

ProMedico

Wprowadzanie systemu no-fault

25% Ukoń

Anuluj



Niestety system no-fault nie może
zostać wprowadzony

Anuluj

Ponów



■ „No Fault” – No Progress

str. 5



Województwo
Śląskie

Honorowy patronat
Marszałka Województwa Śląskiego
Wojciecha Saługi



Górnośląsko-
Zagłębiowska
Metropolia



Patronat Honorowy
Prezydenta Miasta Katowice
Marcina Krupy

50 LAT

Wydziału Nauk Medycznych w Katowicach

Szanowni Państwo!

*Rektor Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego, Dziekan Wydziału
Nauk Medycznych w Katowicach
oraz Prezes Śląskiej Izby Lekarskiej
mają zaszczyt zaprosić do udziału
w uroczystej gali 50-lecia Wydziału
Nauk Medycznych w Katowicach*

**14 listopada '25
18.00**

Narodowa
Orkiestra
Symfoniczna
Polskiego
Radia

*Prosimy o rejestrację poprzez
formularz rejestracyjny
do dnia 15 października 2025*

Plac Wojciecha Kilara 1
40-202 Katowice



ŚLĄSKI
UNIwersytet
MEDYCZNY
W KATOWICACH



Zarejestruj się!



50-lat-WNMK.
sum.edu.pl

Powiem wprost

Wciąż w cieniu prokuratora



Dr n. med.
Tadeusz Urban
prezes
Okręgowej Rady Lekarskiej
 @drTadeuszUrban

Dlaczego chirurgia oraz zabiegowe specjalizacje – niegdyś marzenie wielu studentów i młodych lekarzy – są dziś tak mało popularne? Wprowadzenie systemu „no fault” mogłoby odwrócić ten trend. Problem w tym, że debatujemy o tym rozwiązaniu od lat, w wielu kwestiach się zgadzamy, ale wciąż brak konkretnych, prawnych rozwiązań. Potrzebujemy systemu, w którym lekarz nie pracuje pod ciągłą groźbą oskarżenia karnego, a pacjent ma zagwarantowane prawo do sprawiedliwej rekompensaty, jeśli w trakcie leczenia wydarzy się powikłanie czy niepowodzenie medyczne.

Dziś w Polsce każdy lekarz, idąc na dyżur, czuje na plecach oddech prokuratora. Każda decyzja, nawet ta podejmowana w stanie nagłym, z ograniczoną wiedzą o pacjencie, obarczona jest ryzykiem nie tylko medycznym, ale i karnym. To prowadzi do sytuacji dramatycznych: zamiast podejmować odważne decyzje ratujące życie, lekarze często wybierają drogę „najbezpieczniejszą prawnie”, a nie „najlepszą dla chorego”.

Wyobraźmy sobie pacjenta z ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego, który trafia na SOR. Chirurg wie, że operacja teraz – w nocy – niesie ryzyko powikłań, ale też daje największą szansę na uratowanie zdrowia. Jednocześnie wie, że jeśli powikłania wystąpią, może stanąć przed sądem. Wybiera więc antybiotykoterapię i obserwację – postępowanie zachowawcze, które jest bezpieczniejsze dla niego, jako lekarza, lecz mniej skuteczne dla pacjenta.

Albo inny przykład: pacjent z ciężką niewydolnością serca, którego można leczyć agresywnie – nowoczesnymi terapiami, które jednak bywają obciążone wysokim ryzykiem działań niepożądanych. W obawie przed odpowiedzialnością karną, lekarz decyduje się na bardziej zachowawcze leczenie farmakologiczne, które nie poprawia rokowania w takim stopniu. To nie jest wolność w podejmowaniu decyzji medycznych. To nie jest medycyna w pełni oddana pacjentowi.

Dlaczego tak jest? Ponieważ Polska wciąż nie odważyła się wprowadzić systemu „no fault”, choć dyskusje trwają od lat. W 2021 roku Ministerstwo Zdrowia zapowiadało wdrożenie systemu pozasądowego odszkodowania dla

pacjentów. Eksperti, organizacje pacjenckie i samorządy lekarskie apelowały o rozwiązania wzorowane na tych, które funkcjonują od lat w krajach skandynawskich czy w Nowej Zelandii – tam pacjent poszkodowany w wyniku błędu medycznego otrzymuje szybką i godną rekompensatę, a lekarz nie jest traktowany jak potencjalny przestępca, lecz jak człowiek, który pracuje w systemie obciążonym nieuniknionym ryzykiem.

Historia „no fault” w Polsce to niestety historia niekończących się zapowiedzi. W 2017 roku mówiło się o pilotażu. W 2020 roku temat powrócił przy okazji pandemii COVID-19 – kiedy dramatycznie brakowało lekarzy, a ryzyko błędów w pracy w ekstremalnych warunkach było ogromne. Potem były kolejne projekty ustaw, konsultacje, obietnice, ale do dziś żadna zmiana nie weszła w życie.

A przecież chodzi tu o coś fundamentalnego – o zaufanie. Zaufanie pacjenta do systemu, że jeśli stanie się coś złego, nie zostanie sam. I zaufanie lekarza do państwa, że może leczyć pacjenta zgodnie z wiedzą i sumieniem, a nie pod presją prokuratora.

System „no fault” nie oznacza braku odpowiedzialności. Wręcz przeciwnie – oznacza uczciwe przyznanie, że medycyna to nie matematyka. Że tam, gdzie są decyzje podejmowane w sekundach, tam, gdzie życie ludzkie zależy od odwagi lekarza – zawsze będzie istniało ryzyko błędu. I że państwo powinno chronić i pacjenta, i lekarza.

Dziś w Polsce lekarze są jak piloci – ale piloci, którym każe się odpowiadać karnie za każdą turbulencję. Czy w takim świecie można latać bez strachu? Czy w takim świecie można leczyć bez lęku?

Dlatego musimy powiedzieć jasno: czas najwyższy, aby Polska dołączyła do grona krajów cywilizowanych, które wprowadziły system „no fault”. Nie dla lekarzy. Nie dla polityków. Dla pacjentów – bo tylko wtedy decyzje medyczne będą naprawdę wolne od lęku i naprawdę w ich najlepszym interesie.

O tej sprawie piszemy na str. 5-7. ■

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

KASA

Francuzi mają powiedzenie: *cherchez la femme ou cherchez l'argent*, czyli jeśli jest coś na rzeczy, to główną przyczyną są kobiety lub pieniądze. Anglicy z kolei mawiają, że dżentelmeni nie rozmawiają o pieniądzach. W Polsce mówimy tak: „pieniądze szczęścia nie dają, mój Boże, ale woreczek pieniędzy daj Boże”.

Podczas moich wędrówek po świecie poznałem dwa kraje, w których mieszkańcy non stop, albo prawie bez przerwy mówią o pieniądzach. To Amerykanie ze Stanów oraz Rosjanie. W Polsce dżentelmeni, którzy nie mówią o pieniądzach, są na wymarcu. Aktualne wszechobecne polskie mówienie o pieniądzach dotyczy każdej, jak to się ładnie mówi, warstwy społecznej. Wliczając też dzieci.

Politycy, mówiąc o pieniądzach, ciągle obiecują, że ich opcja polityczna przyniesie nam finansową mannę, oczywiście jeśli zagłosujemy na nich, nawet z odrobiną oszustwa. Obiecywacze są pewni, że ciemny lud to kupi.

Wiedza o pieniądzach innych jest jedną z najbardziej popularnych wiadomości. Dane o forsie i zasobach majątkowych osób publicznych, które muszą być opublikowane i ogólnodostępne czytane są do ostatniej złotówki i własnościowego domu lub mieszkania. Są też politycy urzędowo biedni, utrzymywani przez teściów, z majątkiem odpowiednio przepisany w ramach rozdzielności majątkowej na żonę lub kochankę (co, jak słyszymy z mediów, czasem bywa ryzykowne). Ci, co nie mają pieniędzy, albo jak mają mniej niż inni, głęboko zastanawiają się skąd, on lub ona, mają tyle forsę. Jest to „oczywista oczywistość” od czasu, jak Fenicjanie wymyślili pieniądze. Można wręcz powiedzieć, że takie pytanie jest przypisane ludom i ludziom. Ciekawie, pokazując różnicę w myśleniu o kasie między Starym Kontynentem a Nowym, opisał Sean Connery na gali rozdania Oscarów. Jak jedzie Rolls-Roycem w Stanach, ludzie patrzą i myślą, ile jeszcze muszą na takie pudło pracować, a w Europie – ile to on musiał się nakraść.

W naszym kraju uwielbia się mówić o pieniądzach. Cudzych. Istnieje warstwa społeczna, o której wszyscy, albo prawie wszyscy, mówią: jak się nachapał. Tą warstwą, od zawsze jesteśmy my – lekarze. Typowe obliczanie pacjenta czekającego w prywatnie wybrzmiewa: jeżeli ja mu płacę 250 zł za wizytę, no to ile on/ona może zarabiać, jeśli przyjmowałby/przyjmowałaby 10 godzin dziennie przez 30 dni miesiąca i 365 dni w roku. A ponadto na pewno on/ona ma drugą/trzecią pracę – no to od obliczeń głowa boli. A w gazecie piszą, że lekarze zarabiają milion, a pacjentowi z obliczeń wychodzą dwa.

Kasa mami wszystkich. Także nas – lekarzy. Opowiadał mi kolega, dyrektor szpitala, że gdy przychodzi młody lekarz pytając o pracę, zaczyna od tego, że tyle za godzinę to za mało. Celowo powtarzam słowa kolegi o młodym lekarzu, bo w dalszym ciągu rozmowy padło, że ja kiedyś na wolontariacie pracowałem za darmo i nikt z wolontariuszy nie ośmielił się informować szefa, że jest 15.15, czyli koniec pracy. Lekarze w grupie wiekowej zbliżonej do emerytury pamiętają takie czasy. Teraz są inne. Ale czy to źle? Takie są czasy i może dlatego znalezienie lekarza do szkolenia za granicą nie jest łatwe. Bo to się już nie opłaca.

PS. Dzięki stymulacji i zycliwości kolegów z naszej Izby ukazał się drukiem zbiór moich felietonów opublikowanych w „Pro Medico” w latach 2020-2025. Zbiór ukazał się pod nieskromnym tytułem „Profesor Aleksander Sieroń”. Jakby to powiedział PKN „a czemu nie?”. Można go dostać w Izbie. ■



W Śląskiej Izbie Lekarskiej utworzonych zostało 67 rejonów wyborczych. W części z nich lekarze i lekarze dentyści już oddali swoje głosy, w innych jeszcze można głosować (terminy głosowań w poszczególnych rejonach wyborczych znajdują się na stronie ŚIL w zakładce „Wybory”).

Lekarze i lekarze dentyści swój głos mogą oddać w trzech trybach: elektronicznym, korespondencyjnym i osobistym (szczegółowe informacje znajdują się na stronie ŚIL w zakładce „Wybory”). Od początku września w Biurze Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach trwało wielkie pakowanie ponad 19 tysięcy pakietów wyborczych, które trafiły już do Państwa skrzynek pocztowych.

Delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy X kadencji poznamy na początku listopada.

FLESZ SAMORZĄDOWY

ZMIANY W PROGRAMIE PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

20 sierpnia 2025 r. odbył się bezpłatny webinar: „Zmiany w Programie Profilaktyki Raka Szyjki Macicy – aspekty praktyczne”, zorganizowany przez Wojewódzki Ośrodek Monitorowania przy NIO-PIB w Gliwicach, we współpracy ze Śląską Izbą Lekarską.

Poruszono na nim kwestię nowych standardów badań przesiewowych (HPV HR i cytologii na podłożu płynnym), aspektów patologicznych w badaniu i technicznych w programie SIMP, zasad przechowywania i transportu materiału biologicznego.

Była to wyjątkowa okazja, by poznać aktualne wytyczne, które mogą realnie wpłynąć na skuteczność profilaktyki raka szyjki macicy. Webinar skierowany był do pracowników medycznych — szczególnie lekarzy, pielęgniarek, położnych, diagnostów, personelu laboratoriów oraz osób zaangażowanych w realizację Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy. Zapis wydarzenia dostępny jest na YouTube Narodowego Instytutu Onkologii w Gliwicach.

ŚIL NA HARCAMP INSPIRACJE



Fot. P. Biernat

Ćwiczenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy i ciekawostki z historii śląskiej medycyny zaprezentowano harcerzom podczas targów „HarCamp Inspiracje”, które odbyły się 25 sierpnia 2025 r. w Lublińcu. Współpracujący z Izbą ratownik medyczny **Artur Żurek** przez kilka godzin otoczony był harcerzami, którzy wykorzystali to spotkanie do praktycznej nauki tego, jak postępować, gdy w pobliżu znajdzie się ktoś potrzebujący pomocy medycznej. Z kolei **Katarzyna Fulbiszew-**

ska, opiekun Muzeum Historii Medycyny i Farmacji Śląskiej Izby Lekarskiej, z pasją demonstrowała lekarskie narzędzia sprzed lat.

VI RODZINNY FESTYN SPORTOWY ŚIL



Fot. A. van der Coghien

31 sierpnia, na zakończenie wakacji, odbył się VI Rodzinny Festyn Sportowy Śląskiej Izby Lekarskiej. Spotkanie miało miejsce w katowickiej Kopalni Futbolu, a na uczestników czekały konkurencje sportowe, mecze piłkarskie, animacje dla najmłodszych, dmuchańce – słowem, to co dzieci lubią najbardziej. O poczęstunek zadbała restauracja Palatum. Tegoroczna edycja Festynu miała też ważny wymiar prozdrowotny. Uczestnicy skorzystali z możliwości wykonania badań przesiewowych w kierunku cukrzycy typu I, realizowanych przez Śląski Uniwersytet Medyczny w ramach programu Edent1FI.

Festyn już od sześciu lat jest wspaniałą okazją do wspólnej zabawy i integracji środowiska lekarskiego. Pogoda (pomimo przelotnego deszczu) i frekwencja dopisały. W tegorocznym festynie wzięło udział ponad 300 osób.

UROCZYSTE WRĘCZENIE DOKUMENTÓW POTRZEBNYCH DO ROZPOCZĘCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO

2 i 4 września 2025 roku w siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej odbyły się uroczystości wręczenia Prawa Wykonywania Zawodu na czas odbycia stażu podyplomowego.

W wydarzeniu wzięli udział lekarze i lekarze dentyści, którzy już 1 października 2025 r. rozpoczną swoją drogę zawodową. W przemówieniu otwierającym dr hab. n. med. **Dariusz Skaba**, wiceprezes ORL w Katowicach, podkreślił symboliczny wymiar uzyskania dokumentów, które – choć niepozorne – stanowią „klucz do lekarskiego świata”. W swoim wystąpieniu przypomniał młodym lekarzom o odpowiedzialności, jaka wiąże się z wykonywaniem zawodu, ale także o satysfakcji i radości płynącej z codziennej pracy z pacjentami.

Głos zabrali również prorektorzy Śląskiego Uniwersytetu Medycy-

nego – prof. dr hab. n. med. **Oskar Kowalski** i prof. dr hab. n. med. **Jerzy Stojko** oraz dr **Paweł Jasiński**, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy ORL w Katowicach. Następnie uczestnicy mieli okazję obejrzeć film przygotowany z okazji 35-lecia Odrodzonego Samorządu Lekarskiego – „Czas próby”, przypominający o wyzwaniach, jakie w ostatnich latach stanęły przed środowiskiem medycznym.



Fot. A. van der Coghen

Najważniejszym momentem wydarzenia było wręczenie dokumentów uprawniających do odbycia stażu podyplomowego. Po zakończeniu tej części uczestnicy obejrzeli fragmenty wywiadów z cyklu „Dziedzictwo Hipokratesa”, w których doświadczeni lekarze dzielą się refleksjami na temat blasków i cieni zawodu. Na zakończenie uroczystości odbył się minirecital dr. **Antoniego Dwornika** – pediatry i członka Komisji ds. Kultury ORL w Katowicach.

WKRACZAMY W NOWĄ DEKADĘ – XI ANDRZEJKI STOMATOLOGICZNE

Wielkimi krokami zbliża się XI edycja Andrzejek Stomatologicznych! Urozmaicone wykłady z wielu dziedzin stomatologii, znakomici prelegenci, integracja środowiska, dobra zabawa i malownicza lokalizacja, to tylko kilka powodów, dla których warto wziąć udział w XI Andrzejkach Stomatologicznych.

Historia tego wydarzenia rozpoczęła się w 2014 roku, gdy na pierwszym posiedzeniu Komisji Stomatologicznej ORL w Katowicach VIII kadencji, podjęto decyzję o organizacji wyjazdowej konferencji szkoleniowo-integracyjnej dla lekarzy stomatologów. Od tego czasu Andrzejki Stomatologiczne odbywają się co roku, z przerwą wymuszoną jedynie pandemią COVID-19. W ciągu 10 poprzednich edycji, w konferencji wzięło udział łącznie 2200 uczestników, a 116 wykładowców wygłosiło swoje prelekcje.

Jak co roku, termin konferencji przypada na ostatni weekend listopada (28-30 listopada). W sobotę 30 listopada, w trakcie wieczoru integracyjnego, odbędą się również IV Mistrzostwa ŚIL w Bowlingu dla lekarzy i lekarzy dentyków.

Zapisy na XI Andrzejki Stomatologiczne dla uczestników oraz firm uruchomione zostały 15 września 2025 roku.

SILne argumenty – PROMIL ODPOWIEDZIALNOŚCI

W SILnych Argumentach, po wakacyjnej przerwie, rozmawiamy z dr. n. med. **Romanem Wojnarem** – lekarzem internistą w trakcie specjalizacji z psychiatrii, specjalistą psychoterapii uzależnień, który od ponad 30 lat pracuje z osobami uzależnionymi w szpitalach psychiatrycznych, oddziałach leczenia uzależnień oraz oddziałach detoksykacyjnych w Polsce i za granicą. W swojej praktyce pomógł już wielu lekarzom, ale nadal uważa, że wciąż za mało medyków zgłasza się na terapię. Rozmowa dostępna jest na kanale YouTube ŚIL, na Spotify i w Apple Podcasts. Zapraszamy. ■

Opracowała Alicja van der Coghen, rzecznik prasowy ŚIL

Z życia Delegatur

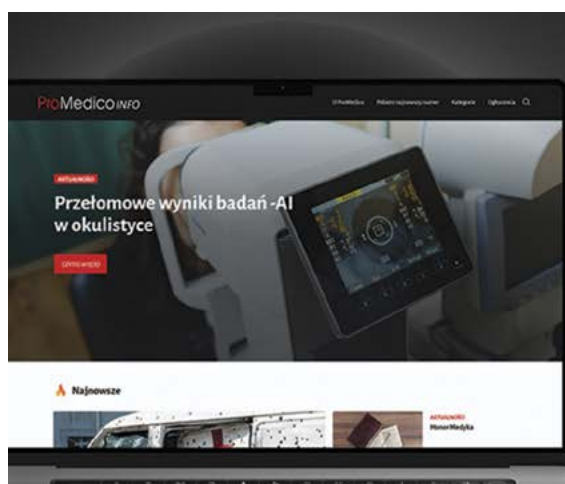
JAWORZNO

4 września odbyło się spotkanie stomatologów Delegatury Jaworzno. Miało ono charakter integracyjno-informacyjny i odbyło się w Urzędzie Miasta Jaworzno. Temat wyborów samorządowych nie zdominował go całkowicie. Dyskusje obejmowały sprawy, które na co dzień bezpośrednio dotyczą prywatnych praktyk, między innymi: wytycznych dla gabinetów stomatologicznych wykonujących procesy dekontaminacji, rozszerzenia katalogu specjalizacji, w jakich mogą kształcić się stomatolodzy o dziedzinę mikrobiologii. Najwięcej jednak czasu poświęcono na komentowanie rozporządzenia dotyczącego wykazu czynności higienistek stomatologicznych oraz projektu składu zestawu przeciwwstrząsowego, który powinien znaleźć się w gabinecie stomatologicznym. Gościem spotkania była Naczelnik Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta, która opowiedziała o przygotowaniach Urzędu Miasta do akcji edukacyjnej adresowanej do jaworznickich przedszkolaków, obejmującej także promocję zdrowia, w tym profilaktykę jamy ustnej. Wydarzenie będzie miało miejsce jesienią. ■

CHORZÓW

2 września w siedzibie Chorzowskiego Hospicjum, w ramach działań programowych Delegatury Chorzowskiej, odbyło się szkolenie dla lekarzy dentyków. Tematem szkolenia była profilaktyka stomatologiczna u dzieci ze spektrum autyzmu, wykład poprowadziła dr n. med. **Agnieszka Pawlik**. Spotkanie przygotowała **Aleksandra Sommerlik-Biernat**, a gościnności udzieliła dr **Barbara Kopyńska** – dyrektor placówki.

