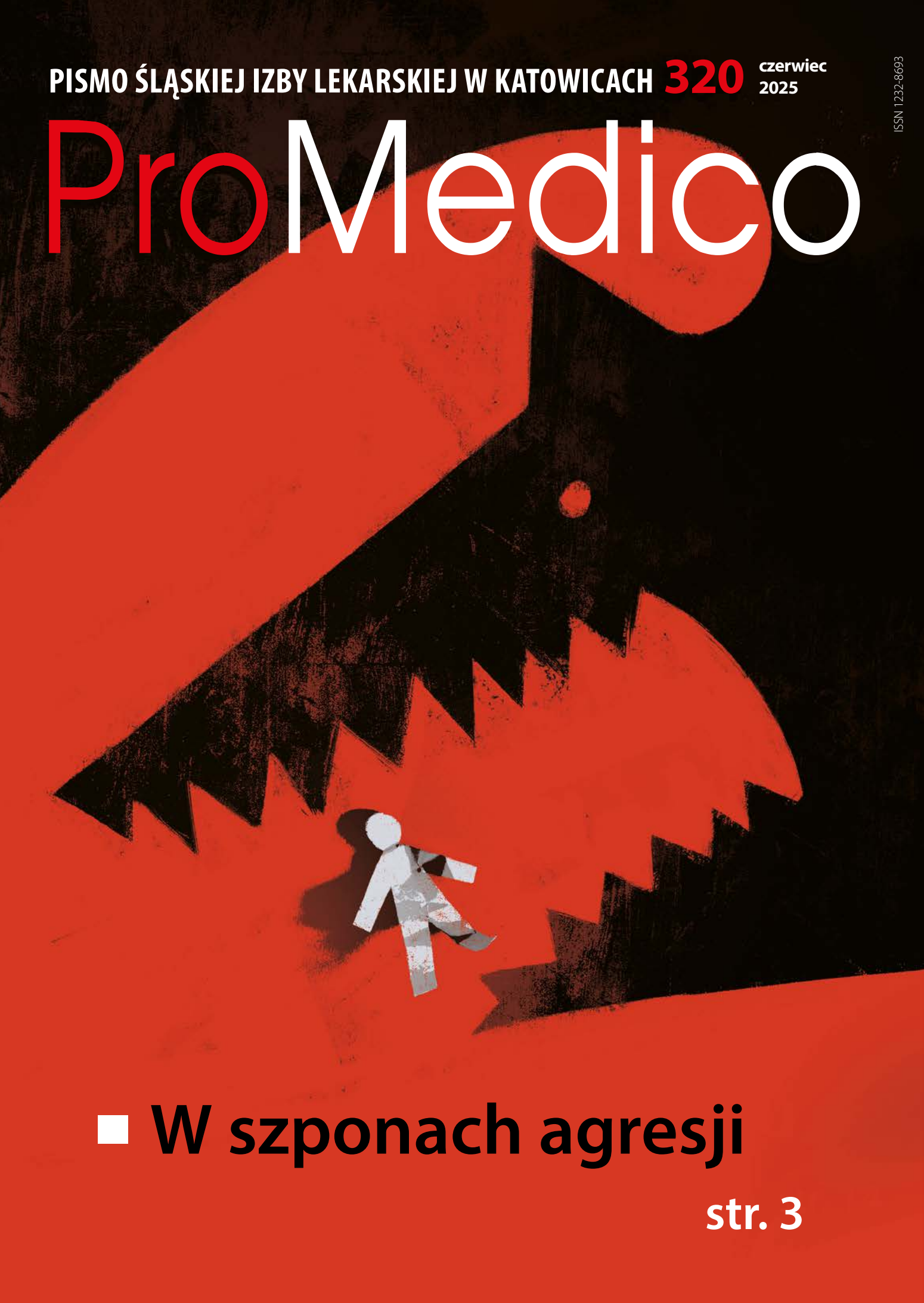


ProMedico



■ **W szponach agresji**

str. 3



APARTAMENTY
INWESTYCYJNE

OFERTA
DLA
LEKARZY

RABAT
-10%

DLA PRACOWNIKÓW
PLACÓWEK
MEDYCZNYCH



Nano Apart to wysokiej klasy apartamentowiec zlokalizowany przy ulicy Grochowskiej w Warszawie.

Apartamenty zostaną wyposażone i wykończone pod klucz w standardzie odpowiadającym czterogwiazdkowemu hotelom.

Korzystaj samemu lub wynajmij i zarabiaj*

WAŻNE: pełny zwrot VAT przysługuje,
nawet jeśli zakupu dokonuje osoba prywatna, np. lekarz.

Doradcy: Krystyna +48 696 646 660 / Tomasz +48 888 549 007 / www.nanoapart.pl

Apartament 21 m² / **cena dla lekarzy – 336 tys. zł netto**

* gwarancja pełnej obsługi najmu

Powiem wprost

Zabójstwo lekarza...



Dr n. med.
Tadeusz Urban
prezes
Okręgowej Rady Lekarskiej

 @drTadeuszUrban

29 kwietnia 2025 roku to dzień, w którym zmieniło się tak wiele... W Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie doszło do przerażających scen. W trakcie przyjmowania pacjentki w poradni, do gabinetu wtargnął niezadowolony były pacjent. Sięgnął po nóż i zabił doktora Tomasza Soleckiego. To niewyobrażalna tragedia. To mógł być każdy z nas. Rano pożegnał się z rodziną i już do niej nie powrócił. Taki sposób myślenia wywołuje szczególny związek z tym zdarzeniem. To dzień, kiedy hejt w postaci ataków słownych i przejawów agresji, zrealizował się w najgorszym z możliwych scenariuszy.

10 maja odbył się w Warszawie marsz milczenia, w którym wzięli udział przedstawiciele wszystkich zawodów medycznych praktycznie z całej Polski. Przeszliśmy ulicami miasta do siedziby Ministerstwa Zdrowia. Przed gmachem organizatorzy przekazali Pani Minister nasze postulaty i otrzymaliśmy obietnicę pilnego pochylenia się nad nimi. Będziemy to monitorować, bo ta tragiczna i bezsensowna śmierć nie może pozostać bez wprowadzenia zmian, chroniących tych, którzy pomagają innym, a dzisiaj są szczególnie narażeni na ataki agresji.

Nasza Izba stworzyła możliwość zgłaszania aktów agresji, wymierzonych w nas – lekarzy i lekarzy dentyistów. Musimy mieć materiał, który wskazuje, jak często jesteśmy atakowani. Pomożemy przygotować zgłoszenia do organów, które – zgodnie z obietnicami Pani Minister – zajmą się ściganiem wszelkich przejawów agresywnych zachowań. Komendy Wojewódzkie Policji mają wypracować realnie i szybko funkcjonujący system powiadamiania o konieczności pilnej interwencji, tak aby przemocowe zachowania miały szanse być przerwane przez funkcjonariuszy.

Niestety, teraz nadeszły czasy, gdy przez lata dopuszczany hejt, nieścigane, a nawet politycznie podkręcane akty agresji przeciwko nam, trafiają do ludzi nieradzących sobie z otoczeniem, ludzi pozbawionych psychicznych oporów, ludzi pod wpływem środków odurzających, tracących całkowicie kontakt ze światem rzeczywistym. Ci ludzie mogą posunąć się do najgorszych czynów. Dzisiaj oglądanie wiadomości pokazuje, że aktów agresji spowodowanych przez osoby z problemami adaptacyjnymi jest bez liku. Strzelaniny w szkołach, wjeżdżanie samochodami w zgromadzone tłumy, agresja na drogach i mnóstwo tego typu zdarzeń. Może też medialne przekazy, pokazując falę zła, niepotrzebnie „lansują” takie wydarzenia.

Podziwiam kraje skandynawskie, które nie nagłaśniają wydarzeń związanych z niepowodzeniami medycznymi. Są one analizowane w dedykowanych do tego instytucjach, ale dla dobra społecznego nie robi się z tego newsów do wydarzeń dnia.

Tę datę zapamiętamy na długo i mam nadzieję, że nigdy nie powtórzy się taka tragedia, jak w krakowskim szpitalu. ■

Informatorium

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

- ▶ **32 60 44 276**
Główny numer, informacja o numerach wewnętrznych ŚIL
- ▶ **32 60 44 251**
Dyrektor Biura ŚIL
- ▶ **32 60 44 253**
Sekretariat Biura ŚIL
- ▶ **32 60 44 264**
Dział Informacyjno-prasowy:
mediasil@izba-lekarska.org.pl
Rzecznik prasowy:
a.vdc@izba-lekarska.org.pl
- ▶ **32 60 44 210**
Dział Rejestru Lekarzy
- ▶ **32 60 44 220**
Dział Prywatnych Praktyk
- ▶ **32 60 44 225**
Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Lekarzy
- ▶ **32 60 44 265**
Zespół Radców Prawnych
- ▶ **32 60 44 240**
Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Katowicach
- ▶ **32 60 44 270**
Sekretariat Komisji: Bioetycznej, ds. Konkursów i ds. Etyki Lekarskiej
- ▶ **32 60 44 280**
Sekretariat Okręgowego Sądu Lekarskiego w Katowicach
- ▶ **32 60 44 230**
Składki
- ▶ **32 60 44 235**
Dział Finansowo-Księgowy
- ▶ **32 60 44 237**
Główny Księgowy
- ▶ **32 60 44 290/91**
Dział Administracyjno-Gospodarczy
- ▶ **32 60 44 260**
Redakcja pisma „Pro Medico”:
p.biernat@izba-lekarska.org.pl
- ▶ **32 60 44 263**
Ogłoszenia i reklamy w „Pro Medico”:
g.matusiak@izba-lekarska.org.pl



Prof. dr hab. n. med.
dr h. c. multi
Aleksander Sieroń

CHOLERA, CO ZA BAJKA!

Dzisiaj opowiem Państwu bajkę. Bajkę o królach i małych królikach. Jak to w bajce, ewentualne podobieństwo do konkretnych sytuacji jest czysto przypadkowe. Podobno każdy ma to, na co zasłużył. To mądre powiedzenie mówi: nie szukaj wokół siebie niczego innego, tylko lustro.

W mojej bajce pojawili się wysłannicy, których przysłał Wielki Mannitou. A w jednym z wielkich krajów bajkowego świata pojawił się wysłannik Boga. Wysłany po to, żeby jego kraj stał się większy, lepszy i bogatszy, a on sam mógł się cieszyć, że są takie kraje i kraiki, które liżą go po dupie. Piszę bez kropek, bo nastąpiła już taka moda i semantyczna na to zgoda. Ten posłany przez Boga władca świata zmienia zdanie, jak chirurg rękawiczki po badaniu per rectum. Po drugiej stronie ziemskiego świata w tej bajce jest wielki król botoksów, który też posłany przez Boga robi tego pierwszego i innych w piękne bambuko i to tak, że robieni mu dziękują. Trzeci wielki, o miłym uśmiechu wśród zmarszczek, ma ich obu na widelcu, bez względu na liczbę tzw. procentów 145 czy 245. Ale i na naszym „odrażającym” podwórku starych bajkowych krajów jest tłusty siwy pan z przedziałkiem na środku głowy. Ten, z wiszącego nad paskiem brzucha, wyciąga to, co dla niego dobre. A jak dla niego dobre, to niekoniecznie dla jego kraiku.

Wiele lat temu uznano, że „liberum veto” to patologia, ale kto królowi lub królikowi zabroni. Na naszym podwórku też można znaleźć ciekawe zdarzenia mówiące – dajcie mi trochę władzy, a uznam, że trochę to dużo. W mojej bajce królikiem wszystkich medyków został mały sprytny króliczek. Ma tylko jedno marzenie. I spełnia je. Chce być widoczny i głośny. Nieważne, czy wie, co mówi i obok kogo stoi. Jest królikiem!

Bajki są opowieścią za górami i lasami. Czasem bliżej. Otóż w jednej z medycznych wiosek pojawiła się króliczka. Taki żeński królik. Na początku pracy zauważyła, że jedna z podległych jej medyczek cechuje się nie tylko większą wiedzą, ale także ma szybszego konia, a lustreczko powiedziało jej, że medyczka jest od pani króliczki ładniejsza. Jak można żyć razem w takiej wiosce? Biorąc przykład z opisanych wyżej króli i królików, postanowiła się jej pozbyć. No bo ma władzę. No i nie jest medykiem, czyli i tak wie więcej od jakiegoś gównianego medyka czy medyczki. Dobrze, że to, co opisałem dzieje się tylko w bajce. Koniec bajki.

Drodzy Czytelnicy, Koleżanki i Koledzy. Dziękuję za sympatyczne maile i miłe słowa o moich felietonach. Mam nadzieję, że spełniają jakąś funkcję w tym trudnym dla nas świecie. ■



Tomasz Solecki
(†29 IV 2025)





Prof. dr hab. n. med.
Jacek Gawrychowski

Epitafium dla Lekarza

Będzie to tekst poważny – śmiertelnie poważny, jak poważna i tragiczna może być tylko bezsensowna śmierć spowodowana nie wiedzieć jakim demonem – złości? frustracji? choroby? w końcu czegokolwiek? Niemniej bez względu na przyczynę, skutki działania tegoż demona zwykle bywają tyleż ostateczne, co nieodwracalne.

Kiedy jednak zastanowimy się nad naszym normalnym biologicznym życiem i jego istotą stwierdzimy, że nie sprowadza się ono tylko do mniej lub bardziej skomplikowanych procesów chemicznych zawiadywanych, poprzez w praktyce nieskończone w swoich możliwościach funkcje genów. Bowiemy te reakcje bywają uzależnione od przekazywanych nam informacji, również z zewnątrz, którymi jesteśmy bombardowani, nierzadko lawinowo, jak i w sposób niekontrolowany.

I to te informacje, często manipulowane, stają się katalizatorem (katalizatorami) działania – czyjego? – naszego czy demona pobudzanego tak często informacyjną mową nienawiści. A wiemy przecież doskonale, że raz przedostająca się do publicznej wiadomości informacja (także ta nieprawdziwa, ale wzbudzająca sensację) krąży praktycznie w wirtualnej rzeczywistości stale, bez względu na skutki, także czynienie zła i cierpienie. I to ta właśnie informacja, będąca często nieprawdziwą, ale powtarzana wielokrotnie (w wolnym tłumaczeniu wypowiedzi: kłamstwo powtarzane 1000-krotnie staje się prawdą) zaczyna żyć swoim własnym życiem, przez to stając się uprawdopodobnioną, a w końcu najprawdziwszą prawdą.

Z historii wiemy doskonale, czyje to stwierdzenie. A przecież jeszcze nie tak dawno słyszeliśmy z ust, również ministra, że... ten pan już nikogo nie zabije. W tym przypadku chodziło o lekarza wykonującego swój zawód. Ileż to razy w końcu słyszeliśmy o mordercach ginekologach. To właśnie demon nienawiści kazał wzięci pełniąca dyżur lekarkę w szpitalu, pozabawiając ją możliwości ratowania zdrowia i życia powierzonych jej opiece pacjentek. Ten sam zresztą, który złośliwie trapi ludzi

i pozwala na eskalację przemocy i nienawiści w stosunku do „innych”. Czy ponownie musimy zacząć bać się Smętka?

Ileż to razy nierzetelnie potwierdzone informacje o błędach medycznych pojawiają się w medialnym świecie na bieżąco. Tutaj też nie można przejść do porządku dziennego nad hejtem wylewanym na ratowników medycznych i pielęgniarki, a więc grupy zawodowe, które przeważnie jako pierwsze spieszą na ratunek drugiemu człowiekowi. Ale demon czegokolwiek w sposób bezkrytyczny żywi się tymi informacjami, on się nimi syci, by w końcu wyrzygać wręcz głoszony nienawistnie przekaz. A do tego, co jeszcze może bardziej wzbudzić demona czegokolwiek (zawiści), jak nie przekazywane informacje o krociowych zarobkach lekarzy, wzbogacających się na krzywdzie ludzkiej? Jeszcze nie tak dawno słyszeliśmy hasło jednego z posłów (nieżyjącego już, dlatego nie wymieniam z imienia i nazwiska), tu. cyt. „pokaż lekarzu co masz w garażu”, który następnie kazał... brać lekarzy w kamasze. Jakież to są pożytki dla demona czegokolwiek, aby spuścić kolejny hejt na lekarzy i całą służbę zdrowia. A jeżeli ten hejt padnie na podatny grunt demona czegokolwiek, choroby, także złości i frustracji, to staje się on nagle nie tylko sędzią w sprawie, ale i katem.

Ten felieton piszę będąc pod wrażeniem tragedii, która wydarzyła się w Krakowie 29 kwietnia roku pańskiego 2025, kiedy został zamordowany przez swojego pacjenta – lekarz. On nie poległ na służbie, nie walczył, został bowiem zaskoczony nie mając w praktyce jakichkolwiek możliwości obrony. On został na tej służbie zamordowany, mówiąc wręcz wulgarnie – został zaszlachtowany. Zaś genezy tego wydarzenia dopatruję się m.in. właśnie w kar-

mieniu demona czegokolwiek nierzadko nierzetelnymi informacjami i szczuciem nie tylko zresztą na lekarzy, ale na całą służbę zdrowia. I ta zbrodnia w moim odczuciu wpisuje się w listę zbrodni opartych o hejt i bezsensowny sens poszukiwania wroga. Prezydent Gdańska Paweł Adamowicz, nasz Kolega – dr Tomasz Solecki... Kto będzie następny? Nie! Nie pozwólmy na to! A ze wszystkimi patologicznymi demonami – tymi faszyzującymi również – zacznijmy wreszcie walczyć i okażmy w tej walce naszą solidarność.

Jak wynika z niepotwierdzonych informacji (jedynie opartych na doniesieniach medialnych) podobno nasz Kolega zwracał się do organów ścigania o pomoc, albowiem już wcześniej był w różnych formach napastowany przez tegoż pacjenta, który w końcu dokonał zbrodni. Dlaczego więc skarga lekarza, przecież w końcu funkcjonariusza publicznego, odbiła się tak słabym, albo żadnym odzewem ze strony odpowiednich służb?

Na zakończenie, jako lekarzowi pokolenia, które przed otrzymaniem Dyplomu Lekarza jeszcze składało przysięgę Hipokratesa niech mi wolno stwierdzić, że żaden demon zła, żadne bezsensowne i nieracjonalne działania poparte wszechobecnym hejtem nie zniszczą naszego lekarskiego sensu bycia z chorym i bycia dla chorego.

