

PISMO ŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ W KATOWICACH **325** grudzień
2025

ISSN 1232-8693

ProMedico



■ „Miłość” w szpitalu

str. 7

PALATUM
RESTAURACJA

OFERTA ŚWIĄTECZNA

ZŁÓŻ ZAMÓWIENIE I CIESZ SIĘ SMAKIEM

zamówienia przyjmujemy od 1.12. do 20.12.

ZUPY ŚWIĄTECZNE

Barszcz czysty 1l 35zł

Zupa grzybowa z łazankami 1l 45 zł

DANIA ŚWIĄTECZNE

Kompot z suszonych owoców 1l 35 zł

Wigilijne uszka z grzybami 0,5 kg 45 zł

Pierogi z kapustą i grzybami 1 szt. 3 zł

Pierogi ukraińskie 1 szt. 3 zł

Filet z karpia w migdałowej panierce 1 porcja 200g 43 zł

Filet z dorsza 1 porcja 200 g 42 zł

Kapusta z grochem 0,5 kg 40 zł

Kapusta z leśnymi grzybami 0,5 kg 45 zł

Łazanki z kapustą i grzybami 1 kg 55 zł

Pasztet staropolski 0,5 kg 45 zł

Kaczka (2 kg) w całości pieczona z jabłkami, sos własny 260 zł

Pieczeń ze schabu (2 kg) w pomarańczach 260 zł

Świąteczny bigos z wędzoną śliwką 1l 55 zł

Makówki z bakaliami 0,5 kg 55 zł

Rolada makowa cała 20 cm – 1 kg 60 zł

Keks cały 20 cm – 0,8 kg 50 zł

Kostka piernikowa przekładana marmoladą 1 szt 6,50 zł

Odbiór zamówień
we wtorek 23 grudnia
od godz. 10.00 do 14.00

Opłata za zamówienie
w dniu odbioru kartą
lub gotówką w restauracji

Zamówienia przyjmujemy mailowo lub telefonicznie

 restauracja@izba-lekarska.org.pl

 724 432 344



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

Powiem wprost

Wybory

Zakończyliśmy pierwszą turę wyborów w Śląskiej Izbie Lekarskiej. Wybraliśmy wspólnie 240 Delegatów na OZL, co pozwala zwołać Zjazd i wybrać organy Izby na kolejne cztery lata. Delegatami zostało wybranych 187 lekarzy i 53 dentystów.

W tych wyborach można było głosować w trzech formach: elektronicznej, kopertowej i w wyborach bezpośrednich. Dominowały oczywiście dwie pierwsze formy. Wielu kandydatów skorzystało z formuły wyborów kopertowych, ale i wybory elektroniczne miały swoich fanów. Oczywiście ostatnią formułą były wybory bezpośrednie, które równocześnie kończyły wybory w konkretnych rejonach. Tu trzeba pokłonić się członkom Komisji Skrutacyjnych, którzy jeździli po Śląsku, aby stworzyć możliwość oddania głosu przy urnie, po czym sporządzali protokoły głosowań w kolejnych rejonach. Okręgowa Komisja Wyborcza przygotowała 67 rejonów wyborczych, w tym 47 dla lekarzy i 20 dla dentystów. Można było przy parytecie: jeden delegat na 50 lekarzy w rejonie wybrać 390 delegatów (314 lekarzy i 76 dentystów). Chęć delegowania potwierdziło 321 osób (248 lekarzy i 73 dentystów).

Warto zastanowić się nad frekwencją. Średnio wyniosła ona 21,77%. Najniższa 5,71%, ale najwyższa sięgnęła 39,72%. To wskazuje, jak zróżnicowana jest aktywność wyborcza w różnych rejonach wyborczych. Zapewne najlepszy jest odzew w rejonach „szpitalnych”, gdzie lekarze są w stałym kontakcie między sobą, ale ten schemat łamią dentyści, którzy dbają o swoją reprezentację na OZL. To może być materiał do analizy, jak przygotować w przyszłości rejony wyborcze, aby pozyskać większą liczbę delegatów ze wszystkich regionów. W tych wyborach nie obsadziliśmy 150 mandatów. 25 mandatów w 6 rejonach – z powodu braku kandydatów, 31 mandatów w 15 rejonach – z powodu braku kworum (wymagane 20% głosów), 10 mandatów – z powodu nieuzyskania 5% głosów, a 80 mandatów – z powodu niedoboru kandydatów.

Zapewne mogliśmy uzyskać jeszcze lepsze wyniki, ale wielkie podziękowania dla Wszystkich, którzy w procedurach wyborczych uczestniczyli zarówno jako kandydaci na delegatów, jak i wyborcy. To Wasze zaangażowanie stworzyło możliwość wyłonienia chętnych do pracy w samorządzie dla dobra nas wszystkich i dalszego rozwoju samorządowej idei. Podziękowania dla dr. Stanisława Boryślowskiego za przewodnictwo Okręgowej Komisji Wyborczej oraz dla osób z Nim współpracujących, bez których zaangażowania sukcesu by nie było. Podziękowania dla pracowników Biura ŚIL za pomoc w realizacji wyborów, a informatykom za wsparcie w obsłudze elektronicznych wyborów. Ale największe podziękowanie dla tych, którzy troszczą się o swój samorząd i chcą jego kontynuacji i rozwoju. ■

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”:
k.dabrowska@izba-lekarska.org.pl

O NAUCE, A SZCZEGÓLNIIE O NAUCE W MEDYCYNIE



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

W 2018 roku ówczesny minister nauki ze stopniem doktora nauk politycznych z ogromnym impetem i wielkim PR, jak to w tamtych czasach bywało, wprowadził w życie tzw. Konstytucję 2.0 w Nauce. Warto przypomnieć jej wspaniałe założenia skonkretyzowane w preambule ustawy, cytowane poniżej:

„U S T A W A z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce

Uznając, że dążenie do poznania prawdy i przekazywanie wiedzy z pokolenia na pokolenie jest szczególnie szlachetną działalnością człowieka oraz dostrzegając fundamentalną rolę nauki w tworzeniu cywilizacji, określa się zasady funkcjonowania szkolnictwa wyższego oraz prowadzenia działalności naukowej w oparciu o następujące pryncypia:

- *obowiązkiem władzy publicznej jest tworzenie optymalnych warunków dla wolności badań naukowych i twórczości artystycznej, wolności nauczania oraz autonomii społeczności akademickiej,*
- *każdy uczony ponosi odpowiedzialność za jakość i rzetelność prowadzonych badań oraz za wychowanie młodego pokolenia,*
- *uczelnie oraz inne instytucje badawcze realizują misję o szczególnym znaczeniu dla państwa i narodu: wnoszą kluczowy wkład w innowacyjność gospodarki, przyczyniają się do rozwoju kultury, współkształtują standardy moralne obowiązujące w życiu publicznym”.* Koniec cytatu.

Ach! To miał być cud. Bez wielkich pieniędzy, z wywiadami o sukcesie w mediach, także dzięki wygłaszanym przez ministra wykładom. Jako zaproszony wykładowca inauguracyjny Politechniki Krakowskiej wygłaszałem wykład oczywiście po wykładzie ministra, ale wysłuchałem w jego prezentacji, że: zniesione zostaną habilitacje; powstanie nowa, ORYGINALNIE POLSKA PUNKTACJA ministerialna, która pozwoli na odrzucenie tych zagranicznych Impact Factorów, cytacji, Indeksu Hirscha itp; powstanie nowa jakość doktoratów, dzięki szkołom doktorskim; i w ogóle będzie cudownie.

Oczywiście do pracy powołano najwłaściwszą grupę naukowców, czyli takich, którzy znali się na wszystkich dziedzinach i dyscyplinach nauki według, w ich przekonaniu, wymogów europejskich. Zlecono im przypisanie punktacji ministerialnej dla istniejących światowych i krajowych czasopism naukowych.

W tym czasie miałem też osobliwą okazję wysłuchania elukubracji ówczesnego wiceministra nauki, który usilnie starał się zrozumieć, dlaczego mogą w medycynie powstawać prace, gdzie jest kilku współautorów. Nie zrozumiał, ale stwierdził: chyba się dopisują. A propos w tym względzie nic się nie zmieniło. W tym roku identyczne pytanie zadał nominowany przez Prezydenta sędzia oraz profesor prawa, który powiedział, że jak on pisze komentarz do, na przykład, art. 7 paragrafu 5 itd. KK/KPC – dowolnie można zmieniać nazwę Kodeksu – to jest jedynym autorem. I to jest prawdziwa nauka. Wielu z moich Czytelników wie, że, zwłaszcza w medycynie klinicznej, praktycznie nie ma jednego autora pracy, a końcowy współautor, zwany supervisorem, odpowiada za jakość prac, a czasem za jej koncepcję.

W medycynie dla wszystkich, którzy choćby otarli się o naukę, kompletnie niezrozumiała jest punktacja publikacji prac z tej dziedziny. Mimo upływu lat i upływu ministrów nauki nasz samodzielnie patriotyczny polski wkład w obiektywną (ministerialną) bibliometrię naukową nic się nie zmienił. Znakomite czasopisma mają punktację ministerialną żalosną, a czasopisma żalosne – punktację wysoką. Może dlatego, że nawet teraz wśród powołanej kolejnej komisji ministerstwa ds. nauki jest wprawdzie lekarz, ale teoretyk. Nigdy, jak to wynika z jego CV, niepracujący w kontakcie z pacjentem. Ale jest w niedawnej historii polskiej nauki też polski, kolejny jedyny na świecie casus. Otóż w pewnym okresie czasopisma z Lublina miały punktację ministerialną jak Nature czy Lancet, bo po 200 punktów. W jednej ze swoich prac sam to zaliczyłem.

Spróbuję podsumować. Jak nasi politycy myślą o nauce? A może podobnie jak o medycynie? Może tak, jak mały Kazio, który stara się jak najlepiej zbudować zamek z piasku. Czyli buduje z mokrego piachu, a jak skończy, woła mamusię, która robi zdjęcie. A potem, jak piasek wyschnie, to pałacyk się rozpada. Nie ma problemu. Następny Kazio zbuduje następny pałac z piasku. Mokrego. ■

Delegaci wybrani

W wyniku głosowania na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy X kadencji wybrano **240** przedstawicieli samorządu lekarskiego. Frekwencja wyborcza wyniosła **21.77%**. Wymagane kworum wyborcze, tj. 20% uzyskano w 46 rejonach wyborczych. Wybrano **240** delegatów, z czego **187** lekarzy i **53** lekarzy dentyistów.

WYBRANI DELEGACI

X KADENCJI:

1

K10.001/25
Będzin (miasto)

Iwański Grzegorz
Kończ Danuta
Pruszowski Jan

2

K10.002/25
Powiat będziński

Hamankiewicz Maciej
Kończ Jacek
Mandat Mirosława
Płazak Urszula
Stefaniak Jarosław
Włusek Mariusz

3

K10.003/25 Bytom
(WSS nr 4, SS nr 2, Szpital nr 1)

Grzesik Piotr
Kielan-Postek Iwona
Krawet Kasper
Mucha Ryszard
Patalong Mikołaj
Pietrzak Mikołaj
Szczepeński Jerzy
Urban Jan
Urban Tadeusz

4

K10.004/25 Bytom
(NZOZy, p.p., n.w.z.)

Biniszkiwicz Tomasz
Chmurak-Lachendro Janina
Lipowiecka-Kubacz Urszula
Postek Andrzej
Sołtysek Rafał
Szczechowski Krzysztof
Wolak Piotr

5

K10.005/25
Chorzów (Szpitale)

Gruchalski Paweł
Jasiński Paweł
Kściuk Tomasz
Maligłówa Karol
Mendel Żywiśław
Piotrowski Krzysztof
Teodorowicz-Rachuba Bogna

6

K10.006/25 Chorzów
(NZOZy, p.p., n.w.z.)

Galus Dariusz
Kopczyńska Barbara
Korniak Danuta
Muś Gabriela

7

K10.008/25
Dąbrowa Górnicza

Bilewicz-Wyrozumska Teresa
Gawron Jacek
Kiszka Bartłomiej
Kuboszek Cezary
Wołkowski Janusz
Ziomek Mariusz

8

K10.009/25 Gliwice
(centrum Onkologii)

Blochel Łukasz
Malec Piotr
Olejnik Krzysztof
Turska-d'Amico Maria
Zajusz Aleksander

9

K10.011/25 Gliwice
(NZOZy, p.p., n.w.z.)

Borysławski Stanisław
Gomoliński Marek
Krawczyk Justyna
Kozioł Waclaw
Łoś Władysław
Potempa Marek
Szozda Ryszard
Widziszowska Agnieszka
Zarzycka-Mocarny Aleksandra

10

K10.013/25
Jastrzębie-Zdrój

Konieczny Dariusz
Stępień Joanna

11

K10.014/25 Jaworzno
+Olkusz+Kraków

Antosz Zbigniew
Boroń Dariusz
Jaromin Bożena
Opalińska Barbara
Siemianowicz Krzysztof
Wyrobiec Grzegorz

12**K10.015/5 Katowice (GCM+ŚUM
ul. Ziołowa, Szpital Murcki)**

Durmała Jacek
 Gierek Danuta
 Hadasik Franciszek
 Kolebacz Bogdan
 Kostarczyk-Rogacz Sonia
 Majewski Michał
 Ogiegło-Kowalczyk Aleksandra
 Szwed Zygmunt
 Zaorski Krzysztof

18**K10.025/25 Katowice (Centrum Psychiatrii,
Szpital Geriatryczny, Pogotowie)**

Burdzik Marcin
 Pudło Małgorzata

19**K10.027/25 Mikołów
(miasto, pow. mikołowski)**

Andrzejewski Józef
 Bera Jacek
 Fischer Ireneusz
 Kalisz Damian
 Trzensiok Marek

13**K10.016/25 Katowice
(UCK ul. Medyków, ŚUM
ul. Medyków, GCZD, ŚUM GCZD)**

Adamska-Tomaszewska Dagmara
 Boryczka Grzegorz
 Bożek Oskar
 Gawron-Kiszka Magdalena
 Kocot Krzysztof
 Kopyta Ilona
 Lemm Magdalena
 Musioł Katarzyna
 Romańczyk Tomasz
 Seget Sebastian
 Sobol-Milejska Grażyna
 Winder Mateusz

20**K10.028/25
Mysłowice**

Cebula-Byrska Ilona
 Kies Anna

21**K10.029/25
Piekary Śląskie**

Dugiełło Maciej
 Jasiński Andrzej
 Jonczyk Paweł
 Just Marek
 Kasprowska Sabina
 Wawrzynek Wojciech

14**K10.017/25 Katowice
(UCK ul. Ceglana,
ŚUM ul. Ceglana,
Szpital Bonifratrów)**

Blicharz-Dorniak Jolanta
 Gładyś Aleksandra
 Liberski Piotr
 Luboń Wojciech

22**K10.030/25
Pszczyna (miasto, pow. pszczyński)**

Dolczak Ludmiła
 Kopocz Stefan
 Kowalski Tomasz
 Sojka-Kowalska Tatiana

15**K10.018/25
Katowice (MSWiA)**

Ciesielska-Kondys Agata
 Kocot Jacek
 Milejski Janusz

23**K10.033/25
Rybnik (miasto, pow. rybnicki)**

Brodala Leszek
 Kryszczyszyn-Musialik Katarzyna
 Marchelek Marcin
 Michalik Magdalena
 Michalik Ryszard
 Muras Andrzej
 Musialik Krzysztof
 Wilczek Dawid
 Wrzoł Alicja
 Wyganowska-Kapryan Anna
 Zimoń Urszula
 Żywczok Julia

16**K10.020/25 Katowice
(KCO, Szpital Urologiczny,
Krwiodawstwo, Sanepid)**

Białozyt Michał
 Mąka Bogusław
 Nasiek-Palka Anna
 Wiąk Zbigniew

17**K10.024/25 Katowice (Szpital Św.
Elżbiety, Szpital im. Mieleckiego,
ŚUM ul. Fran cuska, p.p.)**