Uczestnicy szkolenia wysłuchali prelekcji, a potem odbyła się ciekawa dyskusja oraz wymiana uwag dotyczących spraw branżowych. Omówiono propozycje naukowo-integracyjne dla lekarzy stomatologów na nadchodzący okres. ■



ProMedico INFO
Wygodnie, szybko, zawsze pod ręką!

Odwiedź naszą nową stronę internetową i ciesz się dostępem do wszystkich artykułów, informacji i aktualności – zarówno na komputerze, jak i na telefonie!

→ Wejść na promedico.info





Dr n. med.
Maciej Jędrzejko

No Fault – No Progress

„No Fault” kontra „Guilt First”

Ten tekst kieruję do lekarzy, ordynatorów, polityków, dziennikarzy oraz do pacjentów. System „GUILT FIRST” – obowiązujący obecnie i system „NO FAULT” – który trzeba wprowadzić w Polsce na wzór innych cywilizowanych krajów, to jedna z najważniejszych teraz kwestii dla samorządu lekarskiego. Dlatego trzeba o tym mówić głośno i często, żeby sprawa znów nie została zamieciona pod dywan.

System „GUILT FIRST” (najpierw wina) zakłada, że pacjent może otrzymać odszkodowanie za uszczerbek na zdrowiu wynikający z działań lekarskich, dopiero kiedy udowodni winę lekarza lub szpitala. System „NO FAULT” (bez winy) zakłada z kolei, że skoro pacjent doznał uszczerbku, to należy mu się odszkodowanie bez względu na to, kto i dlaczego popełnił błąd.

Jednocześnie system „NO FAULT” nie zwalnia lekarza z odpowiedzialności za błąd, ale przenosi proces naprawczy z sądów do wewnętrznych systemów kontroli, tzw. szpitalnych komisji do spraw błędów i powikłań. Jedynym celem działania takiej komisji jest zrozumienie zaistniałej sytuacji i wdrożenie działań, których celem jest niepowtarzanie się tego samego błędu w przyszłości.

Udowodniono badaniami naukowymi, że ponad 70% błędów medycznych, skutkujących uszczerbkiem zdrowia pacjenta, wynika z wadliwej komunikacji pomiędzy członkami personelu medycznego oraz między personelem a pacjentem, a także z wadliwej organizacji pracy oraz systemów kontroli jakości i bezpieczeństwa pracy w placówkach medycznych.

To model sprawdzony w wielu krajach, przynosi korzyści wszystkim stronom zaangażowanym w proces leczenia. Wbrew obawom okazuje się, że odszkodowania dla pacjentów są wypłacane znacznie szybciej, ponieważ nie wymaga to długotrwałego i kosztownego procesu sądowego. W systemie „GUILT FIRST” pacjent musi udowodnić winę lekarza, co często trwa latami.

Ponadto system „NO FAULT” pomaga obniżyć koszty administracyjne i sądowe związane z błędami medycznymi. Mniej środków publicznych jest marnowanych, a więcej może być przeznaczonych na poprawę jakości opieki zdrowotnej. W dodatku ten

system promuje otwartość i uczciwą komunikację między lekarzem a pacjentem. Lekarze są bardziej skłonni przyznawać się do błędów i uczyć się na nich, co przyczynia się do poprawy bezpieczeństwa pacjentów.

Zwiększa się też wsparcie dla pacjentów, którzy otrzymują pomoc i odszkodowanie, gdy tego potrzebują, niezależnie od tego, czy błąd medyczny był wynikiem niedoprecyzowania, czy niewłaściwej procedury. Dzięki temu buduje się zaufanie między lekarzem a pacjentem, co jest kluczowe dla skutecznego leczenia. Przykłady z innych krajów? Proszę bardzo. System „NO FAULT” został wprowadzony m.in. w Szwecji, Nowej Zelandii czy Finlandii, przynosząc tam znaczące korzyści. W Szwecji liczba spraw sądowych związanych z błędami medycznymi znacząco spadła, a pacjenci otrzymują odszkodowania szybciej i sprawniej.

W przypadku błędu lekarskiego w położnictwie, gdzie np. opóźniona reakcja lekarza doprowadziła do niedotlenienia noworodka lub np. uszkodzenia splotu barkowego noworodka w wyniku ciężkiego powikłania – dystocji barkowej, system

„NO FAULT” umożliwiłby szybkie przyznanie odszkodowania rodzinie, bez potrzeby udowadniania winy lekarza. Rodzina mogłaby skoncentrować się na opiece nad dzieckiem, a lekarze na analizie przypadku i wprowadzeniu zmian, które zapobiegłyby podobnym sytuacjom w przyszłości.

Bardzo wyraźnie podkreślę, że ratowanie życia nie jest przestępstwem! A lekarze nie popełniają błędów medycznych celowo. Dlatego nie powinni podlegać karaniu na podstawie Kodeksu karnego w przypadku niepowodzenia terapeutycznego. Prawdziwy system „NO FAULT” powinien opierać się na trzech filarach: Dobrze działającym rejestrze zdarzeń niepożądanych. Prawidłowym systemie rekompensat dla pacjentów. Zniesieniu nadmiernego obciążenia personelu, czyli stresu związanego z pracą.

Zatem system „GUILT FIRST” walczy z ludźmi, a system „NO FAULT” walczy z błędami. System „GUILT FIRST” walczy z lekarzami, system „NO FAULT” walczy o pacjentów.

Z kolei Amerykanie mają ważne powiedzenie: „sorry works”, a to oznacza, że my, lekarze, musimy nauczyć się mówić przepraszam. ■

System „NO FAULT” nie zwalnia lekarza z odpowiedzialności za błąd, ale przenosi proces naprawczy z sądów do wewnętrznych systemów kontroli, tzw. szpitalnych komisji do spraw błędów i powikłań. Jedynym celem działania takiej komisji jest zrozumienie zaistniałej sytuacji i wdrożenie działań, których celem jest niepowtarzanie się tego samego błędu w przyszłości.

Historia prób wprowadzenia systemu „no fault” w Polsce

LATA 2008-2010 – PIERWSZE DYSKUSJE

- Temat pojawia się w środowisku lekarskim, zwłaszcza w Naczelnej Izbie Lekarskiej.
- Lekarze wskazują, że system karny, w którym każdy błąd traktowany jest jak przestępstwo, zniechęca do podejmowania odważnych decyzji medycznych.
- Pierwsze postulaty wzorowania się na modelach skandynawskich (Szwecja, Dania), gdzie funkcjonują posasądowe systemy odszkodowań.

2011 – USTAWA O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA

- Pojawia się rozwiązanie częściowo zbliżone do idei „no fault”: wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych.
- Pacjent może uzyskać odszkodowanie bez procesu sądowego, ale system ten okazuje się mało skuteczny – decyzje komisji nie są wiążące, a wysokość świadczeń była ograniczona.
- Lekarze nadal pozostają pod groźbą odpowiedzialności karnej.

2016–2017 – PIERWSZE POWAŻNIEJSZE PROJEKTY

- W Ministerstwie Zdrowia i środowiskach eksperckich wraca temat „no fault”.
- Padają propozycje stworzenia Funduszu Odszkodowawczego finansowanego przez państwo, który zapewniałby szybkie rekompensaty pacjentom.
- Pomysł nie wychodzi poza fazę koncepcji – brak zgody politycznej i finansowania.

2020 – PANDEMIA COVID-19

- Sytuacja kryzysowa uwypukla problem: lekarze pracują w ekstremalnych warunkach, przy braku procedur i dowodów naukowych dla nowej choroby.
- Samorząd lekarski apeluje o czasowe wprowadzenie systemu „no fault”, aby lekarze mogli działać bez paralizującego lęku przed prokuratorem.

- Powstaje projekt ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta, w którym po raz pierwszy pojawia się zapis o odejściu od karania lekarzy za nieumyślne błędy.
- Projekt jednak upada wraz z końcem kadencji parlamentu.

2021-2022 – KOLEJNE ZAPOWIEDZI

- Minister Zdrowia Adam Niedzielski ogłasza prace nad ustawą o jakości w ochronie zdrowia, która miałaby zawierać mechanizmy „no fault”.
- Dyskutuje się o powołaniu Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych – pacjent miałby zgłaszać zdarzenie, a odszkodowanie wypłacałby fundusz, bez procesu i bez winy lekarza.
- Projekt trafia do konsultacji społecznych, ale budzi sprzeciw części polityków – obawiają się, że to „bezkarność dla lekarzy”.
- Ostatecznie zostaje przyjęta tylko część dotycząca odszkodowań dla pacjentów poszkodowanych przez szczepienia (Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych).

2023 – USTAWA O JAKOŚCI W OPIECE ZDROWOTNEJ I BEZPIECZEŃSTWIE PACJENTA

- Rząd przedstawia nową wersję ustawy.
- W pierwotnym założeniu miał to być krok w stronę „no fault” – raportowanie zdarzeń niepożądanych i ich analiza w celu poprawy systemu, a nie karania osób.
- Jednak w finalnej wersji przepisy zostały mocno złagodzone – system nadal nie daje pełnej ochrony lekarzom przed odpowiedzialnością karną.
- Lekarze krytykują rozwiązanie jako „półśrodek”.
- 6 września 2023 roku – powstaje Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych; zdarzenia medyczne muszą mieć miejsce w szpitalu, w związku z udzielaniem świadczeń finansowanych ze środków publicznych, i nie wcześniej niż 6 września 2023 r.

Informacja z kwietnia 2025 r. z gov.pl: Od początku funkcjonowania Funduszu, przyznano już ponad 19 milionów złotych dla 318 osób, z czego 99% pacjentów i wnioskodawców zaakceptowało świadczenie. Średnia wysokość przyznanego świadczenia wynosi ponad 61 tysięcy złotych. Najwięcej spraw, które wpłynęły do Rzecznika Praw Pacjenta w ramach Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych dotyczyło pacjentów w wieku 66-75 lat (26,7%) oraz 56-65 lat (16%). 18,73% dotyczyło pacjentów z województwa mazowieckiego, a 11,17% z województwa śląskiego. Zdarzenia medyczne, za które przyznano świadczenia, najczęściej dotyczyły **oddziałów ortopedycznych, chirurgii ogólnej, szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz położniczo-ginekologicznych i chorób wewnętrznych**.

2024-2025 – OBECNY STAN

- Trwa dyskusja o gruntownym wdrożeniu „no fault”.
- Naczelna Izba Lekarska i związki zawodowe lekarzy podnoszą temat w debacie publicznej.
- Nowy rząd zapowiada analizę rozwiązań zagranicznych, ale nie przedstawiono jeszcze kompleksowego projektu ustawy.
- Wciąż brakuje decyzji politycznej – głównym problemem jest obawa, że społeczeństwo odbierze „no fault” jako zwolnienie lekarzy z odpowiedzialności, a nie jako równoczesną ochronę pacjenta i medyka.

Podsumowując: **w Polsce od 15 lat mówi się o „no fault”, były liczne projekty ustaw i zapowiedzi reform, ale żadna z nich nie doprowadziła do realnej zmiany.**

Najbliżej byliśmy w latach 2021-2023, przy pracach nad ustawą o jakości i bezpieczeństwie pacjenta, ale ostatecznie wprowadzono tylko fragmenty systemu, bez kluczowego elementu: pełnej ochrony lekarzy przed odpowiedzialnością karną za nieumyślne błędy. ■



Joanna
Andrzejewska

Współczesnym okiem

Połowanie na czarownice

Spory prawne z udziałem lekarzy to temat szeroki, obejmujący co najmniej dwie dyscypliny, tj. prawo i socjologię, a może nawet psychologię. Wydaje się, że mentalne uwarunkowania współczesnego pacjenta mają zasadniczy wpływ na dynamikę i kierunek kształtowania się regulacji prawnych.



Fot. Chroma Stock

W polskim systemie prawnym, pacjent (bądź w określonych przypadkach – członek rodziny), który uzna, iż nie uzyskał spodziewanych efektów leczenia, ma możliwość uruchomienia kilku procedur: karnej, odpowiedzialności zawodowej, cywilnej, administracyjnej. Z założenia, mają one zaspokoić różne potrzeby, takie jak ustalenie sprawcy i wymierzenie kary. Finalnie, bazowa intencja inicjatora postępowania dotyczy przeważnie tylko aspektu finansowego, czyli otrzymania rekompensaty poniesionej szkody (odszkodowanie), finansowej kompensacji doznanej krzywdy (zadośćuczynienie), jak również, w uzasadnionych przypadkach, zabezpieczenia potrzeb w formie comiesięcznych świadczeń (renta).

Jednakże, dla uzyskania świadczenia pieniężnego, konieczne jest uprzednie ustalenie winy sprawcy, a zatem działania polegającego na umyślnym (zamierzonym), bądź nieumyślnym (wynikającym z zaniedbania lub lekkomyślności) działaniu lub zaniechaniu lekarza. Dlatego większość pacjentów rozpoczyna batalię

o zabezpieczenie finansowe (o którym rozstrzyga sąd cywilny) od zawiadomienia organów ścigania.

Presja pracy z oddechem prokuratora na plecach ma swoje konsekwencje. Pozornie wydawać by się mogło, że strach przed więzieniem zmobilizuje lekarzy do większej troski o pacjenta i tym samym wyeliminuje albo przynajmniej znacznie ograniczy liczbę błędów medycznych. Tymczasem, rzeczywistość zdaje się wskazywać na kontrskuteczność tego założenia, bowiem strach powoduje wycofanie i to zarówno na poziomie codziennych działań, jak i długoterminowych decyzji dotyczących wyboru (unikania) specjalizacji, obciążonych większym ryzykiem.

Nie można w tym miejscu pominąć zjawiska, które nasiliło się wraz z kampaniami informacyjnymi w zakresie praw pacjenta i możliwości ich egzekucji. Telewizje śniadaniowe, kolorowa prasa i sensacyjne programy „śledcze” przyczyniły się z jednej strony do wzrostu wiedzy prawnej obywateli, ale z uwagi

na jednostronny przekaz, wygenerowały trudną do zahamowania, bezrefleksyjną potrzebę oskarżenia lekarza, z pominięciem racjonalnego osądu sytuacji. Ten proceder nosi czasem znamiona próby „ugrania” świadczenia („a nuż się uda”). Lawina oczywiście bezzasadnych skarg uruchamia tę samą maszynę, która działa przy poważnych zarzutach, a konsekwencje postępowań wyjaśniających, które nie kończą się aktem oskarżenia (co dzieje się w zdecydowanej większości) są nieczęsto dramatyczne dla lekarza. Ale tego w telewizji nie uczą.

Połowanie na czarownice nie zdało w przeszłości egzaminu, dlatego dyskusję o „no fault” należałoby może zacząć od edukacji, ukierunkowanej na zwiększenie świadomości obywateli i zmianę mentalności. Skuteczne zantagonizowanie społeczeństwa nie służy rozwiązywaniu sporów przy użyciu narzędzi nieprocesowych, bo tam potrzebna jest dobra wola, wyważenie i wyzbycie się potrzeby wendety. Pytanie – czy jako społeczeństwo jesteśmy gotowi na taką zmianę? ■



Dr hab. n. med.
Bogdan Michalski
Ginekolog – onkolog

Czas na onkologię integracyjną

„I Ty możesz pokonać raka”. To nie jest tylko tytuł książki australijskiego weterynarza, Iana Gawlera. To hasło, które od ponad czterdziestu lat elektryzuje pacjentów i lekarzy na całym świecie.

W 1974 roku u trzydziestoparoletniego Gawlera zdiagnozowano kostniaki mięsaka. Amputowano mu nogę. Rok później choroba powróciła – przerzuty zaatakowały mostek, płuca, węzły chłonne. Radioterapia, chemioterapia, kolejne dramatyczne decyzje lekarzy. Prognoza była bezlitosna: kilka tygodni życia.

A jednak – wbrew statystyce i medycznemu podręcznikom – Gawler żyje do dziś. Pomogła mu medytacja, techniki umysłowe, dieta Gersona, a także współpraca z psychiatrą Ainslie Mearesem. Jego książka ukazała się w Polsce w 1992 roku. Dla mnie był to moment szczególny – skończyłem wówczas szkolenie w Europejskiej Szkole Ginekologii Onkologicznej i zafascynowany byłem genetyczną teorią raka.

Prawdę mówiąc, nie dawałem się wtedy porwać tej historii. Zbyt wiele w niej było – jak mi się zdawało – niepewnych obietnic. A jednak wracała do mnie w chwilach zwątpienia. Wtedy, gdy – mimo stosowania najnowszych procedur i terapii – pacjenci cierpieli, a ja doświadczałem frustracji, że medycyna konwencjonalna nie daje im pełnej ulgi.

INTEGRACJA, CZYLI TRZECI WYMIAR ONKOLOGII

Chemioterapia, chirurgia, radioterapia – te trzy filary leczenia onkologicznego

ratują życie. Ale obok życia jest jeszcze coś: jego jakość. A ta często dramatycznie spada pod ciężarem skutków ubocznych – przewlekłego zmęczenia, depresji, lęku, bólu pooperacyjnego czy nudności. To właśnie niezaspokojone potrzeby pacjentów otworzyły drogę do **onkologii integracyjnej – dziedziny, która nie odrzuca standardowego leczenia, ale uzupełnia je** o metody oparte na dowodach: medytację, jogę, akupunkturę, odpowiednią dietę. Chodzi o całościowe podejście do pacjenta – do jego ciała i psychiki.

Nie jest to zatem żadna alternatywa dla nauki. To jej uzupełnienie. Integracja.

OD NOWEGO JORKU PO PEKIN – GLOBALNA REWOLUCJA

W 1999 roku słynne Memorial Sloan Kettering Cancer Center w Nowym Jorku powołało pierwszą w USA jednostkę medycyny integracyjnej. Wkrótce dołączyły kolejne ośrodki – MD Anderson Cancer Center w Teksasie, Dana-Farber Cancer Institute w Bostonie. Dziś większość amerykańskich centrów onkologicznych oferuje swoim pacjentom elementy terapii integracyjnych.