Felieton ten napisany jest ku pamięci Naszego Kolegi – Lekarza, którego poznałem dopiero po Jego śmierci – zamordowanego na służbie w trakcie wykonywania swoich obowiązków.

P.S.

1 maja 2025 roku media doniosły o pobicie przez pacjenta pielęgniarki, będącej w trakcie dyżuru w szpitalu. ■



Dr n. med.
Mieczysław Dziedzic
Rzecznik Praw Lekarza
Śląskiej Izby Lekarskiej

Zatrzymać agresję

Zabójstwo lekarza w krakowskim szpitalu klinicznym jest konsekwencją narastającej agresji wobec medyków spowodowanej nieprawidłowym funkcjonowaniem ochrony zdrowia.



Fot. Chroma Stock

Lekceważenie opinii samorządu lekarzy przez kolejne ekipy rządowe, nie prowadzi do poprawy systemu ochrony zdrowia, stąd niezadowolone pacjentów i roszczeniowość wobec lekarzy. Oczekiwania społeczeństwa są coraz wyższe i proporcjonalne do troski o własne zdrowie: domaganie się szybkości w udzielaniu świadczeń, żądanie respektowania indywidualnych potrzeb i to niezależnie od uwarunkowań czy realnych możliwości placówek medycznych finansowanych przez NFZ.

System jest abstrakcją, więc w powszechnym odbiorze społecznym to lekarze odpowiadają za odległe terminy operacji, za kolejki, brak dostępności do specjalistycznego leczenia. Powtarzające się ataki o podłożu politycznym i światopoglądowym prowadzą do upadku

autorytetu lekarzy i innych zawodów medycznych. W konfrontacji z systemem na pierwszej linii ognia są lekarze i ta grupa zawodowa jest adresatem wyimaginowanych pretensji pacjentów, agresji werbalnej w formie wyzwisk, przekleństw, przemocy psychicznej, a nawet ataków fizycznych. Agresja staje się zjawiskiem powszechnym i odczu-

walnym. Ponad 70 % lekarzy zetknęło się z agresywnymi pacjentami, a ok. 30 % z bezpośrednią agresją fizyczną.

Reakcją samorządu na różne formy przejawów wrogości wobec lekarzy ze strony administracji, pracodawców, a także, co warto podkreślić, wymiaru sprawiedliwości, które udzielały się społeczeń-

Jesteśmy coraz częściej narażeni na nieuzasadnioną wrogość i stajemy się ofiarami pacjentów. Lekarze, jako grupa zawodowa, są obiektem ataków z wielu stron: pacjentów i ich rodzin, a większość przypadków nie jest rejestrowanych, bo biały personel nie zawsze zgłasza agresję słowną.

stwu i pacjentom w ostatnich latach, było powołanie Rzeczników Praw Lekarzy. Ustanowienie 15 lat temu rzeczników przy izbach okręgowych stwarzało nadzieję, że lekarze uzyskają instytucjonalne wsparcie w sytuacjach konfliktowych z pacjentami i poprawi się ich bezpieczeństwo. Tyle tylko, że lekarze, jako grupa zawodowa, nie mają żadnych praw, poza tymi, które należą się każdemu obywatelowi.

Do rzeczników zwracają się lekarze w związku z naruszeniem przez pacjentów ich dóbr osobistych, godności (art. 23, 24, 30 kodeksu cywilnego) czy też w przypadku znieważenia, pomówień lub czynnej napaści (art. 212, 216, 222, 223, 226 kodeksu karnego). Postępowanie rzeczników praw lekarzy rozpoczyna się od złożenia wniosku przez lekarza o udzielenie pomocy prawnej, poręczenia bądź wsparcia finansowego. Rzecznicy nie mają szerokich uprawnień, a zaznaczyć należy, że ściganie winnych, przy powoływaniu się na wyżej wymienione artykuły, może odbywać się tylko z oskarżenia prywatnego, które wniesie lekarz. Zastosowanie wyjątku od tej reguły, a więc postępowanie publicznoscargowe, umożliwi jedynie art. 44 ustawy o zawodach lekarza, który przyznaje lekarzom ochronę prawną należną funkcjonariuszom publicznym tylko w nagłych przypadkach podejmowania czynności ratunkowych lub gdy lekarz pracuje w ramach kontraktu z NFZ. Tym samym ustawodawca podtrzymuje zasadę kiedyś obowiązującą, że lekarz prywatnie praktykujący należy do gorszego gatunku profesjonalistów i nie może

Udopornienie się i przyzwolenie na znieważanie może spowodować eskalację przemocy, dlatego należy konsekwentnie reagować na każdy taki przypadek, traktując to jako profilaktykę bardziej drastycznych form agresji, a jednocześnie sposób na domaganie się od społeczeństwa szacunku, który kiedyś był przypisany do zawodu lekarskiego.

liczyć na ochronę prawną w przypadku wyzwisk, znieważenia, przemocy i napaści fizycznej ze strony pacjenta.

Analizując dotychczasowe doświadczenia rzeczników praw lekarzy nasuwa się wniosek, że jesteśmy coraz częściej narażeni na nieuzasadnioną wrogość i stajemy się ofiarami pacjentów. Lekarze, jako grupa zawodowa, są obiektem ataków z wielu stron: pacjentów i ich rodzin, a większość przypadków nie jest rejestrowanych, bo biały personel nie zawsze zgłasza agresję słowną. Lekarze nie mają przekonania, że każdy taki przypadek należy zgłaszać do stosownych instytucji i robią to wyłącznie dla formalności, bo scysje często wynikają z niedoskonałości systemu ochrony zdrowia, stanu chorobowego, emocjonalnego, frustracji czy alkoholu lub środków psychoaktywnych. Utarczki słowne, wyzwiska i werbalną agresję lekarze traktują wprawdzie jako zachowania nieakceptowalne, ale wobec powszechności takich sytuacji uznają to jako normalne warunki pracy. Udopornienie się i przyzwolenie na znie-

ważanie może spowodować eskalację przemocy, dlatego należy konsekwentnie reagować na każdy taki przypadek, traktując to jako profilaktykę bardziej drastycznych form agresji, a jednocześnie sposób na domaganie się od społeczeństwa szacunku, który kiedyś był przypisany do zawodu lekarskiego.

Degradacja statusu zawodowego znajduje akceptację w postanowieniu prokuratury o odmowie wszczęcia dochodzenia w sprawie publikowania na Facebooku pomówienia lekarza o czynności seksualne wobec pacjentek, tj. o czyn z art. 212 kodeksu karnego: „z uwagi na brak potrzeby ochrony praworządności i interesu społecznego”. Tak więc zaufanie potrzebne dla wykonywania zawodu nie leży w interesie społecznym. Dość często do rzeczników zwracają się młodzi lekarze, rezydenci z SOR-u lub poradni, gdzie pracują „na froncie”, zgłaszając konflikty z pacjentami. W takich przypadkach istotną pomocą w opresyjnej dla nich relacji byłaby pomoc przełożonego lub kierownika specjalizacji, ale na ogół oburzenie na zachowanie pacjenta przeważa nad doświadczeniem i umiejętnością rozładowania konfliktu.

OBWIESZCZENIE PRZEWODNICZĄCEGO OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ W KATOWICACH

Stwierdza się, że wygaś mandat delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy oraz mandat zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Katowicach w związku ze śmiercią dr. n. med. Krzysztofa Niteckiego.

**Przewodniczący
Okręgowej Komisji Wyborczej
Stanisław Borysławski**

Młodzi lekarze nie powinni pozostawać w konflikcie z chorymi. Część lekarzy, po zgłoszeniu do rzecznika konfliktu z pacjentem, nie kontynuuje postępowania o naruszenie dóbr osobistych, godności zawodowej czy utratę zaufania. W takich przypadkach Rzecznik Praw Lekarza może wystąpić przed sądem powszechnym jako oskarżyciel posiłkowy, bądź amicus curiae, czyli przyjaciel sądu dodatkowo wyjaśniający przed Temidą istotę sporu. Do wyjątkowych sytuacji należy autonomiczna, lekarska odmowa podjęcia leczenia agresywnego pacjenta. W takim przypadku należy rygorystycznie przestrzegać art. 30 i 38 ustawy o zawodach lekarza oraz art. 7 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Dla zapewnienia bezpieczeństwa profesjonalistów medycznych wymagane są zmiany w decyzjach administracyjnych, przepisach prawa, ale także zmiany w mentalności lekarzy i pacjentów. ■

Ataki na medyków nie mają prawa się zdarzać

Rozmowa z Aleksandrą Zawadzką-Rosiak, psychologiem o specjalności klinicznej.

– **Agresja to dziś język, który słychać na ulicy, w szkołach, w pracy, w świecie online...**

– Od kilku lat mam poczucie, że żyjemy w społeczeństwie, które ulega emocjonalnemu przeciążeniu. Duży wpływ mogą mieć czynniki zewnętrzne, takie jak: kilka lat pandemii, wojna niedaleko nas, niepewność ekonomiczna, tempo życia. To napięcie przekłada się na sposób, w jaki ludzie reagują. Często gwałtownie, impulsywnie, czasem wręcz nieprzewidywalnie. A jednym z najczęstszych ujęć tych emocji stała się agresja.

– **Skąd dziś bierze się taka agresja wśród ludzi?**

– Psychologia tłumaczy to wielowymiarowo. Model ABC agresji (Anderson & Bushman) wyjaśnia, że wynika ona ze zderzenia czynników sytuacyjnych, jak frustracja, używki, stres; osobowościowych (np. wyższa impulsywność) i neurobiologicznych. Na to jak potrafimy regulować emocje ma również wpływ środowisko, czynniki wychowawcze i rodzinne. Dodatkowo, według teorii Cannon'a, jeśli pojawia się w nas zagrożenie, to zaczynamy funkcjonować w trybie walki, ucieczki lub zamrożenia. Wtedy maleje zdolność do samo-kontroli, ale również empatii. Więc jeśli na przykład jesteśmy przeciążeni stresem, to nasz układ nerwowy skupia się na przetrwaniu, nie na uprzejmości. Agresja może stać się strategią ochronną – nieoptymalną, ale szybką.

– **A co z przestrzenią publiczną?**

– Media społecznościowe, internet, grupy dyskusyjne wzmagają radykalizację emocji. Sprzyja temu anonimowość, tzw. efekt deindywidualizacji. Uczestnicy internetu zaczynają zachowywać się inaczej w grupie niż indywidualnie. Znika poczucie osobistej odpowiedzialności, osłabia się kontrola i tolerowanie zachowań impulsywnych, osłabia się również wrażliwość społeczna. Efektem tego może być „rozlanie” agresji, która nie jest skierowana personalnie, ale uderza w tych, którzy są pod ręką.

– **Dlaczego na celowniku agresorów znaleźli się pracownicy ochrony zdrowia?**

– Odpowiedź może być brutalnie prosta: jesteśmy widoczni. Mamy na sobie identyfikatory, fartuchy, uniformy – jesteśmy twarzami pewnego systemu, który od lat budzi wiele emocji. Lekarz, ratownik, pielęgniarka – łatwo obarczyć ich winą za chaos, ból, cierpienie, niepewność. Bywamy tymi, którzy przekazują trudne informacje. Dodatkowo ataki mają miejsce, bo pacjent myśli, że może sobie pozwolić.

– **Czy gesty, jak marsze milczenia, coś zmieniają?**

– Tak, ale nie rozwiążą problemu systemowo. Są sygnałem – do społeczeństwa, ale i do nas samych – że nie chcemy się na tę przemoc zgadzać, że stawiamy granice. W psychologii mówimy o sile wspólnoty i poczuciu sprawstwa – a takie działania mają moc wzmacniania jedności.



Fot. A. van der Coghnen

Aleksandra Zawadzka-Rosiak pracuje na klinicznym oddziale psychiatrycznym Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego w Tarnowskich Górach oraz Centrum Zdrowia Psychicznego.

– **Czy ta agresja to polska specjalność?**

– W wielu krajach personel medyczny doświadcza agresji. Różni się jej natężenie i reakcja instytucji. W raporcie WHO z 2023 roku podkreślono, że aż 63% pracowników ochrony zdrowia w Europie doświadczyło przemocy słownej lub fizycznej. Polska nie jest wyjątkiem.

– **Co więc możemy zrobić?**

– Po pierwsze – potrzebujemy społecznej psychoedukacji o emocjach, zarządzaniu stresem, o tym jak alkohol i środki psychoaktywne wpływają destrukcyjnie na organizm i zachowanie, jak wspierać młodych ludzi w ich rozwoju psychicznym. Po drugie – systemowych działań chroniących personel: procedur i wsparcia psychologicznego. I po trzecie – wspólnoty. Bo nie przetrwamy tego w pojedynkę. Co istotne, nie możemy jako społeczeństwo traktować przemocy wobec medyków jak coś, co „się czasem zdarza”. Nie, to się nie ma prawa zdarzać. ■

Rozmawiał: Piotr Biernat



Piotr Biernat

zastępca redaktora naczelnego
Pro Medico

Prawo do wyboru?

To był początek kwietnia, piątek około południa, gdy pakujący się na koncert szantowych pieśni ginekolog dr Maciej Jędrzejko z Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Katowicach-Ligocie odebrał na Messengerze list od umierającej pacjentki.

W dramatycznych słowach opisała pragnienie godnego spędzenia ostatnich chwil swojego życia, bez cierpienia, w pełnej świadomości. Prosiła by jej list upowszechnić z podpisem „Eutanazja Kowalska”.

„...Ja, prawniczka, żona, matka, pacjentka potwierdzam: cierpienie nie uszlachetnia. To zdanie powinno być wyryte nad wejściem do każdego hospicjum, każdego sejmiku, każdego kościoła i każdej sali sądowej, gdzie decyduje się o życiu innych ludzi. Bo ja już wiem. Wiem, co znaczy oddawać moc przez cewnik. Być karmioną przez PEG. Mieć wylonioną stomię. Wyc z bólu po cichu, w nocy, mimo pompy z morfiną. Wiem, co znaczy bać się śmierci – tylko tego, jak długo jeszcze potrwa umieranie. To nie duchowa podróż. To rozkład. To bezradne czekanie w bólu na śmierć. Panie Doktorze – błagam Pana, nie jako pacjentka, ale jako człowiek – niech Pan opublikuje ten list. Niech Pan wykrzyczy to, czego ja już nie zdążę powiedzieć... CZŁOWIEK MA PRAWO ODEJŚĆ GODNIE, GDY MEDYCYNĄ I PSYCHOLOGIA SĄ BEZRADNE. Nie proszę o śmierć. Proszę o możliwość wyboru...”

Jeszcze tego samego dnia list miał w Internecie kilka milionów odtworzeń i udostępnień oraz kilka tysięcy komentarzy – rozszedł się viralowo. Portale i gazety prześcigały się w jego publikowaniu. Wielu ludzi czytało i płakało. Zamurowało nawet tak twardego facetów jak członków szantowego zespołu Banana Boat, w którym od lat gra dr Jędrzejko.

Po kilku dniach, powie dziennikarzom, że każde zdanie w tym liście było potwierdzeniem tego, co od dawna myśli i czuje na temat eutanazji, ale nigdy nie odważył się głośno wypowiedzieć.

– Pracuję w zawodzie już 21 lat, diagnostyką raka piersi zajmuję się od ponad 10. Obecnie co najmniej kilka moich pacjentek jest w podobnej sytuacji. Jednak nigdy jeszcze żadna pacjentka w tak mocny sposób do mnie nie wróciła – mówi. – Ona wykrzyczała to, co wielu z nas w sobie hamuje, gdy trzymamy za rękę umierających i cierpiących chorych.

Na początku trudno było mu skojarzyć tę pacjentkę. Ma ich wiele. Po postawieniu diagnozy na podstawie biopsji gruboigłowej kieruje je do instytutów onkologii, gdzie onkolodzy przejmują leczenie. Pacjentki wracają na konsultację ginekologiczną raz lub dwa razy w roku. W zaawansowanych stadiach choroby zwykle po dwóch, trzech kolejnych wizytach kontakt się urywa... Pacjentki chorujące na zaawansowane postacie raka piersi, jajnika, szyjki macicy – znikają. Nie przychodzą na kolejne wizyty. Czasem nadchodzą smsy od mężów z podziękowaniami od żony, która właśnie odeszła. Ale tym razem było inaczej.

– Była moją pacjentką, gdy pracowałem jeszcze w Piekarach Śląskich – przypomina sobie doktor Jędrzejko. – Twarzy nie pamiętam. W liście poprosiła wprost, żebym zanonimizował jej dane i zmienił na Eutanazja Kowalska.

– Napisała, że pierwszy raz zgłosiła się do mnie na wizytę mniej więcej cztery lata temu i że miała dużego – pięciocentymetrowego guza piersi. Wysłałem ją na mammografię, wynik badania (BIRADS 0) był niepewny i niemiernodajny, zaproponowałem od razu biopsję gruboigłową. Potem jeszcze dwa – trzy razy była u mnie na wizytach, ostatni raz mniej

więcej rok temu. Wtedy jeszcze śmiała się, że dzięki naszym psychoonkologicznym rozmowom żyje dłużej. Była już po radykalnej mastektomii z usunięciem węzłów chłonnych i chemio-radioterapii, ale niestety, okazało się, że pojawiły się przerzuty i rozpoznano u niej IV stadium – rozsiały proces nowotworowy.