Dosiak Małgorzata
 Kubicka Krystyna
 Markowski Jarosław
 Przeorska Beata
 Szmyt Marcin

24**K10.034/25
Siemianowice Śląskie**

Bon-Balazińska Joanna
 Fusik Oliwia
 Gawlita Marcin
 Knap-Ulbrich Małgorzata
 Płuciennik Julia

25

**K10.035/25
Sosnowiec (Szpitale)**

Bracik Joanna
Gruenpeter Anna
Gruenpeter Paweł
Kozbiał Piotr
Król Seweryn
Kucia Maciej
Sytuła Daria

32

**K10.044/25
Zabrze (Szpitale)**

Bąk-Drabik Katarzyna
Czecior Eugeniusz
Deska Mariusz
Grzesiak-Kubica Ewa
Hawranek Marek
Koniewska Anna
Kowalski Tomasz
Krzych Łukasz
Lekston Andrzej
Pikiewicz-Koch Anna
Sroczyński Jacek
Tyczyński Andrzej
Wichary Piotr
Ziora Katarzyna

26

**K10.036/25 Sosnowiec
(NZOZy, p.p., n.w.z.)**

Gałązka Andrzej
Madej Stefan
Miklasiński Daniel
Siudyka Andrzej
Zębalski Marcin
Żaba Teresa

33

**K10.046/25 Zawiercie
(miasto, pow. zawierciański)**

Bieńko Teresa
Czyżewska Paulina
Gola-Walek Beata
Mleczo Wojciech
Rok Zbigniew
Wnuk-Białas Edyta

27

**K10.038/25
Tarnowskie Góry (Szpitale)**

Lewandowski Piotr
Ronczoszek Agnieszka
Szczygieł Jarosław
Szewc Adam
Tiszler Michał

34

**K10.049/25 Bytom
DENTYŚCI**

Breguła Lech
Dawiec Grzegorz
Mocny-Pachońska Katarzyna
Rój Rafał
Skąba Dariusz
Wyszyńska Magdalena

28

**K10.039/25
Tarnowskie Góry (NZOZy, p.p., n.w.z.)**

Gustowski Dariusz
Krawczuk Oksana

35

**K10.050/25 Chorzów+Świętochłowice
DENTYŚCI**

Rudka Anna
Sommerlik-Biernat Aleksandra
Stępnik-Mardzyńska Alina

29

**K10.040/25
Tychy (Szpitale)**

Dyrda Adam
Finik Maciej
Michalak Janusz
Ulman-Włodarz Izabela

36

**K10.051/25 Dąbrowa Górnicza
DENTYŚCI**

Chrzanowski Bartosz
Rogal Magdalena
Rosak Przemysław
Ziętek Piotr

30

**K10.042/25 Wodzisław Śląski
(Szpital Ch. Płuc, p.p., n.w.z.)**

Cieśllicki Jan
Gabryś Jacek

37

**K10.052/25 Gliwice (miasto, pow. gliwicki)
DENTYŚCI**

Bizoń Sandra
Bizoń Zbigniew
Drabik Marek
Górska-Pudlik Elżbieta
Kraczla-Bizoń Izabela
Szadkowska-Breguła Bożena
Szajkowska-Kościńska Ewa

31

**K10.043/25 Wodzisław Śląski
(NZOZy, pow. wodzisławski)**

Kaszubski Michał
Krzysteczko Agnieszka
Kubicz Maciej
Zyska Michał

38

**K10.053/25 Jastrzębie Zdrój
+Zebrzydowice
+Żory
DENTYŚCI**

Drobek Wojciech
Frelich Henryk
Morawiec Tadeusz

43

**K10.061/25 Rybnik
(miasto, pow. rybnicki)
+Wodzisław Śląski**

Kielkowski Rafał
Paszek Ewa
Pater-Jajdelski Rafał
Wieczorek Olgierd
Wrzoł Maciej

39

**K10.054/25 Jaworzno
DENTYŚCI**

Orzechowska Zofia
Pawlik Agnieszka

40

**K10.055/25 Katowice
DENTYŚCI**

Borecki Nikodem
Borgiel-Marek Halina
Družba Szymon
Małara Piotr
Mazur Marcin
Niedzielska Iwona
Pałkiewicz-Gierka Karolina
Puszczewicz Zbigniew
Wąsek Anna

44

**K.10.063/25 Sosnowiec
DENTYŚCI**

Drużyńska-Gucze Elżbieta
Gucze Paweł
Krupiński Józef
Wójcik Mateusz

45

**K10.064/25 Tarnowskie Góry
(miasto, pow. tarnogórski)
+Piekary Śląskie
DENTYŚCI**

Hoinkis Maria
Tynior Roman
Tynior Wojciech
Wróbel Jacek

41

**K10.056/25 Mikołów
(miasto, pow. mikołowski)
DENTYŚCI**

Brawańska-Gołuch Joanna
Gołuch Janusz

42

**K10.059/25 Racibórz
(miasto, pow. raciborski)-
DENTYŚCI**

Prudel Norbert
Stefański Władysław

46

**K10.067/25 Zawiercie
(miasto, pow. zawierciański)
DENTYŚCI**

Dulęba Wiesława
Męćik-Kronenberg Tomasz

Szanowni Delegaci
na Okręgowy Zjazd Lekarzy
X kadencji



XLVI (46) Okręgowy
Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy
odbędzie się 13-14 marca 2026 r.
w siedzibie Śląskiej Izby Lekarskiej
w Katowicach przy ul. Grażyńskiego 49 A

TEMAT NUMERU

„Miłość” w szpitalu

Od redakcji:

Powinniśmy wytłumaczyć się z tytułu, jaki nadaliśmy tematowi numeru w bieżącym „Pro Medico”. Dlaczego „miłość” i dlaczego w tak dużym cudzysłowie, skoro temat dotyczy molestowania seksualnego?

Po naradzie w redakcji stwierdziliśmy, że sprawa może nie być jednoznaczna i zerojedynkowa, jakby się wydawało. Szpital to bowiem specyficzne miejsce, gdzie lekarze, lekarki i pielęgniarki wspólnie spędzają, tak naprawdę, większą część swojego życia, miejsce, w którym zawodowy perfekcjonizm i medyczna pasja towarzyszy często osobistym emocjom. W tej sytuacji dla wielu pilnowanie, aby nie przekraczać pewnych granic niestety bywa trudne, choć to niedopuszczalne. I wtedy to, co dla jednych jest żartem albo nawet demonstracją uczuć, dla innych może być już dowodem na molestowanie seksualne i podlegać karaniu. Zapraszam do dyskusji na ten temat.

Piotr Biernat

Molestowanie seksualne w szpitalu

Rozmowa lekarza dr n. med. Agnieszki Nowak z prawnikiem prof. dr hab. n. prawnych Teresą Dukiet-Nagórką.

AN: Molestowanie ma różne oblicza. Może przejawiać się w różnych sferach życia człowieka, nie tylko w związku z seksualnością. Jednak jak pokazują badania CBOS-u („Molestowanie seksualne” z 2018 r.), co czwarta osoba zatrudniona lub ucząca się, była w swoim miejscu pracy lub nauki świadkiem molestowania seksualnego, a 77% kobiet i 67% mężczyzn uważa molestowanie seksualne w miejscu pracy za realny problem (z badań serwisu interviewme.pl „Molestowanie seksualne w pracy w Polsce. Badanie 2021”). Doświadczenie molestowania może prowadzić m.in. do zaburzeń nastroju, stanów lękowych, obniżenia samooceny, wiary w bezpieczny świat, co w konsekwencji może skutkować próbami samobójczymi czy nawet samobójstwami. Jak zatem na gruncie polskiego prawa chroni się pracownika, w tym pracownika medycznego, przed tak rozpowszechnionym i krzywdzącym zjawiskiem?

TDN: Problem molestowania seksualnego w szpitalu czy innym podmiocie leczniczym usytuowany jest na styku kilku dziedzin prawa, a mianowicie prawa pracy, prawa cywilnego i prawa karnego. Stosunkowo obszerne i szczegółowe regulacje w tej mierze zawiera prawo pracy, na gruncie prawa cywilnego i karnego. Służą temu konstrukcje o charakterze bardziej ogólnym. Powstaje wobec tego pytanie, którą z tych dróg ma wybrać ofiara takiego czynu.

AN: Dla pracownika naturalną drogą wydaje się sięgnięcie do ochrony gwarantowanej przez kodeks pracy, gdzie zresztą w art. 183a § 6 znajdujemy definicję molestowania seksualnego. Aby dane zachowanie zostało zakwalifikowane jako molestowanie seksualne musi być niepożądane, mieć charakter seksualny lub odnosić się do płci pracownika oraz jego celem lub skutkiem ma być naruszenie godności pracownika, w szczególności stworzenie wobec niego zastraszającej, wroziej, poniżającej, upokarzającej albo uwłaczającej atmosfery.

TDN: Na zachowanie, o którym rozmawiamy mogą się składać zachowania fizyczne, werbalne lub pozawerbalne. Sąd Najwyż-



Dr n. med.
Agnieszka Nowak

szy w charakterze przykładów werbalnych wskazał komentarze czy uwagi odnoszące się do sfery seksualnej. Natomiast jako przykłady zachowań o charakterze pozawerbalnym, niezwiązane z kontaktem fizycznym z ciałem osoby molestowanej, wymienił między innymi pokazywanie obrazów o podtekście seksualnym, eksponowanie przedmiotów o tematyce seksualnej, a nawet sugestywne spojrzenia.

AN: Lekarz nie zawsze jednak związany jest z podmiotem leczniczym stosunkiem pracy.



Prof. dr hab. n. prawnych
Teresa Dukiet-Nagórką

Często zawieramy umowy cywilno-prawne w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Czy w tych sytuacjach istnieją inne drogi dochodzenia swoich praw niż sąd pracy?

TDN: Oczywiście. Istnieje możliwość powiadomienia organów ścigania o możliwości popełnienia przestępstwa. Większość zarzutów, które mogą być stawiane sprawcom przestępstw seksualnych, odpowiada istocie przestępstw ściganych na wniosek pokrzywdzonego, co oznacza, że ustawodawca uzależnia podjęcie postępowania

Zachowanie sprawcy może być kwalifikowane jako przestępstwo z art. 190 a kodeksu karnego, który dotyczy uporczywego nękania innej osoby, wzbudzającego w niej uzasadnione poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia. Kryminalizowane jest tu również istotne naruszenie prywatności.

od inicjatywy pokrzywdzonego, ale wszelkie dalsze czynności są prowadzone bez konieczności wykazywania się przez niego aktywnością i nie wymagają nakładów finansowych. Ponadto nie bez znaczenia jest okoliczność, że organy ścigania dysponują instrumentarium pozwalającym na precyzyjne ustalanie stanu faktycznego, którym nie dysponuje lekarz, nawet jeśli u jego boku stoi wybitny prawnik.

AN: Czyli wystarczy złożyć np. w prokuraturze wniosek o ściganie osoby, która dopuszcza się molestowania i uprawdopodobnić popełnienie przestępstwa np. poprzez okazanie wiadomości tekstowych, które otrzymaliśmy od sprawcy?

TDN: Tak, zdobycie dowodów jest już zadaniem organu ścigania. Pokrzywdzony musi jedynie przejawiać wolę ścigania sprawcy i uprawdopodobnić popełnienie przestępstwa.

AN: Pozostaje jeszcze kwestia samego sprawcy. Z przywołanych na początku naszej rozmowy badań wynika, że kobiety częściej od mężczyzn padają ofiarą molestowania ze strony współpracowników, a z kolei mężczyźni ze strony przełożonego. Charakter pracy lekarki/lekarza polega na działaniu albo w zespołach wertrykalnych, w których obowiązuje określona hierarchia np. relacja ordynator-pielęgniarka albo horyzontalnych, w skład których wchodzi osoby działające samodzielnie np. relacja operator-anestezjolog. Oczywiście molestowanie seksualne może mieć miejsce w obydwu typach zespołów, choć wydaje się, że sprzyjają mu zwłaszcza warunki panujące w zespole wertrykalnym.

TDN: Z tej właśnie przyczyny w pierwszej kolejności przywołać trzeba art. 199 § 1 kodeksu karnego. Opisuje on bowiem wykorzystanie stosunku zależności dla doprowadzenia innej osoby do obcowania płciowego lub poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności.

AN: Niektóre terminy w przywołanym artykule wymagałyby komentarza, jako że w doktrynie i orzecznictwie prawa karnego przypisano im określone znaczenie.

TDN: Przez stosunek zależności rozumie się relację, która sprawia, że niepodporządkowane się oczekiwaniom sprawcy może spowodować pogorszenie sytuacji życiowej ofiary (np. tamowanie drogi do awansu zawodowego). „Obcowanie płciowe” to zarówno bezpośredni kontakt z organami płciowymi ofiary, jak i jego surogaty (np. stosunki oralne czy analne). Natomiast „inna czynność seksualna” to nazwa nieostra, obejmująca swoim zakresem szeroką gamę czynności, które w zależności od okoliczności (kontekstu sytuacyjnego) posiadają albo nie posiadają znaczenia seksualnego – np. przyjacielskie klepnięcie w plecy nie ma takiej wymowy, natomiast głośkanie,

Na molestowanie seksualne mogą się składać zachowania fizyczne, werbalne lub pozawerbalne. Sąd Najwyższy w charakterze przykładów werbalnych wskazał komentarze czy uwagi odnoszące się do sfery seksualnej. Natomiast jako przykłady zachowań o charakterze pozawerbalnym, niezwiązane z kontaktem fizycznym z ciałem osoby molestowanej, wymienił m.in. pokazywanie obrazów o podtekście seksualnym, eksponowanie przedmiotów o tematyce seksualnej, a nawet sugestywne spojrzenia.

któremu towarzyszy komentarz o seksualnej atrakcyjności ofiary odpowiada temu pojęciu.

AN: Jakiej ochronie prawa karnego przed molestowaniem seksualnym w miejscu pracy podlega lekarka/lekarz, w sytuacji relacji horyzontalnej między sprawcą a ofiarą?

TDN: W tych przypadkach zachowanie sprawcy może być kwalifikowane jako przestępstwo z art. 190 a kodeksu karnego, który dotyczy uporczywego nękania innej osoby, wzbudzającego w niej uzasadnione poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia. Kryminalizowane jest tu również istotne naruszenie prywatności. Jeżeli następstwem opisanego czynu jest targnięcie się pokrzywdzonego, w tym ofiary molestowania seksualnego, na własne życie, sprawca podlega karze pozbawienia wolności do lat 15 (wystąpienie tego skutku sprawia, że przestępstwo ścigane jest z oskarżenia publicznego).

AN: Zdarzają się również sytuacje, w których sprawca groźbą np. ujawnienia intymnych zdjęć ofiary, zmusza ją do określonych zachowań seksualnych.

TDN: Drastyczny charakter działania sprawcy uzasadnia tu sięgnięcie do przepisu art. 191 kodeksu karnego, który odnosi się do przypadku zmuszania przemocą lub groźbą bezprawną ofiary do działania, zaniechania lub znoszenia zachowania sprawcy. W niektórych mniej drastycznych przypadkach molestowania seksualnego (np. klaps w pośladek) czyn sprawcy może stanowić naruszenie nietykalności cielesnej, o czym mowa w art. 217 kodeksu karnego. To przestępstwo ścigane jest wszakże z oskarżenia prywatnego.

AN: Czym różni się ten tryb od wnioskowego?

TDN: Narzędzie to jest niewygodne, bowiem wymaga znaczącej aktywności ofiary: to pokrzywdzony sporządza wraz z pełnomocnikiem akt oskarżenia i popiera go przed sądem, co generuje koszty.