Co więcej, amerykański National Cancer Institute współpracuje od lat z Chińską Akademią Nauk Medycznych nad badaniami naturalnych produktów, łącząc

potencjał Dalekiego Wschodu z rygiorem nauki Zachodu.

W 2003 roku powstało Towarzystwo Onkologii Integracyjnej (Society of Integrative Oncology – SIO). Organizacja od lat opracowuje wytyczne – od leczenia raka płuc, przez raka piersi, po zarządzanie bólem, lękiem, depresją czy zmęczeniem. W najnowszych rekomendacjach pojawiły się nawet wytyczne dotyczące stosowania kannabinoidów.

POLSKA PERSPEKTYWA – LUKSUS CZY KONIECZNOŚĆ?

W Polsce onkologia integracyjna wciąż nie jest standardem. Pacjent, który chce skorzystać z akupunktury, jogi czy dietyterapii – zwykle płaci z własnej kieszeni. Mogą sobie na to pozwolić jedynie ci zamożniejsi. A przecież chodzi o coś więcej niż komfort – o realne wsparcie w walce z chorobą i jej skutkami ubocznymi. Dlaczego więc wciąż traktujemy integrację jako luksus, a nie konieczność?

Czy nie jest najwyższy czas, aby medycyna – tak jak Gawler – wyszła poza schemat i zaczęła patrzeć na pacjenta w pełni: z jego ciałem, psychiką, nadzieją i strachem?

Onkologia integracyjna nie obiecuje cudów. Obiecuje coś znacznie ważniejszego – szansę na życie w lepszej jakości, nawet w cieniu raka. ■

—
21 XI
2025

Miejsce:
Śląska Izba Lekarska

I Śląska Konferencja Onkologii Integracyjnej

„I Ty możesz pokonać raka”

Szczegóły i plan konferencji na stronie ŚIL

Z TEKI RZECZNIKA



Stefan Kopocz
Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej

Czteryście skarg rocznie

„Ludzie listy piszą zwykle polecone. Piszą, że kochają, nie śpią, klną, całują się...” (Andrzej Zieliński/Leszek Antoni Moczulski, 1969). Przebój sprzed lat, a aktualny i dzisiaj. Cytuję ten fragment nie bez powodu. Otóż analizując liczne skargi, jakie wpływają do biura rzecznika, ich treść, formę i tematykę skojarzyłem to z cytowanym fragmentem. Wystarczy zamiast słowa „listy” użyć słowa „skarga” i w zasadzie jawi się to, co chciałem przekazać.

Ponad czterysta skarg rocznie. Różnych pod względem tematyki, stylistyki, formy.

Prawie połowa tych pism to merytorycznie napisane skargi przez pacjentów, ich rodziny czy pełnomocników. Skarg niezwykle ważnych dla ich autorów, bo dotyczą z reguły czegoś najbardziej istotnego i cennego dla człowieka – jego zdrowia, a nawet życia. Dotyczą konkretnych, udokumentowanych sytuacji, w których naruszono prawa pacjenta, popełniono błąd medyczny lub naruszono zasady etyki, co może być podstawą do wszczęcia postępowania dyscyplinarnego.

Tymi skargami zajmują się zastępcy rzecznika i robią to rzetelnie, profesjonalnie, z należytą uwagą i zaangażowaniem. Powstaje pytanie: co z tą drugą grupą skarg? Są to skargi niemerytoryczne.

Niemerytoryczne skargi to te, które nie przedstawiają konkretnych, uzasadnionych zarzutów dotyczących naruszenia praw pacjenta, zasad etyki lekarskiej lub błędów medycznych. Dotyczą zazwyczaj zdarzeń, które pacjent uważa za niewłaściwe, ale nie są poparte dowodami lub nie wynikają z konkretnych działań lub zaniechań personelu medycznego, takich jak błędy w leczeniu, zaniedbania czy naruszenia godności pacjenta.

Niemerytoryczne skargi są różne, ale większość z nich np. nie zawiera jasnego opisu sytuacji, nie wskazuje na błędy, zaniedbania ani naruszenia etyki, opiera się raczej na subiektywnej ocenie zachowania personelu, a nie na faktach czy opisie o naruszeniu określonych zasad. Skarga często jest napisana w emocjonalnym tonie, co utrudnia obiektywne rozpatrzenie sprawy i często skupia się na ogólnym niezadowoleniu, zamiast na konkretnych przewinieniach. W dodatku skarżący

często uciekają się do groźb i zachowań, które nie przystoją człowiekowi dobrze wychowanemu.

Nie można nie wspomnieć, że najbardziej narażonymi na te utarczki słowne i często wulgaryzmy są pracownicy biura rzecznika, bo to oni odbierają telefony z pretensjami.

Rzecznik nie zajmuje się wszystkimi skargami dotyczącymi lekarzy, jakie wpływają do niego, tylko tymi związanymi z wykonywaniem zawodu, leżącymi w kompetencjach rzecznika. Zwracam uwagę na ten rodzaj skarg, nierzadkich i przypominam, że reprezentujemy zawód zaufania publicznego i obligują nas określone zachowania i relacje.

Do tego katalogu skarg należy zaliczyć donosy dotyczące konfliktów rodzinnych i rozwodów. Np. skarżący zarzuca lekarzowi, że zbadał dziecko w obecności matki, a bez jego udziału. Będąc w trakcie rozwodu nie ma jeszcze odebranych praw rodzicielskich i mówi, że o badaniu dziecka ma być powiadamiany. Skarżący wnioskuje zatem o odebranie lekarzowi prawa wykonywania zawodu. Piszą lekarze, donosząc na swoich kolegów, byłych partnerów biznesowych, że zostali oszukani przy podziale zysków. Są też skargi lekarzy na lekarzy dotyczące dyskredytacji czy to słownej, czy na forach społecznościowych.

Rzecznik nie zajmuje się wszystkimi skargami dotyczącymi lekarzy, jakie wpływają do niego, tylko tymi związanymi z wykonywaniem zawodu, leżącymi w kompetencjach rzecznika. Zwracam uwagę na ten rodzaj skarg, nierzadkich i przypominam, że reprezentujemy zawód zaufania publicznego i obligują nas określone zachowania i relacje, które powin-

ny opierać się na wzajemnym szacunku, solidarności i wspieraniu się nawzajem, zgodnie z przepisami zawartymi w Kodeksie Etyki Lekarskiej. Reguluje on kwestie profesjonalizmu, unikania publicznej dyskredytacji i kierowania krytyki do zainteresowanego lekarza lub właściwego organu izby lekarskiej, Zupełnie wystarczy, że skarżą się pacjenci. ■

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



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

11.10
sobota
godz. 10:00

Szkolenie z zakresu samoobrony i bezpieczeństwa osobistego

Prowadzący szkolenie:
Wojciech Szwagrzyk, Anna Wocial-Kulińska

4 pkt. edu. Kurs doskonalący stacjonarny

16.10
czwartek
godz. 17:00

Aktualne polskie rekomendacje w zakresie diagnostyki i leczenia chorób naczyń mózgowych u dzieci

Prowadząca szkolenie:
prof. dr hab. n. med. Ilona Kopyta

3 pkt. edu. Kurs doskonalący online

16.10
czwartek
godz. 17:00

Wiek, płeć i sprawność mentalna pacjenta, jako determinanta postępowania lekarza

Prowadząca szkolenie:
prof. dr n. hab. Teresa Dukiet-Nagórska

4 pkt. edu. Kurs doskonalący online

17.10
piątek
godz. 17:00

USG dzieci w gabinecie lekarza POZ cz. 1

Kierownik naukowy kursu:
lek. Krzysztof Kansy

16 pkt. edu. Kurs doskonalący stacjonarny

18.10 / cz. 2
sobota
godz. 9:00

21.10
wtorek
godz. 17:00

Zanim wypalenie zawodowe zmieni Twoją codzienność cz. 2 Komunikacja asertywna

Prowadząca szkolenie:
dr n. med. Irena Borek

3 pkt. edu. Kurs doskonalący online

25.10
sobota
godz. 10:00

Komunikacja interpersonalna. Jak efektywnie rozmawiać z pacjentem – warsztaty praktyczne

Prowadząca szkolenie:
dr n. społ. Anna Latusek

4 pkt. edu. Kurs doskonalący stacjonarny

08.11
sobota
godz. 10:00

ENDO WYPEŁNIENIE 3D – Współczesna obturacja systemów kanałów korzeniowych

Prowadzący szkolenie:
lek. dent. Nikodem Borecki

5 pkt. edu. Kurs doskonalący stacjonarny

13.11
czwartek
godz. 17:00

Obowiązek udzielania pomocy lekarskiej a ochrona dóbr osobistych lekarza

Prowadząca szkolenie:
prof. dr n. hab. Teresa Dukiet-Nagórska

4 pkt. edu. Kurs doskonalący online

13.11
czwartek
godz. 17:00

Choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego (ADEM, SM) u dzieci

Prowadząca szkolenie:
prof. dr hab. n. med. Ilona Kopyta

3 pkt. edu. Kurs doskonalący online

19.11
środa
godz. 17:00

Zanim wypalenie zawodowe zmieni Twoją codzienność cz. 3 Emocje

Prowadząca szkolenie:
dr n. med. Irena Borek

3 pkt. edu. Kurs doskonalący online

Studia Podyplomowe Prawo w ochronie zdrowia prowadzone przez UŚ, SUM i ŚIL

Kierownik studiów podyplomowych:
prof. dr hab. Zygmunt Tobor

Studia poświęcone są szerokiemu i dogłębniemu omówieniu prawa medycznego oraz przybliżeniu podstaw innych dziedzin prawa posiadających znaczenie w działaniu instytucji i osób zajmujących się ochroną zdrowia. Zajęcia online. Planowany termin rozpoczęcia zajęć: **18 października 2025 r.**

Szczegółowe informacje na stronie internetowej

<https://www.studiapodyplomowe.us.edu.pl/studia-podyplomowe-prawo-w-ochronie-zdrowia/>

Termin rekrutacji w systemie elektronicznym IRK 2025/2026 r.
od 02.06.2025 r. do 30.09.2025 r., do wyczerpania limitu miejsc.

<https://irk.us.edu.pl/pl/offer/POD-2025/programme/W5-NPPZ21/>

Miejsce składania dokumentów po zakończeniu internetowej rekrutacji

Wydział Prawa i Administracji, Katowice, ul. Bankowa 11B, pok. 39,
tel. 32 359 16 98, e-mail: monika.lyczba@us.edu.pl

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:

SZKOLENIE W ZAKRESIE KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY

Od 16 sierpnia 2025 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 12 sierpnia 2025 r. w sprawie szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. z 2025 r. poz. 1124). Rozporządzenie określa zasady przeprowadzania szkoleń dla ratowników pełniących służbę albo wykonujących zadania zawodowe w służbach podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych lub przez niego nadzorowanych.

WOJEWÓDZKI PLAN DZIAŁANIA SYSTEMU PRM

19 sierpnia 2025 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2025 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. z 2025 r. poz. 1057). W załączniku określono ramowy wzór ww. planu, określając, jakie informacje winny być w nim zawarte i które podlegają opublikowaniu. Przepisy zastępują dotychczasowe rozporządzenie z 2018 r.

LEK I LDEK

Od 1 września 2025 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2025 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1132). Rozporządzenie określa m.in. wykaz dziedzin medycyny oraz zakres problematyki uwzględnianej przy opracowywaniu pytań testowych LEKu i LDEKu, sposób przepro-

wadzenia ww. egzaminów, wysokość wnoszonych opłat i sposób ustalania wyniku z egzaminów.

STANDARDY KSZTAŁCENIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

2 września 2025 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 sierpnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1133). Rozporządzenie wprowadza zmiany w kształceniu lekarzy, lekarzy dentystry, a także położnych i obowiązuje od roku akademickiego 2025/2026.

KRAJOWA RADA KARDIOLOGICZNA

Od 3 września 2025 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2025 r. w sprawie statutu Krajowej Rady Kardiologicznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1139). Statut określono w załączniku do rozporządzenia.

REFORMA SZPITALI

17 września 2025 r. weszła w życie ustawa z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1211). Ustawa poszerza m.in. krąg podmiotów, do których nie będzie wymagane skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego – są nimi lekarz medycyny sportowej, psycholog i optometrysta. Ponadto, ustawą określono także w jakich przypadkach kierownik podmiotu będzie miał obowiązek przygotowania programu naprawczego, jakie muszą znaleźć się w nim informacje i kto go zatwierdza. ■

KOMISJA KULTURY ŚIL
ZAPRASZA NA PROJEKCJĘ FILMU PT:
S T R Z Ę P Y
oraz dyskusję z reżyserką Beatą Działowicz.
...
Spotkanie w siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej
odbędzie się 5 listopada o 17:00



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

Gra pozorów, czyli o pracach poglądowych w trakcie specjalizacji

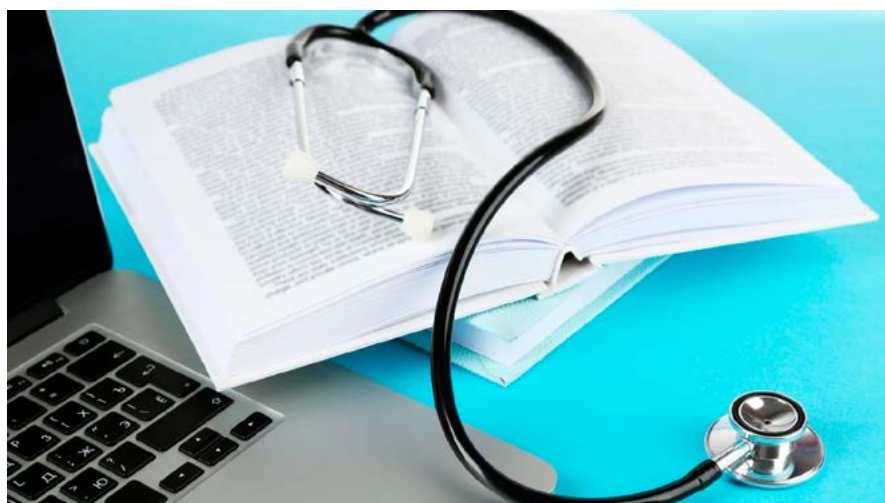
W ciągu ostatnich lat przeglądałem prace poglądowe będące częścią dokumentów składanych przez ubiegających się o specjalizację. Prawie wszystkie były dwu-, trzystronicowym streszczeniem rozdziału z podręcznika. Były napisane „własnymi słowami”, nie były więc bezpośrednim plagiatem, chociaż ich treść była oczywiście kopią zawartości książki. Dodam, co jest ważne, że nigdy nie wypowiadałem się o tych pracach i nie wpływały one na moją ocenę specjalizującego się. Czasami spoglądałem na tekst tzw. prac ze smutkiem, bo wiedziałem, że opiekun specjalizacji ma za sobą kilka lat działalności naukowej, czyli wie, co to jest praca poglądowa.

PRACE POGŁADOWE W CZERWIE I DZIŚ

Wymóg napisania pracy poglądowej znajduje się w programach specjalizacji od co najmniej pół wieku. Zastanawiając się, co leży u jego podstaw można przyjąć, że napisanie pracy miało nauczyć specjalistę umiejętności szukania w bibliotece materiałów źródłowych. Kiedyś wymagało to wertowania tomów Index Medicus, zamawiania kserokopii w Głównej Bibliotece Lekarskiej w Warszawie, tłumaczenia z języków obcych itp. Dzisiaj, dla pokolenia wyrosłego w cyfrowej rzeczywistości, odszukanie materiałów na dany temat to chwila przed ekranem komputera. Co więcej, sztuczna inteligencja może przygotować udane opracowanie na zadany temat. Zakres dawnych umiejętności nabywanych przy pisaniu pracy nie jest już potrzebny.

NA CO LEKARZOWI PRACA POGŁADOWA?

Każdy lekarz w swojej pracy od czasu do czasu spotyka się z problemem medycznym, którego nie zna. Przykładem jest rzadkie rozpoznanie, niespotykany objaw lub zmiana, koincydencja chorób albo nietypowy przebieg schorzenia. Co w takiej sytuacji robi lekarz? Najczęściej, może odesłać pacjenta do lekarza lub ośrodka bardziej specjalistycznego, a nawet poszukać wiedzy w internecie i mieć jako takie rozeznanie problemu, a przed pacjentem wykazać się znajomością nietypowego zagadnienia. Rzadziej, przedstawi przypadek na zebraniu towarzystwa naukowego lub przedyskutuje go podczas lokalnego spotkania lekarskiego. Wyjątkowo, decyduje się opracować przypadek i opublikować go w piśmiennictwie fachowym. Każda z tych reakcji jest dobra dla chorego,



Fot. Chroma Stock

a przeanalizowanie spotkanego problemu klinicznego, w oparciu o literaturę fachową, jest ważną umiejętnością lekarza. Tego jednak nie nauczy go praca poglądowa do specjalizacji wykonana w obecnej formie. Należy także zastanowić się, co osiągnie lekarz wybierający ogłoszenie publikacji, której napisanie wymaga wysiłku i poświęcenia czasu. Na pewno będzie miał satysfakcję, może trochę popularności wśród kolegów, może nawet ktoś będzie mu zazdrościł, a niewątpliwie ucieszy go, jak jego opis będzie cytowany w innych publikacjach.

POTRZEBA DYSKUSJI

Nie mam propozycji rozwiązania problemu tzw. prac poglądowych do specjalizacji. Na pewno obecne pokolenie nie potrzebuje szkolenia w zakresie gromadzenia danych. Za słuszny uważam wymóg (nie prawny, ale zwyczajowy) przedstawienia przez każdego specjalizującego się przynajmniej jednego

przypadku klinicznego na zebraniu towarzystwa naukowego. Niektóre specjalizacje to praktykują. Szkoli to lekarza w umiejętności opracowania, przedstawiania i przedyskutowania, często kontrowersyjnej sytuacji klinicznej. Cieszyłbym się, gdyby specjalizujący dołączali do dokumentów odbitkę opublikowanego opisu przypadku. Jest to nieco trudniejsze, ale w pełni możliwe. Nie bardzo natomiast widzę specjalizujących się jako autorów prac poglądowych. Napisanie poprawnej „poglądówki” wymaga nie tylko zebrania materiału źródłowego, lecz przede wszystkim jego analizy, tak aby odnaleźć nowe sugestie lub mało oczekiwane wnioski. To wymaga posiadania wiedzy i doświadczenia z dziedziny, o której się pisze. Zachęcam do dyskusji i zapewniam, że nie „demonizuję” problemu prac poglądowych, bo mam świadomość, że także inne, może ważniejsze elementy kształcenia specjalistycznego mogą wymagać udoskonalenia. ■



Prof. dr hab. n. med.
Jacek Gawrychowski

Honor Medyka

Tuż przed kolejną rocznicą wybuchu Powstania Warszawskiego otrzymałem, od mojego Przyjaciela – Profesora Jerzego Jurkiewicza – Prezesa Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i Wydawcy, książkę pt. „Lekarze i studenci medycyny Kawalerowie Orderu Wojennego Virtuti Militari w latach 1792-1945”, autorstwa Hanny Bojczuk i Haliny Dusińskiej.

