anatomii i fizjologii oka, zasad badania pacjenta i oprzyrządowania wykorzystywanego w trakcie doboru soczewek.



Choroby obturacyjne układu oddechowego w wieku podeszłym

J. Chorostowska-Wynimko, M. Franczuk; wyd. I polskie, rok wydania: 2013

ISBN: 978-83-7609-846-3, format: 170x245, opr. twarda, 186 stron, cena: 70.20 zł (156 ELS pkt)

Choroby obturacyjne układu oddechowego w wieku podeszłym to publikacja stanowiąca kompleksowe omówienie złożonej problematyki tej grupy chorób.

Autorami opracowania są wybitni polscy specjaliści, którzy przedstawili najbardziej współczesne informacje na temat epidemiologii, patofizjologii, diagnostyki i terapii chorób obturacyjnych u pacjentów w podeszłym wieku.

Niniejsza pozycja jest dedykowana szerokiemu gronu lekarzy POZ, ale również internistom i specjalistom w dziedzinie chorób płuc, jako cenne źródło uaktualnienia już posiadanej wiedzy.

W publikacji: informacje na temat epidemiologii, patofizjologii, diagnostyki i terapii chorób obturacyjnych w wieku podeszłym.

Optima Medycyna SA oferuje pracę w Podstawowej Opiece Zdrowotnej w Prudniku. Poszukujemy lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej, ogólnej, chorób wewnętrznych, ale także lekarzy w trakcie specjalizacji oraz chcących się specjalizować. Informacje o firmie można zdobyć na naszych stronach: www.optima-medycyna.eu.

Zainteresowanych prosimy o kontakt pod telefon: 77/436-86-88 lub mail: biuro@optima-medycyna.eu

* * *

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zaodrze” w Opolu zatrudni lekarza pediatrę lub lekarza medycyny rodzinnej (także w trakcie specjalizacji) do pracy w Poradni Dziecięcej. Kontakt tel.: 77/457-33-38, 77/474-46-92.

* * *

Stowarzyszenie Auxilium „Hospicjum Św. Arnolda Janssena w Nysie” nawiąże współpracę z lekarzem zainteresowanym pracą w Hospicjum Stacjonarnym i Domowym.

Wymagania: lekarz specjalista z medycyny paliatywnej, bądź lekarz w trakcie specjalizacji z medycyny paliatywnej, lub lekarz legitymujący się ukończeniem kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej organizowanego przez jednostkę posiadającą uprawnienia do prowadzenia specjalizacji w dzie-

dzinie medycyny paliatywnej, lub lekarz który zobowiąże się do niezwłocznego uzupełnienia wymaganego kursu.

Wymagane dokumenty:

- dokumenty potwierdzające wykształcenie i doświadczenie zawodowe
- list motywacyjny, CV

Forma zatrudnienia oraz warunki pracy – do omówienia podczas osobistego kontaktu.

Zainteresowane osoby prosimy o kontakt telefoniczny (tel. 601-913-630, 600-085-506), czy mailowy: hospicjum_auxilium@poczta.onet.pl, lub ewentualnie – przesłanie dokumentów na adres: Stowarzyszenie Auxilium „Hospicjum Św. Arnolda Janssena w Nysie”, 48-304 Nysa, ul. Sienkiewicza 7B, z dopiskiem – Lekarz.

Prosimy o zamieszczenie następującej klauzuli:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji obecnego i przyszłych procesów rekrutacji zgodnie Ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2002r. nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

* * *

„TAR-MED.” Spółka Partnerska Lekarzy w Tarnowie Opolskim ul. Gen. Świerczewskiego 1 od dn. 1.01.2014 r. wynajmie pomieszczenia na gabinet stomatologiczny. Istnieje możliwość wynajmu wraz z sprzętem dotychczas używanym lub instalacją sprzętu własnego.

Kontakt: 77/403-22-95 lub 608-509-015 i 608-509-016.



BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, www.izbalekarska.opole.pl; nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

REDAKCJA: Jerzy Lach. OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 6; NAKŁAD: 2.500 egz. ISSN 1426-661X