AN: Czy poza skazaniem sprawcy ofiara

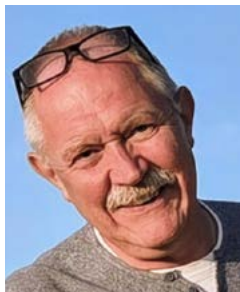
może uzyskać już na etapie postępowania przed sądem karnym jakiś rodzaj rekompensaty za doznaną krzywdę?

TDN: W razie skazania sprawcy możliwe jest uzyskanie w tym samym postępowaniu odszkodowania lub zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

AN: Podobnie zresztą jest w postępowaniach prowadzonych przed sądem pracy, gdzie pracownik dochodzący stwierdzenia wystąpienia omawianych, niepożądanych zjawisk ma prawo do odszkodowania w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę, ustalane na podstawie odrębnych przepisów. Nie sposób nie pochylić się nad kwestią konieczności aktywnego działania pracodawców na rzecz odpowiedniej prewencji molestowania seksualnego w miejscu pracy. To niepożądane zjawisko negatywnie oddziałuje bowiem nie tylko na ofiarę, ale także prowadzi do obniżenia jakości świadczonych usług, wysokiego poziomu stresu czy też jest przyczyną częstych konfliktów w miejscu pracy. W świetle skali zjawiska niezbędne wydaje się podjęcie kompleksowych działań systemowych, które będą realnie chronić pracowników i osoby zatrudnione oraz budować kulturę szacunku wśród pracowników szpitali i przychodni lekarskich. Wprowadzenie odpowiednich narzędzi w miejscu pracy – takich jak odpowiednia polityka antydyskryminacyjna, kodeks dobrych praktyk, przeprowadzanie każdorazowo postępowania wyjaśniającego, wyciąganie konsekwencji wobec sprawców molestowania seksualnego, szkolenia i rozmowy z pracownikami oraz osobami zatrudnionymi na temat rozpoznawania, zapobiegania i właściwego reagowania na wszelkie przypadki zachowań niepożądanych, zapewnienie ofiarom odpowiednich środków pozwalających na zgłoszenie tych przypadków organom ścigania oraz uzyskiwanie wsparcia psychologicznego – stanowić powinno dobry krok w stronę prewencji molestowania seksualnego.

TDN: W pełni się z Panią zgadzam. ■

POLEMIKA WOKÓŁ „NO FAULT”



Wojciech Zimmer
chirurg

Najpierw naprawmy siebie samych

Mając za sobą czterdzieści lat pracy jako chirurg i pełniąc od trzydziestu lat funkcję biegłego sądowego, z zainteresowaniem przeczytałem „wstępniaka” Prezesa Tadeusza Urbana we wrześniowym numerze „Pro Medico” oraz artykuł doktora Macieja Jędrzejko: „No Fault – No progress” (PM nr 323). Z przykrością muszę stwierdzić, że w znacznym zakresie nie zgadzam się z przedstawionym stanowiskiem, co oczywiście zupełnie Pana Prezesa nie musi zainteresować, choć być może dla wzbogacenia dalszej dyskusji w gronach decyzyjnych warto zapoznać się ze zdaniem praktyka.

Całkowicie zgadzam się ze stwierdzeniem, że dyscypliny zabiegowe straciły na popularności jako wybór wśród młodych adeptów medycyny. Mam jednak inne zdanie odnośnie przyczyn tego trendu. Żeby osiągnąć w tych specjalizacjach prawdziwy sukces trzeba naprawdę dużo pracować. Dzisiejszy rezydent pracuje siedem godzin trzydzieści pięć minut dziennie. Po dyżurze pod telefonem ma dzień wolny, a znam takich, którzy potrafili za dwadzieścia pięć trzecia odłożyć haki i oznajmić operatorowi, że właśnie skończyli pracę i idą do domu. Moje pokolenie w swoich, młodych, chirurgicznych latach potrafiło siedzieć po trzy doby w pracy i naprawdę pracować.

Mieliśmy prawdziwy kontakt ze starszymi kolegami i podpatrywaliśmy ich, w ten sposób ucząc się wielu cennych rzeczy. Obecnie młody chirurg wezwany do operacji w trakcie dyżuru pod telefonem przyjeżdża i widzi pacjenta znieczulonego na stole operacyjnym. Nie widzi, jak ten starszy lekarz z pacjentem wcześniej rozmawiał, badał, jak na badanie reagował pacjent, nie ma szans nasiąknąć cudzym doświadczeniem. Niestety nie wynika to jedynie z obecnej organizacji pracy. Nawet gdyby mógł, to w większości przypadków nie byłby tym zainteresowany. To bardzo smutne, ale proszę mi uwierzyć – poparte wieloletnią obserwacją.

Amerykański rezydent przez pierwsze dziesięć lat jest traktowany jak niewolnik, mieszka praktycznie w szpitalu,

robi wszystko i tylko wyjątkowo może liczyć na pomoc superwizora. Nie może sobie pozwolić na rodzinę czy dzieci. Za to w wieku trzydziestu pięciu-czterdziestu lat, po uzyskaniu specjalizacji, za pierwszą pensję może kupić awionetkę (no może trochę przesadzam).

W naszych realiach młodzi koledzy są dość roszczeniowo nastawieni w kwestiach płacowych i muszą mieć wszystko znacznie wcześniej. Osiąganie jednak czegoś konkretnego w dziedzinach zabiegowych wymaga niestety znacznego poświęcenia czasowego, wysiłkowego i często finansowego. Osobiście, kiedyś po uzyskaniu stażu z Fundacji Roberta Schumana w Instytucie Telechirurgii w Strasburgu, musiałem wziąć w swoim szpitalu pożyczkę na remont mieszkania, którą spłacałem przez kolejne dwa lata, bo miałem opłacone szkolenie i mieszkanie w tamtejszym Hiltonie, ale musiałem tam jakoś dojechać, a to kosztowało.

Oдноśnie oddechu prokuratora na plecach zgadzam się absolutnie. Przyczyna tego tkwi jednak moim zdaniem nie w braku „no fault”, a w karygodnej organizacji pracy. Tutaj niestety musi się uderzyć w piersi starsze pokolenie, które do tego dopuściło. Rezydenci dyżurujący na SOR-ach, pojedyncza obsada dyżurowa w oddziałach chirurgicznych, instrumentariuszki pod telefonem w ościennym mieście dojeżdżające taksówką na wezwanie, teleradiologia i wiele innych efektów gospodarki rynkowej, to efekt tego, że to my kiedyś zgodziliśmy się przyjąć takie warunki wprowadzane przez dyrekcje szpitali. Nie muszę sobie wyobrażać pacjenta z ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego. Widziałem takiego setki razy i do końca swoich dni będę przestrzegał zasady, że „wrostek zapalony po zmroku nie ma prawa doczekać świtu” i że „lepiej wyciąć pięć zdrowych wyrostków niż przegapić jeden chory”. Nie ma czegoś takiego jak lecze-

Nie wyobrażam sobie, żeby w przypadku nieszczęścia w wyniku złej organizacji, zaniedbań, nieuctwa, nierzetelności i wielu innych jego przyczyn, które zbyt często widzę jako biegły, po prostu zapłacić poszkodowanemu bez gadania i przechodzić do porządku dziennego. To nie jest żadna dbałość o interes pacjenta. Byłoby to usankcjonowaniem bezkarności. Jak dla mnie nie do przyjęcia.

nie zachowawcze prawdziwego, ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Nie zgadzam się również ze stwierdzeniem, że chirurg wie, że operacja w nocy obarczona jest większym ryzykiem powikłań. Brak operatywy w nocy, w trakcie dyżuru, wynika głównie ze złej organizacji.

Wracając do „no fault” pragnę zauważyć, że zasada ta jest stosowana w zupełnie innej kulturze medycznej niż nasza. Pierwszym elementem na drodze do „no fault” musi być wieloletnie stosowanie raportowania niepożądanych zdarzeń medycznych. Udostępnianie danych na ten temat w obrębie samych placówek medycznych, jak i upowszechnianie ich jako materiał poglądowy innym powoduje, że inni mają szansę zweryfikować swoje postępowania i uniknąć podobnych błędów. Opracowane na tej podstawie dane statystyczne pozwalają wyeliminować szereg błędów, lub oficjalnie określić, że części niepowodzeń po prostu nie da się uniknąć. W powiązaniu z już istniejącymi danymi statystycznymi, zgodnie z którymi informujemy już od lat pacjentów w formularzach zgody na zabieg operacyjny w części opisującej możliwe powikłania, stanowiłyby zakres niepowodzeń, wobec których jesteśmy bezsilni.

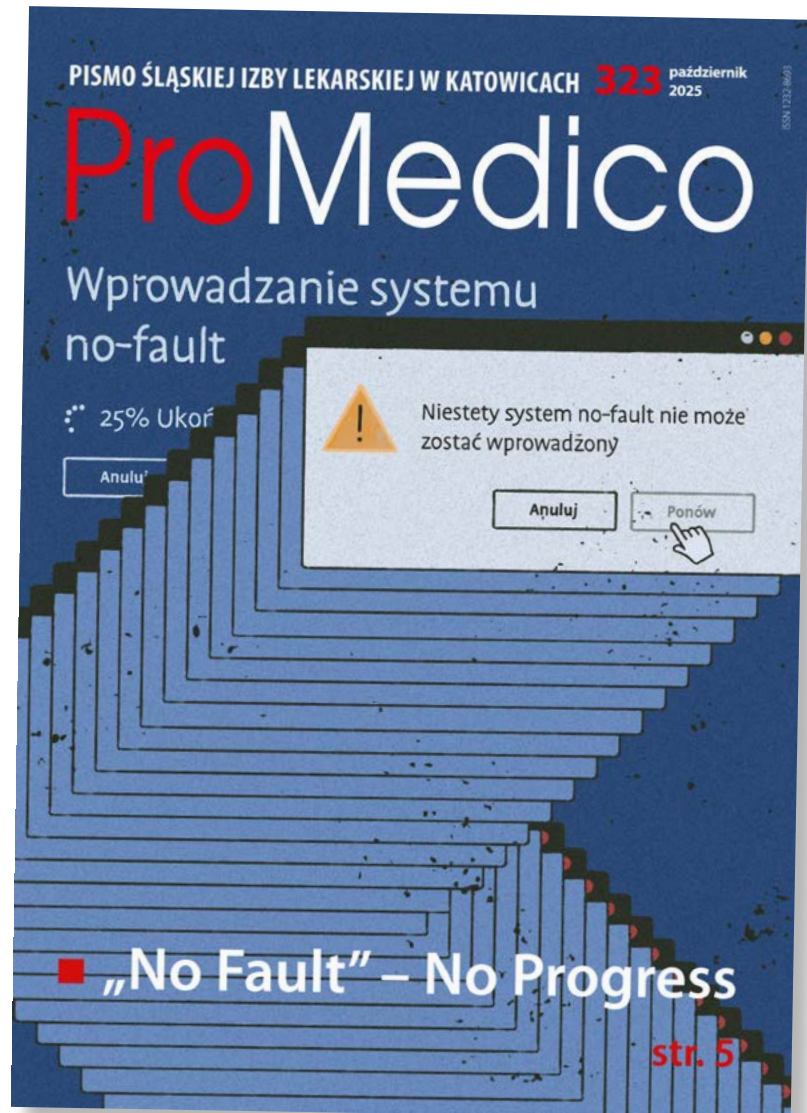
I w tych przypadkach, w razie ich zaistnienia, na podstawie wcześniejszych poważnych porozumień, jednym głosem powinny orzekać sądy lekarskie, sądy powszechne i wszelkie inne instytucje. Tak moim zdaniem powinno wyglądać w praktyce „no fault”. Nie wyobrażam sobie jednak, żeby w przypadku nieszczęścia w wyniku złej organizacji, zaniedbań, nieuctwa, nierzetelności i wielu innych jego przyczyn, które zbyt często widzę jako biegły, po prostu zapłacić poszkodowanemu bez gadania i przechodzić do porządku dziennego. To nie jest żadna dbałość o interes pacjenta. Byłoby to usankcjonowaniem bezkarności.

Jak dla mnie nie do przyjęcia. W kwestii zaufania uważam, że w kontakcie pacjent – lekarz zaufanie ma polegać na wierze pacjenta, że damy mu wszystko, co tylko możemy: swoją uwagę, cierpliwość, zainteresowanie, ciężką pracę i staranie, żeby za każdym razem wyleczyć, uratować, pomóc, a nie, że jak coś zawalimy,

to z całą pewnością kupimy jego milczące zadowolenie. Mówiąc o turbulencjach, myślę, że miał Pan Prezes na myśli coś nie do końca przewidywalnego, nieuniknionego. Tu pełna zgoda. To właśnie te nieuniknione, niezależnie od wszelkich starań uszkodzenie nerwu kraniowego wstecznego podczas wycięcia tarczycy w 0,8 – 1,2% przypadków.

Całkowicie zmienia się moim zdaniem sytuacja, kiedy pilot uprzedzony o wlatywaniu we front atmosferyczny nie zmienia kursu, tylko pakuje się sam w kłopoty czy gdy w dzisiejszych czasach chirurg decyduje się operować dwie tarczycy rocznie i bez neuromonitoringu.

Może jestem idealistą, kochającym swoją dziedzinę i medycynę w ogóle. Uważam, że najpierw musimy naprawić w wielu miejscach samych siebie i system. Dopiero na koniec oczekiwać, że jak coś nam się nie uda, bo kiedyś nie uda się na pewno, to sami będziemy mieli tak głębokie przekonanie, że jesteśmy bez winy, że nikomu nie przyjdzie na myśl włączenie nas po sądach. ■



„40 lat minęło”

**Zjazd absolwentów Śląskiej Akademii Medycznej – rocznik 1986
– wydział katowicki**

Zapraszamy do udziału w **zjeździe absolwentów**, który organizujemy
23-24.05.2026 r. w hotelu Stok w Wiśle.

W kwestiach organizacji wydarzenia
zapraszam do kontaktu pod ten adres mailowy:
a.kocemba@hotelstok.pl,

dostępne są też numery kontaktowe: 668 017 664, 33 8564033

Ostateczne potwierdzenia rezerwacji wyłącznie e-mailowo.

W e-mailu odnośnie rezerwacji proszę zawrzeć:

na ile nocy Państwo chcą przyjechać + data, imiona i nazwiska osób w pokoju
oraz czy płatność za pobyt będzie na paragon czy FV.



Prof. dr hab. n. med.
Jacek Gawrychowski

Autorytet lekarza a ideologia biznesu

Ostatnio media doniosły, że w tegorocznym budżecie NFZ zabraknie ok. 14 mld złotych. W związku z tym zagrożone jest finansowanie nie tylko nadwykonań, ale również wykonanie samych kontraktów. A szczególnie „uprzywilejowane” pod tym względem są tutaj woj. śląskie i mazowieckie.

Oczywiście wg NFZ głównym winowajcą odpowiedzialnym za taki stan rzeczy jest ustawa podwyżkowa dla personelu medycznego (podobno waloryzacja sięgnąć ma ok. 50 mld złotych). Należy jednak pamiętać, że nawet w najbogatszych krajach świata systemy opieki zdrowotnej z powodu wciąż rosnących, praktycznie spiralnie, kosztów leczenia nie mają charakteru stabilnego. Stąd też, o ile są finansowane centralnie, wymagają reanimacji, głównie w postaci pieniężnych kroplówek. A to z kolei sprawia, że medycyna staje się coraz bardziej uzależniona od ideologii biznesu, coraz częściej z pominięciem zobowiązań lekarza wobec chorego, z odgórnym nakazem pewnego, szybkiego i przyjemnego leczenia.