Przewracając kartkę po kartce tego pięknego słownika biograficznego, uświadomiłem sobie, że w dobie trwającego wciąż absurdalnego nierzadko hejtu, jaki spływa na lekarzy i pielęgniarki, w czasach w których personel medyczny opluwany jest z każdej strony przez chorych, ich rodziny i adwokatów, wreszcie w czasach, w których dochodzi do rękoczynów kończących się niestety śmiercią lekarza czy ratownika medycznego, warto pokazać nam wszystkim zawód medyka, od strony tak niezbyt chętnie niestety pokazywanej przez media, a więc w momencie zwyczajnego(?) ratowania życia innych. Bo zawód lekarza i pielęgniarki, to przede wszystkim służba wobec ludzi cierpiących, wymagająca często całkowitego poświęcenia, wręcz zatrącenia, a jak uczy historia, do utraty życia włącznie, o czym wciąż warto i trzeba przypominać.

Książka zawiera nazwiska 535 lekarzy i studentów medycyny, felczerów (oraz 79 prawdopodobnie odznaczonych), którzy zapisali się w historii Polski złotymi zgłoskami bohaterów. Krótkie opisy zasług, za które otrzymali w latach 1792-1945 to najwyższe polskie odznaczenie czasów wojny. Przyznawane było za czyn wybitnego męstwa połączonego z narażeniem życia, w niczym nie ujmują nawet epizodycznym ich czynom. To właśnie medycy zawsze stali najbliższej, a nierzadko na pierwszej linii frontu, niosąc pomoc rannym i cierpiącym. W tej grupie znajdują się również 42 kobiety – Damy Orderu Virtuti Militari.

Order Virtuti Militari, najstarsze nie tylko w Polsce, ale i na świecie odznaczenie bojowe, ustanowiony został 22 czerwca 1792 roku przez króla Stanisława Augusta Poniatowskiego na wniosek ks. Józefa Poniatowskiego, w następstwie zwycięskiej bitwy z armią rosyjską pod Zieleńcami 18 czerwca 1792 roku. Warto tu dodać, że pierwszym lekarzem, który został uhonorowany Złotym Krzyżem Virtuti Militari

w roku 1808 był August Karol Schultz – chirurg 9. Pułku Piechoty Wojsk Polskich Księstwa Warszawskiego i ówczesny lekarz naczelny Wojsk Polskich.

Zarówno wojska rosyjskie w trakcie wojny polsko-bolszewickiej, jak i niemieckie, podczas II wojny światowej wielokrotnie łamały prawo międzynarodowe, nie respektując znaku Czerwonego Krzyża, do którego można było strzelać jak do tarczy. Zaś stanie, w tym czasie, u boku rannego, względnie chorego żołnierza już samo w sobie stanowiło ze strony personelu medycznego przejaw męstwa, poświęcenia i odwagi.

Wielki zryw patriotyczny Powstania Warszawskiego, przynosząc hekatombę ofiar, nie oszczędził również białego personelu, który w ciągu 63 dni walki, niosąc pomoc rannym i chorym (przyjmuje się, że leczeniu poddano ponad 10 000 ciężko rannych) ginął na równi z innymi. Bohaterstwo personelu medycznego niosącego wtedy pomoc rannym zostało uznane i wyróżnione 37* Krzyżami Virtuti Militari. Albowiem tak wielu, tak wiele zawdzięczało wtedy, tak nielicznym.

Dzisiaj nierzadko zapominamy, kim był zawsze i kim wciąż pozostaje lekarz, kim jest osoba, od której podczas kontaktu z chorym tak wiele zależy. A w dobie coraz szybszej technizacji medycyny i rozwoju sztucznej inteligencji musimy – my lekarze – pamiętać o elementarnych podstawach etyki naszego zawodu, uświęconego przysięgą Hipokratesa i to pomimo tak częstych pod naszym adresem oskar-

żeń o brak empatii, zaangażowania czy wreszcie wiedzy. Ci którzy dziś oskarżają białą personel, winni zastanowić się, dlaczego brakuje lekarzy leczących, chirurgów operujących, ratowników ratujących bezpośrednio życie, pielęgniarek przy łóżku chorego? Dlaczego wreszcie tak mało mówi się o ciężkiej, kosztem zdrowia własnego i życia rodzinnego lekarzy, pracy, ekspozując tylko te wydarzenia, które budzą sensację i nieufność do środowiska medycznego?

Dlatego tak ważnym wydaje się potrzeba szerokiego przekazu postaci naszych koleżanek i kolegów, którzy w godzinach próby wykazali się heroizmem, tą cnotą wojenną, niosąc nierzadko na pierwszej linii walk pomoc rannym i umierającym. Tych 535 medyków, których nazwiska umieszczone są w spisie odznaczonych Krzyżem Virtuti Militari pokazało, co to znaczy honor i wierność przysiędze. Przywołując ich pamięć Hanna Bojczuk i Halina Dusińska przybliżyły nam w możliwie najlepszy sposób ich sylwetki.

Na zakończenie, w obliczu zbierających się na wschodzie ciemnych chmur, chciałbym życzyć nam wszystkim, abyśmy nigdy już nie doświadczyli czasów, w których będą wręczane ponownie te bojowe polskie odznaczenia – Krzyże Virtuti Militari, a wiedza o bohaterach będzie znana jedynie z historii i opowieści. ■

**ta liczba 37 odznaczonych nie jest ostateczna i wciąż jest aktualizowana*

Zawód lekarza i pielęgniarki to przede wszystkim służba wobec ludzi cierpiących, wymagająca często całkowitego poświęcenia, wręcz zatrącenia, a jak uczy historia, do utraty życia włącznie, o czym wciąż warto i trzeba przypominać.



Prof. dr hab. n. med.
i n. o zdrowiu
Marek Krzystanek
kierownik Katedry i Kliniki
Rehabilitacji Psychiatrycznej
SUM w Katowicach

Narkotyki jako leki, lenistwo i recepta na długowieczność

Narkotyki to substancje i sytuacje, które czynią nieznosne znosnym – taka szeroka definicja potencjalnych uzależnień obejmuje zarówno uzależnienia chemiczne, jak również czynnościowe (czyli behawioralne). Samo uzależnienie jest wynikiem obrony mózgu przed substancją lub sytuacją, która powoduje stymulację receptorów dopaminowych, serotoninowych czy opioidowych.

W wyniku tej obrony mózgu przed przestymulowaniem, receptory regulują zwykle w dół, czyli zmniejszają swoją wrażliwość i liczbę, przez co substancja lub sytuacja uzależnieniowa powoduje mniejszy efekt. Z kolei po zaprzestaniu długotrwałej stymulacji, mózg reaguje objawami przesterowania receptorów, które nazywamy abstynencją. Ponieważ mózg ma zdolność do samoregulacji receptory wracają samostannie do swojej naturalnej wrażliwości w okresie od kilku tygodni do paru miesięcy.

Tak rozwijająca się tolerancja, zamiast być postrzegana jako wynik obrony mózgu przed nadmierną stymulacją, jest zwykle powodem zwiększania dawki substancji lub intensywności zachowania uzależnieniowego celem utrzymania oczekiwanego poziomu stymulacji. Pamiętam prawnika, który po kilku latach nadużywania benzodiazepin łykał dziennie 60 tabletek temazepamu, a także innego pacjenta, który zaczynał onanizowanie się przy filmach erotycznych, a skończył na twardej zoofilskiej pornografii, ponieważ nic innego już go nie podniecało.

W reakcji opisanej nie ma więc żadnej naukowej tajemnicy. Dziwne jest bardziej to, dlaczego, wbrew zdrowym mechanizmom regulacji receptorowej i świadomości niekorzystnego wpływu na zdrowie, ludzie nadal chcą przyjmować narkotyki, pić alkohol albo grać w hazard czy gry komputerowe?

REGULOWANIE NEGATYWNYCH EMOCJI

Odpowiedź znowu jest prosta – bo jest im źle, żyją bez osiągnięcia dobrostanu, który

poza medycyną określa się szczęściem. Dla człowieka, któremu jest źle, zawsze istniały dwie drogi. Jedna, trudniejsza, polegała na działaniu i zmianie sytuacji życiowej tak, żeby w reakcji na nią czuł się dobrze. Druga, prostsza, polega na regulowaniu negatywnych emocji poprzez wypicie drinka, zjedzenie słodkiego batonika, zapalenie papierosa, onanizowanie się przy pornografii czy włączenie gry komputerowej albo serialu.

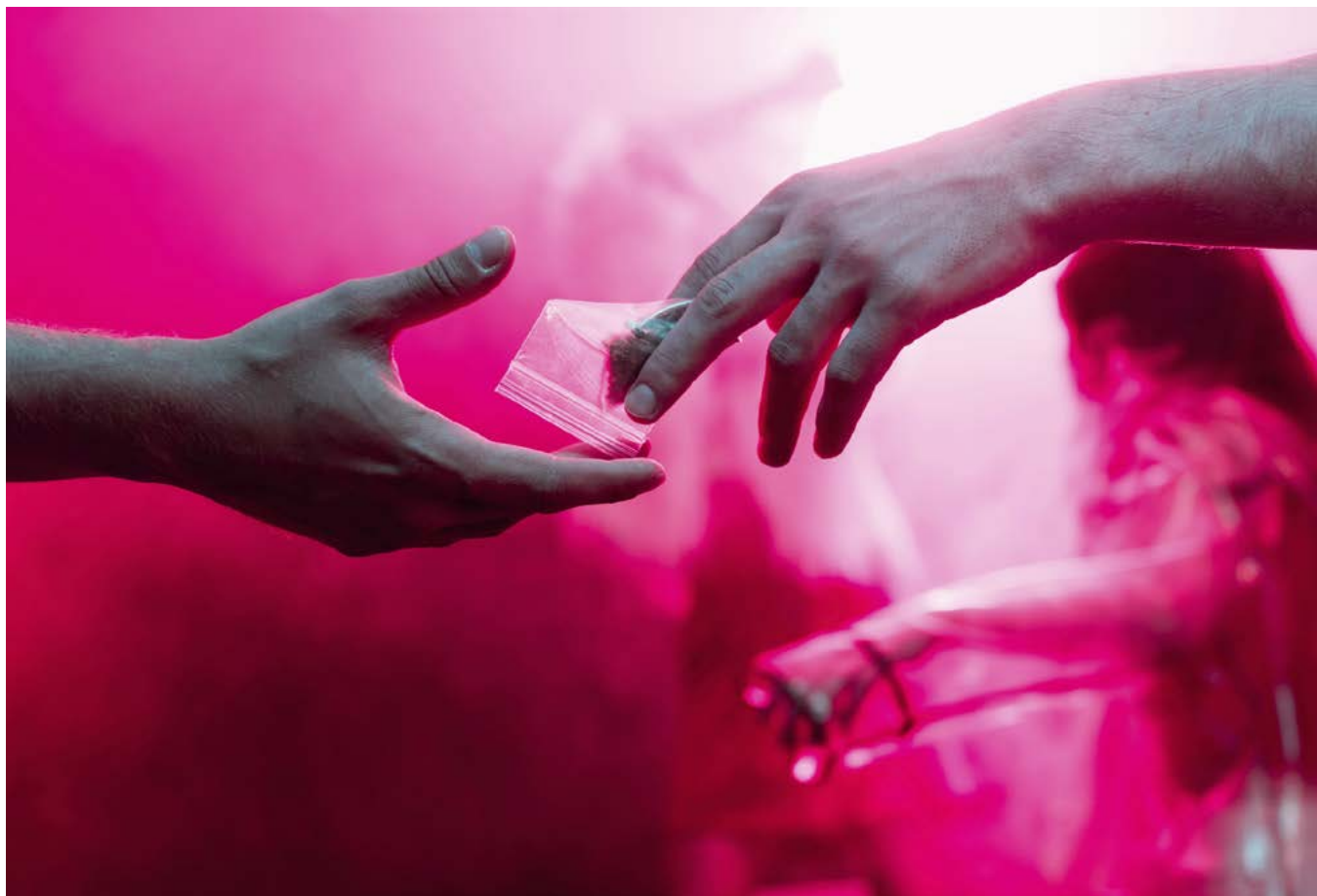
Takie szybkie i proste sposoby regulowania emocji prowadzą się więc do ucieczki od problemu i są kontynuowane ponieważ działają według zasady, że utrzymywane są tylko te zachowania, które są skuteczne. Przykładowo, niewiele osób otyłych (dziś: z chorobą otyłościową) zdaje sobie sprawę, że są ofiarą opisanego nieprawidłowego regulowania emocji. Jedzenie z powodów emocjonalnych jest patologiczną strategią behawioralną regulowania negatywnych emocji. Prowadzi to do przyrostu masy ciała, a dopiero w efekcie – do rozregulowania pętli głodu i sytości ze wszystkimi mniej lub bardziej tragicznymi powikłaniami somatycznymi i psychicznymi.

Pojawia się kolejne pytanie: dlaczego ludzie nie wybierają pierwszej ścieżki i nie biorą się za swoje życie, doprowadzając do sytuacji, od której nie chcą uciekać? Przecież, jak mówi staropolskie przysłowie: syty po miodzie depcze. Ludzie szczęśliwi nie potrzebują alkoholu, podobnie jak ludzie zakochani nie zdradzają partnerów. Odpowiedź jest znowu prosta – to przez lenistwo, a właściwie ekonomię energetyczną, które jest ewolucyjną adaptacją i cechą ludzkiej natury.

NASZE NATURALNE LENISTWO

Człowiek zawsze chciał poczuć się dobrze bez wysiłku związanego z robieniem czegoś, co da mu radość i przyjemność. Problem w takich zastępczych sposobach regulacji emocji polega na tym, że kiedy człowiek trzeźwieje, wyłącza film czy kończy się działanie marihuany wraca do tej samej sytuacji, z której chciał uciec. Mając do wyboru wysiłek związany z tym, żeby rozwiązać problem w pracy, związku czy odbyć trudną rozmowę z dzieckiem czy pójść drogą na skróty, naturalnie większość osób wybierze to drugie. Droga po linii najmniejszego oporu nigdy nie

Może czeka nas świat, w którym psychiatria będzie oferować ludziom legalne narkotyki? Myślę, że nikt tego nie chce i nie próbuje sobie nawet wyobrazić. Ale to do środowiska lekarskiego należy przeciwdziałanie używaniu psychiatrii do wprowadzania narkotyków tylnymi drzwiami na legalny rynek.



prowadzi w górę, dlatego tendencja do jej wybierania jest wrogiem ewolucji ludzkiego gatunku.

Ludzkie lenistwo skraca życie. Trudno współcześnie spotkać osobę pracującą, która nie marzy o dniu, kiedy nie będzie musiała iść do pracy, czyli o przejściu na emeryturę. Osoby przechodzące na emeryturę tracą rytm dotychczasowego życia, związany ze schematem czasu pracy, aktywności i wypoczynku. Zwykle w ciągu 3-4 lat zaczynają chorować na choroby somatyczne i psychiczne, tracą zainteresowania, przestają szukać kontaktów z ludźmi, unikają wychodzenia z domu, a głównymi tematami ich rozmów stają się kłopoty i dolegliwości zdrowotne albo życie ich wnuków.

Pozostaje to w kontraście do ich rówieśników, którzy nie decydują się na emeryturę i pozostają aktywni zawodowo. Ludzie ci są nadal aktywni poza pracą, są zdrowsi, mają większą satysfakcję z życia, nie żyją przeszłością tylko przyszłością, nie myślą o śmierci tylko o życiu, często są nadal aktywni seksualnie, wyglądają młodziej niż wskazuje na to ich wiek metrykalny i żyją dłużej. Takie codzienne obserwacje lekarskie stawiają pod znakiem zapytania sensowność przechodzenia na emeryturę, a przynajmniej – zdrowotny efekt kończenia aktywności zawodowej. W takim wydaniu aktywność człowieka, będąc w konflikcie z wrodzonym lenistwem,

Ludzkie lenistwo skraca życie. Trudno spotkać osobę pracującą, która nie marzy o dniu, kiedy nie będzie musiała iść do pracy, czyli o przejściu na emeryturę. Tymczasem osoby przechodzące na emeryturę tracą rytm dotychczasowego życia, związany ze schematem czasu pracy, aktywności i wypoczynku. Zwykle w ciągu 3-4 lat zaczynają chorować.

wydaje się jedną z recept na poszukiwaną przez medycynę długowieczność.

NARKOTYKI JAK LEKARSTWA

W świecie epidemii zaburzeń osobowości wśród nastolatków powstaje nowa populacja osób niedojrzałych, którzy wchodząc później w dorosłość są niezdolni do mobilizacji i wytrwałości i nie radzą sobie z byle frustracją. Osoby te nie są pacjentami psychiatrii dzieci i młodzieży. Rodzice często myślą problemy wychowawcze z ADHD, zespołem Aspergera, chorobą afektywną dwubiegunową czy depresją. W okresie dojrzewania normą wiekową jest labilność i ambiwalencja emocjonalna, depresja młodzieńcza i generalnie – kryzysy. Przechodzenie i pokonywanie kryzysów to droga do powstawania skonsolidowanej i dojrzałej osobowości. Popularny model bezstresowego wychowania, czy-

li dzieciństwa bez trudności, bez zadań domowych w szkole podstawowej i zaspokajania natychmiast potrzeb i kaprysów dzieci i nastolatków tworzy słabość, a nie siłę. Niestety, z za tego obrazka wyłania się wizja nowej psychiatrii, oferującej nie-szczęśliwym i nieradzącym sobie z życiem rzeszom dorastających ludzi narkotyki jako leki. W Australii zarejestrowano już dwa narkotyki – psylocybinę (ang. magic mushrooms) i MDMA (Ekstazy).

Może tak być, że czeka nas świat, w którym psychiatria będzie oferować ludziom legalne narkotyki. Myślę, że nikt tego nie chce i nie próbuje sobie nawet wyobrazić. Ale to do środowiska lekarskiego należy przeciwdziałanie używaniu psychiatrii do wprowadzania narkotyków tylnymi drzwiami na legalny rynek. Medyczne konsekwencje takiego procederu mogą być dewastujące. ■



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

Z PAMIĘTNIKA BIEGŁEGO SĄDOWEGO

Trzeba czytać akta

Pewnego razu jeden z sądów zlecił mi wydanie opinii na podstawie dokumentacji medycznej na okoliczność związku schorzenia mężczyzny z niezdolnością do zarabkowania przez niego w czasie od 1.01.2018 r. do 30.05.2023 r. (daty mają tu kluczowe znaczenie).

W dokumentacji pierwotnej nie opisano istotnych odchyłeń dotyczących stanu zdrowia mężczyzny albo po prostu nie badano, opisując jedynie wywiady – bez badania. Dokumentacja wskazywała na fakt, że wielokrotnie żona zgłaszała się po leki, zaświadczenia itp. Udzielano także tak zwanych teleporad. I tak było do 30.12.2022 r.