W czasie konsultacji dr Jędrzejko zawsze długo rozmawia z pacjentkami. Nie tylko o samej chorobie. Stara się wyciągać je z marazmu i oczekiwania na śmierć. Dlatego opowiada o tym, jak mogą smakować każdy dzień zamiast je liczyć. Rozmawia o przyjemnościach, marzeniach, pasjach, także o seksie i orgazmach. Niektórzy się dziwią, mówią, że to nie wypada. Seks w chorobie nowotworowej to nadal temat tabu. A tymczasem na temat onkoseksualności na Zachodzie organizuje się poważne konferencje naukowe. W czasie chemioterapii, radioterapii zawsze istnieją problemy związane z suchością pochwy, libido, poczuciem własnej atrakcyjności – co wpływa na dramatyczny spadek komfortu współżycia. Dlatego dr Jędrzejko pyta, jak to wygląda w życiu pacjentek i oczywiście słyszy najczęściej, że co? Seks? Nie, nie, seks to absolutnie nie. I wtedy opowiada, jak istotny jest dotyk, przytulanie, pieszczotki, regularne doprowadzanie (się) chorej do orgazmów. Mówi o mechanizmie uwalniania przeciwnowotworowych beta-endorfin czy hamowaniu kortyzolu, który jest głównym hormonem promującym nowotwory i hamującym układ odpornościowy oraz komórki NK kluczowe dla zwalczania nowotworów. Eutanazja Kowalska w liście przyjemnie wspomina te chwile i podkreśla, że rozmowy były dla niej bardzo ważne, zmieniły całko-

wicie jej nastawienie do ciała i do życia. Doszła do wniosku, że nawet po mastektomii może być piękna dla kochającego męża, na którego ponownie się otworzyła. Napisała, że to był dla niej, pod względem seksu, najlepszy rok w życiu.

Ale niestety to nie był list o życiu z happy endem, to było pożegnanie.

„...nie mam już siły. Nie wstanę, nie sięgnę po tabletki, nie rzucę się z okna. Wiem, że jeśli będzie trzeba – mój mąż... przyłoży mi poduszkę do ust, gdy już nie będę dawać rady. Tylko, że on będzie z tym żył. Z poczuciem, że mnie zabił. A ja chcę, żeby ktoś – jak w Holandii, jak w Belgii, jak w Kanadzie – usiadł przy mnie, wziął za rękę i powiedział: »Nie możemy już nic więcej zrobić. Szanuję pani decyzję. Zaraz pani zaśnie«. I teraz pytanie do Was – do tych, którzy to czytają: Gdybyś był na moim miejscu – chory terminalnie, połamany, w bólu, który rozrywa duszę – czy chciałbyś mieć prawo, by zakończyć to wszystko, zanim staniesz się tylko ciałem do przewijania pampersa?!”

Kiedy cytuję mu fragmenty listu – mimo że czytał go dziesiątki razy – doktor Jędrzejko nie ukrywa wzruszenia i łez. Rozmawiamy po dyżurze, między jednym a drugim wywiadem. Wciąż dzwonią kolejni dziennikarze, właściwie z tymi samymi pytaniami.

– Są ludzie – przyznaje doktor – którzy uważają, że cierpienie uszlachetnia i można je ofiarować Bogu. Jeśli im to pomaga, niech decydują tak jak im dyktuje serce. Jestem agnostykiem, nie uważam, że cierpieniu należy nadawać jakiś magiczny sens. Możemy opowiadać sobie różne historie czy bajki, by się poczuć lepiej, ale jako lekarz wiem, że jesteśmy częścią przyrody, nasze życie się zaczyna i kończy. Dlatego nie chcę mitologizować cierpienia i nie szukam na siłę jego sensu. Cierpienie dla mnie, jako lekarza, jest objawem klinicznym, który mam obowiązek skutecznie leczyć. Jeśli jednak medycyna i psychologia wyczerpią wszystkie możliwości redukcji cierpienia, to musimy pacjentowi powiedzieć prawdę, że osiągnęliśmy moment bezradności i bezsilności. I wtedy trzeba zacząć rozmawiać o odchodzeniu, o tym jak to będzie. Jakie będą kolejne etapy. Jakie są możliwości medycyny paliatywnej. Jaką mamy strategię dalszych działań.

Tylko że my nie umiemy rozmawiać o śmierci.

– Nie umiemy i boimy się tego, odwracamy wzrok, którego pacjent tak bardzo w tym momencie potrzebuje. Tymczasem właśnie wtedy trzeba z nim porozmawiać i odważnie, pokazać mu prawdę, że nie ma już nadziei, że czas uporządkować swoje sprawy. Przeprowadzić ważne

rozmowy. Może przeprosić lub pogodzić się z synem, córką, żoną, matką, ojcem, przyjacielem? Jak pisał ksiądz Kaczkowski „nie ma szalu, jest rak” – on mówił „nie potrzebujemy waszej litości, potrzebujemy waszej miłości, obecności i tego że powiecie nam, że nigdy nie zostawicie nas w tej ostatecznej chwili samych”.

U nas w Polsce temat śmierci jest infantylnie „magiczny”, bajkowo „święty”, czarodziejsko „tajemniczy”. Tymczasem w dojrzałych społeczeństwach zachodniej cywilizacji mówi się o końcu życia w sposób normalny, naturalny, bez uciekania od pacjenta. Prostym, ale empatycznym, taktownym, pełnym wycucia językiem. Zamiast czarów i magii jest zwykła ludzka troska o stworzenie godnych warunków do odchodzenia dla umierającego człowieka.

Jak mogę umierać godnie i w dodatku na własnych warunkach?

– Na przykład w stacjonarnych hospicjach, miejscach, gdzie odchodzisz tak, jak chcesz. Twój bliski mogą tam być i spać z tobą. Masz swój pokój w którym możesz rozmawiać, śpiewać, tańczyć, słuchać muzyki, powiesić własne obrazki i zdjęcia na ścianach. Uzyskujesz informację, że konsylium lekarskie określiło z całą pewnością, że wyczerpano wszelkie możliwości redukcji cierpienia, wydało zgodę na eutanazję i teraz decyzja należy do ciebie. Gdy ból będzie już nie do wytrzymania, to można skorzystać z opcji sedacji paliatywnej lub eutanazji. Można. Nie trzeba.

Zaraz, a gdzie misja lekarza, aby walczyć do końca?

– Dla mnie – lekarza – życie też jest świętością i najważniejszą sprawą, ale kiedy medycyna jest bezradna, to nie jest w porządku, aby skazywać ludzi na straszne cierpienie i tzw. chałupnicze mieszanki leków, narkotyków, alkoholu, które ludzie i tak stosują do tzw. „eutanazji domowej”, a potem umierają w szale narkotycznym. Bo, jak mówią, odebrać życie może tylko ten, kto je dał, czyli Bóg.

– Tak myślą chrześcijanie – ale nie wszyscy – np. protestanci zależnie od nurtu dopuszczają eutanazję, prawosławni traktują cierpienie jako mistyczne oczyszczenie i zakazują eutanazji. Islam podobnie – zakazuje samobójstwa, ale dopuszcza przerwanie uporczywej daremnej terapii. Judaizm zakazuje wszelkiego skracania życia, ale dopuszcza odłączenie od urządzeń podtrzymujących życie przy braku rokowania na wyjście z tego stanu. Hinduizm, najstarsza religia świata – ma złożone i niejednolite podejścia. Honoruje w pewnych przypadkach akt współczucia w formie eutanazji biernej. W buddyzmie życie ma wartość absolutną, ale działa-



Rys. K. Dąbrowska

nie z uzasadnionym współczuciem może zmieniać ocenę moralną eutanazji.

A ci, którzy nie wierzą w żadnego Boga? – Nie mają komu ofiarować swojego cierpienia, bo nie wierzą w istnienie żadnych sił wyższych. Czy ich ból jest gorszy niż osób wierzących? Oni muszą mieć prawo do zakończenia swojego cierpienia na swoich zasadach – stwierdza stanowczo dr Maciej Jędrzejko, którego telefon od czasu, gdy ujawnił swe poglądy na eutanazję zalewany jest setkami obraźliwych i wulgarnych określeń od przeciwników eutanazji w Polsce. Ale na jego lekarskie biurko równie licznie każdego dnia spływają kolejne pytania i opinie od medyków, jak i ludzi spoza świata medycznego zainteresowanych szczegółami rozwiązań tego, wciąż u nas jeszcze drażliwego i omijanego, tematu.

Co z autorką listu do lekarza? Po tygodniu nadszedł ostatni list w tej sprawie. Tym razem od męża pacjentki: *„Proszę podziękować wszystkim, którzy udostępnił list mojej ukochanej żony. Odeszła tak, jak chciała i wtedy, kiedy chciała – na swoich zasadach. Ból był nie do zniesienia, ale Eutanazja nie chciała sedacji – bo ją otepliała i usypiała. Ona chciała odejść po swojemu, w pełni świadomie, trzymając nas za ręce. Byliśmy przy niej do końca... Poprosiła, by podczas infuzji puścić jej na koniec utwór Beethovena „Dla Elizy”. Bo tak naprawdę miała na imię – Eliza.”* ■



Barbara Kopczyńska

Specjalista anestezjologii
i intensywnej terapii
oraz medycyny paliatywnej
lekarz i kierownik medyczny
w Hospicjum w Chorzowie

Eutanazja nie jest rozwiązaniem dla chorego

Przysięga Hipokratesa (przekład z języka greckiego prof. dr hab. Marian Wesoły): „Nie podam nikomu śmiertelnego leku, nawet jeśli będzie mnie prosił, ani nie udzielę nikomu takiej porady... Zachowam czyste i nieskalane życie moje i moją sztukę.”

Chciałam być lekarzem, pomagać ludziom, być z nimi. Młoda, pełna ideałów studentka medycyny, zafascynowana Hipokratesem, Majmonidesem dostrzegałam kontynuację ich idei w przykładzie życia moich Mistrzów – i znanych Profesorów, i Lekarzy ze szpitali miejskich, poradni. Na szczęście było ich wielu.

Jako anestezjolog towarzyszyłam chorym w ich zmaganiach o powrót do zdrowia, czasem z sukcesem, a czasem nie. Gdy sukcesu nie było, chory „odchodzący” potrzebował pomocy, o którą w szpitalu, w poradni, było trudno. Także w mojej rodzinie miałam doświadczenie ciężkiej, nieuleczalnej choroby i umierania. Rozwiązanie znalazłam w hospicjum. Jestem lekarzem od 1983 r., a dodatkowo lekarzem hospicjum od 1996 roku. To doświadczenie (pod opieką naszego hospicjum odeszło ponad pięć i pół tysiąca chorych, zdecydowana większość z nich była moimi pacjentami) pozwala mi zabrać głos, a także stać się ich głosem.

Rozwój hospicjów i medycyny paliatywnej zasługuje na osobny artykuł, bo to fascynująca historia. Tutaj skupię się na ostatnim etapie choroby nieuleczalnej i na chorych u kresu. Jedną z zasad medycyny paliatywnej jest równowaga między: UTRZYMUJ ŻYCIE, a POZWÓL ODEJŚĆ, gdy przyjdzie czas...

To nie jest tak, że każdy chory ma dobrze kontrolowane objawy i wystarczające wsparcie swoich bliskich. Bywa różnie. Też czasem słyszę prośbę „niech mi pani da coś, żebym zasnął i już się nie obudził” itp. Wtedy próbuję rozmawiać i zwykle znajduję konkretne przyczyny tych prośb. Zła kontrola objawów, brak wspar-



Fot. Adobe Stock

cia, odrzucenie, samotność. Prof. Krystyna de Walden-Gałuszko – pierwszy konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej – uczyła, że „na ból duchowy nie ma lekarstwa farmakologicznego, lekarstwem jest drugi człowiek”. W swoich badaniach wykazała, że „chęć eutanazji słabnie lub znika z chwilą poprawy warunków leczenia i opieki”. Każdy chory potrzebuje kogoś, komu może zaufać i to właśnie lekarz jest po to, by chory nie był ze swoim cierpieniem sam.

Ból, cierpienie, mogą wzbudzać pokusę eutanazji, ale eutanazja nie jest rozwiązaniem problemów chorego, jest pozbyciem się problemu wraz z chorym. Nie buduje zaufania do lekarza, bo jeśli lekarz może zabić, to jak mu ufać? Lekarz nie zawsze wyleczy, ale ma leczyć, bo jest od leczenia, a nie od zadawania śmierci, tak samo, jak strażak jest od gaszenia pożaru, a nie od podpalania – tak zwykł mawiać prof. Jerzy Jurkiewicz, neurochirurg. Europejskie Towarzystwo Opie-

ki Paliatywnej EAPC podało w 2003 roku definicję eutanazji: „lekarz w sposób zamierzony (celowo) zabija osobę poprzez podanie leków na dobrowolne i kompetentne żądanie tej osoby” i definicję samobójstwa wspomaganego PAS (physician-assisted suicide): „lekarz w sposób zamierzony (celowo) pomaga osobie popełnić samobójstwo poprzez dostarczenie leków do samodzielnego podania na dobrowolne i kompetentne żądanie tej osoby”.

EAPC potwierdza, że ani eutanazja, ani PAS, nie są procedurami medycznymi choć z wykorzystaniem środków leczniczych, ani nie są elementem opieki paliatywnej. W 2015 roku EAPC podtrzymało to stanowisko. Eutanazja jest zawsze czynna – ani odstąpienie od terapii, ani zaniechanie terapii na prośbę pacjenta, nie jest eutanazją, lekarz nie zabija poprzez odłączenie od respiratora, ale pozwala choremu umrzeć (Medycyna Paliatywna 2025 pod red. prof. A. Ciałkowskiej-Rysz

i prof. T. Dzierżanowskiego, wydawnictwo Termedia).

No tak, ale co, gdy rzeczywiście medycyna nie pozwala na dobre kontrolowanie dokuczliwych objawów? Tu EAPC rekomenduje sedację paliatywną jako działanie medycznie uzasadnione – reakcję na objaw. Celem nie jest zabicie chorego, ale ulga w cierpieniu. Definicja sedacji paliatywnej podana przez EAPC: „w podstawowym znaczeniu polega na stosowaniu leków, które obniżają LUB w pełni znoszą świadomość chorego w celu łagodzenia cierpienia w sytuacji, gdy nie jest możliwe uśmierzenie opornych na leczenie objawów z pomocą innych dostępnych metod postępowania”.

W 2024 roku EAPC utrzymało zalecenia odnoszące się do sedacji paliatywnej określając warunki, które należy spełnić przy jej stosowaniu, m.in. stwierdzenie oporności objawu (w ocenie chorego objaw „nie do zniesienia”, w ocenie lekarza objaw „nie do uśmierzenia”) oraz

Też czasem słyszę prośbę „niech mi pani da coś, żebym zasnął i już się nie obudził” itp. Wtedy próbuję rozmawiać i zwykle znajduję konkretne przyczyny tych prośb. Zła kontrola objawów, brak wsparcia, odrzucenie, samotność. Prof. Krystyna de Walden-Gałuszko – pierwszy konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej – uczyła, że „na ból duchowy nie ma lekarstwa farmakologicznego, lekarstwem jest drugi człowiek”.

miareczkowanie dawek leków i monitorowanie głębokości sedacji. To działanie wpisuje się w filozofię opieki paliatywnej – zgody na nieuchronną śmierć, ale nie jej powodowanie.

Eutanazja dla medycyny to regres. Gdyby ciężko chorych „nierokujących” poddawano eutanazji, to najpewniej profesor Religa nie przeszczepiałby serc, nie rozwinęłyby się dializoterapia i wiele innych

osiągnięć współczesnej medycyny, także medycyna bólu i medycyna paliatywna. Cieszę się, że jestem lekarzem hospicjum, nigdy nie żałowałam tej decyzji, a chorzy i ich bliscy nauczyli mnie doceniać i smakować każdą chwilę ŻYCIA. ■

Od redakcji:

Autorka jest prezesem zarządu Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej i Paliatywnej „HOSPICJUM” w Chorzowie.



Joanna Andrzejewska

Współczesnym okiem

Salus aegroti suprema lex esto

Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego. Kodeks Etyki Lekarskiej tylko w tym jednym miejscu używa tak silnego sformułowania jak „nakaz etyczny” (art. 2 ust. 2 KEL). W odniesieniu do innych wartości lub procedur, Kodeks powołuje się na obowiązek lub powinność. Czy można by zatem uznać, że „dobro chorego” podlega szczególnej, bezwarunkowej ochronie?

Wkraczając na grunt etyki, wchodzimy w obszar filozofii, zajmujący się wartościami i normami postępowania. Etyka to nauka, z definicji powinna być uniwersalna, wolna od jakichkolwiek religijnych czy kulturowych afiliacji.

Czy eutanazja ma na celu dobro chorego? Gdybyśmy wyobrazili sobie świat, w którym istnieje tylko pojęcie „dobra”, jako odniesienie do wszelkich działań podejmowanych przez człowieka. Gdyby tylko „dobro” miało stanowić punkt odniesienia, cel, najwyższą wartość, jaką można urzeczywistnić. Gdyby człowiek miał być ostatecznie rozliczony tylko z „dobra”, jakie uczynił – to, czy eutanazja nie stałaby obok miłości, wsparcia i najwyższej

formy empatii? Jeżeli choremu nie można pomóc, a więc kiedy wszystkie inne wartości, jak wiedza i doświadczenie lekarza, okazują się bezsilne, kiedy wszystkie procedury ochrony życia i zdrowia stają się bezużyteczne i pozostaje tylko konanie w niemożliwym do uśmierzenia bólu, czy eutanazja nie pozostaje najbardziej „ludzki” odruchem dobra?

Oczywiście, ten sam Kodeks Etyki przesądza, że lekarzowi nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa (art. 32). Kodeks karny także zabrania zabijania człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego (zabójstwo eutanatyczne, art. 150 k.k.). Więc sprawa póki co jest przesądzo-

na. Nie można pominąć tu pytania o obawy i ryzyko związane z legalną eutanazją. Nadużywanie eutanazji, w celu pozbycia się problematycznych członków rodziny lub społeczeństwa? Zabijanie (się) „zdrowych” ludzi, którym po prostu nie chce się żyć, a którym można by inaczej pomóc? Brak równości, bo dzieci i ubezwłasnowolnieni nie będą mogli o nią skutecznie prosić? Prawo jest w stanie każdą z tych sytuacji uregulować.

Pytanie, czy jako społeczeństwo, jako ludzkość, jesteśmy gotowi i otwarci na zmianę. Czy zdziwiłoby nas, gdyby na wojnie żołnierz „skrócił” śmiertelnie rannemu kole-dze agonię? Czym się różni wojna w okopach od wojny na szpitalnych łóżkach? ■

Z TEKI RZECZNIKA



Stefan Kopocz
Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej

Wymogi etosu

– Lekarz z Myszkowa usłyszał zarzuty korupcyjne. Postępowanie dotyczy między innymi przyjmowania korzyści majątkowych w zamian za pomoc w załatwianiu spraw zawodowych oraz wystawiania orzeczeń lekarskich bez wymaganych badań.