A co zrobić, gdy leczenie jest niepewne, przedłuża się i staje nieprzyjemnym? Wtedy... chorego trzeba skierować do szpitala, bo w domu, bo w poradni już sobie nie można poradzić, zaś oczekiwanie na specjalistyczną diagnostykę trwa tygodniami, nierzadko miesiącami, a chorego nie stać już na kolejne wydatki. Zaczyna też coraz bardziej narzekać, że domowe i poradniane leczenie nic nie dało. Zaś personel medyczny w szpitalach narzeka z kolei na pacjentów, którym się wszystko należy, którzy mają tylko roszczenia, co powoduje, że zrozumieliśmy zresztą względów, systematyczny spadek satysfakcji z zawodu. Nie bez znaczenia jest też tutaj fakt pracy lekarza pod stałą presją spotkania z prokuratorem.

Przygotowując się do napisania tego felietonu zastanawiałem się, jak uzależnienie medycyny od ideologii biznesu wpływa na zmierzch autorytetów – a więc ludzi, lekarzy, którzy z założenia zawsze mówią prawdę. I nie chodzi tu tylko o wiedzę i profesjonalizm, ale także o najwyższe wartości moralne i intelektualne. Rodzi się więc pytanie o możliwość budowy autorytetu lekarza w oparciu właśnie o taką ideologię. Oczywiście należy przyjąć,

że medycyna jest droga. Ale czy coś może być droższego od zdrowia i życia chorego? Czy starając się przypadkiem uprościć dostęp do lekarza poprzez rozwój POZ-ów i następnie rozwijając ambulatoryjną opiekę specjalistyczną nie sprawiono, że większość lekarzy woli tam przyjmować (zarabiać), niż narażając się na zawał, nierzadko odium chorych i ich rodzin, pod presją uroku ewentualnej rozmowy z prokuratorem, trwać całymi dniami i nocami w szpitalu przy łóżku chorego, ze świadomością, że zawsze jakiś błąd się znajdzie? Warto też wskazać, że to nie organizatorzy systemu ochrony zdrowia i menadżerowie szpitalnych placówek w oparciu o wyłącznie matematyczne słupki kreują postęp w medycynie. Ten postęp kreują lekarze i naukowcy, i to oni winni być dla decydentów podmiotem, jak i przedmiotem specjalnego i troskliwego zainteresowania. Niestety w dobie ideologii biznesu pojęcie autorytetu w medycynie coraz częściej oddala się od swego archetypu, reprezentowanego przez Hipokratesa, na rzecz bezwzględnych praw rynkowych. Dlatego tak ważnym wydaje się, by uczciwy menadżer, rozsądny dyrektor, nietraktujący siebie jako nieomyślnej wyroczni, wszelkie wątpliwości i problemy rozwiązywał na dro-

dze dyskusji. Albowiem wszelkie próby rozwiązywania autorytarnego problemów implikują tylko pogłębienie i tak już trudnego do opanowania chaosu w systemie ochrony zdrowia, potęgując też frustracje białego personelu w odniesieniu do działań administracyjnych, w tym także tych ekonomicznych. Zaś zarządzanie placówkami ochrony zdrowia poprzez konflikt nie jest panaceum na rozwiązywanie problemów naszej rodzimej medycyny. Zwolnienie z logicznego, krytycznego i uczciwego myślenia przyczynowego na rzecz autorytarnych decyzji, tym bardziej nie poprawi warunków leczenia chorych.

I na zakończenie niech mi wolno będzie odnieść się do słów prof. Tadeusza Tołłoczko, który pisał: *obecnie właśnie etyka broni człowieka przed jego wykorzystaniem jako źródła żywego surowca do przerobu przez technologię na produkt do sprzedaży*. Słowa te dedykuję lekarzom i pielęgniarkom, także ratownikom medycznym, ale może przede wszystkim menadżerom, ekonomistom i dyrektorom zarządzającym poszczególnymi placówkami ochrony zdrowia. A ku pamięci posłużę się stwierdzeniem: *Causa causae est etiam causa causati (przyczyna przyczyny jest także przyczyną skutku)*. ■

Czy coś może być droższego od zdrowia i życia chorego? Czy starając się przypadkiem uprościć dostęp do lekarza poprzez rozwój POZ-ów i następnie rozwijając ambulatoryjną opiekę specjalistyczną nie sprawiono, że większość lekarzy woli tam przyjmować (zarabiać), niż narażając się na zawał, nierzadko odium chorych i ich rodzin, pod presją uroku ewentualnej rozmowy z prokuratorem, trwać całymi dniami i nocami w szpitalu przy łóżku chorego, ze świadomością, że zawsze jakiś błąd się znajdzie?



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

Patologie społeczne

Od lat zbieram materiał do książki pt. „Rodzina jako nazwa patologii społecznej”. Jednym z jej objawów jest na przykład to, że żaden obcy człowiek nie powie ani nie zrobi drugiej osobie tego, co jest w stanie powiedzieć i zrobić członek jej rodziny.



Fot. Freepik

Większość osób, które przychodzą do mnie i opowiadają o braku powodów do szczęścia, często nazywanym depresją, to właśnie ofiary tej patologii. Materiał do tej książki ciągle się powiększa, ale pewnie jej nie wydam, chyba że wyjadę wcześniej na egzotyczną wyspę o niewymawialnej nazwie i nie będę się musiał tłumaczyć z niczego przed sądem lekarskim, cywilnym ani tłumami na ulicach miast. Są jeszcze trzy inne patologie społeczne, o których opowiadam od lat studentom, tłumacząc im przywary natury ludzkiej, które szumnie nazywamy osobowością. Wspaniale, kiedy suma wad jest zaletą, problem jednak polega na tym, że kiedy taka oryginalność jest powszechna staje się zwykła i nudna. Dodatkowo – te powszechne wady kserują się z pokolenia na pokolenie i wprowadzają cywiliza-

cję w bierny dryf po krawędzi przepaści. O samozagładzie piszą jednak wszyscy, nikt tego nie czyta i życie jest piękne.

Nie jest piękne. Jest prymitywne, zwierzęce, dzikie i bezwzględne. Handel przehchrzony na biznes i zysk są kryterium nadrzędnym; grupy interesów kierują polityką świata i – jak powiedział mój przyjaciel poruszający się w świecie wielkiej finansjery – w biznesie nie ma zasad, jest tylko argument siły. Wiem, że wiedział co mówi, ale zawsze tak było i będzie – nic nowego pod słońcem.

Cywilizację, zwaną też szumnie kulturą, stworzyły trzy potrzeby zwierzęce, kierujące także życiem psów, świń i owiec (taksonomia Pink Floyd). Potrzeba bezpiecznego schronienia została podniesiona do rangi sztuki i architektury budynków, które zamiast przebijać niebo, drapią niegroźnie

chmury. Potrzeba jedzenia i picia zrodziły kuchnie świata, dumę każdego narodu, który wyróżnia się tym, że je na przykład pleśniejący ser, zgniłe (sic! vide: surströmming) lub surowe ryby albo pije taką czy inną postać bakteryjnych ekskrementów nazywanych górnolotnie Don Pérignon albo Laphroaig. W istocie to po prostu potrzeba napełnienia żołądka i ewentualnie zostawienia sobie czegoś na jutro. No i seks – zwierzęca potrzeba reprodukcji podniesiona do poziomu niekończącego się kontredansa romansów. Kto kocha, kogo zdradza dziś i z kim będzie jutro, w życiu, na scenie, filmie i na kartach książek. Czy nie stać nas na więcej? Stać – ale nam się nie chce.

Niccolò Machiavelli napisał w areszcie domowym, że człowiek w życiu kieruje się przeważnie niskimi instynktami,

a ku dobremu kieruje się tylko, kiedy musi. Lenistwo, które jak siła grawitacji przywiązuje ludzi do stanu posiadania, forma szczęścia, które otumania i ogłupia. Czasem kryzys budzi człowieka albo społeczeństwo lub całą cywilizację, nie powodując jednak zmian, tylko prowadząc do większej polaryzacji postaw – człowiek wzbija się ponad zwierzę, ale i zwierzęcość w człowieku wyrodnieje ponad miarę; per saldo nic się nie zmienia, a potem wszystko szybko wraca do biologicznie uwarunkowanej normy. Problem polega na tym, że życie i przeżycie określane są tym samym słowem. Tymczasem to zwierzę w człowieku mówi: „Po prostu przetrwaj”, a człowiek w zwierzęciu mówi: „Uwolnij się i zacznij żyć”, choć to bardziej szept zagłuszony przez ryk strachu.

Czym są te patologie społeczne stojące na straży zastanego porządku?

Pierwszą jest niedojrzałość – nieumiejętność bazowania na własnych zasobach. Niezależność i indywidualizm nigdy nie były modne w naszym kręgu kultury, gdzie podporządkowanie różnego rodzaju wła-

dzy i hierarchii w domu, pracy i państwie było i jest standardem. System taki preferował jednostki, które nie radzą sobie i potrzebują opieki państwa, instytucji czy rodziny. Niezależne jednostki zostawiałyby swoje stada, w których młodzi mają zajmować się starszymi i czekać na swoją kolej. Druga plaga to niekompetencja. W Stanach jest powiedzenie, że na tym świecie nie ma ludzi kompetentnych, a ten, kto połową tyłka siedzi na krześle kompetencji, jest jednookim królem w królestwie ślepców. Trzecią plagą jest ignorancja – odwieczny brak zainteresowania tajemnicą obecną w każdym oddechu życia, milczeniu światła i ciemnej materii.

Robić tylko tyle, żeby przetrwać, czy więcej niż tyle, żeby żyć? Ludzie dojrzały, kompetentni i wiedzący nie potrzebują innych, żeby przetrwać. To wędrujące gwiazdy plądrujące bezładne rubieże i zwiastujące katastrofę wszystkim bojącym się jutra. To dawcy płomieni pod wszystkie pożary historii. To odkrywcy, o których słuch zaginął, ale to o nich rozmawiają w naszych snach bogowie.

Niedojrzałość, niekompetencja i ignorancja powstrzymują rozwój i transformację człowieka zwierzęcia w człowieka boga i zatrzymują go w fazie monoteistycznego egoizmu. To zwapniałe jajko jest jednak efemeryczną iluzją, hologramem podtrzymywanym strachem i złotymi szatami cesarza rządzącego tym plemieniem od tysiącleci. W istocie nic tam nie ma. Zgliszcza i kupka prochu – myśli, przekonania i słowa powtarzane bezmyślnie od pokoleń zasłaniane tradycją przed wiatrem, zapraszającym na otwarte łąki.

Po drugiej stronie egoistycznego zwierzęcia stoi pielgrzym wieczności, człowiek, który poznaje, uczy się siebie, świata i innych, łączy się z nimi w sztuce miłości, która stapia ze sobą jednostki i idzie razem w stronę nieśmiertelności, której nie zabierze już żaden bank, sąd ani kolejna pandemia strachu przypominająca o tym, jak ciężą kajdany i bolą kraty klatki ego. To królestwo nie ze świata tego, ale czy ktoś jeszcze chce żyć w tym, które tak dobrze znamy? ■



dr n. med.
Katarzyna Śmiłowska
Neurolog

Projekt ParkinsON w województwie śląskim. Pilotaż wdrożenia modelu leczenia

Choroba Parkinsona jest drugą najczęstszą chorobą neurodegeneracyjną na świecie i stanowi coraz większe wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia. Jej obraz kliniczny jest niezwykle złożony i obejmuje zarówno objawy ruchowe, takie jak drżenie, sztywność czy spowolnienie ruchowe, jak i liczne objawy pozaruchowe, między innymi zaburzenia snu, depresję czy zaburzenia poznawcze.

Złożoność tej choroby sprawia, że opieka nad pacjentami wymaga udziału oraz współpracy wielu różnych specjalistów. W praktyce jednak świadczenia zdrowotne są często rozproszone, ich jakość bywa nierówna, a dostęp do odpowiedniej terapii utrudniony.

Odpowiedzią na te wyzwania jest ParkinsonNet – innowacyjny, multidyscyplinarny model opieki, który powstał w 2004 roku w Holandii z inicjatywy Radboud University Medical Center w Nijmegen. Idea, która przyświecała jego twórcom, była potrzeba zintegrowania i wystandaryzowania opieki nad osobami z chorobą Parkinsona

tak, aby była ona oparta na najnowszych osiągnięciach medycyny opartej na dowodach, a jednocześnie dostępna możliwie blisko miejsca zamieszkania pacjentów. Sieć specjalistów skupionych w ParkinsonNet tworzą neurologi, fizjoterapeuci, logopedzi, terapeuci zajęciowi, pielęgniarki oraz inni eksperci, którzy dzięki odpowiednim szkoleniom i ciągłemu podnoszeniu kompetencji zapewniają najwyższy poziom opieki.

Doświadczenia holenderskie pokazują, że ParkinsonNet przynosi wymierne korzyści. Od momentu jego wprowadzenia poprawiła się jakość opieki i jej wyni-

ki kliniczne, obniżono koszty leczenia, a pacjenci deklarują większe zadowolenie z uzyskiwanego wsparcia. Równocześnie wzrosła satysfakcja samych specjalistów, którzy dzięki pracy w sieci i możliwości wymiany doświadczeń rozwijają swoje kompetencje i czują się lepiej przygotowani do opieki nad chorymi.

W Polsce rozpoczęto właśnie realizację Projektu ParkinsON, którego celem jest adaptacja i wdrożenie modelu ParkinsonNet w naszym systemie ochrony zdrowia. Pilotaż odbywa się w województwie śląskim, a jego pierwszym obszarem wdrożeń-

nia jest Górnośląsko-Zagłębiowska Metropolia. Projekt realizowany jest w ramach europejskiej inicjatywy ACTION-PD finansowanej z programu Horizon Europe, której celem jest transformacja systemów ochrony zdrowia.

Na etapie pilotażowym w województwie śląskim powstał regionalny zespół projektowy, odpowiedzialny za rozwój i wdrożenie sieci. Na jego czele stoi specjalistka neurologii dr n. med. Katarzyna Śmiłowska z Oddziału Neurologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 w Sosnowcu, która odpowiada za przygotowanie planu działania, współpracę z ParkinsonNet International oraz koordynację działań lokalnych. W skład zespołu wchodzi również koordynator projektu – lek. Anna Siuda oraz ambasadorowie sieci – kluczowi specjaliści w zakresie leczenia i opieki nad osobami z chorobą Parkinsona – w tym fizjoterapeutka mgr Marta Jaskierny, neurologopedka mgr Karina Malajka, arteterapeutka mgr Marta Jagoda oraz muzykoterapeutka mgr Ewa Banachiewicz. Grupę tę uzupełniają terapeuci zajęciowi i logopedzi, którzy ukończyli specjalistyczne szkolenia prowadzone przez ParkinsonNet International i pełnią rolę lokalnych trenerów.

Istotnym elementem projektu jest systematyczne szkolenie specjalistów, którzy na co dzień sprawują opiekę nad pacjentami. Szkolenia prowadzone są przez trenerów sieci, a ich program obejmuje zarówno kursy podstawowe, jak i szkolenia ustawiczne. Dzięki temu wiedza i umiejętności specjalistów są stale aktualizowane, a opieka jest zgodna z najnowszymi wytycznymi i wynikami badań naukowych. Ważną rolę odgrywa również wymiana doświadczeń klinicznych pomiędzy członkami sieci, co sprzyja tworzeniu dobrych praktyk. Projekt obejmuje także działania promocyjne i edukacyjne, które zwiększają świadomość pacjentów i ich rodzin na temat możliwości, jakie daje uczestnictwo w sieci.

Szczególną wagę przykładają do wzmocnienia pozycji osoby z Parkinsonem w procesie leczenia. Projekt zakłada, że chory



Dr Katarzyna Śmiłowska, lek. Anna Siuda, mgr Marta Jagoda, mgr Marta Jaskierny, mgr Ewa Banachiewicz, mgr Karina Malajka.

powinien być aktywnie zaangażowany w podejmowanie decyzji dotyczących rodzaju i przebiegu terapii. Ułatwiony zostaje także dostęp do specjalistów, między innymi dzięki opracowaniu map ich dostępności. Pacjenci otrzymują również wsparcie w rozwijaniu wiedzy i podnoszeniu świadomości na temat choroby, między innymi poprzez działalność organizacji pacjenckich czy dostęp do platform edukacyjnych.

Doświadczenia holenderskie i międzynarodowe jednoznacznie dowodzą skuteczności modelu ParkinsonNet. Wprowadzenie go w województwie śląskim daje szansę na poprawę jakości opieki nad pacjentami, zwiększenie jej dostępności,

ograniczenie kosztów oraz rozwój kompetencji specjalistów. To krok w stronę bardziej nowoczesnego, zintegrowanego systemu ochrony zdrowia, w którym pacjent jest partnerem i aktywnym uczestnikiem procesu terapeutycznego.

Zachęcam do współpracy i wspólnego budowania nowego spojrzenia na opiekę nad osobami z chorobą Parkinsona. Na przełomie stycznia i lutego planowane są szkolenia, dlatego prosimy osoby zainteresowane o wcześniejsze zgłoszenie swojego udziału. Wszystkich, którzy chcieliby dołączyć do projektu, serdecznie zapraszamy do kontaktu pod adresem mailowym: ksmilowska@wss5.pl, asiuda@wss5.pl, pdnet@us.edu.pl. ■

Projekt ParkinsON w województwie śląskim ma potencjał stać się wzorcowym rozwiązaniem w Polsce i punktem wyjścia do jego dalszego rozwoju w innych regionach kraju. Jest to inwestycja zarówno w lepszą przyszłość pacjentów i ich rodzin, jak i w budowę efektywnego, przyjaznego i opartego na dowodach systemu opieki zdrowotnej.



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







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



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



13.12

sobota
godz. 10:00

Asertywność i pewność siebie w pracy lekarza – warsztaty praktyczne

Prowadząca szkolenie:
dr n. społ. Anna Latusek

4 pkt. edu. Kurs doskonalący stacjonarny

31.01

sobota
godz. 10:00

Być pewnym siebie mimo niepewności. Jak budować wewnętrzną siłę i samoocenę w pracy i poza nią

Prowadząca szkolenie:
dr n. społ. Anna Latusek

4 pkt. edu. Kurs doskonalący stacjonarny

10.01

sobota
godz. 10:00

ENDO WYPEŁNIENIE 3D – Współczesna obturacja systemów kanałów korzeniowych

Kierownik naukowy szkolenia:
lek. dent. Nikodem Borecki

5 pkt. edu. Kurs doskonalący stacjonarny

7.02

sobota
godz. 10:00

Leczenie biologiczne miazgi, czyli jak uniknąć leczenia kanałowego

Kierownik naukowy szkolenia:
lek. dent. Nikodem Borecki

5 pkt. edu. Kurs doskonalący stacjonarny

10.01

sobota
godz. 10:00

Zarządzanie czasem w życiu codziennym i praktyce lekarskiej

Prowadząca szkolenie:
dr n. społ. Anna Latusek

4 pkt. edu. Kurs doskonalący stacjonarny

17.01

sobota
godz. 10:00

Leczenie biologiczne miazgi, czyli jak uniknąć leczenia kanałowego

Kierownik naukowy szkolenia:
lek. dent. Nikodem Borecki

5 pkt. edu. Kurs doskonalący stacjonarny

22.01

czwartek
godz. 17:00

Granice swobody podejmowania decyzji przez lekarza

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

4 pkt. edu. Kurs doskonalący online



PRAWO MEDYCZNE



Katarzyna Różycka
radca prawny,
Zespół Radców Prawnych ŚIL

Zmiany w prawie, o których lekarz wiedzieć powinien

ORGANIZACJA OPIEKI KARDIOLOGICZNEJ

30 października 2025 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2025 r. w sprawie kluczowych zaleceń dotyczących organizacji opieki kardiologicznej i postępowania klinicznego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1389). W załączniku do rozporządzenia określono kluczowe zalecenia dotyczące organizacji opieki kardiologicznej i postępowania klinicznego dla jednostek chorobowych chorób układu krążenia w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z podziałem na POZ, AOS i leczenie szpitalne.

PRIORYTETOWE DZIEDZINY MEDYCZYNY DLA SIŁ ZBROJNYCH RP

Od 8 listopada 2025 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 16 października 2025 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny dla Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1462). W wykazie uwzględniono dziedziny lekarskie, jak i z zakresu stomatologii.

STACJE SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNE

1 stycznia 2026 r. wejdzie w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. w sprawie wykazu stacji sanitarno-epidemiologicznych wykonujących badania laboratoryjne i pomiary (Dz. U. z 2025 r. poz. 1491). W załączniku określono wykaz stacji sanitarno-epidemiologicznych wykonujących badania laboratoryjne i pomiary ze wskazaniem obszaru, dla którego dana stacja wykonuje nieodpłatnie badania laboratoryjne i pomiary.

STANDARD ORGANIZACYJNY OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

Od 7 maja 2026 r. obowiązywać będzie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 października 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1525). Rozporządzeniem zmieniono standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej. ■

Spotkania w Klubach Lekarza Seniora

Klub Lekarza Seniora w Bytomiu:

• **16 grudnia 2025 r.** o godz. 16.00
w Restauracji Villa Vienna w Bytomiu
zapisy: dr Janina Chmurak-Lachendro, tel. 668 091 171
dr Urszula Lipowiecka-Kubacz, tel. 660 056 342

Klub Lekarza Seniora w Jaworznie:

• **15 grudnia 2025 r.** o godz. 14.00
w Hotelu Duet w Jaworznie
zapisy: sms z podaniem imienia i nazwiska
– dr Zofia Jaśko, tel. 695 075 544

Klub Lekarza Seniora w Rybniku:

• **17 grudnia 2025 r.** o godz. 18.00
w Restauracji Europa w Rybniku
zapisy: dr Barbara Goering-Pierożek, tel. 691 403 678
dr Urszula Grodoń, tel. 506 470 125

Klub Lekarza Seniora w Dąbrowie Górniczej:

• **11 grudnia 2025 r.** o godz. 18.00
w Restauracji Pałacowa
zapisy: dr Janusz Wołkowski, tel. 601 451 477

Spotkanie wigilijne Lekarzy Seniorów

Komisja Emerytów i Rencistów ORL
serdecznie zaprasza na
tradycyjne

Spotkanie Wigilijne dla Seniorów: lekarzy i lekarzy dentystów,

które odbędzie się **18 grudnia 2025 r.** o godzinie 14.00
w Śląskiej Izbie Lekarskiej w Katowicach
(ul. Grażyńskiego 49a)

**Na spotkanie można się zapisać
w Klubach Lekarza Seniora
(Katowice, Bytom, Rybnik i Jaworzno);
dzwoniąc pod nr 32 60 44 287
lub e-mailowo: uniwersytet@izba-lekarska.org.pl**

**ZGŁOSZENIA PRZYJMujemy
DO 12 GRUDNIA 2025 r.**



Z TEKI RZECZNIKA



Stefan Kopocz
Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej

Biegli

Od pewnego czasu nurtuje rzeczników odpowiedzialności zawodowej pytanie, czy sąd lekarski musi powoływać biegłych? Czy w związku ze specyfiką spraw medycznych sędziowie, którzy są lekarzami, muszą się posiłkować opiniami biegłych? I wreszcie, czy jeżeli opinia została już sporządzona przez biegłych, to czy sąd lekarski może stwierdzić, że w świetle własnej wiedzy i doświadczenia biegli nie mają racji?



Fot. Freepik

Często zdarza się, że sąd lekarski decyduje się na powołanie biegłego i zwraca sprawę do rzecznika odpowiedzialności zawodowej, chociaż to sąd ma wątpliwości, a nie rzecznik. Należy podkreślić, że sąd, a w naszym przypadku sąd lekarski, jest najwyższym biegłym. Dlatego jeżeli czuje się kompetentny (w składzie zasiadają reprezentanci danej specjalności, a dodatkowo dana procedura medyczna jest sędziemu OSZ znana i ma w tym zakresie doświadczenie), może sam ocenić merytorycznie dany przypadek.

W rozmowach z kolegami rzecznikami różnych izb słychać, że instytucja biegłego w procesach korporacyjnych lekarskich jest nadużywana. Biegły nie może wyręczyć sądu lekarskiego z przeprowadzenia oceny wszystkich zgromadzonych w sprawie dowodów i osądzenia obwinionego lekarza. To nie jest zadanie dla biegłych, tylko dla sądu. Oczywiście sądy lekarskie mogą posiłkować się opinią biegłego, ale nie zawsze i nie w każdej sprawie. Gdy już taka opinia zostanie sporządzona, to należy ją traktować jak każdy inny dowód, a szczególną uwagę należy zwrócić na fakt, że nie może ona zastąpić wyroku sądu lekarskiego.

Każda opinia sporządzona na potrzeby postępowania sądowego, każdego – cywilnego, karnego czy korporacyjnego budzi u jednej ze stron akceptację, a drugiej dezaprobatę. Strony wybierają wtedy postępowanie albo wnioskujeją o nową opinię, albo o opinię uzupełniającą lub wręcz przesłuchanie biegłego.

Niestety często ci niezadowoleni piszą skargę do rzecznika na lekarza wydającego opinię. Rzecznicy odpowiedzialności zawodowej mają pełną świadomość, że w takich przypadkach odrębną kwestią jest ocena wyniku pracy lekarza, czyli opinii i należy to tylko do organu, który zlecał opinię, a inną kwestią jest ocena postępowania lekarza w trakcie pełnienia funkcji biegłego.

W rozmowach z kolegami rzecznikami różnych izb słychać, że instytucja biegłego w procesach korporacyjnych lekarskich jest nadużywana. Biegły nie może wyręczyć sądu lekarskiego z przeprowadzenia oceny wszystkich zgromadzonych w sprawie dowodów i osądzenia obwinionego lekarza. To nie jest zadanie dla biegłych, tylko dla sądu.

Jest oczywistym, że ocena wiarygodności opinii należy do instytucji, która zleciła jej wykonanie, czyli w tym przypadku sądu lub rzecznika. Zarówno okręgowy rzecznik, jak i sąd lekarski zobowiązani są do badania prawidłowości lub nieprawidłowości podczas wydawania przez lekarza opinii dotyczącej niewłaściwej postawy lekarza wobec pacjenta w czasie wizyty, która była podstawą wydania opinii. Natomiast ani okręgowy rzecznik, ani sąd lekarski nie może orzeczenia lekarza, biegłego zmienić, ani wpłynąć na jego treść. Niestety zdarza się, że sędzia sądu lekarskiego ocenia merytorycznie opinię, stając się superbiegłym, co jest niedopuszczalne i nieprofesjonalne.

Podkreślę, że każdy lekarz – także lekarz wydający opinię – ma obowiązek traktowania pacjentów z szacunkiem i poszanowaniem ich godności. Wydawanie opinii lekarskich zaś jest jedną z równorzędnych form wykonywania zawodu lekarza, co wiąże się z koniecznością przestrzegania przepisów o wykonywaniu naszego zawodu. ■

Z PAMIĘTNIKA BIEGŁEGO SĄDOWEGO



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

Stracił zęby, których nie miał

Pewnego razu sąd zadał mi pytanie: czy warunki osadzenia mogły być takie, aby spowodować utratę naturalnego uzębienia? Oczywiście zadano mi takie pytanie wskazując, że winienem wydać opinię tylko na podstawie akt sprawy, bez konieczności osobistego zbadania osoby skarżącej. Opinię miałem wydać jako biegły z zakresu medycyny pracy, chorób wewnętrznych i orzecznictwa lekarskiego.



Fot. Freepik

A sprawa dotyczy mężczyzny z wyższym wykształceniem, który pracował jako główny księgowy. Policja oraz prokurator ustalili, że brał on czynny udział w „przekręcie” (tzw. afera mięsna). Zatem osadzono go w areszcie, a potem w wyniku procesu skazano na karę pozbawienia wolności na dwa lata z zawieszeniem wykonania kary na pięć lat. Tymczasem ów księgowy złożył skargę na warunki panujące w areszcie śledczym. Brud, zbyt duża liczba osób na metr kwadratowy, toalety w celi, złe jedzenie itp. Według niego mogło to być powodem wypadnięcia zębów. Wskazał przy tym, że warunki bytowe w areszcie spowodowały u niego chorobę, która zakończyła się usunięciem całego uzębienia. Postanowił zatem dochodzić odszkodowania z tego tytułu. Wskazał, że był otyły i chorował na nadciśnienie

tętnicze ze zwyżkami ciśnienia po zdenerwowaniu, przy zmianach pogody itp. oraz ma cukrzycę leczoną tabletkami. Ale jego cukrzyca okazała się wyrównana (HbA1C poniżej 6%). Miał też podwyższone wartości cholesterolu i trójglicerydów. Te dolegliwości nie spowodowały jednak, aby lekarz badający go nie wyraził zgody na osadzenie w areszcie.

Do powództwa przed sądem skarżący się załączył, chyba nieopacznie, szereg dokumentów medycznych potwierdzających jego stan, w tym dokumentację leczenia stomatologicznego. W tej ostatniej dokumentacji znalazłem (!) informację, że przed dwoma laty miał chorobę dziąseł (niestety nie mogłem jej zidentyfikować, aczkolwiek nie miało to istotnego znaczenia), bo... usunięto mu wszystkie zęby.

I tak powództwo księgowego musiało być oddalone.

Dlaczego o tym piszę? Dlatego właśnie, że każdy biegły (nie tylko z zakresu medycyny pracy) powinien zapoznać się z całą dokumentacją medyczną i wszystkimi aktami sprawy, zwłaszcza w aspekcie stanu zdrowia. Wydawanie zaś opinii biegłego sądowego wyłącznie na podstawie tego, co mówi pacjent jest niedopuszczalne, bowiem jest obarczone oczywistą subiektywnością. I, jak w przypadku księgowego, okazało się tylko mało sprytnym zamiarem wymuszenia odszkodowania.

PS. Zwróciłem się do sądu z pytaniem, czy mogę na ten temat napisać artykuł? – otrzymałem odpowiedź, że tak, ale... po 25 latach od daty wydania opinii. Teraz właśnie nastąpił ten czas, więc o tym napisałem. ■

KSIĘGOWOŚĆ DLA LEKARZY

Profesjonalna obsługa księgowo- gabinetów i praktyk lekarskich

Oferujemy:

- rejestrację i prowadzenie działalności gospodarczej
- prowadzenie PKPiR i ewidencji ryczałtowych
- obsługa KSeF
- optymalizacja podatkowa
- współpracujemy z doradcą podatkowym i kancelarią prawną
- prowadzimy obsługę zdalną

Zapraszamy do współpracy już dziś!

Kancelaria Podatkowa INVENTIVE
ul. Gliwicka 69 43-190 Mikołów
tel. 502 780 902
e-mail: kancelaria@iinventive.pl
www.iinventive.pl



Medycyna jutra

Bezwładny dryft, czy zaplanowana strategia konsumpcjonizmu?

Po kolejnym obejrzeniu „Ulimatum Bourne’a” żona miała ciekawą refleksję – po co tworzone są takie filmy. Dlaczego w mainstreamie produkcji filmowych z takim powodzeniem kasowym (czyli dużym box office) pojawiają się kolejne filmy gangsterskie, katastroficzne, dramaty psychologiczne, komedie, romanse i oczywiście filmy akcji, w których bohater, sam przeciw wszystkim, walczy z przeważającymi siłami wcielonego zła bez wsparcia brzydkiego, skorumpowanego świata polityki, wywiadu, policji i służb bezpieczeństwa?

Może jest to proces nieprzypadkowy, celowy, mający w przypadku Bonda czy Bourne’a zatrzymać nas w domu przed ekranami, w strefie komfortu, gdy tymczasem superbohaterowie zmieniają za nas świat (bo gdzie nam do nich) i bronią nas przed złem ziemskim i kosmicznym. Gdzie nam do nich, a zarazem w trybie biernym utożsamiamy się z nimi i przez, ostatnio coraz częściej, dłużej niż dwie godziny, siedzimy z zapartym tchem, w pełni solidaryzując się z walką dobrych ze złymi i sekundując im w ich działaniach? Może to nie przypadek, że świat realny zamyka nas coraz bardziej w domach. Nasi bohaterowie zaś grani przez świetnie opłacanych aktorów (którzy sam nie wiem, co robią ze swoimi pieniędzmi, patrząc na autobiograficzny i poruszający dokument nakręcony ostatnio przez Vala Kilmera, w którym aktor przyznaje, że aby zrealizować swój życiowy projekt odgrywania Marka Twaina na scenie musiał sprzedać rodzinne rancho i nie ma z czego żyć) żyją życiami, które sami chcielibyśmy (a nawet powinniśmy?) żyć?

Czy wybór treści naszego życia ma sprowadzać się do tego, jaki film o życiu dziś obejrzy? Czy nie jest to aby akcja w stylu: wy siedzicie sobie w domu, a my wszystko za was zrobimy i dostarczymy wam gotowe produkty do konsumowania? Naiwnie brzmi już pytanie: czy kultura masowa nie stała się fast food'em i kolejnym produktem na półce konsumpcjonizmu? Oferta pasywnego życia rośnie z każdym rokiem, do czego przyczynia się rów-



Fot. Freepik

niez medycyna, a w szczególności i sama psychiatria. Jesteś otyły – weź to, masz problemy z potencją – weź tamto, jesteś zmęczony – weź coś stymulującego twoje mitochondria, nie masz napędu – weź psychostymulant, a jeżeli przygnębia cię pustka w życiu – weź coś zobojętniającego lub poprawiającego nastrój. Nudzisz się, ale nie chce ci się zmieniać swojego życia i pisać screen-play, w którym odgrywałbyś główną rolę – masz, zrobimy to za ciebie. Oczywiście nie za darmo. Nudzisz się, masz niezaspokojone potrzeby – nie musisz nic robić, zapal marihuanę – zniknie zmęczenie, ból życia i depresja, weź psylocybinę – zniknie każda trauma, włącznie z traumą frontową. I tak dalej. Czy tak ma być?

Z trwogą obserwuję, w jaki sposób ogromnie zyskowy rynek narkotykowy wykorzystuje psychiatrię jako boczne drzwi do wprowadzania narkotyków o czystości farmaceutycznej na legalny rynek, na którym lekarz staje się sklepikarzem medycznego cudu. Czy naprawdę ktoś rozsądny kupuje argument, że jeżeli mam zespół stresu pourazowego, naćpam się i odpłynę w sztuczny świat przeżyć, to w ten sposób leczę traumę i dokonuje się to co powinieniem zrobić sam – przetworzyć poznawczo emocje i zmetabolizować trudne doświadczenie w mentalną refleksję, uwalniając się od wyobrażonej traumy zagnieżdżonej w umyśle?



Fot. Freepik

Okazuje się, że urzędy rejestracji leków kupują ten argument, a potem my będziemy to sprzedawać. Widzę dwie możliwości interpretacji promocji pasywnego życia. Jedna sięga spiskowych teorii dziejów i tłumaczy, że wszystkie opisane zjawiska są częścią zaplanowanej logicznej i kontrolowanej strategii, w której wiedza o człowieku, jego uwarunkowaniach emocjonalnych i mentalnych, określanych kulturą oraz liczne i znane od starożytności słabości i wady ludzkie są wykorzystywane, żeby sterować życiem cywilizacji w kierunku – obawiam się, głównie tworzenia globalnego rynku na produkty wytwarzane przez coraz bardziej monopolistyczne korporacje międzynarodowe, patentujące wszystko z DNA roślin włącznie. W ten sposób gatunek ludzki staje się producentem energii i obrotu finansowego uprawianym przez taki superinteligentny ośrodek władzy działający w cieniu dużych sztyldów i brandów.

W przeludnionym świecie kurczą się możliwości indywidualnego rozwijania kształtu życia i jednostka ludzka ma do wyboru, jak w legii cudzoziemskiej – maszeruj (z nami) albo giń. Ciągle jeszcze można wyjechać w jakieś miejsce na Ziemi, gdzie da się przeżyć dzień za 10 USD i nie zostać stratowanym przez mastodonta globalnej gospodarki. Miejsc tych jest niestety coraz mniej, ponieważ poniekąd szczęśliwi ludzie żyjący teoretycznie w biedzie, ale uśmiechnięci i długowieczni z zazdrością spoglądają na liczbę gadżetów produkowanych przez cywilizację

zachodu i jak na Zachodzie – porywa ich hasło – każdy może to mieć. Następuje więc przyspieszenie rozwoju gospodarczego, napędzane przez ludzi głodnych sukcesu i dóbr konsumpcyjnych, a już w drugim pokoleniu widać dekadencję, nasycenie, tycie i pojawianie się typowych efektów konsumpcjonizmu – chorób metabolicznych, zaburzeń osobowości u dzieci i wszelkich uzależnień. Ale nowy wspaniały świat dokonał jeszcze jednego podboju i karczuje lasy lokalnej kultury zamieniając wszystko w fast foodowy fotoplastykon.

Druga interpretacja jest z gatunku dreszczowców. Nikt tego wszystkiego nie kontroluje, to chaos interesów gospodarczych różnych obozów, pełnych różnic ideologicznych i politycznych. Trwa wojna gospodarcza i finansowa o władzę i nikt nie jest w stanie przewidzieć, jak długo to jeszcze potrwa i nikt nie wie do czego to prowadzi. Jedziemy wtedy na grzbiecie rozpędzonego wielkiego mastodonta masowej gospodarki, który zamiast patrzeć na zbliżające się przeszkody i adaptować się, żeby przetrwać

ogląda coś na YouTube lub gra w grę opartą o coraz bliższy rzeczywistości scenariusz Terminatora i Doom'a.

Można oczywiście wysiąść i zacząć my-own-life, bez gotowych odpowiedzi, zadając sobie na każdym kroku pytanie: czy ja tego chcę? Pomimo lansowanej przez subkultury religijne epoki wodnika, która ma sprzyjać odchodzeniu ludzi od potrzeb biologicznych ku rozwojowi niedefiniowalnego życia duchowego nie widzę pojawiania się na świecie zapowiadanych złotych dzieci i inspirujących świadomych aktów dezercji. Tej opcji kultura masowa przypina zbankrutowaną etykietę utopii, ale jeżeli mamy ochotę na jej dwugodzinny seans możemy iść na Wonka, wyprutą z głębi przemysłów Franka Herberta ekranizację następnej części Diuny albo czekać bez końca na kolejną książkę o Harrym Potterze. ■

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

Z trwogą obserwuję w jaki sposób ogromnie zyskowy rynek narkotykowy wykorzystuje psychiatrię jako boczne drzwi do wprowadzania narkotyków o czystości farmaceutycznej na legalny rynek, na którym lekarz staje się sklepikarzem medycznego cudu.

PO GODZINACH

Moje domki

Dr n. med. Ireneusz Szymczyk,
specjalista chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej:

Historia mojego hobby zaczęła się w 2005 r., podczas pobytu na wyspie Kos, w trakcie Kongresu WONCA organizowanego przez Światową Organizację Lekarzy Rodzinnych. Szukałem dla siebie unikalnej pamiątki – padło na miniaturowy, porcelanowy domek w greckim stylu. Rok później przywiozłem sobie podobną pamiątkę z Pragi, a potem sprawy nabrały naturalnego biegu i z każdej podróży przywoziłem już miniaturową, charakterystyczną dla danego regionu budowlę.

Z czasem również znajomi i rodzina przyczynili się do powiększenia zbiorów, bo widząc rosnącą kolekcję w mojej biblioteczce, wiedzieli już jakie pamiątki przywozić mi z wakacji – tym samym udało mi się uniknąć np. niechcianej kolekcji magnesów na lodówce.

Te „domki” – jak potocznie mówię o swojej kolekcji – to typowe, charakterystyczne dla architektury danego regionu budynki, zabytki, słynne mosty, pomniki lub po prostu ikoniczne elementy krajobrazu, jak np. lizboński tramwaj, balkon Julii w Weronie – no i oczywiście nie mogło zabraknąć też posągu Hipokratesa.

Z czasem pamiątek z konkretnych krajów przybyło na tyle, że w miniaturowym, piętrowym miasteczku powstały dzielnice – francuska, włoska, portugalska, turecka itp.

Aktualnie kolekcja liczy już około 350 elementów i wciąż się powiększa. ■





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

Medyczne ślady na drogach wędrówek po świecie

Pomnik ofiar epidemii AIDS w Brighton

Epidemie, oprócz wojen i okresów głodu, były wielkimi tragediami znanymi od początków pisanej historii cywilizacji. Zmieniały bieg dziejów narodów i pozostawiły wiele różnorodnych śladów takich jak zapomniane cmentarze choleryczne odnajdywane w wielu polskich miastach, a także fragment starej pieśni pokutnej, który brzmi: Od powietrza (tj. zarazy, czyli powietrza morowego), głodu i wojny uchowaj nas Panie. Niestety, wszystkie wymienione tragedie współcześnie nie zniknęły, a ofiary epidemii są dalej upamiętniane.

BRIGHTON AND HOVE

Dwa miasta – Brighton i Hove są połączone, tworząc tzw. zespół miejski (unitary authority) w południowej Anglii (hrabstwo East Sussex) liczący pół miliona mieszkańców. Położone nad kanałem (British Channel = La Manche) w XIX wieku stało się popularnym miejscem wypoczynku, szczególnie po otwarciu połączenia kolejowego w 1841 r. i wybudowaniu przez króla Jerzego IV letniej rezydencji dworu. Popularność miejscowości utrzymuje się od epoki wiktoriańskiej. Brighton jest również znane jako „stolica społeczności LGBT” w Zjednoczonym Królestwie.

POMNIK OFIAR AIDS

W 2009 r. odsłonięto w mieście, w parku New Steine Gardens, odlany w brązie pomnik upamiętniający osoby zmarłe na zespół nabytego niedoboru odporności nazwany AIDS Memorial Sculpture. Jest to rzeźba dłuta Romany Marka Bruce's, rzeźbiarza i malarza urodzonego w Irlandii, obecnie mieszkającego w Pietrasanta we Włoszech. Jego projekt został wybrany w konkursie ogłoszonym przez miasto. Rzeźba nazwana jest Tay od nazwiska przyjaciela rzeźbiarza, zmarłego po zakażeniu wirusem HIV. Wspomnieć należy, iż rzeźbiarz ofiarował znaczną sumę pieniędzy lokalnemu szpitalowi.

Epidemia zakażenia wirusem HIV według WHO stale stanowi jedno z najważniejszych wyzwań zdrowotnych ludzkości. Liczba zgonów z tego powodu jest szacowana na 45-50 milionów. Zmarli doczekali się symbolicznego upamiętnienia w wielu krajach. Obok słynnego National AIDS Memorial w San Francisco, pomnik w Brighton jest jednym z najsłynniejszych miejsc honorujących pamięć ofiar choroby.

LETNIA REZYDENCJA DWORU

Popularność Brighton jako miejsca wypoczynkowego rozpoczęła się w połowie XIX wieku. Wtedy powstała najsłynniejsza budowla miasta: Royal Pavilion zwany także Brighton Pavilion. Budowla jest pałacem w stylu indosaraceńskim, łączącym neogotyki i architekturę mongolską. Styl ten był szeroko stosowany przez brytyjskich architektów pracujących w Indiach w XIX wieku, ale jest unikatowy i prawie nieznan w Europie. Rezydencja jest obecnie zamieniona na muzeum. Niezwykła jest także autentyczność kolekcji, gdyż nie jest ona w żadnym stopniu rekonstrukcją historyczną zbiorów (jak jest to w większości tego typu obiektów), ponieważ budynek nigdy nie był splądrowany i został przekazany na muzeum przez właścicieli. Zwiedzając, przykładowo, w sali jadalnej możemy zobaczyć nie



Pomnik ofiar epidemii AIDS.

tylko wspaniałą zastawę i złote sztuce w pełni autentycznym bogatym wystroju pomieszczenia, ale na stole znajdują się atrapy potraw i owoców. Przymykając oczy możemy sobie łatwo wyobrazić, iż spożywamy obiad z dawnymi gospodarzami pałacu. Autentyczność dotyczy wszystkich pomieszczeń, nawet zaplecza.

Royal Pavilion ma swoją historię medyczną. W latach 1914-1916 został udostępniony jako szpital dla rannych żołnierzy indyjskich w służbie Korony Brytyjskiej. Zdjęcia sal chorych i informacje o tym są eksponowane w kilku miejscach w pałacu. Przy wejściu znajduje się tablica informująca o odsłonięciu nowego wejścia dla zwiedzających przez Jego Wysokość Bhupindera Singha – maharadzę Patiali, miasta w indyjskim stanie Pendżab, w hołdzie dla leczonych przednio żołnierzy.

RICHARD RUSSELL – ODKRYWCA UZDROWISKA

Sława miejscowości jako uzdrowiska rozpoczęła się już XVIII wieku za przyczyną lekarza Richarda Russella (1687-1759), który propagował lecznicze właściwości kąpiele morskich, a nawet picia wody morskiej. Mieszkał przez wiele lat blisko morza, a w miejscu jego dawnego domu znajduje się obecnie okazały The Royal Albion Hotel z pamiątkową tablicą. Centralny plac miasta zwany Russell Square zdobi pomnik lekarza. Obecnie talasoterapia to więcej niż kąpiele w morzu, a Brighton and Hove jest uroczym miejscem dalej obleganym przez wczasowiczów. ■



Rafał Sołtysek
wiceprezes Okręgowej
Rady Lekarskiej

FELIETON

Co jest z nami?

Ludzie sobie chodzą. To tu, to tam. WHO zaleca, żeby dużo chodzić, nie precyzuje natomiast gdzie. Ludzie chodzą więc sobie na wyprzedaje, na randki, do kina czasem, rzadziej do galerii. Nie chodzą natomiast na wybory. Gdyby WHO wspomniało, że warto przejść się tam co cztery lata, mogłoby okazać się to kluczowe dla losów ludzi i cywilizacji (żyjemy wszak w przewadze, w czymś na kształt demokracji).

Do wyborów do naszego samorządu zawodowego poszedł co czwarty lekarz. Osiągnęliśmy średnio zawrotną frekwencję 21,77% (tak po prawdzie, lekarz chodzić nawet nie musiał, bo każdy otrzymał zaadresowaną zwrotnie i opłaconą kopertę z kartą głosowania – gdyby nie mógł przyjść do urny. Jeśli zaś poczta jest daleko, można było prościej zagłosować zdalnie z własnej komórki).

W klasycznym wydaniu pojawiłyby się teraz dwa komentarze (zależnie od sponsora). Pierwszy o złych lekarzach. Drugi o złej izbie lekarskiej. Potem, ku uciesze mediów i Kiepskich wszelkiej maści, można by kłócić się wobec całej Polski przez parę długich lat, obrzucając produktami przemiany materii z jelita grubego. Takie rozwiązania są dogłębnie przećwiczone w naszym kraju i nie warto ich powielać. Lepiej wyciągnąć szyję i rozejrzeć się wkoło. Na przykład przyjrzeć się innym zawodom zaufania publicznego.

Oto farmaceuci narzekają: „frekwencja w wyborach samorządowych od lat pozostaje bardzo niska”. Adwokaci prowadzą kampanie: „idź do wyborów, weź sprawy w swoje ręce”, co mogłoby sugerować, że mają też pewne problemy, acz z ostrożności procesowej nie twierdzą, że tak jest (dane trzymają w sekrecie). Radcy prawni piszą: „zainteresowanie wyborami jest niesatysfakcjonujące”. Pielęgniarki i położne mówią, że młodzież nie garnie się do pracy w samorządzie i nawołują: „idź do wyborów, nie zmarnuj głosu”. Gdyby szyję wydłużyć nieco więcej i pole rozglądania poszerzyć, dowiedzieć się można, że niemieccy lekarze osiągnęli około 40% frekwencji (ordnung must sein – poszli więc, ale wynik też nie powala). Francuzi w okręgu paryskim 10%.



Fot. Freepik

Tak na moje oko – wszyscy powinniśmy nadać komunikat „Houston mamy (wspólny) problem”.

Może się mylę, ale 20-30% to średnie zaangażowanie w wybory do samorządów zawodowych. Licho. O ile mówimy o frekwencji na wystawie sztuki nowoczesnej, to zarówno ta sztuka jak i my nie ucierpimy z nadto (czasem ucierpielibyśmy więcej idąc na ową wystawę). Sprawa jest więc w zakresie ph 7 – obojętna. O ile jednak mówimy o sprawach lekarzy i innych zawodów zaufania publicznego, to raczej robi się kwaśno, bo może okazać się, że w konsekwencji nikt nie będzie już bronił zasad.

Przedstawiciele różnych samorządów szukają przyczyn. Piszą, że wybory są w złych godzinach, że pracy za dużo, że kandydaci nierozpoznawalni, ale to mętne tłumaczenie jakiegoś. Skoro samorządy są dobre, frekwencja powinna być duża. Jeżeli złe – również w celu ich wymiany. Ale tak nie jest. Frekwencja niezmiennie pozostawia wiele do życzenia.

Prof. Ewa Marciniak mówi o tym zjawisku

jako o bierności intencjonalnej. Może faktycznie wierzymy, że sami sobie poskrobiemy rękę i nie potrzebujemy nikogo i niczego? Osiągnąwszy pewien dobrobyt, nie wierzymy w potrzebę zrzeszania się? Może faktycznie jedynie silne emocje uruchamiają elektorat, który czuje się na co dzień pewnie i bezpiecznie? Może, jak w starej anegdocie, nie odzywamy się, bo „kompot zawsze był” (i w domyśle będzie). Generalnie, jeżeli się gdzieś nie pójdzie, to tam nas nie będzie. Skoro nas nie będzie – to będą inni. Inni są zaś różni. Głupi lub mądrzy, przychylni i nieprzychylni, normalni i normalni inaczej. Osamotnieni i bez reprezentujących nas struktur będziemy mogli sobie biernie popatrzeć, kto i jak nami manipuluje, traktując nas instrumentalnie. Raz poczęstują nas taką, raz inną ustawą, tradycyjnie zaś ważniejszy od racjonalnej polityki okaże się show i unijna emerytura. Jeżeli więc nie decydujemy my – inni zadecydują za nas. Stare to aż naftaliną cuchnie, ale niezmiennie. Przyroda pustki nie zniesie. ■



Dr n. med.
Andrzej Wojcieszek

Czesanie łysego

Pierwszy miesiąc

W kalendarzu gregoriańskim pierwszym miesiącem jest styczeń. Ma 31 dni. Krótkich i dość nieprzyjemnych. Jedynie „doktóry” narciarze i balownicy karnawałowi mają trochę weselej. Specjaliści od psychologii zwracają uwagę, że to „najdłuższy” miesiąc pracy. To poczucie subiektywne, ale prawdziwe.

Luty jest krótszy, a w marcu jest szansa na Wielkanoc i parę dni wolnego. O grudniu nie piszemy, bo mamy inne sprawy na głowie. Wszyscy myślą o świętach i czekają na „mostki” pomiędzy świątecznymi dniami. Ważniejszy jest karp wigilijny i kapusta z grochem niż praca. Co rusz miłe imprezki zakładowe pod ogólną nazwą „wigilijka”. Nie narzekam, tylko dołączę do chóru. Wszystkiego Najlepszego i Spokojnych Świąt, zwłaszcza dla tych, którzy będą tkwić na SOR. Będą składać połamanych, wydłubywać ości z gardeł i ratować Naród ze szponów obżarstwa lub opilstwa. Tym, których kolejka dyżurowa w tym roku ominie, życzę Spokojnych i Rodziny.

Ale miało być o pracy. Zaczyna się drugiego dnia stycznia i mamy 30 dni roboty. Rano jest ciemno. W poradni lub szpitalu dzikie tłumy, a wszyscy rozdrażnieni, bo dominuje odczucie zmęczenia po świętach. Okropność. Jednak pojawia się światełko w tunelu. Światełko do nieba. Nie mam na myśli kościelnych aktów ekspiacji albo zbiorowego odmawiania różańca. Tym światełkiem zawiaduje facet w okularach i czerwonych gaciach. Gada cały dzień i potem musi iść do laryngologa. Już kojarzycie. To Jurek „Siema” Owsiak. Jest taka niedziela, która będzie dla nas. Dla doktorów i pacjentów. Dla Polaków. Wyśle młodzież z puszkami i nzbiera pieniądze, a potem wyda je na sprzęt. Medyczny! Umiem to docenić. Jako młodziak, członek STN, sporo czasu spędzałem w klinice położniczej. Nie było sonografu, a dla potwierdzenia ciąży mnogiej wykonywano rtg przeglądowe brzucha. Inne kliniki były tak samo „wyposażone”. Kto pamięta sznur karetek ze szpitali do pewnej praktyki prywatnej w Katowicach, gdzie można było



takie badanie załatwić? Płaciła rodzina chorego. Znacznie wcześniej jako student, odbyłem wakacyjny staż w klinice w Sewilli. Tam zobaczyłem USG. Maszyna była niemiecka i pozwalała oglądać obraz w czasie rzeczywistym. Wtedy nazywano to grey scale. Ekranik mniejszy od smartfonu, a machineria zajmowała cały pokój. Codziennie byłem zafascynowany jej możliwościami. Po powrocie wygłosiłem wykład przed szacownym gronem autorytetów klinicznych, opowiadając o zastosowaniu USG w położnictwie i ginekologii. Był tylko jeden komentarz mniej więcej taki: Jak kolega będzie ćwiczył, to palec co roku urosnie o centymetr i takie fanaberie nie są potrzebne. Można to skomentować, że doświadczenie czyni mistrza.

Świat wybrał inaczej i dlatego 10 lat później kupiłem pierwszy sonograf do własnej praktyki. Dzisiaj bez tej rewolucji w badaniach obrazowych nie wyobrażamy sobie pracy. Mammografy, tomografy czy rezonans to nasz chleb powszedni. Pediatrzy dbający o zdrowie małych Polaków, są chyba najlepiej poinformowani o zasługach Jurka. Seniorzy też,

a laboratoria przyspieszające wykrywanie posocznicy, znanej chorem jako sepsa, służą każdemu z nas. Jurek jest o rok młodszy od piszącego te słowa, ducha rockmena ma w świetnej formie (mój trochę wyliniał). Jest najprawdziwszym filantropem, choć zaczynał „od handlu chińskimi ręcznikami”. Jest jednym z nas. Jest lekarzem Duszy Polskiej. Teraz zupełnie poważnie składam wnioski o nadanie Jerzemu Zbigniewowi Owsiakowi tytułu Lekarza Honoris Causa, a nie Doktoratu h.c. Nasz Śląski Prezes ma poczucie humoru i może pomóc. Byłoby to uhonorowanie kilkudziesięciu koncertów Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Takie jajcarskie podziękowanie. Od Lekarzy dla „Siema Lekarza”. Może jestem marzycielem, ale sam otrzymałem kiedyś dyplom Specjalizacji Lekarza Teatralnego I°. Jeżeli się nie uda, to trudno, ale w styczniu wrzucimy kilka światełek do puszek. Potem Jurek wyda je na coś sensownego, co my wykorzystamy dla naszych Chorych. A Razem i Rodzinnie wpadnijcie na finał w swojej okolicy. Wypijcie grzańca albo zjedzcie lody i poczujcie ciepłoko w duszy. Komunikat dla zainteresowanych. Jabłko śpi pod pierzyną śniegu. ■

POTYCZKI Z HISTORIĄ



Katarzyna B. Fulbiszewska
koordynator Ośrodka
Dokumentacji Historycznej ŚIL

W cieniu medycyny: między magią, tradycją a nauką

Film „Znachor” w reżyserii Jerzego Hoffmana, z fenomenalnym Jerzym Bińczykim w roli tytułowej, od dekad zajmuje szczególne miejsce w polskiej kulturze. To nie tylko ekranizacja znanej powieści Tadeusza Dołęgi-Mostowicza, lecz także symboliczna opowieść o zderzeniu dwóch światów: racjonalnej medycyny akademickiej i ludowej wiary w moc natury, tradycji oraz uzdrawiającego słowa.



Lekarze akademicy podczas operacji. Uniwersytet Jagielloński, około roku 1936.

Co ciekawe, pierwotny zamysł autora powieści różnił się od ostatecznej wersji. Kanwą powieści miała być autentyczna historia dr. Ferdynanda Dolani, opublikowana w tygodniku „ABC” (1935 r.). Dr Dolani – absolwent uczelni medycznej w Brukseli, może z powodu chęci szybkiego i dużego zysku, może z jakichś innych tajemniczych powodów, udawał w małopolskiej wsi Borek znachora. Po ujawnieniu prawdy został aresztowany i oskarżony o oszustwo. Koncepcja uległa zmianie podczas wizyty autora u znajomych w Sikorzu pod Płockiem. Dołęga-Mostowicz odwiedził malowniczo położony młyn we wsi Radotka, gdzie poznał Różyckiego – niezwykle skutecznego i bezinteresownego zielarza.

I w taki sposób młyn w Radotkach zmienił się w młyn w Radoliszkach, a tak bardzo różni: Dolani i Różycki ukształtowali wielce pozytywną, bo uczciwą i utalentowaną postać Antoniego Kosiby.

W czasach Dołęgi-Mostowicza Polska była krajem w znacznej mierze agrarnym – 70% społeczeństwa stanowiła ludność wiejska. Ich codzienność naznaczona była biedą, ciężkimi warunkami bytowymi oraz brakiem dostępu do podstawowej opieki medycznej. Lekarzy brakowało, a bezpłatna opieka zdrowotna i system Kas Chorych nie obejmowały ludności wiejskiej. W takich warunkach naturalnie rozwijała się medycyna ludowa, stanowiąca swoistą alternatywę wobec profesjonalnej medycyny akade-

mickiej. Ogromnym autorytetem cieszyli się znachorzy – uzdrowiciele ludowi, którzy często bez formalnego wykształcenia, leczyli chorych przy użyciu metod opartych na tradycji, doświadczeniu i wierzeniach ludowych. Pełnili rolę nie tylko medyków, lecz także pośredników między światem natury a światem sacrum. W kulturze ludowej ich działalność miała długą tradycję, sięgającą wieków, a granica między medycyną ludową a magią bywała bardzo cienka. Znachor był psychologiem i doradcą, do którego ludzie zwracali się w chwilach zwątpienia. Jego autorytet wynikał z doświadczenia, umiejętności słuchania i – co istotne – zaufania społecznego. W małych wspólnotach wiejskich był on „swoim człowiekiem”,

w przeciwieństwie do lekarzy z miasta, których traktowano z rezerwą lub nieufnością.

ZNACHOR ZNACHOROWI NIERÓWNY

Tak jak lekarze w miastach, tak znachorzy na wsiach mieli swoje „specjalizacje”. Babki zajmowały się „leczeniem” chorób kobiecych i były odpowiedzialne za porody. Szeptuchy „leczyły” uroki, strach czy bezsenność modlitwą i zaklęciem. Ich rytuały łączyły elementy religii chrześcijańskiej i dawnych wierzeń. Specjalizacją owczarzy było składanie złamanych kości, nastawianie wszelkich skrzywień i pęknięć. Za „leczenie dentystryczne” odpowiadali natomiast kowale – głównie zajmowali się wyrzucaniem zębów, gdyż dysponowali całym arsenałem odpowiednich cęgów i innych narzędzi. Natomiast znachor stanowił elitę ludowych przedstawicieli – był kojarzony głównie z chorobami wewnętrznymi. Miał ogromny posłuch, bo diagnozował choroby na podstawie objawów zewnętrznych, analizy moczu, skóry, włosów, temperatury ciała czy wybroczyn skórnych. Każdy z nich miał swoje metody leczenia. Pół biedy, kiedy ordynował zioła w postaci naparów, maści czy innych mikstur. Nikomu raczej nie szkodził rumianek (działanie przeciwzapalnie i uspokajające), mięta i koper włoski (na dolegliwości żołądkowe), piołun (przeciw pasożytom) czy kora wierzby (naturalny prekursor aspiryny).

MAGIA I ZABOBONY

Problem zaczynał się wtedy, gdy zaczynało brakować wiedzy, a znachor popadał w fanatyzm i zabobon. Chyba każdy z nas pamięta scenę z noweli Bolesława Prusa „Antek”, kiedy to do chorej Rozalki, leczonej bez skutku „szturchańcami i wódką z piołunem”, zostaje wezwana znachorka, która wierząc w oczyszczającą moc ognia, nakazuje umieścić dziewczynkę w rozgrzanym piecu na „trzy zdrowaśki”... Sytuacja nie wyglądała też dobrze, kiedy znachor wyznawał atawistyczne przekonanie, że w ciele zmarłego nadal tkwi część jego siły życiowej, która uzdrawia. I tym sposobem trupi dotyk leczył potliwość, wrzody i reumatyzm. Na Wileńszczyźnie na ból zęba stosowano drzazgę z trumny, a na Śląsku w tym samym celu, a nawet w leczeniu epilepsji, stosowano gwoździe trumienne. W Poznańskim ziemia z cmentarza chroniła przed febrą i suchotami, w Kieleckim natomiast naparem z takiej ziemi leczono wszystko. Choć z dzisiejszej perspektywy te metody wydają się absurdalne, to w świadomości ówczesnych mieszkańców wsi stanowiły logiczne przedłużenie przekonania o istnieniu „siły życiowej” przenikającej świat żywych i umarłych. Nie gardzono

kałem, uryną czy padliną – na tym jednak poprzestańmy.

PSYCHOLOGIA ZAUFANIA

Fenomen znachorów opierał się przede wszystkim na społecznym zaufaniu i wierze, że „uzdrowiciel” otrzymał dar leczenia od Boga. W przeciwieństwie do lekarzy miejskich, często postrzeganych jako obcych i nieprzystępnych, znachor był „swoim człowiekiem” – mówił tym samym językiem, rozumiał realia życia wiejskiego i nie wymagał opłat w pieniądzu. Ludzie na wsiach panicznie bali się lekarzy. Poniekąd lekarze sami byli sobie winni. Mówili innym językiem, diagnozowali chorobę używając nieznanych, trudnych określeń: chłop już nie chorował na urok, przestraszył czy kołtun, za to cierpiał na niedrożność jelit, infekcję dróg oddechowych czy krztusiec. Lekarz przepisywał nieznanne leki: proszki, pigułki, po które należało jechać do pobliskiego miasteczka i kupić w aptece. A już nie daj Boże wysyłał pacjenta do szpitala. Szpital kojarzył się źle, jako mit szybkiej śmierci lub... bankructwa. Wynikało to głównie z tego, że mieszkańcy wsi zgłaszali się po profesjonalną pomoc zbyt późno i zaawansowany stan choroby nie pozwalał na jej wyleczenie, co z reguły prowadziło do zgonu. Dla osoby, która nie miała ubezpieczenia leczenie szpitalne było niezwykle kosztowne. Według przedwojennego działacza ruchu ludowego Ignacego Solarza, chłop za „przyjazd lekarza do domu i poradę płacił cielęcim, za przyjazd do ciężkiego porodu krową lub koniem, a za dłuższe leczenie szpitalne całą posiadaną ziemią”. Nic dziwnego, że mawiano: „Zachowaj, Panie, od łaski lekarzy i rachunków aptekarzy”.

NIETYKALNI

Barierą była także kultura i mentalność. Lekarze odnosili się z wyższością do wiejskich pacjentów, nie tłumaczyli przyczyn choroby, narzucali konieczność kolejnych wizyt, nie respektowali (bo nie rozumieli) wiejskiego stylu życia, w którym odpoczynek i rekonwalescencja po chorobie była nieosiągalnym luksusem. W sytuacjach konfrontacji z nieodwracalnymi skutkami terapii uzdrowiciela, pomstowali na niego, przez co podważali chłopską wiarę i przekonania w umiejętności znachora. A ten był na wsi nietykalny. Nawet jak popełnił błąd w sztuce, rodzina wychodziła z założenia, że tak chciał los. Sądono też, że znachor może zarówno uzdrawiać, jak i sprowadzać chorobę – stąd lęk przed jego gniewem. Choć znachorstwo często kojarzy się z szarlatanerią, to wiele metod, których używali uzdrowiciele ludowi, miało sens. Jeżeli znachor miał podstawową wiedzę medyczną (znachorami bywali wojskowi felczerzy) to bywał skuteczny,

przez co zyskiwał sławę i rozgłos. Dużą rolę odgrywała też budowana przez nich legenda oparta na tajemniczości dotyczącej pochodzenia czy metod leczenia. Praktyka znachorska mogła także być przekazywana pokoleniowo np. z ojca na córkę czy syna. Z drugiej strony nie brakowało też praktyk opartych na wierzeniach – woskowych figurek, modlitw, zaklęć czy „zdejmovania uroku”. Takie leczenie miało więc wymiar psychologiczny: znachor potrafił uspokoić chorego, dać mu nadzieję, a to samo w sobie bywało skuteczne – sukces wynikał z efektu placebo i autorytetu, jakim się cieszyli.

POST SCRIPTUM

Znachorzy w dwudziestolecu międzywojennym byli symbolem swojej epoki. Z jednej strony reprezentowali przeszłość – ludową mądrość, religijność i lokalne tradycje, z drugiej zaś stanowili dowód na niedostatki państwa i ówczesnego systemu opieki zdrowotnej. Nie byli jedynie ludźmi, którzy „leczyci po swojemu”, lecz również symbolem wiary w moc natury, tradycji i słowa. Ich działalność balansowała między pomocą a ryzykiem, między wiarą a nauką. W czasach, gdy lekarz był luksusem, a choroba – codziennością, znachor dawał ludziom to, czego nie mogło zapewnić państwo: nadzieję, zrozumienie i bliskość. Powojenna ustawa o zawodzie lekarza wprowadziła możliwość stosowania sankcji karnych wobec osób nieposiadających uprawnień do leczenia. Z jednej strony ukróciło to proceder znachorstwa, z drugiej jednak sprowadziło go do podziemia. Na niektórych obszarach – zwłaszcza Podlasia, Lubelszczyzny i Podkarpacia – znachorstwo utrzymywało się jeszcze do lat 80. XX wieku. Znachorstwo to zjawisko, które nigdy nie znikną, lecz nieustannie ewoluuje, dostosowując się do nowych warunków społecznych i kulturowych. W erze globalnej cyfryzacji i powszechnego dostępu do informacji jego współczesną formą stają się niestety internetowi „uzdrowiciele”, influencerzy zdrowotni czy samozwańczy eksperci od terapii naturalnych. Współczesne przeciwdziałania znachorstwu mają charakter wieloaspektowy – obejmują regulacje prawne, kontrolę instytucjonalną oraz działania edukacyjne. Państwo, poprzez przepisy o zawodzie lekarza oraz projekt nowelizacji ustawy o prawach pacjenta tzw. „lex szarlatan”, chroni pacjentów przed nieuprawnionymi praktykami medycznymi. Coraz większą rolę odgrywa także edukacja zdrowotna i weryfikacja informacji w internecie, które uczą krytycznego myślenia i zaufania do medycyny opartej na dowodach naukowych. Ostatecznie jednak najskuteczniejszym środkiem walki z szarlatanerią pozostaje świadomy pacjent – potrafiący odróżnić wiedzę naukową od pseudomedycznych obietnic. ■

OKIEM LEKARZA SPORTOWCA



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

Kartingi rządzą jesienią



Fot. archiwum organizatora

Cykliczne spotkania kartingowe.

Jesień to święto sportów motorowych w ŚIL. Rządzą w tym okresie młodzi lekarze i lekarze dentyści, którzy mają wpisany czwartek wieczorem w swoje grafiki, jako obowiązkową pozycję sportowej rywalizacji na torze kartingowym. Najpierw na początku października zorganizowaliśmy IV Mistrzostwa Kartingowe ŚIL Medi CUP w Autodrom Sosnowiec. Emocje sięgały zenitu, a po wymagających siły fizycznej, techniki jazdy i skupienia przez ponad 3h wyścigów wyłoniliśmy finalistów. Ze startu wspólnego po zaciętej walce najlepsi okazali się:

Kobiety:

- Złoty medal – Marzena Morawiec-Trzysiok
- Srebrny medal – Ida Zasada
- Brązowy medal – Zuzanna Janecka

Mężczyźni:

- Złoty medal – Mariusz Hendel

- Srebrny medal – Kamil Fiebrich
- Brązowy medal – Michał Frankowski

Gratulujemy zwycięzcom i dziękujemy wszystkim za wspólną rywalizację! Dziękuję za pomoc i zaangażowanie członkom KSIR Grzegorzowi Boryczce, Martynie Moll, Wojtkowi Luboniowi, Bartoszowi Chrzanoskiemu i Hannie Siatkowskiej.

Po zakończonych mistrzostwach co czwartek prowadziliśmy cykliczne spotkania kartingowe. Każde z nich rozpoczęło się od szkolenia i doskonalenia techniki jazdy, które prowadził dla nas nasz Mistrz Mariusz Hendel.

Profesjonalne podejście, ogromne doświadczenie oraz wiedza praktyczna Mariusza właściwie od razu przekładała się na wyniki na torze. Dziękujemy Mariuszu. ■



IV ŚIL Medi CUP 2025

Fot. archiwum organizatora

ZAPROSZENIA:

- **6.12.2025 r. sobota godz. 17:00 II Festiwal Tańca w Hali Widowiskowo-Sportowej Centrum, Aleja Róż 3 w Dąbrowie Górniczej w ramach Swivel Dance Festival**
- **13.12.2025 r. sobota, Chorzów, VI Mistrzostwa ŚIL w Tenisie Stołowym**
- **Narciarskie czwartki w grudniu 18:00-19:00 – jak tylko wyciągi wystartują jedziemy do Wisły/Ustronia/Szczyrku – zbiórka na miejscu.**

Nasi na maratonie



Fot. archiwum organizatora

Jesienią odbyły się też 24. Mistrzostwa Polski Lekarzy w Maratonie. ŚIL reprezentowali Sara Tytko, która zdobyła brązowy medal w swojej kategorii wiekowej oraz Bartłomiej Tabala, który poprawił swój rekord życiowy 3:26:26. Gratulujemy. ■

NEKROLOGI, KONDOLENCJE, WSPOMNIENIA

Odeszli na wieczny dyżur

27 października 2025 r., w wieku 82 lat, zmarł śp. dr n. med. Alfred Bąk, absolwent Akademii Medycznej w Łodzi, rocznik 1972. Specjalista medycyny społecznej, pediatrii i chorób płuc. Delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy I i II kadencji. Delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy II kadencji. Założyciel i wieloletni lekarz NZOZ „Alergokol” w Rybniku.

9 października 2025 r., w wieku 79 lat, zmarła śp. lek. dent. Maria Polaczek-Pluta, absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1970.

9 października 2025 r. zmarła dr n. med. Grażyna Kuleszyńska, specjalista chorób wewnętrznych, absolwentka Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, rocznik 1963. Wieloletni pracownik Poradni dla Chorych na Cukrzycę w Zespole Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych. Wychowawca wielu pokoleń studentów.

6 października 2025 r., przeżywszy 87 lat, zmarła śp. lek. Romana Budzyńska, absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Rokitnicy Bytomskiej, rocznik 1960. Specjalistka stomatologii ogólnej.

4 października 2025 r., w wieku 59 lat, zmarła śp. lek. Iga Krupa, absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1990, specjalistka położnictwa i ginekologii.

18 września 2025 r., w wieku 69 lat, zmarła śp. lek. Barbara Gawrońska-Szota, absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1982, specjalistka pediatrii.

15 września 2025 r., przeżywszy lat 69, zmarła śp. dr n. med. Romana Caputa, absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1982, specjalista anestezjologii i intensywnej terapii oraz radiologii i diagnostyki obrazowej. Długoletni pracownik Centralnego Szpitala Klinicznego w Katowicach-Ligocie oraz placówek w Bielsku-Białej i Żywcu.

23 sierpnia 2025 r., w wieku 94 lat, zmarła śp. lek. dent. Alicja Biała, absolwentka Akademii Medycznej w Zabrze-Rokitnicy, rocznik 1957, specjalistka stomatologii zachowawczej.

15 sierpnia 2025 r., w wieku 78 lat, zmarła śp. lek. Anna Flaczyk-Ujma, absolwentka Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, rocznik 1971, specjalistka chorób wewnętrznych.

29 lipca 2025 r., w wieku 77 lat, zmarła śp. lek. dent. Bronisława Flakus, absolwentka Akademii Medycznej we Wrocławiu, rocznik 1972.

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

Wspomnienie o śp. dr Eugenii Tatarczyk-Kocztorz

Zwykle mówi się w takich momentach o tym, że ktoś się urodził, uczył, studiował, pracował, specjalizował... Ale to można powiedzieć o prawie każdym. Myślę jednak, że wspominając Panią Doktor warto rzec, jak niezwykła była to osoba.

Spotkaliśmy się we wrześniu 1992 roku, kiedy zostałem skierowany do pracy w przychodni na Żeromskiego. Ledwo wszedłem i przedstawiłem się w rejestracji, Pani Doktor podeszła do mnie, przywitała i wyraziła radość z mojego przybycia życząc, żeby dobrze mi się tam pracowało. Pani Doktor, wciąż dobrze mi się tam pracuje!

Miałem zaszczyt i przyjemność przeprowadzić z Nią ponad 30 lat. Dała się poznać

jako osoba o otwartym sercu i głowie, która choć sama pełna lęków i obaw, nie bała się wyzwania.

Po emigracji syna Leszka z rodziną za ocean martwiła się, że utraci kontakt z wnukiem. Kupiła komputer, wzięła kilka lekcji informatyki stosowanej i zaczęła życie w sieci. A była zaiste pilną adeptką komputerowego świata. Gdy przyszła informatyzacja gabinetów, nie stanowiło dla niej problemu prowadzenie dokumentacji, wystawianie recept, skierowań, zwolnień lekarskich na komputerze. I choć kobieciom wieku się nie wypomina, miała wówczas prawie 80 lat!

Przedwczoraj, rozmyślając nad minionym czasem, odkryłem, na czym polegał fenomen Pani Doktor Eugenii. Otóż Ona

kochała swoją pracę i swoich pacjentów. Dała temu dowód choćby przed trzema laty, gdy częstowała nas tortem udekorowanym wielką „60” – z okazji sześćdziesięciolecia pracy zawodowej.

I jeszcze jedno: była jedyną znaną mi doktorką, która nie narzekała i NIGDY nie poskarżyła się na zmierzłych pacjentów albo ich mamy.

Już zawsze będzie mi brakować rozmów z Panią Doktor, wymienianych na WhatsAppie żartów, memów i politycznych komentarzy, ciepłego uśmiechu i serdeczności.

I dzięki Bogu za to, że zaistniała Pani w moim życiu. ■

Jan Warło

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w wieku 65 lat
zmarł

śp. dr **Marek Hildebrandt**

Absolwent Śląskiej Akademii Medycznej
w Katowicach, rocznik 1986.

Wieloletni Delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy
Zastępca Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej 5-8. kadencji.
Specjalista chorób wewnętrznych, medycyny pracy
i gastroenterologii.

Wyrazy głębokiego współczucia
oraz najszczerze kondolencje
dla pogrążonej w smutku Rodziny oraz Bliskich
składają

dr n. med. Tadeusz Urban

Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Katowicach
wraz z Członkami Okręgowej Rady Lekarskiej
w Katowicach

dr Stefan Kopocz

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
w Katowicach

wraz z gronem Zastępców Okręgowego Rzecznika
Odpowiedzialności Zawodowej w Katowicach

dr Paweł Gucze

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego
w Katowicach

wraz z gronem Sędziów Okręgowego
Sądu Lekarskiego w Katowicach

Joanna Andrzejewska

Dyrektor Biura Śląskiej Izby Lekarskiej
wraz z Pracownikami Biura.



OGŁOSZENIA

WYNAJMĘ, SPRZEDAM

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

Wynajmę gabinetów o pow. 13,5 i 17 m² oraz przychodnię
lekarską 94,5 m². Zabrze, tel. 574 675 940

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

Wynajmę lub sprzedam gabinet stomatologiczny
w Kobierzycach.
Tel. 667930303, e-mail: kkwiat716@gmail.com

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

DAM PRACĘ

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

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

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

Zatrudnię **lekarza dentystę** do odbywania dyżurów
stomatologicznych. Zabrze, tel. 574 675 940

SPZOZ Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego
w Sosnowcu ul. Wawel 15
zatrudni: **lekarza POZ, lekarza reumatologa.**
Tel. 32 368 48 64, 32 368 48 74

Zatrudnimy **specjalistę medycyny rodzinnej**
do pracy w POZ w Pawłowicach (Śląskie).
Kontakt: remedium2001@poczta.onet.pl, tel. 32 47 21 853

CM Tommed, Katowice, ul. Żelazna zatrudni
Lekarza Medycyny Pracy.
Zainteresowanych prosimy o kontakt,
tel. 883103939, e-mail: rekrutacja@tommed.pl

Poradnia „Dąbrówka” w Gliwicach-Trynek zatrudni **lekarza**
do pracy w POZ.
Telefon: 606 667 841, e-mail: kontakt@poz-gliwice.pl

NZOZ Centrum Medyczne 3 Stawy w Katowicach podejmie
współpracę z lekarzami:
neurologiem, hematologiem, dermatologiem, alergolo-
giem, psychiatrą dziecięcym,
tel. 601243559, e-mail: bozenamanssour@wp.pl

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

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

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

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 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

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

**LEKARZU!
PRZYJDŹ! ZADZWOŃ! NAPISZ E-MAILA!
JEŚLI SAM MASZ PROBLEM**
**Jeśli Twój kolega lekarz ma problem, jeśli Twoja żona, Twój mąż lekarz ma problem,
Jeśli Twoja mama, tato, córka czy syn lekarz ma problem**
PEŁNOMOCNIK DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

UDZIELI POMOCY

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

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



ProMedico

Wydawca: Śląska Izba Lekarska w Katowicach

Nakład 16000 egzemplarzy. ISSN 1232-8693

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

Adres redakcji: „Pro Medico”, ul. Grażyńskiego 49a, 40-126 Katowice, tel. 32 60 44 260; www.izba-lekarska.org.pl

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

Reklamy i ogłoszenia: Karolina Dąbrowska tel. 32 604 42 63.

Redakcja 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: 6 listopada 2025 r.

Materiały prasowe, ogłoszenia i reklamy do następnego numeru przyjmujemy do 7 stycznia 2026 r.

Dla wszystkich lekarzy zrzeszonych w ŚIL w Katowicach pismo bezpłatne.

duże ogrody i przestronne tarasy

unikalne powierzchnie wspólne

3 szybowe aluminiowe okna

wentylacja z rekuperacją

OPAL

ok. 1 km od Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

UDOGODNIENIA



garaż podziemny



miejsca postojowe



wygodne windy



recepcja



rowerownie



wózkownie