Wskazałem – w zasadniczej opinii – że na podstawie dokumentacji wynikały epizody krótkotrwałej niezdolności do pracy potwierdzone zwolnieniami lekarskimi, ale podkreśliłem, że u mężczyzny powyżej 65. roku życia pisanie o „zdolności do pracy” jest ograniczone. Dlatego napisałem w opinii, że ów mężczyzna od 1.01.2018 r. do 3.12.2022 r. był zdolny do wykonywania pracy – natomiast potem już nie. Od 4.12.2022 r. przebywał bowiem w szpitalu, gdzie został przyjęty w trybie ostrodyżurowym z powodu rozwarstwienia aorty (potwierdzonego badaniem angio TK, którego biegły z zakresu medycyny sądowej nie opisał). Wdrożono leczenie hipotensyjne uzyskując jego normalizację, a rozwarstwienie aorty leczono operacyjnie. W kolejnym roku w marcu 2023 r. mężczyzna został przyjęty ponownie do szpitala z powodu kolejnego rozwarstwienia aorty i wtedy implantowano stent. W kwietniu 2023 r. otrzymał zaświadczenie o stanie zdrowia dla potrzeb zespołu orzekania o niepełnosprawności. W maju 2023 r. przebywał ponownie w szpitalu, gdzie dokończono leczenie operacyjne, które zakończono we wrześniu 2023 r.

W tej sprawie wypowiadał się biegły z zakresu medycyny sądowej, który jednak nie zapoznał się z całym rozległym materiałem dowodowym, ale jedynie z tymi dowodami, które pokazał mu badany. Celem jego opinii było określenie, czy badany jest zdolny do wykonywania pracy zarobkowej we wskazanym okresie (od 1.01.2018 r. do 30.05.2023 r.), a jeżeli



Fot. Chroma Stock

nie, to kiedy ustała możliwość wykonywania pracy zarobkowej. W wywiadzie badany podał, że dolegliwości odczuwa od 8-10 lat, ale w grudniu 2022 r. doszło do nasilonego ataku bólowego, w wyniku którego dostał się do szpitala. Przedłożył dokumentację z lat 2022-2023 i zaświadczenie o stanie zdrowia z 2023 r. oraz angio TK z roku 2023 r. We wnioskach biegły napisał, że u badanego na podstawie badania (z odchyłeń podwyższony wynik badania ciśnienia) i dokumentacji stwierdzono tętniaka aorty oraz pierwotne nadciśnienie i choroby krążków międzykręgowych łędźwiowych z uszkodzeniem korzeni rdzeniowych.

Na podstawie badania i dokumentów biegły uznał, że mężczyzna nie może trwale wykonywać pracy, a opierając się na wynikach badania lekarskiego i dokumentacji stwierdził, że do ustania możliwości wykonywania pracy zarob-

kowej mogło dojść w okresie 8-10 lat przed terminem badania. Niestety biegły z zakresu medycyny sądowej wskazał termin powstania niezdolności do pracy, nie opierając się na żadnym dokumencie ujawnionym w aktach.

W trakcie rozprawy lekarz ten zeznał, że niezdolność do pracy pojawiła się od daty wskazanej w wywiadzie, tj. wystąpienia dolegliwości – oczywiście nie zapoznając się z obszerną dokumentacją zgromadzoną w aktach sprawy.

Dlaczego o tym piszę? Dlatego, że każdy biegły powinien zapoznać się z dokumentacją medyczną. Najlepiej byłoby, gdyby ją opisał i wskazał, czy na jej podstawie można, czy nie można stwierdzić istnienia niezdolności do pracy w określonym czasie. Badanie lekarskie jest tylko jednym z elementów opinii. Wydawanie opinii wyłącznie na podstawie wywiadu od osoby badanej jest niedopuszczalne. ■



Dr hab. Rafał Skowronek, prof. SUM
kierownik Katedry i Zakładu
Medycyny Sądowej i Toksykologii
Sądowo-Lekarskiej w Katowicach
Kierownik Pracowni Histopatologii
Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze

Mój pracownik? Mój rezydent? Nie znam...

Bezpośredni kontakt z wymiarem sprawiedliwości, nawet w charakterze świadka, jest dla wielu osób, w tym lekarzy, zdarzeniem stresującym. Nie każdy potrafi udźwignąć w tej sytuacji ciężar odpowiedzialności wynikający z pełnionej w instytucji, czy też zespołu funkcji.

Jako biegli z zakresu medycyny, zapoznając się z kolejnymi tomami akt, możemy obserwować pełne spektrum ludzkich zachowań, co chciałbym zilustrować dwoma przykładami, które szczególnie utkwiły mi w pamięci.

W pierwszej sprawie bliscy zmarłego swoje roszczenia kierowali przede wszystkim względem lekarza rezydenta, który był lekarzem prowadzącym. Przesłuchiwany w charakterze świadka ordynator oddziału szpitala wojewódzkiego w pełni potwierdził fakt pełnienia nadzoru nad procesem diagnozowania i leczenia chorego prowadzonym przez młodszego

kolegę. Nie wypierał się współodpowiedzialności. Stwierdził m.in.: „Postępowanie lekarskie było konsultowane ze mną jako ordynatorem oddziału. Z zakresu moich obowiązków wynika, że każde leczenie i sposób postępowania jest konsultowane z ordynatorem, niezależnie od tego, czy lekarz prowadzący ma specjalizację, czy nie.”

W drugiej sprawie doszło do śmiertelnego powikłania leczenia rzadkiego schorzenia. Ośrodek o najwyższym stopniu referencyjności, wykonujący specjalistyczne zabiegi jako jeden z nielicznych ośrodków w kraju, klinika uniwersytec-

ka. Przesłuchiwany kierownik tej kliniki, jeden z najbardziej znanych profesorów w zakresie swojej specjalizacji, „nagle” zapomina, nie kojarzy, mimo że uczestniczył w diagnozowaniu, a także leczeniu („To wszystko, co mam do zeznania w tej sprawie.”). Nie staje za swoim pracownikiem.

Obie sprawy ostatecznie umorzono, ponieważ nie stwierdzono „błędów medycznych”. Czytelnicy mogą się domyślić, z którą postawą spotykamy się częściej w swojej praktyce opiniodawczej. Zdanie: „Tyle wiemy o sobie, ile nas sprawdzono” pozostaje aktualne. ■



Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku Śląskiej Izby Lekarskiej semestr XII od 9 października 2025 r. do 29 stycznia 2026 r.

- **9 października 2025 r.** – Znaczenie witaminy D dla zdrowia seniora – jak zapobiegać niedoborom – dr n. o zdr. Justyna Nowak
- **30 października 2025 r.** – Katowiccy Tiele-Wincklerowie – dr n. hum. Arkadiusz Kuzio-Podrucki
- **6 listopada 2025 r.** – Hejt wobec środowiska medyków w internecie – prof. zw. dr hab. Jadwiga Stawnicka
- **27 listopada 2025 r.** – temat w uzgodnieniu – dr Renata Jankowska, prof. UŚ
- **4 grudnia 2025 r.** – Jeden obraz wiele treści cz. II – dr n. med. Ireneusz Szymczyk
- **18 grudnia 2025 r.** – Wyzwania bioetyczne we współczesnej medycynie – refleksje z Konferencji Europejskiego Stowarzyszenia Centrów Etyki Medycznej w Zurychu – dr Gabriela Muś
- **15 stycznia 2026 r.** – Osobowości polskiej sceny rozrywkowej – dr hab. Bartosz Listwan, prof. UŚ
- **29 stycznia 2026 r.** – Znaczące pytania, czyli narzędzia coachingowe w praktyce – Joanna Andrzejewska, dyrektor Biura ŚIL



Stanisław Surma
asystent w Klinice Chorób
Wewnętrznych i Farmakologii
Klinicznej Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach

Sól i serce. Cichy wróg ukryty w codziennym menu

Tradycyjnie sól kojarzy się z nadciśnieniem tętniczym. Ale najnowsze badania pokazują, że szkodzi ona także w inny, bardziej podstępny sposób – niezależnie od wpływu na ciśnienie tętnicze. Niszczy komórki śródbłonna naczyń, zaburza mikrobiotę jelit i wpływa na produkcję komórek prozapalnych, sprzyjając postępowi miażdżycy. Problem jest poważny, bo średnie dzienne spożycie soli w Polsce wynosi ponad 11 gramów, czyli ponad dwa razy więcej niż rekomenduje Światowa Organizacja Zdrowia.

Nadmierne spożycie soli przyczynia się do uszkodzenia naczyń i przyspieszenia rozwoju miażdżycy. Dzieje się tak poprzez mechanizmy takie jak uszkodzenie glikokaliksu – ochronnej warstwy komórek śródbłonna – co zwiększa ich sztywność i podatność na uszkodzenia. Jednocześnie dochodzi do wzmożonej produkcji cząsteczek zapalnych, zaburzenia pracy mitochondriów, a także stymulacji układu odpornościowego. W efekcie, nawet bez rozwoju nadciśnienia tętniczego, nadmiar soli staje się czynnikiem prozapalnym i proaterogennym – przyczynia się do powstawania i progresji blaszek miażdżycowych.

Równie istotny jest wpływ soli na mikrobiotę jelitową. Wysokosodowa dieta zmienia skład bakterii w jelitach, zwiększa stan zapalny i wpływa negatywnie na metabolizm lipidów. Dochodzi również do aktywacji układu immunologicznego, co powoduje wzrost liczby monocytów – białych krwinek, które odgrywają kluczową rolę w rozwoju blaszek miażdżycowych.

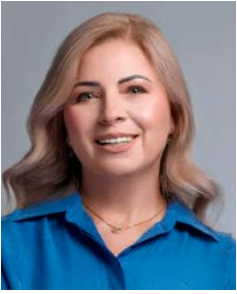
Badania pokazują, że najlepsze dla zdrowia jest spożycie soli w przedziale 3-5 g na dobę. Zarówno zbyt dużo, jak i zbyt mało sodu może być szkodliwe – krzywa ryzyka ma kształt litery „U”. Nadmierna restrykcja może aktywować układ renina-angiotensyna-aldosteron i prowadzić do odwrotnych efektów.

Jak ograniczyć sól w diecie? Najlepiej unikać przetworzonej żywności – to z niej pochodzi aż 75% dziennego spożycia. Należy czytać etykiety, gotować w domu i nie dosalać potraw bez potrzeby. Warto też zwiększyć spożycie potasu (np. z warzyw i owoców), który przeciwdziała szkodliwym efektom sodu.

Oprócz ograniczenia spożycia soli, niezwykle istotne dla zdrowia sercowo-naczyniowego jest zapewnienie odpowiedniego poziomu potasu w diecie. Potas działa antagonistycznie wobec sodu – obniża ciśnienie tętnicze, wspiera prawidłową funkcję naczyń krwionośnych, zapobiega skurczom mięśni oraz zmniejsza ryzyko arytmii. Co interesujące, zwiększenie ilości potasu w codziennej diecie może zapobiegać konsekwencjom związanym z nadmiarem sodu. Co ważne, potas pomaga usuwać nadmiar sodu z organizmu poprzez zwiększenie jego wydalania z moczem. Optymalna proporcja

potasu do sodu w diecie powinna wynosić co najmniej 1:1, a najlepiej 2:1 (proporcja obecna w diecie naszych przodków „łowców-zbieraczy”), co oznacza, że powinniśmy spożywać co najmniej tyle samo, a najlepiej dwa razy więcej potasu niż sodu. W praktyce oznacza to zwiększenie spożycia warzyw, owoców, roślin strączkowych i produktów pełnoziarnistych. Zaburzenie tej równowagi – czyli wysokie spożycie sodu przy niskim spożyciu potasu – jest jednym z kluczowych czynników ryzyka nadciśnienia i miażdżycy oraz zwiększonej śmiertelności z powodu chorób układu krążenia. ■

Zagadnienie	Opis	Znaczenie naukowe/kliniczne
Wpływ soli na czynność mózgu	Zaburzenia bariery krew-mózg, stany zapalne mikrogleju, pogorszenie pamięci.	Potencjalny związek z demencją i chorobą Alzheimera.
Epigenetyka	Sól w diecie matki może zmieniać ekspresję genów u potomstwa.	Wzrost ryzyka nadciśnienia tętniczego i miażdżycy w dorosłości.
Dysbioza jelitowa	Spadek bakterii SCFA, wzrost TMAO, LPS, metabolitów zapalnych.	Zwiększone ryzyko miażdżycy i zespołu metabolicznego.
Toksyczność wobec śródbłonna naczyń	Uszkodzenie glikokaliksu i spadek NO, niezależnie od BP.	Sód jako niezależny czynnik miażdżycorodny.
Wpływ na hematopoezę	Potas aktywuje komórki Th17 i wpływa na czynność szpiku kostnego.	Więcej monocytów prozapalnych – przyspieszenie miażdżycy.
Clonal Hematopoiesis (CHIP)	Sól może sprzyjać mutacjom prozapalnym w szpiku.	Nowy potencjalny mechanizm rozwoju CVD.
Układ hormonalny	Zaburzenia poziomu kortyzolu i leptyny.	Wpływ na otyłość i oporność metaboliczną.



**Prof. dr hab. n. med.
Ilona Anna Kopyta**
Śląski Uniwersytet Medyczny
w Katowicach
Członek zarządu European Pediatric
Neurology Society (EPNS)

Czy możliwy jest udar mózgu u dziecka?

Udar mózgu w populacji dzieci i młodzieży to problem występujący rzadko; szacuje się, że w ciągu roku na udar mózgu, zarówno niedokrwienny, jak i krwotoczny, zachoruje około 3 dzieci na 100 000 populacji.

Zgodnie z definicją udaru dziecięcego, możemy postawić takie rozpoznanie, jeśli nagły deficyt neurologiczny dotyka dziecka w wieku od 29. doby życia do ukończenia 18. roku życia, a wyniki badań obrazowych (optymalnie – rezonansu magnetycznego) potwierdzają obecność zmian pochodzenia naczyniowego korespondujących z objawami u pacjenta. Odrębną kategorię stanowi udar okołoporodowy, ze specyficznymi czynnikami ryzyka oraz prognozą, a także znacznie wyższą częstością występowania niż udar w populacji dziecięcej.

Czynniki ryzyka udaru dziecięcego różnią się od tych spotykanych u osób dorosłych. Aktualnie na pierwszym miejscu znajdują się arteriopatje, czyli wszelka, wrodzona i nabyta, patologia naczyń tętniczych mózgu, która może spowodować wystąpienie niedokrwienia mózgu. Jedną z najlepiej poznanych jest arteriopatja po przebytej ospie wietrznej (PVA, post-varicella arteriopathy), która może wystąpić nawet rok po przebyciu tej choroby zakaźnej i doprowadzić do ostrego incydentu niedokrwienia mózgu. Fakt ten dowodzi także konieczności wykorzystania możliwości profilaktyki pierwotnej udaru, jaki daje szczepienie przeciwko ospie wietrznej. Kolejną częstą arteriopatja prowadząca do udaru niedokrwiennego u dzieci to FCA (ang. Focal Cerebral Arteriopathy), która dotyka dużych naczyń mózgowych (MCA, ICA), zwykle jest jednostronna i ma jednofazowy przebieg, a czynnikiem usposabiającym do jej wystąpienia jest przebyta infekcja górnych dróg oddechowych. Ponieważ większość przypadków FCA ma charakter zapalny, narzędziem skutecznie wpływającym na leczenie ściany naczynia oraz na poprawę odległego rokowania są sterydy. Pozostałe czynniki ryzyka udaru dziecięcego, poza arteriopatjami, to wrodzone i nabyte choroby serca, zaburzenia krzepnięcia (trombofilia) oraz urazy i zatrucia.

Rozpoznanie udaru mózgu u dziecka opiera się o wykonanie badań neuroobrazowych, optymalnie metodą rezonansu magnetycznego, w zakresie zarówno głowy, jak i szyi wraz z obrazowaniem naczyń tętniczych oraz żylnych (MRI – magnetic resonance imaging, MRA – magnetic resonance angiography, MRV – magnetic resonance venography). Konieczność obrazowania naczyń szyjnych, a nie tylko mózgowych, w przypadku podejrzenia udaru dziecięcego wynika z częstego (około 20% arteriopatii w udarze dziecięcym) występowania udaru w przebiegu rozwarstwienia tętnic szyjnych. Obrazowanie powinno zostać wykonane do 60 minut od wejścia dziecka do szpitala, a jeśli dana placówka nie dysponuje możliwością wykonania rezonansu, to dopuszczalne jest wykonanie tomografii komputerowej. Jedynie wczesne rozpoznanie daje dziecku z udarem możliwość skorzystania z nowoczesnych i powszechnie stosowanych u dorosłych, a upowszechniających się w populacji pediatrycznej, metod terapii, jakimi są tromboliza czy mechaniczna trombektomia. Leczenie to jest jednak możliwe jedynie w oknie czasowym – 4,5 godziny od początku objawów w przypadku trombolizy oraz 6 godzin – trombektomii. Metody te u najmłodszych dzieci stosowane są off-label, o czym należy pamiętać

informując rodziców o planowanym leczeniu. Z uwagi na niską świadomość faktu, iż dziecko z ostrymi objawami neurologicznymi, jak niedowład kończyn, twarzy czy zaburzeniami mowy, to potencjalnie pacjent z udarem mózgu, a tym samym – wymagający pilnego badania neuroobrazowego, badania i rozpoznanie są u dzieci odraczane o wiele godzin.

Podczas ostatniego IX Zjazdu Polskiego Towarzystwa Udaru Mózgu (PTUM) w Toruniu (12-13 czerwca 2025 r.) miałam zaszczyt i przyjemność prowadzić sesję oraz przedstawiać wystąpienie dotyczące roli choroby drobnych naczyń w udarze dziecięcym. Podczas spotkania padało wiele pytań dotyczących udaru dziecięcego, diagnostyki i leczenia. Dlatego też polecam lekturę kolejnych pozycji opracowanych w gronie ekspertów w tej dziedzinie, to jest:

*Podręcznik **Udar mózgu u dzieci i młodzieży**, Autorzy: Ewa Pilarska i Ilona Kopyta, PZWL 2021. Rekomendacje **Polish recommendations for diagnosis and therapy of paediatric stroke**. *Polish Journal of Neurology and Neurosurgery* 2023, 57 (3): 260 (DOI: 10.5603/PJNNS.a2023.0034) Autorzy: Ewa Pilarska, Ilona Kopyta i wsp. **Udar u dzieci i młodzieży – kompendium dla pediatrów**. *Standardy Medyczne Pediatria*, 2024, T. 21, 386-388, Autor: Piotr Rodak, Komentarz: Ilona Kopyta. ■*

Jedynie wczesne rozpoznanie daje dziecku z udarem możliwość skorzystania z nowoczesnych i powszechnie stosowanych u dorosłych, a upowszechniających się w populacji pediatrycznej, metod terapii, jakimi są tromboliza czy mechaniczna trombektomia. Leczenie to jest jednak możliwe jedynie w oknie czasowym – 4,5 godziny od początku objawów w przypadku trombolizy oraz 6 godzin – trombektomii.



Krzysztof
Łach

Niebezpieczna laparoscopia w ciąży

Zastosowanie niektórych metod diagnostycznych w schorzeniach pozapłoźniczych w ciąży determinuje czas trwania ciąży. Jedną z takich metod diagnostycznych jest laparoscopia zwiadowcza w ciąży.

Laparoscopia, jako metoda poszerzająca możliwości diagnostyczne i terapeutyczne, została wprowadzona do nauki pod koniec XIX wieku. Laparoscopia jako metoda diagnostyczna jest bardzo pożyteczna w większości ostrych stanów ginekologicznych.

W czasie mojej pracy zawodowej, jako zabiegowiec, miałem okazję zapoznać się z opiniami biegłych, którzy zalecali w celu poszerzenia diagnostyki w chorobach pozapłoźniczych stosowanie laparoskopii zwiadowczej u kobiet ciężarnych.