– Lekarz pracujący w jednym ze szpitali powiatowych miał przyjmować korzyści majątkowe w zamian za pomoc w załatwianiu spraw związanych z wykonywanym przez niego zawodem i pełnioną funkcją.

– Na ławie oskarżonych zasiądzie jedenastu lekarzy; nefrolog, radiolog, lekarze rodzinni, neurologi, psychiatry, orzecznicy ZUS. Za pieniądze mieli wystawiać fałszywe zaświadczenia o stanie zdrowia umożliwiające zdobywanie rent, prawa jazdy, odroczeń od służby wojskowej. Wcześniej sześciu innych lekarzy dobrowolnie poddało się karze.

– Około 400 tysięcy złotych miał stracić Narodowy Fundusz Zdrowia na procederze wystawiania i realizowania sfałszowanych recept na leki opioidowe. Dzięki poświadczaniu nieprawdy w dokumentacji medycznej były one wystawiane osobom, które nie wymagały terapii opioidami, a następnie sprzedawane w internecie.

– Jeden z lekarzy pracujący w szpitalu miał nielegalnie ładować swojego „elektryka” korzystając z energii elektrycznej placówki – w sprawie poboru przez niego prądu do prywatnego auta szpital prowadzi wewnętrzne postępowanie.

To tylko kilka przykładów zachowań tych, od których, jak to zwykle się mówi, „należy wymagać więcej”. Czy zatem takie zachowania są częste w tej grupie zawodowej, tj. medyków?

Wśród lekarzy i innych pracowników opieki zdrowotnej większość to ludzie prawi i uczciwi, ale są też tzw. czarne owce. Nie ma ich więcej czy mniej niż w innych grupach społecznych. Ale to właśnie ich zachowania są pokazywane, upubliczniane i wykorzystywane z reguły przeciwko całej społeczności lekarskiej.

Należy podkreślić, że przytoczone przykłady dotyczą tzw. przestępstw pospolitych, a przecież lekarze podlegają też odpowiedzialności zawodowej.

Jedno jest pewne. W ciągu całej historii ludzkości i w każdej właściwie części świata – bycie lekarzem oznacza coś szczególnego. Ludzie zwracają się do lekarzy o pomoc w najbardziej naglących potrzebach – złagodzenia bólu i cierpienia oraz przywrócenia zdrowia i dobrego samopoczucia. To zaś chcąc, czy nie chcąc nakłada na nich wymagania odpowiedniego zachowania, innego niż pozostałych obywateli.

Lekarze mają swój Kodeks Etyki Lekarskiej, czyli zbiór ogólnych norm etycznych stosowanych w zawodzie lekarza, które zobowiązują go do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego.

Godność zaś zawodu lekarza wynika ze szczególnego charakteru jego pracy, powierzenia mu dobra pacjenta w połączeniu z wysokimi wymaganiami etycznymi. Na społeczne postrzeganie godności zawodu składa się też wizerunek lekarza, który zależy przede wszystkim od jego fachowości i przestrzegania norm etyki zawodowej. Nie bez znaczenia, a może jednymi z najważniejszych zalet lekarza, powinny być takt, kultura osobista, sposób bycia, wyrażania się, które należą wprawdzie do indywidualnych cech człowieka, jednak wpływają na odbiór lekarza jako jednostki, jak i na opinię o całej naszej grupie zawodowej.

Na przestrzeni lat i wieków liczne traktaty, kodeksy i uchwały podkreślały nierozdzielność postawy etycznej z wykonywaniem zawodu lekarza. Na przykład zapis: „dbania o honor i godność swego stanu także kierowanie się tą zasadą we wszystkich czynnościach” (Ustawy Etyczne Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, 1901).

W czasach, gdy medycyna dysponuje technologią pozwalającą zajrzeć w głąb ludzkiego DNA, a pacjenci poszukują wiedzy w internecie, rola lekarza nie może ograniczać się wyłącznie do rozpoznawania chorób i przepisywania leków. Wręcz przeciwnie, jeszcze bardziej zyskuje na znaczeniu etos lekarza, czyli głęboko zakorzeniony zbiór wartości moralnych, co stanowi, że medycyna to nie tylko zawód, ale i powołanie. Etos lekarza opiera się na szacunku do życia i godności człowieka, działania na rzecz dobra pacjenta, tajemnicy lekarskiej, a także uczciwości, niezależności w podejmowaniu decyzji klinicznych i poza zawodowych.

I o tym jest Kodeks Etyki Lekarskiej. Jest też o tym, że lekarz nie jest tylko wykonawcą procedur, ale również powiernikiem ludzkiego losu. Każdy kontakt z pacjentem musi cechować elementem empatii, zainteresowania, zrozumienia. Etos to coś więcej niż wiedza czy procedura. To moralna odpowiedzialność za każde słowo i czyn.

To właśnie dlatego etyka lekarska tak mocno podkreśla niezależność i bezstronność w działaniu. Współczesny lekarz boryka się z wieloma trudnościami, przeciążeniem systemu, rosnącą liczbą pacjentów, często zbyt małą ilością czasu by porozmawiać. Łatwo w takiej rzeczywistości zgubić pierwotny sens zawodu. ■

Jednymi z najważniejszych zalet lekarza powinny być takt, kultura osobista, sposób bycia, wyrażania się, które należą wprawdzie do indywidualnych cech człowieka, jednak wpływają na odbiór lekarza jako jednostki, jak i na opinię o całej naszej grupie zawodowej.

PRAWO MEDYCZNE



Katarzyna Różycka
radca prawny,
Zespół Radców Prawnych ŚIL

Zmiany w prawie, o których lekarz wiedzieć powinien

W ostatnim okresie opublikowano niżej wskazane akty prawne, wprowadzające zmiany dotyczące następujących obszarów:

PROGRAMY ZDROWOTNE

26 marca 2025 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 marca 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 298). Rozporządzeniem zmieniono program profilaktyki raka szyjki macicy dodając m.in. pobranie materiału z szyjki macicy w celu wykonania przesiewowego testu molekularnego HPV HR oraz wykonanie i sformułowanie wyniku testu molekularnego HPV HR z genotypowaniem HPV 16/18. Przepisy określają kryteria kwalifikacji, a także warunki wymagane od świadczeniodawców.

KARTA DILO

Od 19 kwietnia 2025 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2025 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. z 2025 r. poz. 490). Podstawą wydania rozporządzenia określającego wzór karty DILO jest obecnie ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej, w miejsce dotychczasowej regulacji zawartej w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

PROFILAKTYKA 40 PLUS

Od 25 kwietnia 2025 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz. U. z 2025 r. poz. 535). Rozporządzeniem wprowadzono, że udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach programu pilotażowego następuje do końca maja 2025 r. na podstawie skierowań wystawionych do końca kwietnia 2025 r. Dodatkowo wydłużono do końca lipca 2025 r. okres ewaluacji pilotażu.

WSKAŹNIKI JAKOŚCI

29 kwietnia 2025 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 562). W załączniku do rozporządzenia określono karty wskaźników jakości opieki zdrowotnej.

MOJE ZDROWIE – BILANS ZDROWIA OSOBY DOROSŁEJ

Od 5 maja 2025 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki

zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 584). Rozporządzeniem wprowadzono nowe świadczenie – „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”, określając równocześnie warunki jego realizacji, a także zakres realizowanych świadczeń.

SPECJALIZACJE – MON

9 maja 2025 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 9 kwietnia 2025 r. w sprawie szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentyistów będących żołnierzami w czynnej służbie wojskowej, a także lekarzy zatrudnionych w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej podległej temu ministrowi (Dz. U. z 2025 r. poz. 533). Rozporządzeniem określono regulamin postępowania kwalifikacyjnego prowadzonego przez MON, tryb i sposób odbywania szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także lekarza zatrudnionego w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez MON, a także wzory dokumentów potwierdzających realizację programu specjalizacji i jego ukończenia.

SUBSTANCJE PSYCHOTROPOWE, ŚRODKI ODURZAJĄCE

22 maja 2025 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 598). Rozporządzeniem zmieniono m.in. wykaz i dodano nowe substancje psychotropowe, a także środki odurzające. ■

Podziękowanie

Wielkie podziękowania dla mojego doktora Marka Sowińskiego za ochronę życia i zdrowia oraz błyskawiczne przeciwdziałanie cierpieniu.

**Tadeusz
Andrzejewski**

Ośrodek Kształcenia Poddyplomowego Śląskiej Izby Lekarskiej zaprasza na kursy doskonalące i konferencje



Zapisy na stronie Śląskiej Izby Lekarskiej:
<https://izba-lekarska.org.pl/izba-dla-ciebie/ksztalcenie>

12.06

czwartek
godz. 17:00

Tajemnica lekarska i jej ujawnianie

4 punkty edukacyjne
Kierownik naukowy kursu:
prof. zw. dr hab. Teresa Dukiet-Nagórska

Kurs doskonalący online

09.09

wtorek
godz. 12-18:00

Donacja narządowa

16 punktów edukacyjnych
Kierownik naukowy kursu:
prof. dr hab. n. med. Łukasz Krzych

Kurs doskonalący online

10.09 / cz. 2
środa
godz. 12-18:00

12.06

czwartek
godz. 17:00

Badania immunoematologiczne, profilaktyka i leczenie w konflikcie serologicznym matczyno- płodowym – rola diagnostyki laboratoryjnego i lekarza

4 punkty edukacyjne
Kierownik naukowy kursu:
prof. zw. dr hab. Wojciech Cnota

Kurs doskonalący hybrydowy Online

Stacjonarny – Śląska Izba Lekarska

18.09

czwartek
godz. 17:00

Lekarz w sytuacji konfliktu obowiązków

4 punkty edukacyjne
Kierownik naukowy kursu:
prof. zw. dr hab. Teresa Dukiet-Nagórska

Kurs doskonalący online

Kursy językowe roczne

Wakacyjny kurs języka
angielskiego

Wakacyjny kurs języka
hiszpańskiego

Wakacyjny kurs języka
niemieckiego

Wakacyjny kurs języka
włoskiego



Szczegóły wkrótce na stronie ŚIL

<https://izba-lekarska.org.pl/izba-dla-ciebie/ksztalcenie/kursy/doskonalace>

Nasze kamasze

Analizując saldo domowego budżetu, wspominałem doktora Tomasza Judyma i zastanawiałem się, kto dla Stefana Żeromskiego był pierwowzorem tej postaci. Według badaczy literatury było takich lekarzy kilku, a jednym z nich jest dr Aleksander Widera, zmarły w 1901 roku, w wieku 35 lat i pochowany na cmentarzu w Sosnowcu pod nagrobkiem ufundowanym przez tamtejsze Koło Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Anatema Judyma, że lekarz może pracować bez wynagrodzenia, działa nadal, bo „zrobienie pazurków” za 200 zł to normalne wynagrodzenie za pracę, ale zakodowany i podświadomy sprzeciw budzi taka kwota za konsultację w gabinecie prywatnym pediatry. Lekarz – brzmiało dumnie, co przynosiło nieformalnie konkretne profity. Był nawet w Rudzie Śląskiej milicjant z drogowki, który za przejazdy lekarzy, za bardzo spieszących do zabrzańskiej kliniki, pobierał tylko wizytówki.

Potem pozbawiono nas wszelkich uprawnień doprowadzając do degradacji zawodu lekarskiego w hierarchii społecznej. Rozporządzenie ministra zdrowia z 1980 roku ws. bezpłatnego zaopatrzenia w leki pracowników służby zdrowia anulowano ustawą w roku 1991. Kolejna ustawa „o świadczeniach...” z 2004 roku uniemożliwiła nam korzystanie ze świadczeń zdrowotnych poza kolejnością.

Restrykcje przyjęliśmy z wyrozumiałością, uznając, że jakoś sobie poradzimy, lecz nie mogliśmy przewidzieć, że kolega, który pielęgnując dawne zwyczaje przyjmie nas do leczenia spoza kolejki pacjentów, narazi się na finansowe kary nakładane przez NFZ. Ustawa z roku 1997 podzieliła lekarzy na funkcjonariuszy ubezpieczenia zdrowotnego oraz resztę mniej uprzywilejowanych, których status społeczny i ekonomiczny uległ pogorszeniu. Występujące w następnych latach protesty lekarzy były związane z problemami finansowymi, kadrowymi i warunkami pracy.

Pod koniec 2005 roku lekarze Porozumienia Zielonogórskiego odmówili podpisania kontraktów z NFZ, domagając się zwiększenia stawek na jednego pacjenta i zagrozili zamknięciem gabinetów. Wówczas Ludwik Dorn, minister spraw wewnętrznych i administracji, by zmusić ich do pracy, powie-

dział, że „istnieje możliwość brania lekarzy w kamasze”. Kolejną wypowiedzią tego polityka, budującą wrogość między społeczeństwem a lekarzami i pielęgniarkami, była: „pokaż, lekarzu, co masz w garażu”, w kontekście ustawy o podwyżkach dla pracowników ochrony zdrowia.

Agresję wobec lekarzy eskalowano celowo i bez żadnych konsekwencji rzucając bezpodstawne oskarżenia i wydając publiczny wyrok bez procesu. – „Już nikt nigdy przez tego pana życia pozbawiony nie będzie” – powiedział Prokurator Generalny Zbigniew Ziobro o lekarzu po akcji o kryptonimie „Mengele” Centralnego Biura Antykorupcyjnego kierowanego przez Mariusza Kamińskiego (ułaskawionego za inne prowokacje). Okazało się, że można bez żadnych konsekwencji, bezkarnie atakować i poniżać lekarzy. Oburzenie, za użycie nazwiska zbrodniarza wojennego z Auschwitz w postępowaniu śledczym przeciwko lekarzom skrytykowali nieliczni, m.in. Marek Edelman i Naczelna Izba Lekarska. Dalsze działania ministra sprawiedliwości, będące formą zastraszania lekarzy i personelu medycznego, to utworzenie w prokuraturach rejonowych specdziałów do ścigania lekarzy. W roku 2012 miał miejsce protest „pieczętkowy”, gdyż zmiany w systemie refundacji leków miały negatywny wpływ na dostępność i jakość leczenia, a lekarzom pracującym bez umów z NFZ groziły drakońskie kary.

Kolejne decyzje nie poprawiły funkcjonowania ochrony zdrowia i politycy doszli do wniosku, że będzie najlepiej, gdy winą za niedoskonałości systemu obarczy się lekarzy. W 2013 roku pediatra i minister zdrowia Bartosz Arłukowicz opublikował list otwarty „Do przyjaciół lekarzy” wzywając ich do debaty o odpowiedzialności zawodowej. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej – dr Maciej Hamankiewicz skomentował: – Medialne działania ministra zdrowia ukrywają brak

reform, podważają zaufanie do zawodu lekarza i antagonizują lekarzy i pacjentów.

W grudniu 2016 roku pierwsza Rzecznik Praw Pacjenta, Krystyna Barbara Kozłowska, w piśmie do ministra zdrowia zwracała uwagę na niedobór lekarzy specjalistów, gdyż „część wykwalifikowanej kadry medycznej emigruje po zakończeniu szkoleń do krajów, w których zawód lekarza jest lepiej opłacany”. Zamiast podwyżek proponowała, aby lekarze po zakończeniu rezydentury byli zobowiązani do pracy w Polsce. Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz zwrócił się do rzeczniczki – „o ponowną analizę przedstawionego pomysłu, który nie rozwiąże problemów będących rzeczywistymi powodami emigracji lekarzy, a doprowadzi do jeszcze większej frustracji młodych lekarzy”. Inny pomysł na zatrzymanie emigracji zarobkowej lekarzy miał wicepremier Jarosław Gowin proponując, aby lekarze musieli w kraju odpracować koszt studiów, który oszacował na 500 tys. zł. Gdyby z rezydentki pensji (wtedy ok. 2,2 tys. zł) lekarz spłacał połowę, to już za 40 lat mógłby wyjechać za granicę.

Problem emigracji zarobkowej był poruszony 12 października 2017 r. w Sejmie w trakcie pytań do ministra zdrowia, Konstantego Radziwiłła. Podczas gdy z mównicy sejmowej mówiono o młodych lekarzach, którzy w każdej chwili mogą wyemigrować z Polski, a na galerii byli reprezentanci lekarzy w dwunastym dniu protestacyjnej głodówki, posłanka Józefina Hryniewicz krzyknęła: Niech jada!

Deprecjonowanie, lekceważenie i podważanie zaufania do naszej grupy zawodowej stało się elementem funkcjonowania w politycznym życiu kraju. Wrogość wobec lekarzy narastała od dłuższego czasu i coraz częściej mamy do czynienia z przejawami agresji, która u osób podatnych, może wyrażać się w skrajnych formach. ■

Leczę ludzi bezdomnych

Rozmowa z dr. n. med. Dawidem Szkudłapskim, gastrologiem, który jako wolontariusz leczy w Ośrodku Pomocy Medycznej dla Osób Bezdomnych w Chorzowie.

– Co takiego się stało, że postanowił pan leczyć osoby bezdomne?

– Jedenaście lat temu zaczynałem swoją przygodę z medycyną od pracy w izbach przyjęć i w szpitalnych oddziałach ratunkowych, gdzie trafiali chorzy często zaniedbani i bezdomni. Widziałem, że nieraz docierali oni w ostatniej chwili z zaawansowanymi poważnymi chorobami, bezradni, przestraszeni, brudni. Zastanawiałem się dlaczego tak jest i czy można coś zrobić, żeby im pomóc. Najczęściej były to osoby nieubezpieczone, bez dostępu do jakiegokolwiek opieki medycznej, bez możliwości dbania nawet o podstawową higienę. Kiedyś myślałem, że takim ludziom trzeba pomagać gdzieś w krajach Trzeciego Świata. Okazało się, że oni są tuż obok nas. I wtedy z prezesem fundacji „Podziel Sie” postanowiliśmy działać. Poszukaliśmy wolontariuszy, lekarzy szczególnie wrażliwych na potrzeby ludzi w kłopotach, darczyńców i wspólnymi siłami założyliśmy w Chorzowie Ośrodek Pomocy Medycznej dla Bezdomnych. Jedyń taki w województwie śląskim.

– Od razu przyszli bezdomni pacjenci?