Chcę ostudzić ten zapał, gdyż laparoscopia zwiadowcza jest zabiegiem inwazyjnym, a wykonywanie jej powyżej 28. tygodnia ciąży jest zabiegiem trudnym i niebezpiecznym.

Fatam i współpracownicy w swojej pracy „Laparoscopic surgery during pregnancy” zaznaczyli, że górna granica wykonania laparoskopii zwiadowczej poszerzającej możliwości diagnostyczne w ciąży jest zawarta pomiędzy 26. a 28. tygodniem ciąży. Uważa-

ją, że zabieg laparoskopii zwiadowczej w tym okresie ciąży może być skuteczny i w miarę sprawny. Osoby wykonujące ten zabieg powinny jednak posiadać duże doświadczenie w wykonywaniu tej metody diagnostycznej.

Opisano ponad 500 operacji zwiadowczych w ciąży, mimo to ocena tej metody diagnostycznej jest niedostateczna. Osobnym, dość ważnym zagadnieniem dotyczącym laparoskopii zwiadowczej w ciąży, jest wpływ wytworzonej odmy brzusznej oraz dwutlenku węgla na płód.

Wytworzona odma brzuszna doprowadza do wzrostu ciśnienia w obrębie jamy brzusznej, co skutkuje obniżeniem przepływu krwi w obrębie macicy, a to rzutuje na przepływ krwi w krążeniu płodowo-macicznym, powodując niedotlenienie płodu i wystąpienie kwasicy płodowej oraz absorpcję dwutlenku węgla przez płód, wpływając niekorzystnie na płód, doprowadzając do zaburzeń krążeniowych płodu. ■

LIST DO REDAKCJI

Będąc emerytowanym lekarzem czytam z uwagą kolejne wydanie ProMedico. W ostatnim wydaniu wiele miejsca poświęcono uzależnieniom. Problem, który miał miejsce, ma miejsce i byłoby fikcją twierdzić, że nie będzie miał miejsca w przyszłości. Warto się nad nim pochylić, nie ukrywając, że nie istnieje. Znam lekarzy uzależnionych. Nie radzą sobie z uzależnieniem, najczęściej alkoholowym. Według badań, których wyniki zamieszcza pani Joanna Andrzejewska, jesteśmy „na pudle” uzależnionych od alkoholu. Mamy „zaszczytne” drugie miejsce. W rankingu znaleźliśmy się w tak doborowym towarzystwie jak księża i nauczyciele.

Lekarz to zawód zaufania społecznego. Jest wykonywany z powołania. Lekarzem się nie bywa. Jest się nim 24 godziny na dobę. Warto przeliczyć godziny spędzone z pacjen-

tami w trakcie „kariery zawodowej”: praca etatowa, dyżury, praca w poradniach i gabinetach (czy nam lekarzom uwzględniono to obliczając kapitał początkowy do emerytury?). Tymczasem alkohol to najłatwiej dostępny „antydepresant”. Młodszy koledzy sięgają po bardziej wyrafinowane środki.

Problemem jest: jak leczyć uzależnienia u lekarzy skoro terapia wymaga czasu i zaangażowania? Jak pomóc tym lekarzom, którzy nie radzą sobie z chorobą alkoholową? Martwi to, że te artykuły i informacje zamieszczane są na forum lekarskim. Lekarze do lekarzy. Piszemy o sobie do siebie. Cytując dane z artykułu dr Doroty Rzepniewskiej – 12-20 tys. lekarzy ma problem z używaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych. Może warto (a może nie wypada?) poruszać ten temat na forum publicznym? Informować

szeroko o problemach lekarzy? Oni uciekają w uzależnienia z wielu powodów: braku higieny pracy, stresu związane go z odpowiedzialnością, obciążen nie związanych z leczeniem, lecz biurokracją i wielu innych. Coraz częściej też ze strachu o swoje zdrowie i życie. Dlaczego nie ucłowieczyć lekarzy?

Nie jesteśmy bogami. Z wysokości naszego Olimpu jest tak łatwo trafić do Hadesu. My, zwykli ludzie z problemami jak ci, którzy każdego dnia oczekują naszej pomocy. My też musimy stać się pacjentami. Stare powiedzenie „lekarzu lecz się sam” (polska wersja łacińskiej sentencji „Medice, cura te ipsum”, która wywodzi się z Ewangelii św. Łukasza) nie rozwiąże problemu epidemii alkoholizmu wśród nas.

Janusz Lanczek



Ewa
Kost-Kaczmarek

Muzeum w starym szpitalu

W klasycznym programie zwiedzania Barcelony nikt nie zapomina o takich zabytkach i miejscach, jak kościół Sagrada Familia, Park Güell, architektura Antonio Gaudiego, pomnik Kolumba czy La Rambla. Mało które biuro podróży oferuje zwiedzanie secesyjnego kompleksu budynków Hospital de Sant Pau.

Kiedy usłyszałam propozycję zobaczenia go, pierwszą moją reakcją był opór. Na co dzień praca w szpitalu, a mam jeszcze w trakcie wakacji zwiedzać szpital? Dałam się jednak namówić i nie żałuję. Już wysiadając z samochodu przed wejściem do szpitala, który obecnie jest obiektem muzealnym, głęboko nabrałam powietrza z zachwytem, a w trakcie zwiedzania powtarzało się to kilkakrotnie.

Budynek jak z bajki. Wygląda jakby połączenie pałacu, kościoła i rzeczonego szpitala. Architektura secesyjna bogata w elementy roślinne robi wrażenie. Jest to dzieło architektów Lluisa Domenecha i Montanera.

Wybudowany w latach 1902-1930. Już od 1916 roku pełnił swoją funkcję szpitala, co trwało aż do roku 2009 – kiedy to stał się już obiektem muzealnym. To cały kompleks budynków połączonych między sobą siecią tuneli podziemnych i otoczonych ogrodami – co miało poprawiać komfort leczenia. Pierwsza sala, która była budynkiem administracji, wygląda jak kościół. Wysokie kolumny podtrzymują półokrągłe elementy sufitu, który pokrywają ręcznie robione, wyjątkowe – bo w kolorze różowym – kafelki. Atmosferę dopełniają kolorowe witraże z elementami roślinnymi i główna klatka schodowa z cudownym, okrągłym witrażem na suficie. Można powiedzieć, że we wszystkich pomieszczeniach kompleksu główną rolę grają właśnie ręcznie robione artystyczne kafelki, które pokrywają nie tylko podłogi i ściany wszystkich budowli łącznie z tunelami, ale również zdobne, kunsztownie wykonane sufity – wysokie na kilkanaście metrów.

Szpitalna kaplica wygląda jak sala królewska z kominkiem. Człowiek czuje się w tym otoczeniu malutki, a jednocześnie pełen zachwytem właśnie. Następny budynek to Pawilon Świętego Salwatora. Pierwszy pawilon dla pacjentów powstały w 1916 roku. Obecnie przywrócono do pierwotnego wyglądu, jest przestrzenią ekspozycyjną, która zapoznaje zwiedzających z historią obiektu. Duże wrażenie



Fot. archiwum autorki

robią ogrody szpitalne. Przyroda pełniła tu bardzo ważną rolę. Rośliny, drzewa, piękne kwiaty oczyszczały powietrze, wpływały na mikroklimat, chroniły zespół architektoniczny przed wiatrem i suszą. Oczarował mnie również budynek, w którym mieściła się sala operacyjna. Wielka, w całości przeszklona, półokrągła sala na pewno dawała wrażenie lekarzom operującym, że pracują na wolnym powietrzu, a do operacji przyświeca im słońce. Następnie Pawilon Świętego Rafaela. Jest w nim zaprezentowany

przykład oddziału szpitalnego z metalowymi łózkami, wystawa sprzętu medycznego z początku dwudziestego wieku z niewielką kapliczką w rogu sali – miejscem do modlitwy.

Warto wiedzieć, że od roku 1997 Hospital de Sant Pau jest wpisany na listę światowego dziedzictwa UNESCO. To piękne miejsce jest oddalone o około dziesięć minut piechotą od Sagrada Familia, idąc ulicą Avenüda de Gaudi. ■



Rafał Sołtysek
wiceprezes Okręgowej
Rady Lekarskiej

FELIETON

Syndrom snajpera

„Koń jaki jest każdy widzi”. Śmiejemy się z tej, jakże godnej XVIII-wiecznego erudyty, definicji stworzonej przez ks. Benedykta Chmielowskiego w pierwszej polskiej encyklopedii (1745 r.). Gdyby jednak sprawę przyjrzeć się bliżej – nie jest to takie głupie. Wtedy, każdy coś widział i to wyraźnie.

Dzisiaj w medycynie, szczególnie obrazowej, nikt już niczego nie widzi. Opisy wyników badań od USG począwszy, a na MR skończywszy, są niczym horoskopy (te ostatnie brzmią czasem bardziej zrozumiale). Dziś napisano by: „podejrzanie konia – do weryfikacji w terenie” lub „obraz sugeruje konia, ale nie można wykluczyć dużego psa w przebraniu, wskazana sekcja w celu weryfikacji rozpoznania”.

W opisach badań znajduję coraz więcej zdumiewających i nieznanymi mi wcześniej elementami wnętrza człowieka. Mnożą się „struktury, cienie, twory i przestrzenie”. Oto zamiast kamieni w nerkach mamy „struktury”, zamiast torbieli – „przestrzenie”. Zapalenie płuc stało się diagnostycznie tak trudne, że nie umiem zrozumieć czy te wszystkie zagęszczenia, zacinienia, zmiany zapalno-pozapalne – pieron wie, jednym słowem – coś klinicznie znaczą? Często czytam też, że w moim pacjencie są cyt. „twory”. Na patomorfologię chodziłem sumiennie i pochwałem się: dostawem nawet szóstkę... Ale o „tworach” profesorowie niczego mi nie mówili. Te twory przysparzają sporo problemów, bo wymagają kolejnych badań TK, potem MR, potem Bóg wie czego – PETa chyba. Potem, co zdarza się nie raz, twory znikają. Był twór – nie ma twora. Chwała, że nie nowotwór i to pacjentowi wystarcza (ale co podżył to jego). Zauważyłem też, że im dalej od pacjenta wykonywany jest opis, tym dziwniejsze sformułowania w nim się pojawiają.

Zawsze w przypadkach wątpliwych szedłem do kolegów radiologów. Siadaliśmy razem, klinikę łączyliśmy z obrazem. Z tych narad wychodziło wiele dobrego. Widziałem i podziwiałem radiologów podczas biopsji. Wow! – chciałoby się krzyknąć. Trafić w małego guza pod kontrolą TK – to robiło wrażenie.

Teraz często dostaje opis „tele”. Nie wiadomo nawet, gdzie jest lekarz autoryzujący go. W Bydgoszczy, Krakowie czy na Bali. Gdy chciałem raz kilka porozmawiać, jak z kolegą – odbierał jakiś nerwowy koordynator, coś opowiadał, że RODO, że nie może dać mi telefonu i do 24 godzin odpowie „na mail”... Smutne to w porównaniu ze znaną mi wcześniej radiologią... Usługa, a nie sztuka z opisu czasem wyziera i straszy.

Z drugiej strony rozumiem też doskonale niektórych kolegów, którzy takie opisy preferują. Ktoś mi kiedyś powiedział: „Im bardziej ogólny opis tym spokojniejszy sen”. Bywa, że lekarz opisujący badania obrazowe (nie tylko radiolog) coraz częściej boi się. Boi się skądinąd słusznie, bo jak wiemy, system tego kraju stworzył wiele instytucji srogo karzących lekarzy za jakiegokolwiek błąd (a i za brak błędu też można kilka miesięcy posiedzieć, jak przeoko-



Fot. Chroma Stock

nał się kolega z Gorzowa). Mój znajomy, dla przykładu, który nie widział izoechogenicznego guza nerki (bo nie mógł go zobaczyć z przyczyn technicznych) dreptał do prokuratury aż buty zdarł. Wyszedł z tego bosy, ale w ostrogach – błędu nie uznano (ale siwizny przybyło).

Oczekiwania, że wszystko musimy 100% widzieć i 100% trafnie opisać (bo jak nie, to nam pokażą, gdzie raki zimują) sprawiają, że praca staje się trudna. Tłumaczenie w sądzie, że każda metoda ma swoje ograniczenia, że jest coś takiego jak czułość i specyficzność albo np. grubość warstwy, okazuje się często bezcelowe. Powszechnie wiadomo, że jak sobie człowiek za parę koła „strzeli” MR całego ciała, to będzie żył na wieki (a jeśli nie, to winny był lekarz opisujący).

Taki mamy klimat i dotyczy on nie tylko radiologii. Powszechnie panuje wiara raczej w nieśmiertelność ciała niż duszy. Dlatego gdzie jak gdzie, ale w szpitalach, zdaniem wielu, się przecież nie umiera. Niemal każdy mój ciężko obciążony wielochorobowością pacjent z demencją i zanikami mięśniowymi, w relacji krewnych, jeszcze wczoraj chodził do sklepu i książki jeśli nie pisał, to przynajmniej czytał – więc jego zgon jest zjawiskiem absolutnie paranormalnym. Trzeba więc iść do prokuratury z podejrzeniem, że to lekarze odebrali mu kolejne stulecia życia. Póki ludźmi tymi kieruje impuls rozpacz po śmieci bliskiego, jestem to w stanie zrozumieć, czasem jednak pobudki nie są emocjonalne, lecz niestety inne.

Wszystko to razem tworzy u nas, lekarzy, syndrom snajpera – poczucie, że wszyscy do nas mierzą. Stosujemy więc coraz to grubsze środki defensywne, a to sprawia, że jeśli nie straciliśmy już, to stracimy skuteczność. Mój kolega, doskonały radiolog, powiedział: „lepiej, gdy raz się pomylę niż będę nieużyteczny przez całe życie”. Ciągłe się nad tym zastanawiam. ■



Dr n. med.
Andrzej Wojcieszek

Czesanie łysego

Oj, co to będzie?

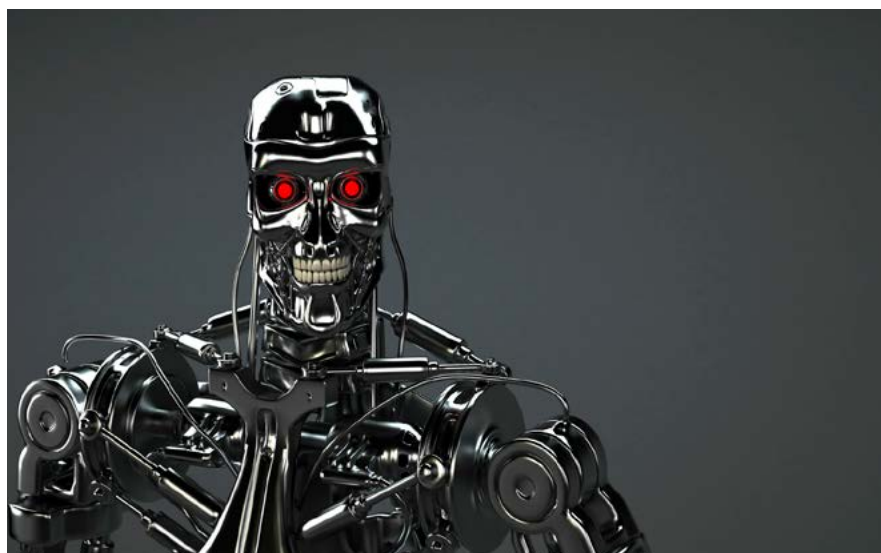
Kasztań już dojrzały. Czas nowy rok akademicki rozpocząć. Będąc prawie przejrzałym, będę wieszczę, a może tylko głądził. Zacytuje prof. Dragana: „wiele zawodów przejdzie do historii wraz z postępującym rozwojem sztucznej inteligencji. Jednak nie ma sensu rozpaczać nad tą ewolucją, bo jest ona nie do uniknięcia”.

Profesor jest mądry i wie co mówi. Mój kolega z roku prof. Sieroń napisał w jednym z felietonów w „Pro Medico”, że lekarze byli, są i będą potrzebni. To też jest jasne stanowisko. No i mamy dwugłos. Jako futurolog i pesymistyczny optymistą wiem, że znikniemy (pesymista to optymistą dobrze poinformowany). Powolutku, ale tak.

Kocham nowinki. Wirtualny świat i medycyna, a do tego kosmos nowych urządzeń i ich zastosowań. Te gadżety zmieniają medycynę. Robią to na naszych oczach. Poczuję młodych, zdolnych i ambitnych. Lekarze, póki co, zostaną. Ale to AI przejmie pogaduszki z depresyjnymi pacjentami. Będzie cierpliwa do bólu. Wyjaśni sposób leczenia. Będzie je korygować (na razie tylko drżenia mimowolne rąk operatora). Zaopiekuje się człowiekiem chorym, kąpiel mu zorganizuje, a nawet plecy umyje. My, w kraju nad Wisłą, będziemy tradycyjnie „letko” opóźnieni. Nasz SRO (samodzielny robot operacyjny), jak już powstanie, będzie znał historię Polski i katechizm, bo wszystko musi być klarowne historycznie i na przedmurzu. Taki jest u nas „trynd”, że wspomnę pewnego kacyka.

Lekarze będą naszym szeptuchy. Ich adresy, w ciszy naw kościelnych, będą przekazywane z ucha do ucha, razem z tajemnicami różańcowymi. Półlegalne leczenie. Świat bez lekarzy. Wszystko zrobią roboty. Będą zdolniejsze. Ostatnio znajoma dentystka opowiedziała mi historijkę z USA. Sztil (sztuczny inteligent) nadzoruje całą diagnostykę ortodontyczną, potem steruje wykonaniem odpowiedniego aparatu na drukarce 3D. I pojawia się człowiek. Jeszcze! Stomatolog bez specjalizacji, a jego rola jest ograniczona jedynie do dopasowania „działa”.

Maszyny przejmą nie tylko nasz zawód. Staną przy taśmach produkcyjnych,



Fot. Chroma Stock

w sklepach, aptekach, hurtowniach. Będą uprawiały pola, czyściły baseny, w tym kąpielowe. A my? My będziemy żyć, ale tylko na swoim podwórku, bo na podróżowanie nie ma szans. Taka Wenecja albo Dubrownik już nie mieszczą wszystkich chętnych. W telewizorii będzie można te cuda zobaczyć ze szczegółami. W stereo i w kolorze, i z zapachem. Oczywiście nic nie będzie za darmo. Pensja w zależności od wyuczonego zawodu. Uczyć będą Sztille i ocena umiejętności będzie sprawiedliwa. Rozpocznie się wielka stagnacja.

Robot nie wymyśli nic lepszego od siebie, chyba, że dostanie boską wolną wolę. Wtedy nie zauważymy, kiedy zamknie nas w enklawach dobrobytu. Skończy z zanieczyszczaniem atmosfery, oczyści morza i oceany. Rzeki i jeziora też. Potem zauważy nasz zły wpływ na planetę i wieczne marudzenie ludzkości. Żądania wzajemnie sprzeczne będą zaburzały pracę obwodów elektronicznych. Rozwiązaniem jest likwidacja ludzkości. Zamieni planetę w statek międzygalaktyczny

i poleci hen. Fikcja? Poszukajcie informacji o Claude Opus 4. Inny obraz opisał Kurt Vonnegut w powieści „Pianola”, jeszcze w 1952 roku. Tam ludzie niszczą maszyny, ale zaraz je odbudowują, bo pracować niekoniecznie im się chce. Czy dziś będzie inaczej? Nie sądzę. Znam poglądy naszych swojskich bohaterów. Pana Janusza i Pani Grażyny. Nie chcą pracować, ale „dobrobyt” zaakceptują. Podwórko posprzątane przez roboty, to i smak piwka lub jabłoka będzie lepszy. Sielankę może psuć brak papierosów.