– Od razu. Jakby czekali na nas. Zaczęliśmy pół roku temu i dziś jest z nami chirurg, internista, pielęgniarki, psycholog, a nawet stomatolog. Oczywiście potrzebujemy jeszcze więcej lekarzy wolontariuszy, bo niemal każdego dnia rośnie liczba bezdomnych potrzebujących naszej pomocy.

– Pamięta pan pierwszego bezdomnego, którego pan przyjmował? Jakie były wtedy emocje?

– Emocje były i są. Nie wyobrażam sobie lekarza, który widząc pacjenta w ciężkim stanie klinicznym mógłby przejść obojętnie i nie zastanawiać się, co można dla tego człowieka zrobić. Trudno mi powiedzieć, który z pierwszych dwudziestu chorych był tym pierwszym, ale to nieważne, bo każ-

dy z nich od razu potrzebował lecarskiej pomocy. Niektórym natychmiast trzeba było organizować transport do szpitala, gdzie – jak wiadomo – nieubezpieczeni przyjmowani są tylko w sytuacji zagrożenia życia. Początkowo miała być to placówka ambulatoryjna świadcząca tylko porady, ale szybko okazało się, że potrzeby są większe. Teraz przychodzą bezdomni np. w skrajnym stadium zdekompensowanej niewydolności wątroby, z rozwijającymi się chorobami nowotworowymi, z którymi nic nie robią. I nie dlatego, że nie chcą, tylko nie mają dostępu do lekarza nie tylko pierwszego, ale żadnego kontaktu. Okazuje się, że to, co dla zwykłych ludzi wydaje się proste i oczywiste, dla nich staje się wręcz niemożliwe. Dlatego mogę powiedzieć, że to co robimy w ośrodku, to nie tylko praca, ale wręcz misja.

– Czy można w takim miejscu mówić o relacji pacjenta z lekarzem? Czy oni wam ufają?

– W takim miejscu słowo zaufanie jest powiązane ze słowem godność. Staramy się stworzyć taką atmosferę, aby ci ludzie czuli się w miarę komfortowo. Często to osoby zaniedbane higienicznie, uzależnione od alkoholu, osoby, które z tych powodów zostały obdarte z godności. Nie pytamy skąd przychodzą, ani dlaczego znaleźli się na tym zakręcie życiowym, tylko pytamy co ich boli oraz od kiedy wystąpiły rany na nogach lub rękach. Dopiero po chwili i jeśli sami tego chcą, zaczynają opowiadać swoje historie. Wtedy możemy powiedzieć, że nabrali do nas zaufania i zwykle tak zaczyna się nasza relacja.

– Pamięta pan te ich życiowe historie?

– Na przykład dwa tygodnie temu kolega pacjenta przywiózł na taczce, takiej zwykłej, z ogródków działkowych, chorego, który nie był w stanie dwóch kroków zrobić, bo miał

zaawansowane choroby wątroby i serca. Miesiąc temu trafił do nas pacjent, który miał na twarzy założoną maseczkę, a pod nią skrywał zaawansowany nowotwór, który drenował do kości szczęki. Widzieliśmy, jak spod tej maski ropa kapie na podłogę. Koszmarne widok, zaawansowana infekcja, pacjent już nawet nie czuł bólu, bo nowotwór spowodował zmiany w obwodowym układzie nerwowym. Pytaliśmy go, dlaczego tak długo czekał. Mówił, że szukał pomocy, ale mówiąc kolokwialnie, nie był w stanie zakwalifikować się na konsultację, ani też na izbę przyjęć, bo choroba nowotworowa w tym miejscu ciała nie jest stanem zagrożenia życia. Trafił więc do nas. To pokazuje, jak bardzo jesteśmy potrzebni.

– Nie ma pan wrażeń, że wykonuje pracę syzyfową, bo cokolwiek zrobi, ci ludzie i tak wracają na ulicę?

– A gdy pacjenci z otyłością lub z uzależnieniami, ale ubezpieczeni, wracają do lekarza, bo nie chcą nic zmieniać w swoim życiu, to jest to praca syzyfowa, czy nie? Taka już jest misja lekarza, że trzeba nieść pomoc nawet wtedy, gdy pacjent nie przestrzega zaleceń. W środowisku bezdomnych ważne jest, aby pomóc tu i teraz i choćby tylko raz. Nie mamy możliwości ani ambicji, aby organizować i zmieniać ich życie. Zajmujemy się ich zdrowiem. Sukcesem jest, gdy taki chory do nas wraca i chce dbać o siebie.

– Jak sobie radzicie bez lekarstw? No bo coś po takiej poradzie lecarskiej, gdy chorzy nie mają pieniędzy na wykupienie lekarstw?

– Załatwiamy je trochę w sposób karłomny, ale jak się okazuje skuteczny. Dużo leków mamy od darczyńców lub sami je kupujemy, a zaprzyjaźniona apteka sprzedaje je nam bez marży. Ponadto mamy wsparcie firm farmaceutycznych, do których skierowaliśmy prośby o daro-

wizny. I choć czasem rzeczywiście brakuje nam pieniędzy, nie wypuszczamy z ośrodka nikogo bez zaopatrzenia w leki i bez pomocy.

– Czy podczas takiej wizyty rozmawiacie tak zwyczajnie jak lekarz z pacjentem? Chyba najpierw trzeba zacząć od ich umycia?

– Oni sami wiedzą, że muszą na wizytę przyjść przygotowanym i faktycznie najpierw korzystają z łazienki, mamy też awaryjną odzież. Podczas wizyt widać jak oni bardzo potrzebują zainteresowania nie tylko problemami zdrowotnymi, ale takimi zwykłymi ludzkimi. Nawiązują się między nami czasami nawet bliskie relacje. Niedawno uczestniczyliśmy w ceremonii ślubnej pary bezdomnych, która od początku istnienia naszego ośrodka leczyła się u nas. Mamy w zespole psychologa, który uczestniczy w każdej wizycie. Pani psycholog nauczyła się nawet zmieniać opatrunki i rozmawiać z pacjentami przy każdej okazji. Nas te historie opowiadane przez bezdomnych uczą pokory i przekonują, że nie wszyscy mają równy start i jak niewiele trzeba, aby to nasze piękne życie z dnia na dzień się odmieniło. Wystarczy jedna tragedia życiowa, utrata bliskiej osoby, ciężka choroba. Myślę sobie, że nie tylko my pomagamy bezdomnym, ale często oni nam też. Dzięki nim stajemy się chyba lepszymi lekarzami i ludźmi.

– Chciał pan kiedyś zrezygnować, miał dość tej pracy?

– Im więcej pracuję, tym bardziej mnie to nakręca. Widzę, że nie tylko mnie, bo wszyscy w naszym ośrodku tacy są. Dla lekarza ważne jest, aby dostrzegać potrzeby ludzi, chcieć im pomóc. Kiedy przyjmuję w ciągu dnia ponad 30 pacjentów, to wychodzę wieczorem zmęczony, ale zadowolony, że zrobiłem coś konkretnego, coś czego nikt inny nie zrobił. To powoduje, że chcę do nich wracać i mieć satysfakcję z pomagania najbardziej potrzebującym i najbiedniejszym.

– Z jakim komunikatem prozdrowotnym wypuszczacie pacjentów bezdomnych?

– Oczywiście mówimy im co zrobić, żeby polepszyć zdrowie, ale każda z tych osób podejmuje własne decyzje czy chce korzystać z naszych rad, czy pozwoli sobie pomóc, czy nie.

– Czy młodzi medycy chcą pójść pana śladem?

– Często słyszę od nich zainteresowanie i chęć pomocy. Stworzyliśmy swoistą platformę do pomagania, ale potrzeby wciąż są duże, bo pocztą pantoflową roznosi się informacja o nas i każdego dnia coraz więcej bezdomnych dowiaduje się o możliwości pomocy medycznej. Wielu młodym lekarzom dopiero tutaj, w naszym



Dr n. med. Dawid Szkuclapski

ośrodku, opadają klapki z oczu, bo widzą pacjentów brudnych, z chorobami takimi jak wszawice, świerzb, gruźlica i inne tego typu, które na początku mogą przerażać. Zatem jeśli ktokolwiek chciałby włączyć się w naszą inicjatywę zapraszam. Gdy ktoś od tej pracy oczekuje doświadczenia zawodowego, to je tu otrzyma. Tutaj zdarzają się przypadki interdyscyplinarne i to takie, których w najlepszych klinikach nie można zobaczyć. Ale prawdę mówiąc, jeśli ktoś nie będzie miał motywacji z głębi serca, to pewnie za długo z nami nie wytrzyma.

– Jak wygląda organizacyjnie praca lekarza wolontariusza w ośrodku pomocy dla bezdomnych?

– Ustaliliśmy grafik aktywności lekarzy. Jesteśmy bowiem w tym ośrodku tylko fragmentem całej misji. Nie zawsze jest tam potrzebny lekarz. Raz w tygodniu, gdy przyjmujemy bezdomnych, mamy dyżur jak w każdej poradni. Gdy więc ktoś zechce się z nami zaangażować w ten projekt, nie musi robić tego kosztem kariery naukowej, zawodowej czy rodziny. Wystarczy raz w miesiącu wygospodarować kilka godzin, aby pomagać ludziom,

których wielu nie chce dostrzegać i muszą funkcjonować jakby poza systemem.

– Czuje się pan współczesnym doktorem Judymem?

– Nie, bo nie jestem sam w tym ośrodku, tu liczy się praca zespołowa. Od czasów Judyma wszystko się zmieniło i obserwuję to nie tylko w naszym ośrodku pomocy dla bezdomnych. Dziś każdy dba o tzw. balans między pracą a życiem prywatnym tak, by wygospodarować dużo czasu dla siebie i najbliższych. Nie uważam, że to złe, choć czasem zastanówmy się, co warto dać od siebie innym ludziom. ■

**Rozmawiali:
Alicja van der Coghren
i Piotr Biernat**

Całą rozmowę obejrzeć można na videocastie na kanale YouTube pt „ŚILne Argumenty”, wysłuchać na Spotify, Apple Podcast oraz na stronie internetowej ŚIL.





Ewa Kost-Kaczmarek
Lekarz rodzinny

Moje międzyczasy

Zwyczajny dzień w POZ. Pacjenci zapisani co 15 minut, wizyta kompleksowa ma trwać 20 minut. Typowe problemy – grypa, COVID, uczucie duszności, ból w klatce piersiowej, bóle brzucha, zapalenie dróg moczowych, problemy skórne, problemy psychiczne – klasyka. Pacjent może przyjść do lekarza rodzinnego w każdej sprawie.

W opiece koordynowanej (OK) ilość zadań i wpisów w systemie komputerowym do wykonania ambitna. Ich spis mieści się na stronie A4, a są jedynie wymienione z nazwy. W tym, oczywiście, jak przy każdej wizycie, dokładne badanie fizykalne pacjenta, waga, wzrost, IPOM. Spójrzmy jednak nieco głębiej.

Pacjent A przyszedł z niewyównanym ciśnieniem tętniczym. Dzień wcześniej wzywał z tego powodu pogotowie, a dziś prosi o zmianę leków nadciśnieniowych. Poza tym prosi również o zaświadczenie o stanie zdrowia do Zespołu Orzekania o Niepełnosprawności i wniosek na pieluchomajtki. W czasie 15 minut udaje mi się rozwiązać temat główny wizyty, ale na głos zastanawiam się, kiedy wypiszę zaświadczenie i wniosek na pieluchomajtki. Pacjent, bardzo chcący mi ulżyć w tym zadaniu mówi, abym się nie martwiła, bo przecież mogą to zrobić w MIĘDZYZYCASIE.

Kolejny pacjent, poza tym, że ma objawy grypowe i one są główną przyczyną wizyty, chciałby jeszcze skierowanie do pracowni rehabilitacyjnej, a najlepiej to do sanatorium. Takie skierowania przecież można wypisać w... MIĘDZYZYCASIE.

Za chwilę telefon – trzeba pojechać do stwierdzenia zgonu pacjenta poradni. Co z pacjentami na dziś zapisanymi co 15 minut? Oto jest pytanie.

W MIĘDZYZYCASIE jeszcze wizyta przedstawiciela firmy farmaceutycznej, osobista lub telefoniczna. Dźwięk telefonu – numer nieznanymi. Miły głosik pyta, czy znajdę chwilę czasu, aby wysłuchać informacji o leku. NIE znalazłam. A swoją drogą, skąd oni wszyscy mają swój numer telefonu?

W MIĘDZYZYCASIE jeszcze do przepisania recepty od prywatnego doktora, który



Fot. Chroma Stock

zapisał leki bez zniżek. Prośby pacjentów o wypisanie skierowań na badania laboratoryjne od specjalisty, który nie wypisał im skierowania. Dlaczego? To pytanie zadaje sobie pacjent. My, lekarze, wiemy dlaczego. Wszystkie wpisy i badanie pacjenta w ramach wizyty kompleksowej OK mnie zajmują 40 minut, a i tak się spieszę. Wychodzi na to, że aby zmieścić się w przewidzianych dwudziestu minutach, to drugie dwadzieścia minut muszą zrobić oczywiście w MIĘDZYZYCASIE.

Pomiędzy pacjentami? W nadgodzinach? Nie wiem. Słyszałam kiedyś, że w Skandynawii lekarz rodzinny przyjmuje w dniu pracy 8-10 pacjentów. Ma około 45 minut na jednego pacjenta. Nie jest to wizyta kompleksowa, tylko standardowa. Chcąc dokładnie zbadać pacjenta i z nim porozmawiać tyle czasu najwidoczniej potrzebuje. Co kraj to obyczaj.

Jeśli system komputerowy szwankuje, to jeszcze w MIĘDZYZYCASIE trzeba poprosić o pomoc pana informatyka. Może jeszcze w jakimś zakamarku cza-

soprzeżeni uda mi się wystawić kartę DILO?

Widziałam kiedyś świetny film science fiction pod tytułem „Wyścig z czasem”, w którym bohaterowie mieli na przedramionach ciągle zmieniający się elektroniczny czasomierz pokazujący ich czas życia. Taki czas można było komuś dać, od kogoś wziąć, komuś ukraść. Można było zarobić czas, płacić czasem za jedzenie. Ile czasu musiałabym mieć doliczonego, aby wykonać te wszystkie zadania w MIĘDZYZYCASIE?

Mam wrażenie, że gdyby zliczyć wszystkie MIĘDZYZYCASY, to zajęłyby drugie tyle czasu, co etat.

I na tej płaszczyźnie tworzy się świat równoległy. Czasami system pyta mnie, czy aby nie jestem robotem? Coraz częściej myślę, że jednak tak. Jest taka piosenka z dawnych lat niezapomnianego Marka Grechuty – „Motorek”. Jej rytm i przekaz jest mi dziwnie znajomy. Niech moc będzie z Wami. ■



Anna Wójtowicz
Lekarz rodzinny

Uciekłam z tonącego okrętu

Słowo-klucz „międzyczas”, użyte przez koleżankę z mojej byłej przychodni POZ, dobrze rozumiem. Wymagania szybkiej, ponad ludzkie możliwości obsługi pacjentów, teleporad, recept on-line i dokumentacji stawiane przez rejestrację, zapewne wymuszone odgórnymi zarządzeniami, skutkowały u mnie, po tej wyczerpującej pracy, przykrym stanem niewyrabiania się, bezradności, a nawet zupełnie irracjonalnym poczuciem winy.

Nam, lekarzom, wspólnie działającym w tej małej placówce POZ, nawet trudno było spotkać się z powodu braku przerw i swobody w zarządzaniu swoim czasem w pracy. Nie było ani kiedy, ani gdzie porozmawiać.

Przez ostatnie miesiące w tej przychodni POZ, przeżywałam inne jeszcze trudności, niż nasilająca się walka z niedoczasem. Nieprofesjonalne wydawało mi się łączenie pacjentów z różnych grup, w wąskim korytarzyku przed moim gabinetem. Widziałam, jak siedziały tam chore, kaszlące dzieci z rodzicami (niekiedy seryjnie wymazywali im grypę w teście Combo) i nieinfekcyjnie, przewlekle chorzy dorośli, oczekujący na wizytę. Bardzo mnie te obserwacje niepokoiły. Podobnie jak naszą koleżankę pediatrę, która przyjmować musiała chore i zdrowe dzieci oczekujące w tym samym korytarzu.

Ponadto brakowało mi podstawowego sprzętu do badań lekarskich w gabinecie. Musiałam obejść się bez współczesnego ciśnieniomierza i pulsoksymetru, nie wspominając nawet o termometrze, otoskopie czy wadze. Pomimo kilkakrotnego zgłaszania tego problemu, sytuacja nie zmieniła się. Ogólnie komunikacja z personelem średnim nie układała się. W gorszych dniach porozumienie w pracy czułam tylko z pacjentami, pomimo zbyt krótkiego czasu porady.

Pamiętam niespodziane telefony z byłej przychodni, w moim prywatnym czasie, póki tam jeszcze pracowałam. Stanowczy głos z rejestracji stwierdzał: „Potrzebujemy lekarza wtedy lub wtedy. Które godziny pani obstawi?”. Przypominało mi się wtedy, gdy w czasach mojego dzieciństwa mama wynajmowała jesie-

nią za drobną opłatą, na parę godzin, szatkownicę do kapusty. Tym razem jednak to ja sama czułam się sprowadzona do roli szatkownicy. Przeżywałam bunt, bo proponowane nieregularne terminy popołudniowe nie były dogodnie. Ku mojemu zdumieniu, po 15.00 niewielka przychodnia przeżywała prawdziwe obłożenie przez pacjentów. Zza cienkich ścian gabinetu lekarza rodzinnego dochodził gwar wielu osób, jak na stacji kolejowej, który słyszałam nawet w słuchawkach na uszach. Na moich oczach w niewielkim lokalu przychodni działały mechanizmy podobne do tych opisanych w „Ziemi obiecanej” Reymonta: Szybciej pracować! Więcej lepiej kontraktowanych porad koordynowanych! Reszta normalnej pracy lekarskiej była do wykonania niejako bokiem, jakby nie trwała w czasie i nic nie kosztowała. Miałam wrażenie, że na moich oczach ten mały POZ przechodził boleśnie przeobrażenia w jakąś współczesną maszynę parową.

Czy są przychodnie POZ, w których działa jakiś genius loci, gdzie się dobrze pracuje, bez frustracji, stresu i presji z zewnątrz?