Będzie „szepięknie”. I kiedyś jakiś AA (Archeolog Archiwista) przyzna mi rację. Dlatego moje-nasze podwórko usytuowałem w Beskidach. Mieszkam tam z moją ciągle młodą Żoną i obserwuję jabłonkę. Aktualnie mamy owoce i Ewa będzie kusić szarlotką. Znowu zgrzeszę. Do tego widok na góry, bez potrzeby kupienia biletu lub oglądania w tv. Powietrze czystsze, a zieloność w licznych odcieniach przed moimi oczami tonizuje mój lęk przed przyszłością. ■



Gabriela Muś
pełnomocnik Śląskiej Izby
Lekarskiej ds. osób
z niepełnosprawnościami



Świadczenia Śląskiej Izby Lekarskiej dla lekarzy seniorów i lekarzy z niepełnosprawnościami

Od wielu lat jednym z priorytetowych zadań Śląskiej Izby Lekarskiej jest wsparcie dla lekarza seniora i lekarza z niepełnosprawnością. Oferowane formy mają postać finansową lub pozafinansową.

Jednak na początku chciałabym przypomnieć, że lekarze seniorzy po ukończeniu 70 r. ż. są zwolnieni z opłacania składek na rzecz samorządu lekarskiego. Młodszy emeryci i renciści, nie osiągający innych niż emerytura lub renta przychodów, mogą ubiegać się o takie zwolnienie, przy czym w tym wypadku niezbędne jest złożenie odpowiedniego oświadczenia. Formularz znajdziecie Państwo na stronie ŚIL.

Warto pamiętać, że o pozostałe formy wsparcia ubiegać się mogą lekarze, którzy mają uregulowane składki.

Decyzją Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach każdy senior, który ukończył 80 lat, otrzymuje jednorazowe świadczenie pieniężne w wysokości 1 400,00 zł.

Śląska Izba Lekarska prowadzi szereg inicjatyw skierowanych do lekarzy seniorów:

1. Komisja ds. Emerytów i Rencistów podejmuje działania na rzecz udziału lekarzy emerytów i rencistów w pracach organów samorządu lekarskiego, informuje Okręgową Radę Lekarską o problemach ważnych dla środowiska lekarzy emerytów i rencistów oraz proponuje sposoby rozwiązywania tych problemów. Komisja organizuje również cały szereg inicjatyw dedykowanych Seniorom, omówionych poniżej.
2. Lekarski Uniwersytet Trzeciego Wieku (LUTW) – czyli nasza inicjatywa edukacyjna, realizowana głównie w formie wykładów. Uczestnikami mogą być członkowie ŚIL, którzy nabyli uprawnienia emerytalne lub rentowe na podstawie wpisu na kolejny rok akademicki i po dokonaniu opłaty wpisowej.
3. Wyjazdy szkoleniowo-integracyjne oraz imprezy rodzinne – organizowane przez Komisję Emerytów i Rencistów, niektóre także we współpracy z Komisją Sportu i Turystyki. Programy tych imprez ogłaszane są w „Pro Medico” oraz na stronie internetowej Izby.
4. Spotkania okolicznościowe – wigilijne i „jajeczko” – organizowane zwykle w dniach poprzedzających Boże Narodzenie oraz

Wielkanoc przez Komisję ds. Emerytów i Rencistów dla wszystkich seniorów.

5. Paczki świąteczne dla seniorów, nie mogących z przyczyn zdrowotnych uczestniczyć osobiście w spotkaniach wigilijnych.
6. Kluby Lekarza Seniora działają w kilku delegaturach – w Katowicach, w Bytomiu, w Rybniku, w Jaworznie oraz w Dąbrowie Górniczej, a ostatnio także w Chorzowie. Spotkania klubowe odbywają się zgodnie z przyjętymi przez siebie harmonogramami, zwykle połączone są z inicjatywami edukacyjnymi lub kulturalnymi.
7. Kronika Lekarza Seniora – publikowana na stronie internetowej w zakładce Lekarz Senior dokumentuje wiele z tych wydarzeń, zwykle zawiera też tematyczną prezentację zdjęć.
8. Pełnomocnik ds. Lekarzy z niepełnosprawnościami przyjmuje informacje o lekarzach i lekarzach dentytach z niepełnosprawnościami lub chorych, samotnych, potrzebujących pomocy i wsparcia Izby. Zgłoszenia przyjmujemy pod adresem pnnp@izba-lekarska.org.pl lub pod telefonem 784 688 449 – codziennie drogą SMS-ową, dyżury pod telefonem i w siedzibie Izby – zgodnie z harmonogramem przedstawionym w kalendarium na stronie Izby.

W sprawach związanych z organizacją i dostępnością oferowanych seniorom inicjatyw można zwracać się do Katarzyny B. Fulbiszewskiej, opiekunki Komisji ds. Emerytów i Rencistów oraz Lekarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku (tel.: 32 60 44 287; e-mail: uniwersytet@izba-lekarska.org.pl).

Zakładka „Lekarz Senior” na naszej stronie internetowej jest miejscem, w którym można znaleźć informacje o planowanych imprezach – spotkaniach, wyjazdach szkoleniowo-okolicznościowych czy innych inicjatywach na rzecz seniorów, jak również można znaleźć ważne informacje dotyczące procedur i dokumentów, niezbędnych przy ubieganiu się o poszczególne formy wsparcia, realizowane przez Śląską Izbę Lekarską na rzecz lekarzy seniorów i lekarzy z niepełnosprawnościami. ■

POTYCZKI Z HISTORIĄ



Katarzyna B. Fulbiszewska
koordynator Ośrodka
Dokumentacji Historycznej ŚIL

Wyścig z wojną

„Opowiedz mi swoją przeszłość, a ja powiem ci, jaka będzie twoja przyszłość” – to stwierdzenie zawiera wiele prawdy, szczególnie w odniesieniu do kwestii bezpieczeństwa i obronności państwa. Skłania też do smutnej refleksji, że nie potrafimy w pełni korzystać z tej konfucjuszowskiej mądrości.

Latem 1935 r. polski rząd i władze wojskowe rozpoczęły opracowanie podstaw „planu mobilizacyjnego W”, który wszedł w życie w maju 1938 r. Zdaniem współczesnych historyków, ten plan zaliczał się do najlepszych na świecie. Ściśle i drobiazgowo określał sposób oraz tryb przeniesienia sił zbrojnych i potencjału państwa z warunków pokojowych na wojenne, a także określał przygotowanie gospodarki i administracji państwowej do prowadzenia działań wojennych. Pomimo całej swojej fachowości miał jeden zasadniczy mankament, zarówno logistycznie, jak i militarnie szykował nas do wojny, która miała przebiegać podobnie jak miniona. Niestety rzeczywistość brutalnie zweryfikowała to założenie.

Odradzające się po 123 latach niebytu państwo polskie stanęło przed koniecznością stworzenia całości z trzech absolutnie różnych części byłych zaborów. Jednym z głównych priorytetów było zapewnienie społeczeństwu należytej opieki zdrowotnej. Przez 20 lat niepodległości i samodzielności Polska mogła pochwalić się sukcesami w każdej dziedzinie życia, jednak był to zbyt krótki okres, aby zrealizować wszystkie założone cele. W 1937 r. prezes NIL prof. Mieczysław Michałowicz przemawiając w Senacie przed Komisją budżetową wypowiedział prorocze słowa: „lekarz będzie niezbędnym czynnikiem, łagodzącym skutki przyszłej wojny, (...) będzie jednym z bardzo ważnych warunków jej wygrania”.

SILNI, ZWARCI I GOTOWI!

Od pierwszych dni odzyskania niepodległości priorytetem była silna armia, której celem było obronić nasze granice i zapewnić bezpieczeństwo. Jednym z jej



Zbiory Muzeum Historii Medycyny i Farmacji ŚIL: od lewej publikacje: ostatni wydany „Dziennik Urzędowy Izby Lekarskiej” z 1.08.1939 r.; pułk.-lek. dr Karol Karnicki „Uszkodzenia oczu przez gazy bojowe”, Warszawa 1927 r.; dr med. Ludwik Krzewiński „Pierwsza pomoc w zatruciach gazami bojowymi”, Lwów-Warszawa 1934 r.; prof. Aleksander Lustig (Prof. Patologii Ogólnej we Florencji) „Patologia ogólna i klinika zagazowań bojowych” (tłumaczenie: ppłk. dr med. St. Przychocki), Warszawa 1933 r.; dr Janina Misiewicz „Podręcznik Ratownictwa dla Kół Młodzieży Polskiego Czerwonego Krzyża”, Warszawa 1931 r.; imienna odznaka Szkoły Pielęgniarstwa PCK w Poznaniu – nr 244 Janina Krajewska 1937 r. oraz przedwojenne znaczki PCK.

głównych filarów była wojskowa służba zdrowia, dbająca nie tylko o stan zdrowotny żołnierzy, ale także o wyszkolenie przyszłych kadr medycznych. Bardzo ważną rolę w obu tych dziedzinach odegrał słynny Szpital Ujazdowski, gdzie poza działalnością stricte medyczną, od 1922 roku w jego zabudowaniach mieściło się centrum kształcenia lekarzy wojskowych (pod różnymi nazwami: Wojskowa Szko-

ła Sanitarna, Oficerska Szkoła Sanitarna, Szkoła Podchorążych Sanitarnych, Centrum Wyszczolenia Sanitarnego). Ujazdów stał się miejscem zakwaterowania i szkolenia oficerskiego studentów medycyny, którzy swój czas dzielili na naukę teoretyczną na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Warszawskiego, praktykę w Szpitalu Ujazdowskim oraz typowe wojskowe zajęcia w podchorążówce.

Szkoła, oprócz przygotowania medycznego i taktycznego, kształciła charakter pod kątem dyscypliny, szybkiego reagowania w sytuacjach ekstremalnych oraz – mówiąc językiem współczesnym – odporności na stres. Stawiano nie na ilość, ale na jakość. Ujazdów do 1939 r. doskonale wykształcił ok. 500 lekarzy.

Oprócz Ujazdowa, wojsko posiadało dziesięć dużych okręgowych szpitali wojskowych, świetnie wyposażonych w nowoczesny sprzęt, jak i fachową kadrę. Obok kształcenia znakomicie rozwijano nowoczesny transport sanitarny. W latach 30. wojskowa medycyna lotnicza osiągnęła punkt kulminacyjny (do 1928 r. wojsko dysponowało 14 samolotami sanitarnymi). Doczekaliśmy się „Lublina XVI bis”, który w 1933 r. zdobył pierwszą nagrodę na Międzynarodowej Wystawie Lotnictwa Sanitarnego w Madrycie. Samolot osiągał prędkość 107 km/h, był przystosowany do transportu dwóch chorych leżących, jednego siedzącego oraz lekarza lub pielęgniarki.

KULA U NOGI

O ile wojskowa służba zdrowia miała się dobrze, to cywilna tradycyjnie była kulą u nogi dla rządu z wiecznie „dziurawym budżetem”. Nawet postulat lekarzy cywilnych w sprawie reaktywowania zlikwidowanego w 1924 r. Ministerstwa Zdrowia Publicznego, który konsolidował przygotowania na wypadek wojny tej grupy medyków, nie spotkał się z aprobatą rządu. Wspomniany już prof. M. Michałowicz zwracał uwagę na fakt, iż na wypadek wojny w Polsce brakuje co najmniej 6000 lekarzy. W 1939 r. w Polsce zarejestrowanych było 12917 lekarzy i 3686 lekarzy dentyków (dane za rok 1938). Wojsko dla swoich potrzeb miało zmobilizować około 55% lekarzy i lekarzy dentyków, a do tego aptekarzy oraz personel sanitarny. Oficerami i podchorążymi Wojska Polskiego w Korpusie Zdrowia było około 8 000 osób. Plan mobilizacyjny „W” uwzględniał wyłącznie mężczyzn do 60. roku życia. Starszych, jak również kobiety można było powołać na mocy ustawy „o świadczeniach osobistych”. Według tego planu szacowano liczebność armii na ok. 1 350 000, czyli na jednego lekarza wypadało ponad 300 żołnierzy, to potowicznie zaspokajało potrzeby. Chęć powołania większej liczby lekarzy mogła drastycznie obniżyć poziom opieki medycznej ludności cywilnej, co z kolei mogło skutkować wybuchem epidemii, w konsekwencji czego mogło zagrażać siłom zbrojnym. Trochę większy sukces odnieśliśmy na niwie budowy szpitali. Wynikało to głównie z podziału władzy pomiędzy rządem a samorządami terytorialnymi. Każde większe miasto rywalizowało ze sobą o palmę pierwszeństwa

w rozwoju infrastruktury społecznej. I tym sposobem w 1938 r. w Polsce funkcjonowało 677 szpitali (75 000 łóżek). Na 264 powiaty i 611 miejscowości na prawach miejskich był to niezły wynik, bo statystycznie stolice powiatów i ich okolice miały dostęp do szpitali. W tej liczbie mieściły się 72 szpitale państwowe, 283 było własnością i na utrzymaniu samorządów, 214 należało do organizacji i stowarzyszeń. Liczbę zamykały szpitale prywatne – funkcjonowało ich 108. Pod względem liczby łóżek byliśmy w „ogonie Europy”, ale pod względem dostępności i lokalizacji zajmowaliśmy dość przyzwoite miejsce.

EDUKACJA PONAD WSZYSTKO

Każdy młody lekarz (w ciągu trzech lat od daty otrzymania dyplomu) musiał odbyć praktyki w klinikach uniwersyteckich, szpitalach wojskowych lub zakładach na oddziałach: chirurgii (!), chorób wewnętrznych i położniczym (po trzy miesiące na każdym). W czasie praktyki przyszły medyk musiał obowiązkowo przejść przeszkolenie w zakresie ratownictwa i obrony przeciwgazowej na kursach organizowanych przez Ministra Spraw Wojskowych. Słuchacze, którzy uczęszczali na wszystkie wykłady i ćwiczenia nie mieli obowiązku zdawania egzaminu, pisali jedynie referat na określony przez kierownika kursu temat. Duża część lekarzy cywilnych odbywała szkolenie wojskowe w Centrum Wyszakolenia Sanitarnego, zdobywając niezbędne oficerowi praktyczne doświadczenie i wiedzę. To zapewniało na wypadek wojny istnienie realnych, dobrze przygotowanych rezerw kadrowych wojskowej służby zdrowia.

W odpowiedzi na postulaty środowiska lekarskiego zaczęły powstawać profesjonalne szkoły dla pielęgniarek (okres edukacji od 2 do 2,5 roku). Do 1938 r. w Polsce otwarto dziewięć profesjonalnych szkół pielęgniarskich, które zdążyły przyuczyc do zawodu ponad 6000 pielęgniarek (wg. szacunków z 1918 r. w stosunku do mieszkańców było potrzebnych ok. 15 tysięcy pielęgniarek!).

W budowaniu struktur sanitarnych w okresie międzywojnia swój duży udział miał Polski Czerwony Krzyż. Dzięki inicjatywie lekarzy stawiano na szeroko pojętą edukację społeczeństwa. W 1939 r. PCK liczył ok. 850 tys. członków, z czego 50% stanowiła młodzież. Dysponował znaczną liczbą pielęgniarek, instruktorów ratownictwa oraz zapasami materiałów opatrunkowych, leków i sprzętu sanitarnego. Wobec realnej groźby wybuchu wojny, na przełomie 1938/1939 r., PCK przeprowadziło bardzo sprawną reorganizację drużyn ratowniczych, tworząc

siedmioosobowe sekcje ratowniczo-sanitarne (dysponowali kadrą 60 tys. świetnie wyszkolonych ratowników!). Intensywnie prowadzono kursy przeciwgazowe dla lekarzy i personelu medycznego, a także szkolono setki tysięcy kobiet i młodzieży szkolnej na kursach pierwszej pomocy. W pierwszych dniach wojny PCK oddało do dyspozycji wojska znaczną część samochodów sanitarnych, siedem samolotów zakupionych dzięki ofiarności społeczeństwa, 180 szpitali oraz dziesiątki tysięcy przeszkolonych ochotników.

POST SCRIPTUM

„Plan mobilizacyjny W” nie przeszedł wrześnie próby, bo w całej swojej szczegółowości nie przewidział tzw. wojny błyskawicznej, która w krótkim czasie doprowadziła do upadku Polski. Bez wątplenia na wysokości zadania, mimo beznadziejnej sytuacji frontowej, stanęli lekarze, lekarze dentyści i cały personel pomocniczy. Nie ma takiej skali, którą można by ocenić ich pracę, zaangażowanie, bezinteresowność, oddanie i bohaterstwo dla ratowania życia innych ludzi w obliczu śmiertelnego zagrożenia. Przedwojenne szkolenia i ćwiczenia, działalność naukowa, publicystyczna, edukacyjna nie poszły na marne. Udało się zaszczepić młodym adeptom sztuki medycznej mocne podstawy zasad etyki, moralności i ogólnie pojętego poczucia obowiązku. Na wielki szacunek i pamięć zasłużyli lekarze, którzy ze względu na wiek nie podlegali mobilizacji, a mimo to zgłaszali się do służby, bo ojczyzna była w potrzebie. Ten największy konflikt w dziejach Polski zebrał ogromne żniwo. Wojny nie przeżyło ok. 50% lekarzy i lekarzy dentyków. Ginęli pod gruzami, w obozach koncentracyjnych i więzieniach. Szczególnie tragiczny był los lekarzy wojskowych wziętych do niewoli przez NKWD: ok. 1000 medyków zostało na zawsze w dołach Katynia, Miednoje i Bykowni.

Najstraszniejsza z dotychczasowych wojen rozpoczęła się 1 września 1939 r. o godz. 4.40 atakiem niemieckiego lotnictwa na Szpital Wszystkich Świętych w Wieluniu. W nalocie zginęły 32 osoby, zarówno ciężko chorzy pacjenci, jak i personel – to były jedne z pierwszych ofiar kampanii. Jak na ironię, znak Czerwonego Krzyża, który zgodnie z konwencjami międzynarodowymi powinien chronić, stał się dla hitlerowskich pilotów dobrym oznaczeniem celu. Nie było możliwości, żeby piloci nie wiedzieli, na jaki obiekt zrzucają śmiertelny ładunek. Ale to już zupełnie inna historia. ■

Więcej o przygotowaniach do pracy w czasie mroku na stronie: <https://promedico.info/kategoria/historia>

OKIEM LEKARZA SPORTOWCA



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

LEKARZE SIŁACZE

MEDI STRONGWOMAN & MEDI STRONGMEN

Po rekreacyjnym rajdzie rodzinnym wokół Pustyni Błędownskiej wzięliśmy na barki ambitne wyzwanie dla lekarskich siłaczy - II Rajd Rowerowy „E-BIKE’em na Soszów” oraz Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu Górskim, a dopełnieniem tych wymagających doskonałej kondycji dyscyplin był relaksacyjny VI Rodzinny Festyn Sportowy.

II Rajd „E-BIKE’em na Soszów”



Fot. archiwum organizatorów

W sobotę 9 sierpnia 2025 r., 35 entuzjastów dwóch kótek spotkało się w Wiśle przy AC Sport Lab, by wspólnie ruszyć trasą na Soszów. Cała grupa przejechała wspólnie 31 km pięknymi beskidzkimi szlakami, pokonując asfalt i żwir w proporcji 70:30. Było trochę podjazdów, sporo widoków i dużo radości z jazdy w świetnym towarzystwie. Technika jazdy na przerzutkach na podjazdach oraz technika balansu ciałem na zjazdach i praca na hamulcach była kluczem do sukcesu i osiągnięcia celu bez wypadku na wymagającej trasie. ■

Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu Górskim na Długim Dystansie



Fot. archiwum organizatorów

W zachwycającym paśmie Beskidu Żywieckiego 9 sierpnia odbyły się pierwsze w historii Mistrzostwa Polski Lekarzy w Biegu Górskim na Długim Dystansie. Nasze zawody stanowiły imprezę towarzyszącą Chudemu Wawrzyńcowi, jednemu z najstarszych i najbardziej znanych ultramaratonów górskich w naszym kraju. W pierwszej edycji imprezy wystartowało 42 lekarzy, wśród nich 11 reprezentantów naszej izby. Na pięćdziesięiodwukilometrową (!) trasę z 2500 m przewyższenia zawodnicy wyruszyli o 4:00 rano z Rajczy, aby po zdobyciu m.in. Rachowca, Wielkiej Raczy, Wielkiej Rycerzowej i Muńcuła dotrzeć na metę w Ujsołach.

Nasi reprezentanci szczególnie dobrze wypadli w kategorii mężczyzn – Mistrzem Polski został dr hab. Michał Kozłowski (9 open, ze świetnym rezultatem 5:19:12), a nagradzaną czołową szóstkę zamknął dr Radosław Guzy. Wśród kobiet lepsze okazały się reprezentantki innych izb (Mistrzynią Polski została Justyna Janus z OIL w Rzeszowie, 5 open).

Zainteresowanych pełną statystyką i lekarskimi imprezami bie-

gowymi zapraszamy do dołączenia do facebookowej grupy LEKARZE BIEGACZE (kontakt dr Przemysław Kutrzyk z ŚIL i dr hab. n. med. Adam Stangierski z WIL).

Zdobywcy trofeów:

1. Michał Kozłowski – Śląska IL
 2. Robert Niewiedziała – OIL Gdańsk
 3. Kacper Janas – OIL Szczecin
 4. Adrian Grzelak – OIL Kraków
 5. Marek Antończak – Lubelska IL
 6. Radosław Guzy – Śląska IL
-
1. Justyna Janus – OIL Rzeszów
 2. Magdalena Szymala-Lipka – OIL Rzeszów
 3. Kamila Tymosiak – Bydgoska IL
 4. Julia Iwanow – Dolnośląska IL
 5. Joanna Pszeniczna – OIL Warszawa
 6. Anna Barczak – OIL Częstochowa ■

ZAPROSZENIA:

- **Taneczne soboty** – zapraszamy do zapisów poprzez formularz na stronie
- **10-12.10.2025 r. II trening narciarski przed sezonem z ŚIL i Polskimed** (kontakt Mariusz Smolik, tel. 504-045-609)
- **29.11.2025 r. IV Mistrzostwa ŚIL w Bowlingu (podczas Andrzejek Stomatologicznych)**
- **06.12.2025 r. II Festiwal Tańca Dąbrowa Górnicza Hala Sportowa Centrum** (kontakt Hanna Siatkowska, tel. 512-217-177)

NEKROLOGI, WSPOMNIENIA

Wspomnienie o śp. dr n. med. Marii Pamuckiej

21 stycznia 2025 r. zmarła w 83. roku życia w Zimnicach Małych, pochowana w Zimnicach Wielkich na Śląsku Opolskim. Lekarka onkolog, absolwentka z 1966 r. Śląskiej Akademii Medycznej.

Pracowała jako adiunkt w Zakładzie Radioterapii w Instytucie Onkologii w Gliwicach, a od 1982 r. w Opolu. Była współorganizatorką Opolskiego Centrum Onkologii, w którym kierowała Zakładem Radioterapii. Szkoliła się w klinikach radioterapii w Niemczech, Francji, Belgii i USA.

Była autorką 38 prac naukowych. W leczeniu guzów mózgu była pionierką. Uczestniczyła w kształceniu podyplomowym lekarzy w zakresie onkologii. Przez ponad dwadzieścia lat kierowała Opolską Fundacją Antynowotworową i Stowarzyszeniem Pomocy Dzieciom po Leczeniu Onkologicznym.

Na emeryturę przeszła w 2003 r., ale nadal pracowała. W 1997 r. zamieszkała w Zimnicach Małych, gdzie cieszyła się ogródkiem przydomowym.

Była harcmistrzem w Kręgu Instruktorskim Śląskiej Akademii Medycznej i w Katowickiej Chorągwi ZHP. Organizowała zabezpieczenie medyczne obozów harcerskich. W 1985 r. zorganizowała pierwszy zjazd absolwentów roku w Krapkowicach. Te zjazdy integracyjne były kontynuowane. W 2015 r. na jubileuszowym zjeździe 50-lecia odnowienia dyplomów lekarskich wygłosiła wykład wspomnieniowy o naszych nauczycielach. Ks. Andrzej Hanich, prof. w Instytucie Śląskim w Opolu, wspomnieli: „...niosła bezinteresowną pomoc lekarską chorym na różne schorzenia w Zimnicach Małych i pobliskiej okolicy, stając się dla nich niczym – znany z literatury – doktor Judym”. ■

Dr n. med. Krzysztof Brożek



*Ze smutkiem przyjęliśmy informację
o śmierci*

Prof. dr hab. n. med.

Ewy Żukowskiej-Szczechowskiej

*Pani Profesor była wieloletnim pracownikiem
Katedry Chorób Wewnętrznych,
Diabetologii i Nefrologii
w Zabrze.*

*Z żalem żegnamy wybitnego lekarza,
Naukowca
i nauczyciela akademickiego.*

*Rodzinie oraz Bliskim
składamy*

wyrazy współczucia

Pracownicy Katedry

Naszej Koleżance

Ewie Świąszek

z powodu śmierci

Matki

szczerze kondolencje

przesyłają

koledzy

*z Oddziału Klinicznego Ginekologii,
Położnictwa i Onkologii Onkologicznej
z Oddziałem Patologii Noworodka i Neonatologii
Akademii Śląskiej
w Świętochłowicach*

Odeszli na wieczny dyżur

1 września 2025 r., przeżywszy 72 lata, zmarł śp. lek. Mieczysław Jagiełłowicz, absolwent Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1977. Specjalista chirurgii urazowo-ortopedycznej.

30 sierpnia 2025 r., w wieku 91 lat, zmarł śp. dr n. med. Janusz Rusek, absolwent Akademii Medycznej w Łodzi, rocznik 1957. Specjalista okulistyki.

29 sierpnia 2025 r., przeżywszy 71 lat, zmarł śp. lek. Maciej Chodorowski, absolwent Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1984. Specjalista chorób wewnętrznych.

28 sierpnia 2025 r., przeżywszy 74 lata, zmarła śp. lek. Gabriela Kalembe-Milanowska, absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1977.

26 sierpnia 2025 r., przeżywszy 51 lat, zmarł śp. lek. Krzysztof Pietryga, absolwent Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 2000.

21 sierpnia 2023 r., w wieku 64 lat, zmarła śp. lek. Mieczysława Dziurdzikowska-Celej, absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1985. Specjalistka pediatrii.

9 sierpnia 2025 r., w wieku 90 lat, zmarła śp. prof. dr hab. n. med. Bronisława Koraszewska-Matuszewska, absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej. Specjalistka okulistyki.

30 lipca 2025 r., przeżywszy 75 lat, zmarł śp. lek. Józef Pilarski, absolwent Akademii Medycznej we Wrocławiu, rocznik 1974. Specjalista ortopedii i traumatologii.

3 września 2024 r., w wieku 69 lat, zmarła śp. lek. Ewa Pełka-Woch, absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1980. Specjalistka dermatologii i wenerologii.

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

WYNAJMĘ, SPRZEDAM

Wynajmę gabinet stomatologiczny w Katowicach.
W pełni wyposażony. Tel. 513 604 423

Sprzedam gabinet stomatologiczny, 2 stanowiska, z cesją
NFZ w zakresie ortodontcji. Katowice. Tel. 609 505 049

Sprzedam gabinet stomatologiczny w Pszczynie. 6 stano-
wisk, kontakt z NFZ – wysoka rentowność. Tel. 501 401 464

Sprzedamy NZOZ – POZ i AOS (z kontraktem NFZ).
Tel. kont. 603 585 386, 604 170 976, Toszek

Wynajmę 2 lokale, 100 m² w Rybniku pod gabinety
lekarskie, z parkingiem, tel. 795 624 448

Okazyjnie pilnie sprzedam gabinet stomatologiczny
117 m², 3 stanowiska w Bytomiu. Tel. 601 444 676

Poszukuję lokalu lub gab. stomatologicznego
do wynajęcia. Katowice i okolice, tel. 728 510 021

Katowice:
sprzedam
wolnostojący budynek 3-kondygnacyjny
o powierzchni 346,6 m².
Obiekt przystosowany
do praktyki stomatologicznej,
z możliwością adaptacji pod inne
działalności medyczne.
Układ pomieszczeń pozwala na równoległą
pracę kilku zespołów.
Budynek posiada dwa niezależne wejścia
oraz podjazd dla pacjentów.
Istnieje możliwość wydzielenia
części mieszkalnej
lub wynajmu komercyjnego.
Opcjonalnie sprzedaż
z kompletnym wyposażeniem
stomatologicznym.
Kontakt:
m.hejka@geltag.pl,
tel. +48 668 789 701

DAM PRACĘ

NZOZ w Zabrze zatrudni **lekarza w POZ** dla dorosłych.
Tel. 501 869 496

NZOZ w Sosnowcu zatrudni
lekarzy do pracy w przychodniach:
**endokrynologicznej, dermatologicznej,
neurologicznej, reumatologicznej.**
Telefon kontaktowy: 601 400 035

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

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

Gabinet Stomatologiczny w Chorzowie
szuka **dentysty**. Komercja, NFZ.
Tel. 508 232 241

Praca dla **lek. dent.** na terenie Bytomia, prywatnie i NFZ.
Tel. 502 292 997

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

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

NZOZ Nasza Przychodnia w Sosnowcu
zatrudni lekarzy specjalistów lub w trakcie specjalizacji
z dziedziny:
* **REUMATOLOGII** * **GINEKOLOGII**
* **ONKOLOGII** * **PULMONOLOGII**
* **MEDYCYNY RODZINNEJ** * **ENDOKRYNOLOGII**
* **GERIATRII** * **MEDYCYNY PRACY**
* **PSYCHIATRII** * **UROLOGII**
i innych specjalistów,
kontakt: 512451000,
biuro@nasza-przychodnia.pl

SPZLA „Moja Przychodnia” w Katowicach zatrudni
lekarza laryngologa na część etatu.
Tel. 32 25 95 135

Zatrudnię **diabetologa, neurologa, kardiologa, okulistę,
psychiatrę i rez. psychiatrę** do poradni.
Katowice, tel. 606359210

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

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@twojaporadnia.eu

Gabinet stomatologiczny DENTES nawiąże współpracę
z **lekarzami; również młodymi, bezpośrednio po stażu;**
w Gliwicach bądź Knurowie. Tel. 602 264 658

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 i Neonatologii**
- **Ortopedii**
- **Okulistyki**
- **Anestezjologii i Intensywnej terapii**
- **Chorób wewnętrznych**
- **Pulmonologii**
- **Chorób zakaźnych**
- **Otolaryngologii**
- **Medycyny ratunkowej**
- **Chirurgii ogólnej**
- **Onkologii**
- **Radioterapii**
- **Reumatologii**

KONTAKT: 327555055,
kadry@szpital-raciborz.org

NZOZ w Zabrze zatrudni w POZ dla dorosłych **internistę**
lub **lek. rodzinnego**, tel. 501 869 496

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

„Repty” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji
w Tarnowskich Górach
zatrudni lekarzy specjalistów:
rehabilitacji medycznej, neurologii,
chorób wewnętrznych
lub chcących się specjalizować w rehabilitacji medycznej.
Tel. 32 39 01 202/32 39 01 203,
e-mail: kadry@repty.pl

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

ZATRUDNIĘ Zespół:
Anestezjolog i pielęgniarka anestezjologiczna
do prowadzenia krótkotrwałych znieczuleń
w endoskopii oraz chirurgii jednego dnia w Bytomiu.
Kom. 601418328

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

Centrum Medyczne w Bytomiu zatrudni lekarzy:

- **radiologa** – do opisywania badań mammo-
graficznych w ramach programu profilaktycz-
nego
- **neurologa**
- **endokrynologa**
- **gastroenterologa**
- **reumatologa**
- **dermatologa**
- **alergologa**
- **pulmonologa**
- **psychiatrę**
- **diabetologa**
- **geriatrę**
- **chirurga naczyniowego**
- **onkologa**
- **urologa**
- **chorób zakaźnych**
- **kardiologa dla dzieci i dorosłych**
- **okulistę dla dzieci i dorosłych**
- **otolaryngologa dla dzieci i dorosłych**
- **chirurga dla dzieci**
- **specjalistów położnictwa i ginekologii**
z certyfikatem FMF w zakresie badań
ultrasonograficznych
- **endoskopistów** do pracowni badań
endoskopowych
- **specjalistów chorób wewnętrznych**
z certyfikatem PTG
- **specjalistów chirurgii ogólnej**
z certyfikatem PTCh
- **specjalistów gastroenterologii**

tel. 32 389 70 84

Centrum Medyczne w Bytomiu zatrudni **lekarzy POZ**

tel. 32 389 80 84

NZOZ Mysłówice poszukuje do pryw. gabinetu:
**dietetyka, chirurga naczyń, fizjoterapeutę,
proktologa, neurologa** oraz **endokrynologa**.
Do poradni NFZ lek. rodzinnego.
Tel. 602 463 734

NZOZ CM „ARKA-MED” Sp. z o.o.
w Tychach ul. Nałkowskiej 27, zatrudni lekarzy specjalistów:
**chirurgii naczyń, dermatologii, gastroenterologii,
kardiologii, reumatologii, urologii**,
kontakt: 503347642, kadry@arkamed.pl

Dyrektor
Niepublicznego Specjalistycznego
ZOZ Multimed w Bieruniu
ul. Granitowa 22
zaprasza do współpracy
**lekarza specjalistę
dermatologa**

w ramach
dodatkowych godzin pracy.

Tel. kontaktowy:

32 216 21 07,

32 216 25 51,

lub

multimed@poczta.onet.pl

prezes@multimed-bierun.pl

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

Dyrektor
Niepublicznego Specjalistycznego
ZOZ Multimed
w Bieruniu
ul. Granitowa 22
zaprasza do współpracy
**lekarza specjalistę
chirurgii ogólnej**

w ramach
dodatkowych godzin pracy.

Tel. kontaktowy:

32 216 21 07,

32 216 25 51,

lub

multimed@poczta.onet.pl

prezes@multimed-bierun.pl

Dyrektor
Niepublicznego Specjalistycznego
ZOZ Multimed w Bieruniu
ul. Granitowa 22
zaprasza do współpracy
**lekarza specjalistę chirurgii
urazowo-ortopedycznej**

w ramach
dodatkowych godzin pracy.

Tel. kontaktowy:

32 216 21 07,

32 216 25 51,

lub

multimed@poczta.onet.pl

prezes@multimed-bierun.pl

**LEKARZU!
PRZYJDŹ! ZADZWOŃ! NAPISZ E-MAILA!**

JĘŚLI 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: pelnomocnik@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: **Żywiław 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 zastrzega sobie prawo do adiustacji artykułów i listów, dokonywania skrótów oraz zmian tytułów.

Materiałów niezamówionych nie zwracamy. Redakcja nie odpowiada za treść reklam i ogłoszeń.

Data zamknięcia numeru: 10 września 2025 r.

Materiały prasowe, ogłoszenia i reklamy do następnego numeru przyjmujemy do 13 października 2025 r.

Dla wszystkich lekarzy zrzeszonych w ŚIL w Katowicach pismo bezpłatne.



ZAPRASZAMY LEKARZY DO WSPÓŁPRACY

DOŁĄCZ DO AMIRO

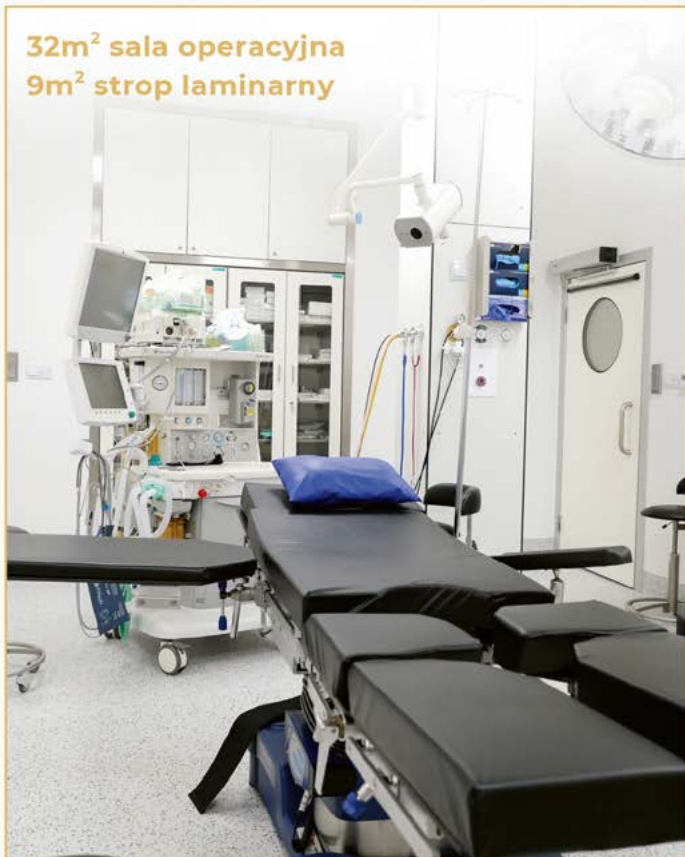
SZUKAMY LEKARZY WSZYSTKICH SPECJALIZACJI

KONSULTACJE LEKARSKIE

CHIRURGIA
KRÓTKOTERMINOWA
(operacje i zabiegi)

ODDZIAŁ WIELOPROFILOWY

32m² sala operacyjna
9m² strop laminarny



12 wyposażonych **gabinetów lekarskich**
4 gabinety stomatologiczne
5 gabinetów medycyny estetycznej
szpital jednego dnia - oddział 12 łóżkowy
blok operacyjny - 2 sale operacyjne, POP
sprzęt wysokospecjalistyczny - tory wizyjne
lasery o różnym przeznaczeniu, RF, inne
RTG, ramię C RTG, CBCT, komora hipoksyjna
Dział Fizjoterapii, 2 sale szkoleniowe.



ul. 26 stycznia 3, 44-196 Knurow

Duży parking dla lekarzy i pacjentów
Świetna lokalizacja – 4 km od A1/A4

✉ dyrekcja@amiroklinika.pl
🌐 www.amiroklinika.pl
☎ 667 720 575 ☎ 32 22 33 035