Myślę, że tak. Nawet 15-minutowy czas obsługi pacjenta oraz mniej niż pięć minut na wypisanie recepty mniej doskwiera w przyjaznej atmosferze, w zgranym, zaufanym zespole, gdzie o wszystkim można rozmawiać. W medycynie oczywiście przede wszystkim chodzi o dobro człowieka chorego, ale konieczny jest także dobrostan lekarza, bez którego niemożliwe jest profesjonalne pomaganie pacjentom. W końcu lekarz to też człowiek, niekiedy nawet chory! Potrzebuje on lepszych warunków pracy niż te niezbędne do mechanicznego poszatkowania kapusty.

Ostatecznie, po paru miesiącach stresowania się zmianami zachodzącymi w byłej przychodni, opuściłam ją po siedmiu przepracowanych tam latach. Przy oficjalnym pożegnaniu czułam się jednak trochę jak szczur, co opuszcza tonący okręt. W jakich wodach mogła tonąć taka mała przychodnia POZ? Czy w morzu problemów organizacyjnych, o których nie było nawet okazji rozmawiać? A może w niedocenianiu wartości ludzi związanych, choćby czasowo, z poradnią POZ: lekarzy i pacjentów? ■

Pamiętam niespodziane telefony z byłej przychodni, w moim prywatnym czasie, póki tam jeszcze pracowałam. Stanowczy głos z rejestracji stwierdzał: „Potrzebujemy lekarza wtedy lub wtedy. Które godziny pani obstawi?”. Przypominało mi się wtedy, gdy w czasach mojego dzieciństwa mama wynajmowała jesienią za drobną opłatą, na parę godzin, szatkownicę do kapusty. Tym razem jednak to ja sama czułam się sprowadzona do roli szatkownicy.



Dr n. med.
Ryszard Szozda
biegły sądowy, sędzia
Naczelnego Sądu Lekarskiego

Jak to pacjent chciał pobić biegłego

Obecnie ciągle czyta się o napadach, czyli „wymierzaniu sprawiedliwości” pracownikom ochrony zdrowia – ratownikom, pielęgniarkom, lekarzom, którzy, zdaniem napastników, byli winni nieprawidłowego postępowania. Natomiast do tej pory nie spotykało to biegłych sądowych – ale do czasu.

Pewnego dnia jeden z sądów zlecił mi wydanie opinii w sprawie wzrostu procentowego uszczerbku na zdrowiu u osoby ze stwierdzoną pylicą płuc. Otrzymał on 10% uszczerbku na zdrowiu. Miał rozpoznaną pylicę płuc drobnoguzkową ograniczoną, nie miał zaburzeń wentylacji oraz miał prawidłową wydolność oddechową.

Przez rok nie zgłaszał się ani do lekarza rodzinnego, ani do specjalisty pulmonologa. Za to złożył do ZUS zaświadczenie o stanie zdrowia, w którym lekarz POZ napisał o wybitnym pogorszeniu stanu zdrowia. Był badany po roku w Poradni Chorób Zawodowych, gdzie rozpoznano pylicę drobnoguzkową ograniczoną, brak zaburzeń wentylacji i brak niewydolności oddechowej. Osoba ta wskazywała, że za pierwszym razem wydałem niesprawiedliwą opinię, bo mu się należał wyższy uszczerbek na zdrowiu – i jak twierdził – obecnie uszczerbek powinien być wyższy.

Został wezwany na kolejne badanie do mojego gabinetu i postanowił... wymierzyć mi sprawiedliwość za doznane krzywdy moralne – jego zdaniem oczywiście.

Na samym początku przypomniał mi swoją historię i wskazał, że źle zaopiniowałem, bo mu się należało. Nie zgłaszał jakichkolwiek dolegliwości – ale pragnął mnie ukarać. Wykrzyczał swoje żale. Miał jednak „pecha” – był niższy ode mnie – miał 160 cm wzrostu. Wyzwał mnie od ostatnich (tubalnym szeptem). Przeszrana pielęgniarka wezwała patrol policji.

Po przyjeździe zadano mi pytanie, czy agresywny pacjent coś mi zrobił. Zgodnie z prawdą odpowiedziałem, że nie i podałem przyczynę (widoczną). Na co policjanci zadali pytanie o cel wezwania, skoro nic się nie stało – a przecież każdy



Fot. Chroma Stock

ma prawo wszystko powiedzieć i podać swoje żale. Nie zatrzymali agresywnego pacjenta pomimo tego, że mówił o swojej krzywdzie i o tym, że trzeba mi wymierzyć sprawiedliwość za niesprawiedliwe postępowanie.

Nie wiem, czy teraz byłoby to możliwe – aczkolwiek z doniesień prasowych wynika, że osoba agresywna jest spisywana i... wypuszczana.

Oczywiście nie wydawałem już w tej sprawie opinii. Uważałem bowiem, że to może spowodować przyływ agresji u tego człowieka i nie powstrzymać napastnika od tym razem skutecznego „wymierzenia mi sprawiedliwości”.

Sąd przyjął moje tłumaczenie i zlecił wydanie opinii innemu biegłemu, który wydał opinię, nie stwierdzając pogorszenia. Natomiast ja niestety zgłaszałem zdarzenie jako takie w różne miejsca, będąc szczęśliwy, że tak to wszystko się skończyło. I potraktowano mnie jak zapewne awanturnika, bo „nic się nie stało”.

Jak wynika z doniesień medialnych – nie

każdy miał i ma takie szczęście jak ja. Dlaczego o tym piszę? Dlatego, że każdy lekarz (biegły) winien się zastanowić, czy jego opinia nie wywoła agresji, a „pacjent” nie podejmie próby ukarania lekarza biegłego za „niesprawiedliwą” jego zdaniem opinię. A może biegli nie powinni opinować w ogóle?

I w tym miejscu należałoby się zastanowić – czy funkcja biegłego nie jest związana z wysokim ryzykiem? Czy biegły nie zostanie „ukarany” za swoją opinię? Czy „pacjent” (opiniowany) nie powinien zostać „szeryfem” i sam wymierzyć sprawiedliwość – w związku z tym, że został potraktowany tak, a nie inaczej? Czy może sądy i policja działają zbyt opieszale?

Nawiasem – zgłosiłem ten fakt do izby lekarskiej – nie uzyskałem odpowiedzi. Zgłosiłem to do prokuratury – także bez odpowiedzi – bo nic mi się nie stało. Zgłosiłem to do prezesa Sądu Rejonowego – z podobnym efektem. I co z tego, że miałem określone prawa – nic! ■

Ty codziennie jesteś dla innych. My jesteśmy dla Ciebie.

Mercedes-Benz
Duda-Cars



Wyjątkowa oferta na modele Mercedes-Benz od Duda-Cars dla przedstawicieli zawodów medycznych.

GLC 300e 4MATIC od 2 500 zł brutto miesięcznie.

wpłata własna 10%

okres 24 miesiące

limit 15 000 km rocznie



Skontaktuj się z nami i poznaj spersonalizowaną ofertę.

Łukasz Cichy

Doradca Handlowy ds. Sprzedaży Samochodów Osobowych

tel.: +48 694 484 683

e-mail: lukasz.cichy@duda-cars.mercedes-benz.pl

www.duda-cars.pl

Poznań
Ptasia 4

Poznań
św. Michała 20

Wrocław
Olsztyńska 1

Leszno
Balonowa 55

Goleńczewo
Gottlieba Daimlera 21

Sosnowiec
Gottlieba Daimlera 1

POLSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE



Ogłaszamy nabór do
**PODYPLOMOWEJ SZKOŁY
MEDYCYNY ESTETYCZNEJ**
w Warszawie
na rok 2025/2026

APLIKUJ PRZEZ FORMULARZ

DOSTĘPNY NA STRONIE:

www.szmeptl.pl

KONTAKT:

sekretariat@szmeptl.pl

+48 531 119 315

+48 603 288 699



**Zgłoszenia przyjmujemy
do 30 września 2025**



Prof. dr hab. n. med.
Eugeniusz J. Kucharz

Medyczne ślady na drogach wędrówek po świecie

Krakovo nie znaczy zawsze Kraków

Dla polskich czytelników nazwa Krakovo natychmiast budzi skojarzenie z naszą byłą stolicą, podobnie jak i nazwa Krakovsko predmestje przywołuje na myśl ulicę warszawską – Krakowskie Przedmieście. Tym razem w mojej opowieści przybliżę dzielnicę stolicy Słowenii – Ljubljany o swojsko brzmiącej nazwie Krakovo, nazywaną Krakovsko predmestje, w której można odnaleźć ślady dawnej medycyny.



Fot. archiwum prywatne



Fot. archiwum prywatne

KRAKOVO

Krakovo to jedna z największych atrakcji turystycznych Ljubljany – urokliwej stolicy Słowenii. Jest to część dzielnicy Trnovo, w której znajdują się ślady obecności Rzymian. W tym miejscu było rzymskie miasto Emona (łac. Aemona) – znajdujące się na pograniczu Panonii i Italii, położone nad zbiegiem dwóch dopływów Sawy, na ważnym lądowym szlaku komunikacyjnym. Miejscowość o tej samej nazwie powstała wcześniej jako osada plemion ilirysko-celtyckich, podbitych później przez legiony imperium. Po dość burzliwej historii, miasto upadło po napadzie Hunów pod wodzą Atylii (w 452 r. n.e.) i przemarszu Ostrogotów i Longobardów (w 568 r. n.e.). Archeolodzy udokumentowali to warstwami spalenizny w wykopaliskach. W kolejnym wieku powstał gród słowiański przekształcony z czasem w piękne miasto.

Krakovo wzmiankowane już w XIII wieku było osadą służebną. Oznacza to, że mieszkańcy mieli nieco więcej swobód niż chłopcy pańszczyźniani, ale zobowiązani byli do świadczeń, tj. dostarczania świeżych ryb klasztorowi. Później posiadali przywilej wyłączności połowów rzecznych i obowiązek dostarczania ryb włodarzom miasta. W XVII wieku miejscowość liczyła blisko sto domostw, w większości z ogrodami. Wygląd dzielnicy nie zmienił się od wieków. Dalej można podziwiać wąskie uliczki i ogrody. Z czasem wiele domów zamieszkiwały znane osoby. Wspomnieć należy o uroczym ogrodzie najśłynniejszego słoweńskiego impresjonisty Riharda Jakopiča (1869-1943) (Jakopičev vrt).

PAMIĄTKI ZARAZY

Epidemie były wielkimi katastrofami, zmieniającymi czasami losy miejscowości i regionów. Są one upamiętnione najczęściej jako

kolumny – pomniki będące wyrazem wdzięczności za zakończenie zarazy. Czasami są to tzw. latarnie symbolizujące płonący ogień broniący przed morowym powietrzem. Barokową kolumnę znaleźć można także na starym mieście nowożytnej Ljubljany.

W dzielnicy Krakovo zachowały się unikalne, odmienne pamiątki epidemii – małe figurki, uchronione przed zniszczeniem przez wmurowanie w ściany domów. Jedna przedstawia czarnego anioła siedzącego na czaszce, jak należy przypuszczać, symbolizującej śmierć i trzymającego w ręce klepsydrę, odmierzającą nieubłagannie przemijający czas naszego życia. Pochodzi ona z 1599 r. Druga pochodząca z tego samego roku jest wmurowana nad witrzyną dawnego pubu, nazywanego „Pod Czarnym Aniołem” (obecnie restauracja Masala) i przedstawia leżącego, chyba smutnego anioła. Obie rzeźby wykonane są z czarnego matowego kamienia.

Niedaleko rzeźby anioła z czaszką, na końcu ulicy Krakovskiej, znajduje się kaplica, w której umieszczono najstarszą rzeźbę chrześcijańską w Ljubljanie, znaną jako Krakovska Marija. Rzeźba pochodzi z ok. 1260 r. i znajdowała się pierwotnie w tympanonie kościoła krzyżackiego.

POCHODZENIE NAZWY KRAKOVO

Nazwa osady mile brzmiąca dla Polaków wywodzi się z prasłowiańskiego słowa *krokъ (krok) oznaczającego odnogę, nogę, rozwidlenie, ramię lub odgałęzienie. Pozostałościami w języku polskim tego prasłowiańskiego źródłosłowu są określenia krok, krokiew, siedziec okrakiem. Współczesny internetowy słownik języka słoweńskiego tłumaczy słowo krak jako ramię. A więc osadę zlokalizowaną w rozgałęzieniu rzek nazywano Krakovo. Przypuszcza się, że etymologia nazwy polskiego Krakowa jest podobna. ■



Rafał Sołtysek
wiceprezes Okręgowej
Rady Lekarskiej

FELIETON

Margines na izbie przyjęć

„Lubię mieć margines” śpiewał kiedyś Seweryn Krajewski. Ja natomiast – nie bardzo. Szczególnie na oddziale i w poradni. Margines jednak, wierny mej przysiędze, leczę (acz nie uleczam, bo nałogowo rujnuje on sobie zdrowie).

Skargę od ojca 19-letniej pacjentki wysłuchałem. Zrozumiałem, że on nie rozumie, więc wytłumaczyłem i rozstaliśmy się w zgodzie. Pytał mnie: jak to możliwe, że jego córka z normalnego domu trafia na izbę przyjęć szpitala, a tam – jak mówił – sam margines: pijaki, przekleństwa i wrzaski. W sumie facet miał rację. Tyle, że ja nie ponoszę winy za to, że między obrazami z medycznych seriali a rzeczywistością zieje przepaść. Dodał jeszcze, co prawda „a wy im po imieniu mówicie, bo ich znacze i kasę bierzecie za danie im kroplówki po każdej popijawie”. Tu jednak umysł mu zasnął i zrodził upiory rodem z przemówień umiłowanego prezesa pewnych „dobrych” rządów.

Opisywany wieczór na izbie przyjęć był, jak to zwykle, poimprezowy. Rekordzistka miała 5 promili (w teorii dawka około śmiertelnej, w praktyce nie, trening czyni mistrza). Słownictwo pacjentów dalekie było od Wersalu, a wisus niektórych przypominał więźniów szczególnie niebezpiecznych. Fakt, mówimy do nich po imieniu („pani Gizelo, nie sikamy na materac”). O tym oczywiście decyduje RODO, a nie nasza z nimi zażyłość.

Wśród takich to „chorych” młoda dziewczyna spędziła na izbie przyjęć kilka godzin. Niestety. Mamy równość, segregacji nie prowadzimy, odpadają też tablice z napisami „tych klientów nie obsługujemy” (bo klient, jak wiemy, nasz pan, o czym boleśnie przekonałem się kiedyś, gdy marzyłem o medycynie ratunkowej. Na skrzydłach tych marzeń wsiadłem do karetki i gdy pewien staniający się kłoszard, do którego nas wezwano rzekł do mnie „przytrzymaj mnie na stojąco bo chcę się odlać”, a ja – w poczuciu misji – trzymałem, on zaś czynił, co zapowiedział. Wtedy coś we mnie pękło i do karetki już nie wróciłem).

„Res sacra miser”? Ale gdyby tak dopytać, kim jest ów „miser”? Kim jest ów „nieszczęśliwy”? Kim jest pacjent? Zadałem AI proste prowokacyjne pytanie „czy pijak to „miser”? Ta, nie bez racji, wyjaśniła mi, że jeżeli pijak cierpi zniewolony nałogiem, to jest to „miser” – ktoś godny współczucia, a nie potępienia. Jeśli zaś pijak ów lekko-myślnie nadużywa alkoholu bez poczucia cierpienia (!) regularnie krzywdząc przy tym innych ludzi – to nie jest to z automatu – „miser”.

Z definicji NFZ z kolei, pacjent to osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych, którego prawa są naszym, medyków, obowiązkiem. Powszechnie też wiadomo, że każdemu pacjentowi (czytaj wyborcy) należy się wszystko, bo oddaje on głos w wyborach na tych, co powiedzą, że tak ma być.



Fot. Adobe Stock

nych leków, by taki specyficzny „miser” odzyskał nadwątlone siły aż do następnej popijawy i bójki.

Podszywanie się pod lekarza to obecnie modny medialnie temat, dotyczący odpowiedzialności pewnego „dobrego” rządu, który każdemu zza wschodniej granicy wręczał dyplom, mimo protestów izb lekarskich. Ale, per analogiam, czy można podszywać się pod Chorego (tego dużą literą, którego przysięgaliśmy leczyć)? Temat wart analizy. Na początek finansowej, takiej z konkretną pięciocifrową fakturą dla tych, co wydają się pasożytować na opiece zdrowotnej.

Powszechne chamstwo i agresja pewnej grupy świadczeniobiorców, hejt wobec lekarzy, na który wydaje się być przyzwolenie, to codzienność w naszej pracy. Od lipca br. ratownicy mają ubierać się w kamizelki nożoodporne. Od kiedy wszyscy będziemy je nosić? Czy kamizelki kuloodporne będą następną propozycją?

A gdyby tak nastąpiła desakralizacja? Oddzielenie tych, co są res sacra od tych którzy nie są? Może natychmiastowe sądy 24-godzinne za znieważenie personelu medycznego oraz rachunek za świadczenie medyczne okazałyby się skuteczniejszym rozwiązaniem?

Gdy kończyłem ten felieton, „świadczeniobiorca” z Krakowa zabił lekarza ortopedę. Dzień później w Częstochowie inny „świadczeniobiorca”, uderzył pięścią ratującą go lekarzkę, a gdy ta się przewróciła, dodał jeszcze parę kopnięć. Nasz zamordowany Kolega został uhonorowany pośmiertnie przez panią minister odznaką „Za zasługi dla Ochrony Zdrowia”. Doceniamy, lecz nie w takich okolicznościach chcielibyśmy odbierać podobne wyróżnienia.

Chrońmy najpierw tych, co chronią zdrowie. ■



Dr n. med.
Andrzej Wojcieszek

Czesanie łysego

Nieświęte oleje

Wszyscy emeryci (medyczni też), budząc się rano mogą podziękować za kolejny dzień życia, a potem parzą kawę. Jedni zbożową, inni prawdziwą. Do kawy poranna dawka tabletek i siadam przed najważniejszym domownikiem, odbiornikiem tv.

Z ekranu leje się wiedza, mądrość i wszystko to, co powinno poprawić jakość życia emeryta. Wchłaniam gigabajty informacji i wreszcie wiem, skąd u mnie te zaległości zdrowotne. Ostatnio zafascynował mnie olej sezamowy. Teraz okazuje się, że niepotrzebnie mam implant i plomby.

Rano po wygramoleniu się z łóżka należy wyskrobać język. Są specjalne przyrządy (od 15 do 40 zł), ale można też małą łyżeczką, a potem i to wbiło „mię” w fotel. Płukać przez 12 minut usta ciepłym olejem sezamowym. Nie wolno go połknąć, bo po płukaniu ma tyle bakterii i toksyn, że mógłby nas zabić. Ten olej „naprawia i wzmacnia” szklivo, leczy migrenę i zmniejsza ból kręgosłupa. Inaczej mówiąc, koniec próchnicy, żadnego borowania i dużo taniej, niż wizyta u dentysty. Teraz jest jasne, dlaczego lekarze dentyści i inni ukrywali tę wiedzę. Mnie bardziej zmartwiła informacja o toksynach. W czasach lekarskiej młodości w szpitalu ordynowałem na zaparcia olej parafinowy. Taki szklany kieliszek. Może zawartość nie była dobra w smaku, ale działała. Pediatri zalecali łyżkę tranu, czyli też oleju, na wzmocnienie kości i nie tylko. Ten połykany olej z bakteriami z języka tak naprawdę to chorych truł. Pediatorów to nawet można by zapudłować za działania na szkodę Przyszłości Narodu. Olejem osłabiali kolejne pokolenia i dlatego dziś mamy niż demograficzny.

Kiedy po tej informacji wartej Nobla, odzyskałem spokój wewnętrzny, mój mały, ale ciągle ścisły umysł, zaczął drążyć. Czy to ma być olej sezamowy rafinowany? Czy tylko ten olej działa? Nasi antenanci picie oleum zalecali (wspomnij imć Pana Zagłobę herbu Wczele), jeno dodatkowo tęższe wino zalecano. Wino oczywiście dla zdrowotności, celem odkażenia jamy ustnej – i czy wtedy trzeba skrobać język? Dezynfekcja winem powinna wystarczyć. A może wódeczność lepsza? Nas, starych doktorów, dręczono diagnostyką różnicową i ocenialiśmy kolor nalotu języka. A to ściemla! Nalot zeszkrobać i OK. Podobno parodontozą ustępuje w oczach. Przepraszam w dziąsłach i można to naocznie stwierdzić. Pamiętacie, przyjaciele, plamki Koplika? Teraz żadnych plamek, a Odrę, Wartę i Nysę przejdziemy suchą nogą. Może trzeba poprosić Ministra od zdrowia, aby instytut naukowy powołać, taki NCBiR. Gdyby tak udowodnić, że nasz krajowy rzepakowy i bezerukowy olej też tak działa, to i budżet poprawimy.

Takie „mię” myśli naszły. Takich informacji rano jest pełno w każdej stacji tv. Oczywiście są to informacje naukowe, no – może prawie naukowe, a jak wiadomo, „prawie” czyni różnicę. „Prawie inteligencji i inteligentki”, nie mając wiedzy, wierzą w mądrości z ekranu. Zadałem sobie jeszcze jeden trud. Wpisałem w wyszukiwarkę internetową hasło o płukaniu ust. Ojoj, ile stron się pokaza-



Fot. Adobe Stock

ło z wiedzą, ale jest jeden warunek: musisz dać zgodę na marketing. Potem w ramach Twojej zgody dostaniesz kilkadziesiąt maili reklamowych, a i telefony szybko się rozzwonią. Nie uwolnisz się łatwo z tych sideł. To jest biznes i robi się to dla kasy, bo ciemny lud każdą głupotę kupi (cytat z byłego Premiera).

Medycy gaworzą o AI, o sztucznej inteligencji. Teraz są dwa wyjścia. Jak ten sztucznie inteligentny doktor nauczy się takich porad, to miej nas Boziu w opiece. Jeżeli jednak będzie znał medycynę europejską, to jeszcze gorzej. Pacjent/ka mu nie uwierzy, bo on nie zaproponuje przykładowo mycia języka olejem albo diagnostyki biorezonansem (to są dopiero jaja). I pomyśli: doktorek jest niedouczony i przemądrzały. Proponuję, przyjaciele i koledzy doktorzy, porozmawiajcie o tym we własnym gronie i rozważmy, jak ten dylemat „idioty” rozwiązać. Okres kanikuły i nocne Polaków rozmowy mogą temu sprzyjać.

Takie wakacyjne tematy. Które z Waszych zaleceń szkodzą, a które są obojętne dla zdrowia? Te ćwiczenia z erudycji pomogą opanować sztukę rekomendowania medycyny nocnym współbiedniakom. Jesteśmy „ubodzy” nie duchem, a przekazywaniem wiedzy. Przegrywamy starcie informacyjne o zdrowie. Lepiej działa kadzidło i nieświęte oleje? Czy może idą wieki ciemne i to jest odpowiedź na problemy dręczące społeczeństwo?

I jeszcze wiadomość dla zainteresowanych. Jabłoni ma się dobrze, zbiory się zapowiadają. Latem będę psem ogrodnika pilnującym owoców. ■

Gabinet stomatologiczny wypełniony sztuką



Fot. archiwum prywatne

Krzysztof i Jędrzej Jaroccy zaprezentowali swoje prace malarskie w gabinecie stomatologicznym Munk Stomatologia w Katowicach. Wernisaż był nie tylko ucztą dla oka, ale także inspirującym spotkaniem, które udowodniło, że sztuka ma moc wzbogacania codzienności, nawet w tak nieoczywistych miejscach jak klinika stomatologiczna. Krzysztof Jarocki pokazał swoje mistrzowskie umiejętności malarskie, malując na żywo – to był wyjątkowy moment w trakcie wernisażu. ■

Wiersze na lato

Liście wino-bluszczu
drżą na wietrze.
Słońce ociepla powietrze
nam jeszcze.
Potrzeba trochę uśmiechu
do pary
i
dobra większego
niż nasze zamiary.

Jeszcze będzie pięknie
i będzie bezpiecznie
przyjdą jasne, ciepłe dni
a my odmłodzeni,
wdychać będziemy
krystalicznie chłodne powietrze
do naszych płuc
gdzieś na wzgórzach
naszych marzeń
o czystym świecie.

Słońce, ciepło i jasno
pąki na drzewach widać
a tu wieczne rozmowy
końca ich nie widać
wszystko to w nas kiełkuje
żeby wybuchnąć latem
zielenią uspokoić
dojrzeć czerwonym granatem.

Wiosna radosna
przyszła
chłód przyniosła
postała i poszła.

Dr Hiacynta

POTYCZKI Z HISTORIĄ



Katarzyna B. Fulbiszewska
koordynator Ośrodka
Dokumentacji Historycznej ŚIL

Dopust boży i dzieło szatana

Od zarania dziejów największym problemem ludzkości nie były wojny, ale... choroby zakaźne. Z dużym prawdopodobieństwem można powiedzieć, że dur brzuszny, cholera, krztusiec, gruźlica, tyfus bardziej przyczyniły się do zdziesiątkowania populacji niż konflikty zbrojne. Największym problemem była ospa prawdziwa, która bezlitośnie zabijała. Nawet największych tego świata: faraona Ramzesa V, angielską królową Marię II, cesarza Józefa I, króla Hiszpanii Luisa I, cara Piotra II oraz Ludwika XV. Śmiertelność sięgała nawet 30%, a ci, którzy przeżyli, często pozostawali z trwałymi bliznami, a czasem także ślepotą.

Przełomem w tej nierównej walce był rok 1796. W angielskim Berkeley nieznanemu lekarzowi Edwardowi Jennerowi (1749-1823) zauważył, że kobiety dojące krowy, mające objawy ospy krowiej, nie chorowały na ospę prawdziwą. Jenner przeprowadził eksperyment: pobrał fragment lekko podrażnionego pęcherza z dłoni jednej z dojarek i wprowadził go do naciętej tkanki ramienia ośmioletniego Jamesa'a Phipps'a. Dwa miesiące później, po raz kolejny zaaplikował chłopcu materiał biologiczny, ale tym razem ospę prawdziwej. Przez 9 dni chłopca męczyła gorączka, uczucie zimna i utrata apetytu. Po czym objawy ustąpiły. James nie zachorował. I tak narodziła się pierwsza skuteczna szczepionka.

ZADBAJ O REPUTACJĘ!

Jenner postanowił opublikować wyniki swoich badań i przedstawić je Royal Society w Londynie. Jak to zwykle bywa z innowacyjnymi odkryciami, ówczesny prezes Towarzystwa Joseph Banks propozycję odrzucił i zalecił Jennerowi, aby ten zadbał o swoją reputację w środowisku i przestał narażać się na śmieszność. Lekarz wiedziony intuicją opublikował badania na własny koszt. Swoją metodę działania ochronnego nazwał vaccination od łacińskiego słowa vacca – krowa. Opracowanie składało się z trzech części. W pierwszej przedstawił swoją hipotezę o pochodzeniu ospy krowiej (przenosi się z koni na krowy – teorię obalono jeszcze za życia Jennera) oraz hipotezę dotyczącą jego eksperymentu: zakażenie ospą



Zbiory Muzeum Historii Medycyny i Farmacji ŚIL. W tle: świadectwo szczepienia 3-letniego Henryka Sznapka z Cieszyna przeciwko płonicy i błonicy (1935 r.), świadectwo szczepienia 6-letniej Janiny Korzeniowskiej z Ostrowa przeciwko ospie (1928 r.); świadectwo szczepienia 15-letniego Henryka Sznapka z Cieszyna przeciwko durowi brzuszному (1947 r.), świadectwo szczepienia 31-letniego Henryka Sznapka przeciwko ospie (1963 r.) oraz legitymacja Duńskiego Czerwonego Krzyża (1948 r.) i legitymacja wydana w Poznaniu poświadczająca szczepienie Henryka Sznapka przeciwko gruźlicy (1959 r.).

krowią chroni przed wirusem ospy prawdziwej. Część druga dotyczyła krytycznych obserwacji testowania szczepionki, a w części ostatniej zawarł obszerną dyskusję dotyczącą istoty choroby wywołanej przez ospę prawdziwą.

ZAINFEKOWANE NICI I SZKLANE TUBY

Odkrycie Jennera było przełomowym krokiem w dziejach ludzkości. Przez następne pięć lat prowadzono niezależne badania w Anglii, Szwajcarii, Niemczech,

Austrii oraz Stanach Zjednoczonych. Lekarze zachęcani sukcesem sprawdzali skuteczność metody na szpitalnych pacjentach, a nawet na członkach swoich rodzin. W efekcie niektóre państwa w latach 1800-1820 wprowadziły obowiązek szczepień przeciwko ospie prawdziwej. Wynalazkowi Jennera zaufali: George Washington (przy okazji nakazał obowiązkowo szczepić żołnierzy), Napoleon I, szwedzki król Gustaw IV, a także pomny jak zmarł jeden z jego poprzedników – car Paweł I. Jenner zachęcony sukcesem próbował rozpowszechnić szczepienia przede wszystkim na Indii i inne kolonie brytyjskie. Problemem była „dostępność” ospy krowiej (występowała tylko w Europie). Dlatego też wykorzystywano bawełniane nitki, które nasączone wydzieliną ropną z krost, suszono i wysyłało listownie! Odbiorca umieszczał zainfekowane nici w nacięciu na ramieniu. W tropikach sprawa była jeszcze prostsza: z powodu wysokich temperatur możliwa była destrukcja szczepień – pobierano limfę ze zmian po szczepieniu i umieszczano ją bezpośrednio do ramienia osoby zdrowej. W efekcie tych poczynań w 1803 r. paryski Komitet ds. szczepień dostarczał szczepienia drogą morską francuskim koloniom umieszczając je w szklanych tubach. Szesnaście lat później sposób ten został uznany przez ówczesnego Ministra Morza jako obowiązkowy.

TYMCZASEM W POLSCE

Na początku XIX wieku szczepienia objęły całą Europę, początkowo jako dobrowolne. W 1807 r. Bawaria jako pierwszy kraj wprowadziła ten obowiązek. Nasz kraj – choć nie było go na mapie świata – znajdował się w czołówce. Na przełomie 1801-1802 r. metodę Jennera skutecznie promowali i stosowali polscy lekarze: Hiacynt Dziarkowski, Wojciech Jerzy Boduszynski oraz Franciszek Neuhauser. Biorąc przykład z Europy, w 1808 r. w Wilnie i Warszawie powstały pierwsze Instytuty Szczepień Ospy Krowiej, które prowadziły bezpłatne szczepienia oraz liczne akcje prozdrowotne edukujące społeczeństwo.

Trzy lata później Napoleon Bonaparte wydał w Polsce postanowienie o obowiązkowym szczepieniu w szkołach, a w 1815 r. wprowadzono obowiązkowe szczepienia w wojsku (przyp. red.: więcej o nakazach i zakazach w artykule: Szczepionki albo śmierć – Pro Medico nr 283, październik 2021). Warto wspomnieć w tym miejscu, że dzięki szczepieniom i restrykcjom wprowadzonym w Polsce po 1918 r. ostatni zgon na ospę prawdziwą odnotowano w 1933 r., a ostatni przypadek zachorowania – w 1937 r. Po II wojnie światowej ta choroba trzykrotnie pojawiła się w Polsce wraz z turystami z Indii, ale masowe szczepienia uchroniły nas przed wybuchem epidemii.

SKUTEK UBOCZNY

Odkrycie Jennera było niewątpliwie kamieniem milowym w światowej medycynie, ale przyniosło też znaczący skutek uboczny w postaci ruchów antyszczepionkowych. Już za czasów Jennera pojawiły się najpierw osoby, potem całe grupy krytykujące szczepienia. Zacięty opór okazywały środowiska kościelne, które wyrażały obawy przed interwencją medyczną w „procesy boże”. Wielu pastorów twierdziło, że ospa to boska droga karamia ludzi, a szczepienie to narzędzie szatana. Koronnym argumentem była teza, że wykorzystanie wirusa choroby krowiej spowoduje zezwierzeczenie społeczeństwa – ludzie zaczną nabierać cech krowich lub wręcz zmieniać się w pół ludzi – pół krowy! W 1853 r. po uchwaleniu brytyjskiej ustawy o szczepieniach w Londynie powstała Liga Antyszczepionkowa, a później Liga Przeciwko Przymusowym Szczepieniom. Jednym ze znaczących głosów tego ruchu był kontrowersyjny dramaturg, przyszły noblista Georg Bernard Shaw, który twierdził, że „Lekarz jest równie dobrym konsultantem w dziedzinie szczepień jak rzeźnik w kwestiach vegetarianizmu” (to najjaśniejsza jego teza).

Sprzeciw miał różne motywacje: od religijnych, przez obawy o zdrowie, aż po kwestie wolności osobistej i sprzeciwu wobec ingerencji państwa. Wspólnym mianownikiem była nieufność wobec nauki lub rządu – zjawiska, które pozostają aktualne do dziś. Fala antyszczepionkowców szybko rozlała się poza kontynent. W 1855 r. w Montrealu na ulice wyszło przeszło dwa tysiące oburzonych osób, by protestować przeciwko szczepieniom (dobrowolnym zresztą). Uzbrojeni w broń i kamienie wznosili okrzyki namawiające do zabicia osób, które wykonywały szczepienia. Przy okazji kolportowano ulotki, na których porównywano ludzi szczepiących się do zwierząt prowadzonych na rzeź. Kilku radnych miejskich groziło podpaleniem miasta i zastrzeleniem wszystkich zwolenników przymusowego szczepienia. Pomimo krucjaty toczonej przez przeciwników szczepionki Edwarda Jennera, na efekt nie trzeba było długo czekać. Spadła śmiertelność, a w XIX w. liczebność ludności wzrosła do 1 miliarda (1800 r.), by na początku XX w. osiągnąć liczbę ponad 1,5 miliarda. W 1980 r. Światowa Organizacja Zdrowia

oficjalnie ogłosiła zwycięstwo nad wirusem ospy prawdziwej.

POST SCRIPTUM

Historia wynalezienia skutecznej metody przeciwko ospie prawdziwej wydarzyła się w angielskim Berkeley w XVIII wieku i paradoksalnie skończyła się 113 km od tego miejsca w 1978 r. Ostatnią ofiarą śmiertelną tej groźnej choroby była Janet Parker, fotograf laboratorium medycznego Uniwersytetu Birmingham. Gdyby nie odwaga i upór Edwarda Jennera prawdopodobnie ludzkość jeszcze długo zmagałaby się z epidemią ospy. Jego odkrycie uutorowało drogę Ludwikowi Pasteur'owi do ogłoszenia tezy, że zamiast umyślnie zakażać ludzi żywymi drobnoustrojami, można je skutecznie osłabić. Tak właśnie powstały szczepionki przeciwko wścieklicznie, odrze, różyczce i śwince. W rozwoju wakcynologii mieli swój znaczący udział także Polacy, m.in.: Marcei Nencki, Ludwik Hirsfeld, Rudolf Weigl czy zupełnie zapomniany Leon Cienkowski i oczywiście Hilary Koprowski, któremu świat zawdzięcza szczepionkę przeciwko chorobie Heinego-Medina. Walka z epidemią to rodzaj umowy społecznej, którą współcześni im zawarli ze sobą decydując się na szczepienia, nawet pod groźbą kar. Żyjemy w XXI wieku, a ton i taktyka dobrze mających się ruchów antyszczepionkowych, nie zmieniła się od ponad 200 lat. Nadal opiera się na dezinformacji, wykorzystywaniu niepotwierdzonych źródeł i wątpliwych autorytetów. Od lat 80. XX w. ten ruch wspierają celebryci (mający ogromny wpływ na zachowania) – nie tylko gwiazdy kina i telewizji, ale także „eksperti” najczęściej bez wykształcenia medycznego, choć zdarzają się też lekarze. Trudno powiedzieć czy rzeczywiście wierzą w to co mówią, czy to tylko robienie sobie tzw. publicity i napędzanie oglądalności telewizjom i kanałom internetowym hołdując zasadzie „nieważne, co mówię, byle mówić”.

Opór wobec szczepień nie jest nowym zjawiskiem. Lęk przed nieznanym i antyszczepionkowcy byli i będą. No cóż, zawsze łatwiej jest powstrzymać kogoś przed podjęciem działań niż do czegoś przekonać. Niech ta historia będzie także przypomnieniem, że postęp naukowy zawsze spotyka się z oporem.

Może warto rozmawiać o szczepieniach – z empatią, wiedzą i świadomością, że edukacja i dialog są kluczem do zdrowia publicznego? ■

Opór wobec szczepień nie jest nowym zjawiskiem. Lęk przed nieznanym i antyszczepionkowcy byli i będą. No cóż, zawsze łatwiej jest powstrzymać kogoś przed podjęciem działań niż do czegoś przekonać. Niech ta historia będzie także przypomnieniem, że postęp naukowy zawsze spotyka się z oporem.

OKIEM LEKARZA SPORTOWCA



**Dr n. med.
Przemysław Rosak**
członek Prezydium ORL,
przewodniczący Komisji Sportu
i Rekreacji ORL, członek Komisji
Sportu i Rekreacji NIL

Deszcz medali

Squash

Już po raz III zorganizowaliśmy Mistrzostwa Lekarzy i Lekarzy Dentystów ŚIL w Squashu.

Zawody odbyły się 12.04.2025 r. w Katowicach, na obiekcie Squashok, pod czujnym okiem sędziego głównego zawodów Mateusza Wichera. Mecze rozgrywaliśmy jednocześnie na siedmiu kortach. Poziom mistrzostw z roku na rok jest coraz wyższy. Zaproszeni goście z Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie i we Wrocławiu nie mieli w tym roku łatwej przeprawy do strefy medalowej. Nasi lekarze i lekarze dentyści postawili wysoko poprzeczkę rywalizacji o puchary. Po wielu godzinach zaciętych pojedynków i litrach wylanego potu doszliśmy do półfinałowych spotkań. Po raz pierwszy zrobiliśmy bezpośrednią transmisję meczów on-line. Mistrzostwa zakończyliśmy szczęśliwie bez kontuzji. Dziękuję za pomoc w organizacji członkom Komisji Sportu i Rekreacji ŚIL: Grzegorzowi Boryczce, Asi Bracik, Agnieszce Widziszowskiej i Mikołajowi Pietrzakowi. GRATULUJEMY ZWYCIĘZCOM:

WYNIKI:

Kategoria OPEN

1. Jakub Kołacz
2. Szymon Słomian
3. Paweł Frączyk

Kategoria KOBIECY

1. Barbara Palka
2. Maria Maszek
3. Daria Gronostaj

Kategoria MĘŻCZYŹNI 45+

1. Jurand Palka
2. Piotr Kondzielnik
3. Cezary Sierant. ■



Kategoria OPEN

Fot. archiwum organizatorów



Kategoria KOBIECY

Fot. archiwum organizatorów



Kategoria MĘŻCZYŹNI 45+

Fot. archiwum organizatorów

ZŁOTO pływaków w Dębicy

W dniach 24-26.04.2025 r. odbyły się w Dębicy XX Mistrzostwa Polski Lekarzy w Pływaniu. Nasza drużyna ŚIL pokonała wszystkie pozostałe 16 ekip z poszczególnych Okręgowych Izb Lekarskich, zdobywając pewne ZŁOTO.

Ten wynik to wspaniały sukces poszczególnych pływaków, którzy stawali na najwyższym miejscu podium aż 36 razy, na drugim miejscu 15 razy i na trzecim 11 razy. Wspólnie zdobyli 62 medale! Drugi w klasyfikacji generalnej był Szczecin z 44 medalami i na trzecim miejscu klasyfikacji drużynowej znalazł się Wrocław z 47 medalami (zaważył stosunek medali złotych do srebrnych). Wielkie gratulacje dla WAS! ■



Złoto drużyny ŚIL w pływaniu: górny rząd, od lewej: Marek Trzensiok, Maciej Jagiełłowicz, Maciej Korzuchowski, Marek Kowalczewski. Dolny rząd, od lewej: Jerzy Sobel, Danuta Ziarko, Jan Wilczek (kapitan drużyny), Elżbieta Fidyk, Dominika Opałko, Zuzanna Janecka, na dole po lewej z dyplomem Katarzyna Girczys-Poedniok.

Fot. archiwum organizatorów

ZAPROSZENIA:

- **1. FB grupa Lekarze biegacze. Nasi długodystansowcy Przemysław Kutrzyk (kontakt i zapisy tel. 691 917 802), Szymon Dziedzic i Marek Klar zapraszają na Mistrzostwa Polski Lekarzy w biegu górskim na długim dystansie 52 km, up 2500m w Rajczy 9.08.2025 r. – CHUDY WAWRZYNIEC**
- **IV Rajd Rowerowy 12.07.2025 r. Pustynia Błędowska**
- **II Rajd Górski 9.08.2025 r. Wisła**

NEKROLOGI, WSPOMNIENIA

Odeszli na wieczny dyżur

25 kwietnia 2025 r., w wieku 93 lat, zmarła śp. lek. Barbara Henclewska. Absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1955. Specjalistka położnictwa i ginekologii.

18 kwietnia 2025 r., w wieku 93 lat, zmarła śp. lek. Lidia Goleniowska. Absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1955. Specjalistka chorób wewnętrznych i medycyny pracy.

17 kwietnia 2025 r., przeżywszy 71 lat, zmarł śp. lek. Roman Wyszynski. Absolwent Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1985. Specjalista położnictwa i ginekologii.

14 kwietnia 2025 r., przeżywszy 66 lat, zmarł śp. dr n. med. Janusz Vorreiter. Absolwent Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1984. Specjalista rehabilitacji medycznej.

4 kwietnia 2025 r., przeżywszy 65 lat, zmarł śp. lek. Jerzy Królak. Absolwent Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1985. Specjalista chirurgii ogólnej.

24 marca 2025 r., przeżywszy 90 lat, zmarła śp. lek. dent. Irena Dzienyńska. Absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1957. Specjalistka stomatologii ogólnej.

12 marca 2025 r., przeżywszy 96 lat, zmarła śp. lek. dent. Alina Brożek-Słaboń. Absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1952. Specjalistka stomatologii ogólnej.

5 marca 2025 r., przeżywszy 89 lat, zmarł śp. lek. Janusz Jędrzejewski. Absolwent Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1960. Specjalista medycyny przemysłowej i neurologii.

25 listopada 2024 r., w wieku 93 lat, zmarła śp. lek. Romualda Chojnacka-Konecka. Absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1954. Specjalistka okulistyki i medycyny ogólnej.

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

Z wielkim żalem i smutkiem
przyjeliśmy wiadomość o śmierci
dr. n. med. **Krzysztofa Niteckiego**,
specjalisty chirurga ogólnej i dziecięcej,
wieloletniego członka i działacza
Tyskiego Koła Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

Rodzinie i Bliskim
wyrazy głębokiego współczucia
składają

Zarząd i Członkowie
Polskiego Towarzystwa Lekarskiego
Koło Tychy

Pani Profesor Anettcie Lasek-Bal
z powodu śmierci
Ojca
wyrazy współczucia
składają
współpracownicy z Oddziału Neurologii GCM,
Katowice – Tychy

14.04.2025 r., w wieku 74 lat, zmarł
śp. dr n. med. **Krzysztof Nitecki**,
absolwent Śląskiej Akademii Medycznej
w Katowicach rocznik 1976,
specjalista chirurgii ogólnej i dziecięcej,
długoletni pracownik
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
MEGREZ w Tychach,
wieloletni Zastępca
Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej
w Katowicach
oraz Członek Komisji ds. Etyki Lekarskiej
przy Okręgowej Radzie Lekarskiej w Katowicach.

Serdeczne podziękowania dla przedstawicieli
Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach,
kolegów lekarzy i współpracowników
za udział w uroczystości pożegnalnej
dr. n. med. Krzysztofa Niteckiego
oraz za wyrazy wsparcia i współczucia
składają

Żona i Córka z Rodziną

OGŁOSZENIA

WYNAJMĘ, SPRZEDAM

Do wynajęcia dwa gabinety o pow. 14 m².
Do wynajęcia i dostosowania poradnia o pow. 118 m².
Zabrze, Biskupice.
Parter, podjazd dla niepełnosprawnych.
Tel. 574 675 940.

Sprzedam/wynajmę budynek w Czyżowicach, powiat
Wodzisław Śląski, przygotowany pod działalność poradni
lekarskiej i punktu aptecznego. Tel. 691 40 77 79

Wynajmę lokal na gabinet lekarski lub inną działalność
w centrum Pyskowic i Toszka, tel. 606 26 23 46

Pilnie sprzedam gabinet stomatologiczny
za połowę wartości 117 m², 3 st. w Bytomiu,
tel. 601 444 676

DAM PRACĘ

Szpital Miejski Nr 4 w Gliwicach
pilnie zatrudni **lekarzy radiologów**.
Informacje: tel. 32 33 08 353,
karolina.bielecka@szpital.gliwice.pl

Centrum Psychiatrii MentalMEDIC
zatrudni **psychiatrę**
(też w trakcie specjalizacji)
w Gliwicach oraz w Bielsku-Białej.
Wizyty komercyjne.
Tel. 784 075 775, 660 090 188
e-mail: kontakt@mentalmedic.pl

NZO Świerklany (powiat rybnicki)
zatrudni lekarza specjalistę **medycyny rodzinnej**
lub **chorób wewnętrznych**
oraz osobę zainteresowaną
rozpoczęciem/kontynuacją specjalizacji
z medycyny rodzinnej,
tel. 603 113 785

Centrum medyczne
w Sosnowcu
zatrudni **lekarza medycyny pracy**
oraz **lekarza wykonującego badania USG** – prywatnie.
Praca w wieloosobowym zespole.
Forma zatrudnienia i czas pracy do uzgodnienia.
Tel. 500 253 476

Podjęmę współpracę ze **specjalistą dermatologii**
lub **rezydentem**.
Videodermatoskop, elektrokoagulacja, kriochirurgia.
NFZ (bez limitu) + komercja.
Możliwość przyjmowania tylko prywatnie.
70%. Min. 1 x w tygodniu.
NZO Medyk Dobieszowice, okolica Piekar Śląskich.
Tel. 601440606, nzozyzmedyk.cop@gmail.com

Szpital Rejonowy im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu,
ul. Gamowska 3, 47-400 Racibórz
zatrudni lekarza
na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
dyżurów, konsultacji lekarskich w komórkach
organizacyjnych SP ZOZ w Raciborzu, lekarzy specjalistów
lub w trakcie specjalizacji z dziedziny:

- **Pediiatrii**
- **Neonatologii**
- **Neurologii**
- **Dermatologii**
- **Anestezjologii i intensywnej terapii**
- **Chorób wewnętrznych**
- **Pulmonologii**
- **Chorób zakaźnych**
- **Otolaryngologii**
- **Medycyny ratunkowej**
- **Chirurgii ogólnej**
- **Onkologii**
- **Radioterapii**
- **Reumatologii**

KONTAKT: 327555055, kadry@szpital-raciborz.org

NZOZ „Centrum-Twoja Poradnia” Sp. z o.o.
w Dąbrowie Górniczej zatrudni lekarza **do pracy w POZ**.
Tel. 32 262 24 21, e-mail: biuro@twojapradnia.eu

Zatrudnię **lekarza dentystę** w Klinice Royal Dental
tel. 732 555 999, e-mail: walux@interia.pl

Hospicjum w Gliwicach zatrudni
lekarzy w Zespole Domowym.
Tel. 608 010 356, e-mail: biuro@hospicjum.gliwice.pl

Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Raciborzu
zatrudni **lekarza internistę lub lekarza rodzinnego,**
pediatrę, ginekologa na atrakcyjnych warunkach.
Tel. 668558910, centrum_zdrowia@raciborz.com.pl

Przychodnia Diomed Sp. z o.o.
podejmie współpracę z **lekarzem medycyny pracy**.
Forma zatrudnienia do uzgodnienia.
Osoby zainteresowane prosimy o kontakt. Tel. 792 707 126

Prywatny Gabinet Stomatologiczny w Katowicach
nawiąże współpracę z lekarzami w zakresie:
stom. zachowawczej, endodoncji,
pedodoncji, ortodoncji.
Tel. 531 858 556

NSZOZ Merkury w Dąbrowie Górniczej
pilnie zatrudni **dermatologa**.
Tel. 32 262 36 71, e-mail: biuro@przychodniamerkury.pl

NZOZ Rehabilitacji Siemianowice Śl. zatrudni **lekarza neurologa,**
1-2 razy w tygodniu na NFZ, tel. 507 190 495

SPZOZ Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Sosnowcu
ul. Wawel 15 zatrudni:
Lekarza POZ
tel. (32) 368-48-64, (32) 368-48-74

Szpital Miejski nr 4 w Gliwicach
pilnie zatrudni lekarzy:
do pracy w Izbie Przyjęć **dla oddziałów zachowawczych,**
lekarzy neurologów i lekarzy chorób wewnętrznych;
lekarzy rodzinnych do pracy w POZ
i w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
Kontakt tel. 32 3308353
aleksandra.bryndza@szpital.gliwice.pl

Areszt Śledczy Bytom zatrudni **lekarza w oddziale**
wieloprofilowym. Kontakt: 32 38 86 219

NZOZ w Pszczynie zatrudni **lekarza stomatologa**
na NFZ i prywatnie. Kontakt: 501401464

Zatrudnię **lekarza dentystę** w Zabrze NFZ + prywatnie,
tel. 513 195 005, 602 554 940

Zakład Opieki Zdrowotnej w Wojkowicach zatrudni
lekarza pediatrę, tel. 692 666 154

Zatrudnię **lekarza dentystę** w Knurowie NFZ + prywatnie.
Tel. 508 798 230, 533 150 003

Dyrektor
Niepublicznego Specjalistycznego
ZOZ Multimed w Bieruniu
ul. Granitowa 22
zaprasza do współpracy
lekarza specjalistę
medycyny rodzinnej
lub będącego/ej
w trakcie specjalizacji
Poradnia Podstawowej Opieki
Zdrowotnej.
Tel. kontaktowy:
32 216 21 07,
32 216 25 51,
multimed@poczta.onet.pl
prezes@multimed-bierun.pl

LEKARZU!

PRZYJDŹ! ZADZWOŃ! NAPISZ E-MAILA!

JEŚLI SAM MASZ PROBLEM

Jeśli Twój kolega lekarz ma problem, jeśli Twoja żona, Twój mąż lekarz ma problem,

Jeśli Twoja mama, tato, córka czy syn lekarz ma problem

PEŁNOMOCNIK DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

UDZIELI POMOCY

Lek. Dorota Rzepniewska tel. 664 187 499

Spotkania osobiste odbywają się w siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach

przy ul. Grażyńskiego 49A na 4 piętrze, pokój nr 416

e-mail: pełnomocnik@izba-lekarska.org.pl

Terminy spotkań z Pełnomocnikiem prosimy uzgadniać telefonicznie

tydzień wcześniej przed planowaną wizytą.

Jednocześnie istnieje możliwość

KONTAKTU TELEFONICZNEGO Z PRACOWNIKIEM BIURA PEŁNOMOCNIKA

w godzinach pracy ŚIL pod numerem 32 604 42 43, Monika Holik.

Precyzyjne informacje na temat kompetencji Pełnomocnika dostępne są na stronie internetowej ŚIL

w zakładce: Pełnomocnik ds. zdrowia Lekarzy

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

Twoja rozmowa i współpraca z pełnomocnikiem nie skutkuje uruchomieniem procedury

z zakresu odpowiedzialności zawodowej i oceną Twojej zdolności do pracy.

PODEJMIJ DECYZJĘ ZANIM INNI ZDECYDUJĄ ZA CIEBIE...

Reklama w Pro Medico:

Wypełniony druk zlecenia ogłoszenia/reklamy lub dodatku w formie wkładki prosimy przesłać e-mailem na adres: g.matusiak@izba-lekarska.org.pl, a następnie przesłać pocztą oryginał zlecenia na adres Śląskiej Izby Lekarskiej. W przypadku, gdy zleceniodawca chce otrzymać kopię zlecenia podpisaną przez reprezentantów ŚIL, prosimy przesłać pocztą dwa egzemplarze wypełnionego zlecenia. Zlecenia ogłoszenia/reklamy lub dodatku w formie wkładki można również dokonać osobiście w siedzibie ŚIL (V piętro) w godzinach pracy Izby. Warunkiem zamieszczenia reklamy/ogłoszenia w piśmie jest dokonanie przedpłaty i przesłanie dowodu wpłaty na adres e-mail: k.dabrowska@izba-lekarska.org.pl. Bezpłatnie zamieszczane są ogłoszenia lekarzy i lekarzy dentystów poszukujących pracy.

Szczegóły i formularze: izba-lekarska.org.pl/ogloszenia/zasady-zamieszczania-ogloszen/pro-medico.



ProMedico

Wydawca: Śląska Izba Lekarska w Katowicach

Nakład 16000 egzemplarzy. ISSN 1232-8693

Redaktor naczelny: Żywiśław Mendel

Zastępca redaktora naczelnego: **Piotr Biernat; e-mail: p.biernat@izba-lekarska.org.pl**

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

www.izba-lekarska.org.pl

Opracowanie graficzne, skład i korekta: Wydawnictwo KA, Tarnowskie Góry, ul. Opolska 23c. Druk: Mikopol

Reklamy i ogłoszenia: Karolina Dąbrowska tel. 32 604 42 63. **Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń i reklam.**

Redakcja zastrzega sobie prawo redagowania i skracania tekstów. Data zamknięcia numeru: 9 maja 2025 r.

Materiały prasowe, ogłoszenia i reklamy do następnego numeru przyjmujemy do 5 czerwca 2025 r.

Dla wszystkich lekarzy zrzeszonych w ŚIL w Katowicach pismo bezpłatne.



UROCZYSTOŚCI RODZINNE

Zorganizuj z nami spotkania ważne dla Ciebie i Twoich bliskich, takie jak chrzciny, komunie, stypy, rocznice oraz wesela.



SPOTKANIA BIZNESOWE

Postaw na nas organizując bankiet, konferencję lub szkolenie — zapewnimy wyjątkowe menu i profesjonalną obsługę.



WYDARZENIA ZWIĄZANE Z MEDYCYNĄ

Świętuj swoje osiągnięcia, takie jak obrona dyplomu, zakończenie specjalizacji, jubileusze oraz spotkania klasowe.

*Menu zmieniamy
raz w tygodniu,
ZAWSZE W PONIEDZIAŁEK*

Znajdziesz nasz na:

