



Nr 8-9 (277-278) Sierpień-wrzesień 2013

MEDIUM

ISSN 1425-9397

Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej



**ROLA
ETYKI I BIOETYKI
W MEDYCYNIE XXI W.**

s. 4-22

Spis treści

Na cito	3	POMIĘDZY LEKARZEM A PACJENTEM:	
ROLA ETYKI I BIOETYKI		» Nie bać się psychoonkologa...	43
W MEDYCYNIE XXI W.:		PASJE LEKARZY:	
» <i>Alea iacta est</i> , czyli krytyczne uwagi prof. Hartmana ws. Kodeksu etyki lekarskiej	4	» Pocztówka z wakacji	46
» Kodeks etyki lekarskiej nie wymaga zmian	8	» Kierunek: Litwa, Łotwa, Estonia, Finlandia	47
» Niedoskonały, ale potrzebny	11	LITERACKIE PODRÓŻE:	
» Czy lekarz jest bioetyczny?	15	» Słońce na końcu drogi	50
» Wywiady i listy z etyką lekarską w tle	17	» Eliza Orzeszkowa u Druskiennickich Wód	53
		» Poezja	57
Szpitala psychiatryczne na Dolnym Śląsku zerwały kontrakty z NFZ	23	Z pamiętnika etyka	58
		Prawo na co dzień	59
WYBORY DO SAMORZĄDU LEKARSKIEGO 2013:		Uchwały DRL i Prezydium DRL	63
» Obwieszczenie nr 1/2013 przewodniczącego OKW z 8 lipca 2013 roku	24	Zjazdy absolwentów AM we Wrocławiu	65
» <i>Primi inter pares</i> , czyli wybory VII kadencji (2013-2017)	26	Konferencje, szkolenia	66
		Komunikaty szkoleniowe	67
WYDARZYŁO SIĘ:		Cegiełki na przebudowę i rozbudowę kamienicy przy ul. Kazimierza Wielkiego 45	70
» Spór o zaległe wypłaty za dyżury	28	VARIOLA VERA:	
» Dr Tadeusz Kukiz Kustoszem Pamięci Narodowej	29	» Epidemia ospy. Dzień pierwszy	72
» „Ile Uniwersytetu Medycznego w Szpitalu Klinicznym?”	30	Z HISTORII MEDYCYNY:	
		» Narodziny legendy	78
WYWIAD MEDIUM		LEKARZE-SENATOROWIE W II RP:	
– POLSKI LEKARZ ZA GRANICĄ:		» Dr n. med. Dawidsohn Józef Hersz	84
» Na szwedzkim rynku pracy	33	FELIETONY:	
SYSTEM OCHRONY ZDROWIA:		» <i>Silva rerum medicarum veterum</i>	85
» Postulaty wskazujące pożądane kierunki zmian w organizacji systemu opieki zdrowotnej	36	» Zapiski emeryta	85
		» Pomruk salonów	85
INNOWACJE W MEDYCYNIE:		MISTRZOWIE WROCŁAWSKIEJ MEDYCYNY	
» Nowatorskie rozwiązania w leczeniu	40	– SZKICE DO PORTRETÓW:	
		» Henryk Mierzecki	86
		Pro memoria	88
		Ogłoszenia	90

Wydawca: Dolnośląska Izba Lekarska

50-077 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego 45,
tel. 798 80 50, fax 798 80 51, redakcja: 798 80 80,
e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl
InvestBank: 25 1680 1235 0000 3000
2153 4508

Józef Lula – redaktor naczelny

Magdalena Łachut – redaktor

Wiktor Wołodkowicz – skład i łamanie

Tomasz Janiszewski – projekt okładki

Kolegium Redakcyjne:

Andrzej Wojnar – przewodniczący

Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska,

Igor Chęciński, Jacek Chodorski,

Alicja Marczyk-Felba, Małgorzata Nakras-
zewicz,

Andrzej Kierzek, Jakub Trnka,

Krzysztof Wronecki, Paweł Wróblewski

Stali współpracownicy:

Barański Jarosław

Kos Jerzy Bogdan

Kozyra-Łukasiak Beata

Orlicz-Benedycka Magdalena

Paśawska Olga

Prastowski Wiesław

Wasilewski Łukasz

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca materiałów niezamówionych, zastrzega sobie prawo do skracania i adiestacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmian w tytułach.

Fot. Marek Grotowski



ZBIOROWYM WYSIŁKIEM...

Dla większości z nas okres kanikuły dobiegł końca. Wraz z nim plac budowy przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 opuścili ostatni robotnicy. Zakończyliśmy, połączony z rozbudową i modernizacją, remont zabytkowej kamienicy Selderów, która stała się nową siedzibą Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Przypomnę, że od momentu przekazania budynku przez Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej minęło ponad 5 lat, ale dopiero 2 lata temu zaczęliśmy zmagania z budową.

Poruszaliśmy się po wyboistej drodze, czego przykładem była konieczność zmiany głównego wykonawcy. Pisałem na ten temat obszernie przed rokiem. Wszecobecny kryzys – paradoksalnie – może nawet nam pomóc, bo to budowlańcy zabiegali o kontrakt z lekarską korporacją, a i ceny niektórych materiałów budowlanych były niższe niż w roku 2008. Niemniej jednak ponieśliśmy wydatki, które wyniosły kilkanaście milionów złotych i oczywistym jest, iż na 20 lat zwiąaliśmy się z kredytodawcą. Myślę jednak, że statystyczne obciążenie pojedynczego lekarza – członka DIL, które nie przekracza tysiąca złotych, warte jest efektu, jaki uzyskaliśmy. Potwierdza to chyba pierwsze zdanie, jakie usłyszałem po urlopie. Wypowiedział je siwowłosy lekarz, na którego natknąłem się, wchodząc do budynku przy ul. Kazimierza Wielkiego 45. Brzmiało ono: „Nareszcie my dolnośląscy lekarze posiadamy godną siedzibę”. Nie chcę urazić tych, którzy są sentymentalnie związani ze starą siedzibą przy al. Matejki. Ta, jak przed wieloma laty stwierdził dr Włodzimierz Bednorz, „była prawdziwą perłą”. Czas jednak zrobił swoje. Myślę, że lepszym pomysłem była inwestycja w „Kazimierza” niż generalny remont „Matejki” z nierozwiązywalnym problemem braku windy. Uszczypliwi wytkną, że w nowej siedzibie brakuje parkingu, ale ten problem, w związku ze zmianami, jakie mają nastąpić na przyległej ulicy Zamkowej i zakończeniem budowy Narodowego Forum Muzyki, rozwiążemy w ciągu roku. We wspomnianym wyżej miejscu znajdzie się bowiem potężny, podziemny parking.

W ostatnich dniach sierpnia podjęliśmy decyzję, że oficjalne uroczystości otwarcia nowej siedziby Izby odbędą się 19 października 2013 roku. Pragnąłbym, aby ten dzień był świętem wszystkich członków naszej korporacji. Prezydium DIL zarekomenduje Radzie we wrześniu program uroczystości, który publikujemy już teraz. Zapraszam Koleżanki i Kolegów na październikowe uroczystości. Choć wiem, że powierzchnia ponad 2500 m² nie pomieści Nas wszystkich, to chciałbym, abyśmy spotkali się w jak największym gronie.

Źródłem zagadkowego tytułu felietonu są pierwsze słowa z okolicznościowej tablicy, którą odsłonimy 19 października 2013 r.

Igor Chęciński

” *W ostatnich dniach sierpnia podjęliśmy decyzję, że oficjalne uroczystości otwarcia nowej siedziby Izby odbędą się 19 października 2013 roku. Pragnąłbym, aby ten dzień był świętem wszystkich członków naszej korporacji.*

“

Ramowy program uroczystości:

19.10.2013 r. (sobota)

- godz. 13.00-13.15 Otwarcie uroczystości, powitanie gości
– dr n. med. Igor Chęciński
– prezes DRL,
dr Jerzy Bogdan Kos
– prezes Stowarzyszenia Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej
- godz. 13.15-13.30 Przemówienia okolicznościowe
- godz. 13.30-13.50 Wystąpienia zaproszonych gości
- godz. 13.50-14.15 Uroczyste odsłonięcie tablic okolicznościowych, poświęcenie nowej siedziby Izby
- godz. 14.15-14.45 Wręczenie odznaczeń
- godz. 14.45-15.00 Dzieje Pałacu Selderów
– Maciej Łagiewski
– dyrektor Muzeum Miejskiego we Wrocławiu
- godz. 15.00-15.10 Zbiorowym wysiłkiem
– dr n. med. Paweł Wróblewski
- godz. 15.10-16.00 Występ artystyczny
- godz. 16.00-16.40 Poczęstunek w nowej siedzibie Izby
- godz. 16.40 Zakończenie uroczystości



Alea iacta est,

czyli krytyczne uwagi prof. Hartmana ws. Kodeksu etyki lekarskiej

Za sprawą prof. Jana Hartmana (między innymi) wokół Kodeksu etyki lekarskiej rozpętała się prawdziwa, medialna burza. Kierownik Zakładu Filozofii i Bioetyki CM UJ oraz członek powołanej przez ministra zdrowia Komisji ds. etyki w ochronie zdrowia uważa, że środowisku potrzebna jest „autentyczna, szczerza awantura wokół medycyny”. Przedstawiony poniżej zbiór cytatów, który powstał na podstawie wywiadów prasowych, obrazuje sposób myślenia etyka/bioetyka z Krakowa.

Źródło: www.deviantart.com/Freqqe



MEDEXPRESS – „KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ TO MIESZANINA FRAZESÓW”

Wstyd mi, że mimo wielokrotnej krytyki, środowisko lekarskie nie zdobyło się na napisanie od nowa i na poważnie kodeksu etycznego na miarę współczesnych standardów bioetycznych. Tego, który wysmażyli i z taką czcią celebrują, nie dano do przejrzania żadnemu bioetykowi, a pisali go najpewniej lekarze, którzy na studiach bioetyki nie uczyli się wcale.

W polskiej medycynie panuje istny kult Kodeksu etyki lekarskiej (KEL). Jakże wielu lekarzom wydaje się, że ich etyczność ma polegać na tym, że przestrzegają przepisów prawa oraz właśnie KEL. Przestrzegaj i bądź w porządku (zwłaszcza że na podstawie KEL orzekają sądy lekarskie...)! Gdybyż to było takie proste...

Niestety, daleki od doskonałości jest również aktualny polski KEL, opublikowany w najnowszej wersji w 2004 roku przez Krajowy Zjazd Lekarzy. Jest on właśnie taką mieszaniną mowy-trawy oraz ekspresji różnych korporacyjnych fobii, urazów i zakłęb, nieudolną próbą połączenia dwóch zasad: dobra pacjenta i dobra korporacji. Amatorszczyzna i oportunizm. Nie ma tu autentycznego mierzenia się z tragicznymi nieraz konfliktami etycznymi zawodu lekarza, żadnej odwagi etycznej ani tej powagi prawdomówności – nazywania rzeczy po imieniu – tak charakterystycznej dla tekstów na wysokim poziomie etycznym. Co gorsza, KEL zredagowany jest na kolanie, nieporadnie i chaotycznie, przypominając kartkę z protokołu jakiejś burzy mózgow, podczas której każdy musiał wtrącić swoje trzy grosze.

Panuje w nim chaos konstrukcyjny i aksjologiczny. Najsilniej chronioną wartością jest prestiż zawodu i dyskrecja w kwestiach nadużyć. Aż w pięciu miejscach KEL napomina lekarzy, by nie dyskredytowali kolegów, zapędzając się aż do zakazu krytyki samorządu lekarskiego w mediach (art. 59) oraz publikowania w nich „odkryć i spostrzeżeń związanych z wykonywaniem zawodu” (art. 48). Tylko raz za to wspomina się o prawie (nie obowiązku) lekarza do informowania władz o nieprawidłowościach w postępowaniu innego lekarza, a obowiązek ochrony „sygnalistów”, alarmujących o błędach i nadużyciach nie jest wzmiankowany w kodeksie wcale.

KEL, niestety, w wielu miejscach buduje na hipokryzji i egoizmie korporacyjnym. Owa idea prania brudów

we własnym domu jest w nim najsilniej wyeksponowana, a godność zawodu kojarzona jest z milkliwą powściągliwością. Gdzie by tam jakaś transparentność, jakaś społeczna kontrola nad środowiskiem lekarskim – liberalne złe moce a kyszl!

Art. 1, pkt 1 powiada, że „Zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych norm etycznych”. Ha, a jakież to są te „ogólne normy etyczne”? Czyżby lekarze, w tym twórcy KEL, umieli takowe wymieniść, i to wszyscy takie same? Wolne żarty – toż to tylko taka sobie mowa, wiesz, dla picu. Źle sobie poczyna, kto kwestie moralne topi w taniej retoryce. Jeszcze z tej mańki, tak dla poprawienia humoru art. 53, pkt 3: „Lekarze pełniący funkcje kierownicze powinni traktować swoich pracowników zgodnie z zasadami etyki”. No, coś podobnego! A ja myślałem, że wszyscy mamy wszystkich traktować etycznie. Lekarze-szefowie mają z tym pewnie większy kłopot, skoro tak się ich specjalnie tu honoruje, co?

Art. 21 mówi o tym, że w przypadku, gdy lekarz popełni błąd, musi powiadomić o tym pacjenta a swój błąd naprawić. Bardzo pięknie, tyle że zamiast o „błędzie” mówi się tu o „poważnej pomyłce”. Nic tak nie szkodzi zaufaniu do lekarzy, jak używanie takich pokrętnych eufemizmów. Od razu widać, że lekarze aż się skręcają, by nie przyznawać się – wypluj to słowo – do błędów! Uderza ogrom naiwności i etycznej niedojrzałości tego nieszczęsnego artykułu.

Art. 22 nakazuje, aby w razie konieczności ustalania kolejności dostępu pacjentów do deficytowych świadczeń, decydowały kryteria medyczne. Ręce opadają! No przecież o to właśnie chodzi w tym klasycznym casusie bioetyki, że często kryteria medyczne nie są wystarczające bądź mają pozamedyczny komponent. Trzeba całkowitej indolencji bioetycznej, żeby w konfrontacji z tak bolesnym problemem, jak konflikt między pacjentami rywalizującymi o dostęp do świadczeń, powołać się na pobożne życzenie, aby o wszystkim decydowały (za nas) kryteria naukowe. Żenujące.

Art. 24 ustala standard ochrony tajemnicy lekarskiej. Niestety bardzo niski. Jak byk wynika z tego przepisu, że lekarz może poinformować innego lekarza o stanie zdrowia swego pacjenta bez jego zgody.

Art. 35 mówi, że „pobranie komórek, tkanek lub narządów od żyjącego dawcy dla celów transplantacji może być dokonane tylko od dorosłego za jego pisemną zgodą”. Natomiast art. 36 uświadamia nas, że jednak można także od dziecka i to bez jego zgody. Sprzeczność łatwo byłoby usunąć dzięki małemu słów-



ku „wyjątek”, ale może to jakieś brzydkie słówko?

Art. 39 mówi, że „podejmując działania lekarskie u kobiety w ciąży lekarz równocześnie odpowiada za zdrowie jej dziecka. Dlatego obowiązkiem lekarza są starania o zachowanie zdrowia i życia dziecka również przed jego urodzeniem”. Pięknie. Tylko co w przypadku legalnie wykonywanej aborcji? O tym drażliwym temacie ani słowa. Drażliwe sprawy nie dla kodeksów etycznych, prawda? Poza tym można liczyć, że jakiś lekarz pomyśli, że w świetle KEL dokonywanie aborcji jest niedozwolone, nawet wtedy, gdy dopuszcza ją ustawa. Chytrze pomyślane. Cóż, chytróż dla niektórych jest cnotą.

Lica płoną przy lekturze art. 42 i 42 a. Sprawa dotyczy tzw. eksperymentów medycznych. Najpierw mówi się tu, że może on być przeprowadzony, gdy przynosi korzyść pacjentowi lub nauce, zaraz jednak dodaje się, że

korzyści dla pacjenta muszą przeważać nad ryzykiem. Nie tylko występuje tu jawna sprzeczność (jak nie ma korzyści dla pacjenta, to nie mogą one „przeważać nad ryzykiem”), lecz w dodatku używa się owego nic nie znaczącego zwrotu „korzyści przeważają nad ryzykiem”. Jak to porównywać i mierzyć? Pewnie chodzi po prostu o ryzyko akceptowalne, ryzyko, które warto podjąć, ale któż by śmiało głośno mówić o czymś takim. Ładnych kwiatków w artykule 42 i 42a jest jeszcze kilka, ale idźmy dalej.

Nie musimy iść daleko. Art. 43 zezwala na eksperymentowanie na więźniach i żołnierzach (dla dobra tych grup), co jest w jawnej sprzeczności z polskim prawem, które tego zakazuje, nie mówiąc już o nowoczesnych standardach etyki lekarskiej na szerokim świecie. Wystarczy, żeby eksperyment przynosił korzyść żołnierzom jako grupie i już można go przeprowadzić. Otóż uprzejmie informuję, że nie jest to nawet ograniczenie eksperymentowania w przypadku wojska, gdyż każdy bez wyjątku eksperyment musi przynosić korzyści grupie, do której należy pacjent, jeśli nie przynosi ich jemu osobiście.

Art. 44 również objawia osobliwy szacunek autorów KEL dla konstytucyjnie gwarantowanej autonomii jednostki. Zezwala on na eksperymentowanie na pacjentach niezdolnych do świadomego wyrażenia swej woli, jeśli „brak możliwości przeprowadzenia badań o porównywalnej skuteczności z udziałem osób zdolnych do wyrażenia zgody”. Co to znaczy „brak możliwości”? Czy jeśli do danego badania nie znalazło się wystarczającej liczby chętnych, godzących się wziąć w nim udział, to owa przesłanka „braku możliwości” jest już spełniona? Fatalne sformułowanie! A przecież wystarczyło napisać wprost, o co chodzi – że leki na demencję można testować na osobach w demencji, a leki dla niemowląt – na niemowlętach.

Art. 45 zakazuje eksperymentów na embrionach (w pkt 2), lecz zaraz potem (pkt 3) zezwala na takie eksperymenty, nakładając jedynie warunek (niejasny, a więc pozbawiony znaczenia), aby korzyści zdrowotne (nie podano czyje) „przekraczały ryzyko zdrowotne embrionów”. Z tego bełkotu można wyczytać, że na embrionach w zasadzie nie można, ale w zasadzie można robić eksperymenty. Otóż, dla wyjaśnienia, zgodnie z prawem nie można.

Art. 51 ma niewiele sensu, a za to wyraża wielką podejrzliwość w stosunku do firm farmaceutycznych. Nakazuje lekarzom upewniać się, czy sponsorowane przez nie badania są prowadzone zgodnie z zasada-





mi etyki. Czyżby w przypadku badań sponsorowanych przez rząd lekarza nie obowiązywało zapoznanie się z opinią komisji bioetycznej? Ten sam artykuł zakazuje udziału w badaniach, których celem jest promocja produktu. Czyżby badania nastawione na efekty promocyjne miały być z tego tylko powodu nierzetelne? Jeśli są rzetelne, to dlaczego to udział w nich miałby być nieetyczny? Autorzy o tym pewnie nie rozmyślali. Chcieli tylko napisać, że firmy są podejrzane i zadanie wykonały. Bardzo etycznie.

Zabawny jest art. 55. Zaleca on, aby lekarze mający w zakresie swych obowiązków kontrolowanie innych lekarzy, kontrole te zapowiadali. Cóż za szczegółowość i wnikliwość! Mogę wskazać, lekko licząc setkę problemów etycznych nietkniętych przez KEL, a tu taki temat, co go nawet w najgrubszym podręczniku bioetyki trudno wypatrzyć. Ciekaw jestem argumentacji na rzecz tezy o nieetyczności niezapowiedzianych kontroli. Czyżby były mniej skuteczne w wykrywaniu błędów, niż takie poprzedzone telefonem? A może autorzy KEL nie chcieliby, aby błędy i machlojki wychodziły na jaw? Mógłbym jeszcze ciągnąć tę wyliczankę, ale na razie dość.

RYNEK ZDROWIA – „POTRZEBUJEMY AWANTURY O ETYKĘ W NASZEJ MEDYCYNIE”

Przeciętny lekarz albo nie zna Kodeksu etyki lekarskiej, albo się nim nie interesuje, bo Kodeks niczego nie wnosi do życia medycznego w Polsce.

Postawa korporacji lekarskiej, która agresją reaguje na krytykę, nie próbując nawet udawać, że zajmuje stanowisko merytoryczne, że wchodzi w polemikę z rzeczowymi, konkretnymi argumentami, które przedstawiłem, jest żenująca. Taka sytuacja powoduje, że naprawdę trzeba będzie pochylić się nad ustrojem samorządu lekarskiego – jego prawnym umocowaniem i zadaniami. Jakość korporacji medycznej to bardzo ważna kwestia społeczna, bo medycyna dotyczy nas wszystkich. Czas na to, aby i w Polsce skończyła się „era kodeksowa” w medycynie, a rozpoczęła era bioetyczna.

Kodeks jest źle zbudowany, chaotyczny, pełen nieśzczerych, pokrętnych zwrotów, pustostowia i bombastycznej retoryki. Unika trudnych problemów, a zajmuje się rzeczami z trzeciej setki problemów bioetycznych, jak (wysoco wątpliwe) prawo lekarza do informacji o zbliżającej się kontroli. Najbardziej eksponowaną wartością Kodeksu jest powściągliwość w krytyce lekarzy i korporacji oraz związana z tym dyskrecja. Cały podporządkowany jest budowaniu godności, a także prestiżu zawodu i to w oparciu o absurdalne założenie,

że jawne i publiczne mówienie o nadużyciach i błędach osłabia zaufanie pacjentów do lekarzy.

Korporacja próbuje izolować środowisko. Powinno być odwrotnie. O relacjach pomiędzy lekarzami i pacjentami powinno mówić się otwarcie, na szerokim forum. Obowiązujący KEL miesza sprawy ochrony godności zawodu lekarza z etyką. Jest to niebywały anachronizm. Takie myślenie na Zachodzie panowało do lat 60. ubiegłego wieku. Dawniej odstąpiono od tego, bo okazało się, że budowanie wieży z kości słoniowej, okopywanie się w swoich lękach i urażonej dumie, oparte na przekonaniu, że to lekarze wiedzą najlepiej, jak należy postępować, nie przyniosło niczego dobrego. Dochodziło do wielkich nadużyć i dopiero poddanie medycyny społecznemu nadzorowi, który jest jedną z funkcji bioetyki, doprowadziło do uzdrowienia medycyny.

Tam gdzie nie ma zaufania, nie ma etyczności. Jeśli panuje atmosfera zaufania, to nawet kiepskie procedury czy słaby system nie wywołują dużych szkód. W przypadku braku zaufania wszyscy patrzą na siebie podejrzliwie, każdy boi się o siebie, boi się popełnić błąd, boi się konsekwencji. Wtedy łatwo dochodzi do tego, że ludzie broniąc się przed nieprzyjemnościami popełniają poważne błędy o fatalnych skutkach. Żeby ten klimat naprawić, musimy przejść przez czyściec. Tylko przez prawdę i ekspresję, w tym również emocjonalną, można zrobić nowe otwarcie, oczyścić atmosferę. Potrzebujemy autentycznej, szczerzej awantury wokół medycyny.

PRZEKRÓJ (NR 29.07) – „HARTMAN DO SYJAMU!”

Uprzejma krytyka nie spotyka się z żadną reakcją korporacji. Samorząd lekarski uważa Kodeks za swój „akt strzelisty” i wewnętrzną sprawę środowiska, a krytykę tego tekstu traktuje jako atak na swoją godność i suwerenność. W stosunku do niektórych artykułów użyłem określeń „żenujący” albo „żałosny” – przykro mi, ale poszczególne fragmenty tego opracowania na to w pełni zasługują.

Kodeks starannie omija większość najbardziej drażliwych zagadnień bioetycznych, a za to „załatwia” lekarzom parę spraw. Między innymi to, żeby kontrole były zapowiedziane. Tego właśnie dotyczy art. 55. Czyżby niezapowiedziana kontrola była nieetyczna? Czy problem niezapowiedzianych kontroli należy do pierwszej setki zagadnień etycznych w medycynie?



Kodeks etyki lekarskiej nie wymaga zmian

Głos samorządu w sprawie Kodeksu etyki lekarskiej

25 lipca w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej odbyła się konferencja prasowa pt. „Kodeks etyki lekarskiej – podstawy i cele”. Była to odpowiedź samorządu na publiczną dyskusję dotyczącą zawartości merytorycznej tego dokumentu. „Burza wokół Kodeksu była potrzebna, bo wielu sięgnęło do jego treści” – twierdzi prezes NRL Maciej Hamankiewicz, podkreślając jednak, że etyka nie jest lekarstwem na choroby systemu ochrony zdrowia, a zamieszanie wywołane przez Ministerstwo Zdrowia wokół KEL miało jedynie na celu odwrócenie uwagi społeczeństwa od rzeczywistych problemów.

KEL nie wymaga zmian

Prezes NRL rozpoczął konferencję od zacytowania słów jednego z duńskich filozofów: „Nie jest rzeczą etyki wchodzić w targi”. „Sposób dyskusji o zagadnieniach etycznych, który właśnie się pojawił, nie odpowiada nam i takiej dyskusji prowadzić nie będziemy” – sprzecyzował wiceprezes NRL Romuald Krajewski dodając, że skoro jednak temat został wywołany, pojawią się pewnie nowe pomysły dotyczące treści i struktury dokumentu, który ustanowił etyczne zasady postępowania medyków: „Nad obecnym kodeksem pracowaliśmy wiele lat. Podejrzewam, że efektem prac etyków, filozofów, ekspertów byłby Kodeks bardzo podobny do tego, który obecnie mamy”.

A aktualny Kodeks, zdaniem samorządu, nie wymaga gruntownych zmian. Istotniejsze są zmiany w prawie wpływające na działalność lekarzy i placówek medycznych, co ma bezpośredni wpływ na jakość leczenia pacjentów. „Czy etyka lekarska może uzdrowić system, gdy brakuje właściwej organizacji i finansowania? Nie, zmiany w KEL go nie ulecą. Lekarz nie może pracować, mając do dyspozycji samą tylko empatię. Oprócz niej powinien być wyposażony w możliwość skutecznego funkcjonowania” – mówił prezes NRL Maciej Hamankiewicz i dodał: „Najbardziej etyczny lekarz, jeżeli nie będzie miał zapewnionych odpowiednich warunków wykonywania zawodu, nie będzie mógł kierować pacjentów na badania ani stosować nowoczesnych metod diagnostycznych, za to zostanie obciążony masą obowiązków biurokratycznych, a w kolejce do niego czekać będzie kilkadziesiąt słusznie zniecierpliwionych osób – nie zapewni dobrej jakości leczenia i poczucia bezpieczeństwa wchodzącemu do gabinetu pacjentowi”.

KEL dla pacjentów

Przesłanie Kodeksu zawrzeć można w dwóch sentencjach: „Dobro chorego najwyższym prawem” oraz „pomagając lekarzom, służymy choremu”. KEL ukierunkowany jest na pacjenta i ma mu zapewnić poczucie bezpieczeństwa, w mniejszym stopniu zajmuje się wewnętrznymi sprawami środowiska. Jego treść zabezpiecza prawa pacjenta w spotkaniu z lekarzem, który to pracować ma sumiennie, poświęcić czas na badanie, przeciwdziałać cierpieniu i leczyć zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, co umożliwi wywalczone przez samorząd wpisywanie na receptach nazw międzynarodowych leków.

**Konferencja prasowa w NIL:
„Kodeks etyki lekarskiej – podstawy i cele”**

Prezes NRL uzasadnił również dobrem chorego klauzulę sumienia: „Uzyskanie pomocy od lekarza, który robi coś wbrew sobie, nie jest racjonalne. Jednak lekarz w takiej sytuacji musi wskazać pacjentowi inną możliwość leczenia”. Obowiązkiem lekarza jest także informowanie pacjenta o metodach leczenia. Jeśli zdarzy się jakiś błąd, powinien jak najszybciej powiedzieć o nim choremu. „Lekarze są tylko ludźmi, pomyłki zdarzały się i będą się zdarzać; najczęściej mają charakter nieumyślny, ale Kodeks zobowiązuje lekarza do informowania o nich”. – zastrzegł prezes NRL.

„Kodeks nie jest rozprawą filozoficzną, tylko zbiorem praktycznych zasad będących podstawą odpowiedzialności zawodowej, a więc muszą one być sformułowane w sposób zrozumiały dla osób, które podlegają tej odpowiedzialności. Ważne jest, jak te przepisy są stosowane w praktyce. Ich doprecyzowaniu służy również wykładnia w postaci stanowisk i uchwał samorządu, opinii Komisji Etyki NRL, orzeczeń sądów lekarskich czy Trybunału Konstytucyjnego” – wyjaśniał wiceprezes NRL: „Dla przykładu, Trybunał Konstytucyjny uznał, że przepis w Kodeksie regulujący wyrażanie opinii lekarza o pracy innego lekarza jest potrzebny. Przychylił się jednocześnie do amerykańskiej wykładni dyskredytowania, według której trzeba wykazać, że u podstaw takiego działania stoi zła intencja. Wcześniej sądy lekarskie stosowały wykładnię brytyjską, zgodnie z którą samo szkodliwe sformułowanie szkodzi osobie, której dotyczy”. Prezes NRL zaznaczył, że krytyka oparta na rzetelnych faktach jest możliwa: „Dyskredytacji mówimy nie. KEL musi chronić pacjentów przed informacjami nie do końca sprawdzonymi, sensacyjnymi, by nie narażać ich na nieuzasadnione wątpliwości lub brak poczucia bezpieczeństwa”.

Wiceprezes NRL zapewnił też, że Kodeks dokładnie reguluje związki lekarza z przemysłem farmaceutycznym: „To bardzo istotne, ponieważ badanie opinii środowiska przeprowadzone przez NIL i Polską Akademię Nauk wykazało, że w 2012 r. 37 proc. lekarzy doświadczyło nacisków ekonomicznych lub administracyjnych ze strony przemysłu farmaceutycznego”.

Europejska etyka

Prezes NRL, broniąc Kodeksu w obecnym brzmieniu, zaznaczył także, że badanie przeprowadzone przez Stały Komitet Lekarzy Europejskich (CPME) wskazuje, że struktura i poszczególne zapisy KEL są bardzo podobne do zapisów innych kodeksów europejskich: „Kodeksy etyki lekarskiej tworzone są przez środowiska medyczne na całym świecie. To dokumenty, które mają za zadanie określać normy etyczne odnoszące się do działań lekarzy, praw pacjentów, wzajemnych stosunków między lekarzami oraz współpracy lekarzy z instytucjami i firmami zewnętrznymi. Stanowią one uzupełnienie prawnych regulacji dotyczących wykonywania zawodu. Kodeksy mają także na celu wskazywanie norm etycznych w perspektywie zmieniającej się rzeczywistości, wynikającej z rozwoju medycyny i większej dostępności pacjentów do służby zdrowia” – tłumaczył Maciej Hamankiewicz.

Oczywiście istnieją też różnice; chociażby w strukturze kodeksów – dla porównania, polski kodeks zawiera 87 artykułów, francuski – 75, niemiecki – 35, a włoski – 112, jednak ich przesłania są zbieżne. Należy również zaznaczyć, że dzięki inicjatywie środowiska lekarskiego przeniesionej na polskich europarlamentarzystów, polskie zapisy o klauzuli sumienia wykorzystane zostały w rezolucji parlamentu europejskiego.

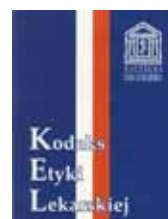


Fot. NIL/Milena Kruszewska

„Kodeks etyki lekarskiej nie wymaga poprawek” – twierdzili zgodnie (od prawej) dr n. med. Maciej Hamankiewicz – prezes NRL i dr hab. n. med. Romuald Krajewski – wiceprezes NRL.

”

Najbardziej etyczny lekarz, jeżeli nie będzie miał zapewnionych odpowiednich warunków wykonywania zawodu, nie będzie mógł kierować pacjentów na badania ani stosować nowoczesnych metod diagnostycznych, za to zostanie obciążony masą obowiązków biurokratycznych, a w kolejce do niego czekać będzie kilkadziesiąt słusznie zniecierpliwionych osób – nie zapewni dobrej jakości leczenia i poczucia bezpieczeństwa wchodzącemu do gabinetu pacjentowi



Maciej Hamankiewicz

“



„Zmiana zapisów w Kodeksie etyki lekarskiej nie uzdrowi ochrony zdrowia” – przekonywał dziennikarzy wiceprezes NRL.



Z kart historii

Podczas konferencji przedstawiona została również długa historia polskiego KEL, wskazująca na silne zainteresowanie środowiska lekarskiego zagadnieniami etyki. Kodeksy etyki lekarskiej zaczęły kształtować się już w XIX wieku jako rozwinięcie zasad etycznych przysięgi Hipokratesa. Za pierwszy Kodeks etyki lekarskiej powstały na ziemiach polskich uznaje się „Uchwały Towarzystwa Lekarzy galicyjskich w przedmiocie obowiązków lekarzy względem swych kolegów i zawodu lekarskiego w ogóle”, ogłoszone drukiem w 1876 roku w zaborze austriackim. Dokument ewoluował i właściwy kształt przybrał w 1936 roku. W okresie PRL rozwiązano działalność izb lekarskich w Polsce i na kilkanaście lat zniesiono obowiązywanie Kodeksu etyki lekarskiej. W latach 60. nad zbiorem zasad etycznych pracowało Polskie Towarzystwo Lekarskie. Działanie izb i obowiązywanie KEL przywrócono dopiero w 1989 roku. Kodeks etyki lekarskiej został przyjęty przez Krajowy Zjazd Lekarzy w 1991 roku i od tego czasu był dwukrotnie nowelizowany: w 1993 roku na III Krajowym Zjeździe Lekarzy oraz w 2003 roku na Nadzwyczajnym VII Krajowym Zjeździe Lekarzy.

19 czerwca br. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej odbyło się spotkanie z okazji 20-lecia ostatecznego uchwalenia Kodeksu etyki lekarskiej. Podczas spotkania zespół redakcyjny KEL w składzie: prof. Zbigniew Chłap, dr Wanda Terlecka, dr Stanisław Wencelis, podjął stanowisko, w którym podkreśla: „Z perspektywy ponad dwudziestolecia stwierdzamy, iż Kodeks etyki lekarskiej zawiera podstawowe zapisy etyczno-deontologiczne o trwałych i nie do przecenienia wartościach”.

Minister listy pisze...

24 maja br. minister zdrowia opublikował w Gazecie Wyborczej „List do Przyjaciół Lekarzy”. „W liście minister wyraził chęć wprowadzenia własnych zmian do KEL. Wychodząc z założenia, że system jest wspaniały, tylko lekarze tak straszliwie błędzą i go psują, zaproponował zmianę przepisów. Nie jest to oczywiście możliwe, bo Kodeks jest uchwalany przez samorząd lekarski” – zaznaczył prezes NRL.

Mimo wszystko przy resorcie powołana została Komisja ds. etyki w ochronie zdrowia. Jej przewodniczącym został wi-

ceminister zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki. W jej skład weszli także prof. Paweł Luków (UW), prof. Barbara Chyrowicz (KUL), dr Dorota Karkowska (UŁ), prof. Jan Hartman (UJ), dr Joanna Różyńska, (UW), prof. Eleonora Zielińska (UW) oraz Jakub Bydłoń z Departamentu Dialogu Społecznego w Ministerstwie Zdrowia. W czerwcu, w piśmie do ministra zdrowia prezes NRL poprosił o informację, czy i w jakim stopniu przedstawione przez prof. Jana Hartmana tezy odzwierciedlają poglądy ministra oraz Komisji ds. etyki w ochronie zdrowia, która jest organem pomocniczym ministra. Zwrócił się także z prośbą o przedstawienie planów ministerstwa w zakresie działalności komisji i udziału samorządu lekarskiego w tych pracach.

W odpowiedzi wiceminister zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki (przewodniczący komisji) poinformował, że komisja nie była powoływana do wykonywania zadań przynależnych samorządowi lekarskiemu, lecz koncentrować się ma na wyrażeniu opinii w sprawach konkretnych problemów etycznych występujących w ochronie zdrowia, w szczególności w zakresie stosowania nowych procedur medycznych oraz wykonywania zawodów medycznych. Zaznaczył, że indywidualne wypowiedzi publicznie poszczególnych członków komisji nie mogą być traktowane jako stanowisko ministra zdrowia czy komisji. Dodał także, że jednogłośnie przyjęta została uchwała zakładająca „dopraszanie” do udziału w pracach tego gremium, w charakterze ekspertów, m.in. przedstawicieli samorządu lekarskiego.

Prezes NRL z radością przyjął te słowa, czego nie ukrywał podczas konferencji: „Po głębokim przemyśleniu sprawy, szef resortu odstąpił od pomysłu narzucenia czegokolwiek lekarzom w zakresie KEL. W liście skierowanym na nasze ręce wyraźnie zaznaczył, że komisja powołana przy ministrze zdrowia nie będzie zajmowała się sprawą Kodeksu”. W liście „Do Przyjaciół Lekarzy” minister zdrowia pisał: „Etycy mówią, że słaby kodeks działa jak tarcza – można się nim zasłaniać, żeby „być w porządku”. Natomiast dobry kodeks jest jak ostroga – pobudza do etycznej refleksji i etycznego działania”. Samorząd lekarski, pozostając otwartym na merytoryczną dyskusję, podkreśla – Kodeks etyki lekarskiej jest dobry.

Milena Kruszewska

Autorka pracuje w Biurze Rzecznika Prasowego NIL.

„Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę”

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Informujemy, że rozpoczął się projekt pt. „Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę”.

Do udziału w szkoleniach zapraszamy lekarzy i lekarzy dentyistów z całej Polski w wieku do 35 roku życia i w trakcie specjalizacji. W celu ułatwienia i urozmaicenia młodym medykom udziału w szkoleniach umożliwiamy im zapisywanie się na nie w dowolnie wybranym przez nich miejscu i czasie. Informacje szczegółowe można uzyskać w Biurze projektu w Warszawie przy ul. Sobieskiego 110 (tel. 22 558 80 47, e-mail: mlodylekarz@hipokrates.org) oraz na stronie www.mlodylekarz.org – w zakładce „Aktualności” znajdują się terminy najbliższych

szkoleń. (Harmonogram szkoleń dostępny także na stronie DIL/zakładka Konferencje i szkolenia).

Projekt jest realizowany na podstawie umowy z ministerstwem zdrowia nr POKL.02.03.03-00-007/12-00. Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wiceminister zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki poinformował 9 sierpnia br. prezesa NRL Macieja Hamankiewicza o wysłaniu do wojewodów przez wiceministra pisma zawierającego prośbę o zachęcenie jednostek, w których lekarze odbywają staż oraz specjalizacje do umożliwienia lekarzom udziału w szkoleniach przeprowadzanych w ramach projektu.

dr n. med. Maciej Hamankiewicz
prezes Naczelnej Rady Lekarskiej



Dr n. med. Anna Orońska
specjalista anestezjologii i intensywnej terapii,
specjalista medycyny paliatywnej. Konsultant
wojewódzki ds. medycyny paliatywnej dla województwa
dolnośląskiego. Emerytowany pracownik naukowo-
dydaktyczny Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.
Wieloletni kierownik, obecnie konsultant ośrodka
medycyny paliatywnej przy DCO we Wrocławiu. Zastępca
Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej DIL.

bioetyka
Kodeks
etyki lekarskiej

Ministerstwo
Zdrowia



NIEDOSKONAŁY, ALE POTRZEBNY

*Rzecz o Kodeksie etyki lekarskiej
i bioetyce we współczesnej
medycynie*



Kodeks etyki lekarskiej na cenzurowanym

W ostatnich tygodniach rozgorzała dyskusja na temat Kodeksu etyki lekarskiej, głównie za sprawą wypowiedzi prof. Jana Hartmana krytykującego KEL w sposób kpiący i ironiczny. Kierownik Zakładu Filozofii i Bioetyki CM UJ oraz członek powołanej przez ministra zdrowia Komisji ds. etyki w ochronie zdrowia deprecjonuje autorów Kodeksu: „Pisali go najpewniej lekarze, którzy na studiach bioetyki nie uczyli się wcale”. Uwaga ta jest wysoce obraźliwa. Świadczy o tym, że profesor nie zna osób, które ten dokument opracowały... Twierdzenie jakoby kodeksy etyczne stanowiły „tarczę i alibi” dla oportunistów uznać należy za nieuzasadnione. Równie bezzasadna, a nadto krzywdząca, jest według mnie następu-

”

Co prawda nie zgadzam się z większością zarzutów prof. Hartmana wobec KEL, ale nie uważam też, by rację mieli członkowie NIL, którzy uważają, że Kodeks nie wymaga żadnych zmian. Otóż moim zdaniem wymaga, i to z bardzo prostej przyczyny – niedługo minie 10 lat od jego ostatniej nowelizacji. Nie chodzi nawet o to, że pojawiły się nowe problemy bioetyczne – KEL zajmuje już np. stanowisko w sprawie klonowania, ale w tzw. międzyczasie opublikowane zostały nowe akty prawne, przede wszystkim ustawa o prawach pacjenta z 2009 r., która szczegółowo reguluje wiele problemów dot. relacji lekarz – pacjent, oraz ustawa o dokumentacji medycznej.

“

jąca opinia: „Aktualny, opublikowany w 2004 r. Kodeks to mieszanina mowy-trawy oraz ekspresji różnych korporacyjnych fobii, urazów i zakłęb, nieudolna próba połączenia dwóch zasad – dobra pacjenta i dobra korporacji”. Powyższe zdania nie zawierają żadnej merytorycznej oceny, tylko epitety. Nie wiem, dlaczego prof. Hartman zakłada, że dobro pacjentów i dobro „korporacji” tj. lekarzy muszą być ze sobą sprzeczne – to założenie z gruntu fałszywe. Mija się z prawdą teza, że „najsilniej chronioną wartością jest prestiż zawodu i dyskrekcja w sprawach nadużyć”. Rzeczywiście, Kodeks przestrzega przed „publicznym dyskredytowaniem kolegów”. Przypomnę znaczenie słowa „dyskredytowanie”: według słownika wyrazów obcych W. Kopalińskiego to „podważać zaufanie, pomniejszać autorytet, psuć opinie, kompromitować”. A to nie to samo, co słusznie krytykować. Wszyscy wiemy, jak łatwo jest w ten sposób skrzywdzić daną osobę, na co dzień czynią to media i niektórzy politycy. Przykre, że profesor – etyk i filozof uważa, iż taka powinna być norma w stosunkach międzyludzkich... Zdaniem prof. Hartmana nie tylko lekarze, ale i członkowie samorządu lekarskiego negują możliwość krytykowania kolegi/koleżanki po fachu. Jako zastępca Rzecz-

nika Odpowiedzialności Zawodowej mogą zapewnić, że krytyka (często posiadająca znamiona dyskredytacji) zdarza się, co obrazują następujące cytaty: „Co za idiota leczył Pana dotąd?”, „Gdyby syn trafił do mnie wcześniej, żyłby”. Pominę kpiny prof. Hartmana z zawartego w przyrzeczeniu lekarskich słowa „Mistrz”. Rozumiem, że profesor mistrzów nie uznaje...

Co prawda nie zgadzam się z większością zarzutów prof. Hartmana wobec KEL, ale nie uważam też, by rację mieli członkowie NIL, którzy uważają, że Kodeks nie wymaga żadnych zmian. Otóż moim zdaniem wymaga, i to z bardzo prostej przyczyny – niedługo minie 10 lat od jego ostatniej nowelizacji. Nie chodzi nawet o to, że pojawiły się nowe problemy bioetyczne – KEL zajmuje już np. stanowisko w sprawie klonowania, ale w tzw. międzyczasie opublikowane zostały nowe akty prawne, przede wszystkim ustawa o prawach pacjenta z 2009 r., która szczegółowo reguluje wiele problemów dot. relacji lekarz – pacjent, oraz ustawa o dokumentacji medycznej.

Zarzuty prof. Hartmana wobec KEL opatrzone komentarzem

Art. 1 pkt 1: „zasady etyki lekarskiej wynikają z ogólnych zasad etycznych”. Hartman wyśmiewa to sformułowanie: „Toż to tylko taka sobie mowa, wiesz, dla picu...”. Być może należałoby ten punkt rozszerzyć, ale w komentarzach do KEL znajdują się wyjaśnienia, że opiera się na etyce personalistycznej, środkowoeuropejskiej tradycji moralnej i jest zgodny z kodeksami innych państw UE. U jego podstawy leży tzw. „virtue ethic”, czyli etyka cnót (etyka dobrego charakteru, dobrych motywów i intencji podmiotu wywodząca się od Arystotelesa). Może rzeczywiście warto ten fakt wyartykułować. Jest to tym ważniejsze, że w XX wieku w niektórych kręgach etyczno-filozoficznych popularność zdobywać zaczęła tzw. „etyka utylitarystyczna”, reprezentowana m.in. przez Singera. Dla większości lekarzy jest ona nie do zaakceptowania w cywilizowanym społeczeństwie, a zwłaszcza w medycynie. KEL ma chronić przed pokusami opierania na etyce utylitarystycznej (np. prawodawstwa), co już miało niestety miejsce w tragicznej przeszłości i ciągle nam grozi. Mnie osobiście brakuje w części ogólnej odniesienia do 4 podstawowych wartości etycznych w medycynie: autonomii, czynienia dobra, nieczynienia zła i sprawiedliwości (Bauchamps i Childress).

Art. 13: prof. Hartman krytykuje sformułowanie związane z prawem pacjenta „do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia”. W mojej ocenie myśl ta obrazuje bardzo dobrze charakter relacji lekarz – pacjent oparty na partnerstwie. Hartman nie ma racji, twierdząc, że to pacjent (i tylko pacjent) decyduje, czy dana czynność lecznicza zostanie wykonana. Oczywiście, chory ma prawo nie wyrazić zgody na proponowany sposób leczenia (mówi o tym art. 15), ale nie może żądać leczenia, które jest nieadekwatne do jego stanu zdrowia. Lekarz ma prawo, a nawet obowiązek, przekonywać pacjenta do najwłaściwszego dla niego sposobu leczenia. Zarówno art. 12, jak 13 i 15 szczegółowo omawiają, jak ta współpraca lekarza i pacjenta w procesie podejmowania decyzji ma wyglądać. Art. 12 określa, w jaki sposób lekarz ma traktować pacjenta, podkreśla też wagę zaufania pacjenta do lekarza.



Art. 15: zapis tego artykułu wydaje się być obecnie dość problematyczny. Zgodnie z obowiązującym prawem pojęcie „opiekuna faktycznego” przy wyrażaniu zgody na leczenie np. pacjenta nieprzytomnego nie istnieje – jeśli pacjent nie jest ubezwłasnowolniony, wymagana jest zgoda sądu opiekuńczego. W opinii wielu lekarzy zapis ustawy jest tu bardzo niekorzystny i zmianie powinna ulec ustawa, a nie KEL. To temat do dyskusji. Hartman nie zgadza się z pkt. 3, który dopuszcza wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego bez zgody pacjenta w przypadkach nagłych. Rozumiem, że koresponduje to z poglądem, iż nie należy ratować samobójców... Jak sądzę dla większości lekarzy takie podejście jest nie do przyjęcia. Uniemożliwiłoby to leczenie nieprzytomnych ofiar wypadków drogowych, przeprowadzanie resuscytacji w przypadkach n.z.k na ulicy, leczenie chorych, którzy nagle utracili przytomność.

Art. 21: „błąd lekarski” trzeba udowodnić. Określenie „poważna pomyłka” jest tu jak najbardziej adekwatne.

Art. 22: Nie rozumiem zastrzeżeń profesora. Co to znaczy, że kryteria medyczne mają pozamedyczny komponent? Jeśli myśli o łąpówkach, to właśnie ten artykuł przed tym przestrzega.

Art. 24: określa warunki, kiedy informacja o pacjencie może być przekazana innemu lekarzowi („jeżeli jest to niezbędne do dalszego leczenia”). Zapis ten według prof. Hartmana narusza autonomię pacjenta, ponieważ pozbawiony jest zastrzeżenia, że chory musi wyrazić na to zgodę. Moim zdaniem nieprzekazanie takich informacji (co niestety się zdarza: nieprecyzyjne rozpoznania na skierowaniach, brak dołączonej dokumentacji z dotychczasowego leczenia) jest sprzeczne z etyką lekarską.

Art. 39: nie odnosi się do prawa do aborcji (Hartman zarzuca autorom Kodeksu pominięcie tego wątku), tylko do konieczności troski o życie i zdrowie płodu w czasie leczenia matki. Problem aborcji reguluje prawo. Prawna dopuszczalność (w określonych sytuacjach) aborcji nie wyklucza dbania o zdrowie nienarodzonego dziecka podczas leczenia ciężarnej kobiety. Ironia profesora jest w tym przypadku zupełnie nieuzasadniona.

Problemy dotyczące eksperymentów medycznych są uregulowane odrębnymi przepisami i KEL nie jest z nimi sprzeczny. W swojej krytyce prof. Hartman nie zauważa, że jest tu mowa o 2 rodzajach eksperymentu – badawczym i leczniczym (terapeutycznym). Być może rzeczywiście zbędny jest art. mówiący o eksperymentach na żołnierzach. W tej kwestii powinni wypowiedzieć się prawnicy. Zastrzeżenia dotyczące kontaktów z firmami farmaceutycznymi pozostają dla mnie niejasne, ponieważ zapisy KEL są zgodne z obowiązującym prawem.

Między teorią a praktyką – etyczne konkluzje

Prof. Hartman formułował zarzuty wobec KEL z perspektywy teoretyka. Jego spojrzenie siłą rzeczy odbiega zatem od punktu widzenia lekarza – praktyka. Nie ulega wątpliwości, że etyk z Krakowa patrzy inaczej na problemy, z którymi styka się lekarz w swojej pracy...

To, że KEL został napisany przez doświadczonych medyków (często też, wbrew sugestii prof. Hartmana, mających

solidne wykształcenie bioetyczne) jest jego wielką zaletą. Uwagi profesora tylko potwierdzają tę słuszną zasadę. Treść KEL powinna stać się przedmiotem dyskusji, a niektóre zapisy tego dokumentu dookreślone – nie neguję tego. Należy jednak podkreślić, że zasady etyczne nie mogą automatycznie podporządkowywać się prawu – to stanowione prawo powinno respektować zasady etyczne. Zadbać należy o to, by nie były one ze sobą sprzeczne.

Moim zdaniem pewną niedoskonałością obecnego Kodeksu jest traktowanie zawodu lekarza jako w pełni wolnej profesji:

Art. 4: w celu wypełnienia swoich obowiązków lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną.

”

Treść KEL powinna stać się przedmiotem dyskusji, a niektóre zapisy tego dokumentu dookreślone – nie neguję tego. Należy jednak podkreślić, że zasady etyczne nie mogą automatycznie podporządkowywać się prawu – to stanowione prawo powinno respektować zasady etyczne. Zadbać należy o to, by nie były one ze sobą sprzeczne.

Gdy uczę lekarzy (np. na kursach do specjalizacji) zasad komunikacji, słyszę często: „A mój ordynator nie pozwala na rozmowy ani z pacjentami ani ich rodzinami”. Podobne uwagi zgłaszali mi niegdyś studenci, dla których prowadziłam szkolenia. Ich jakość odgrywa niebagatelną rolę w kształtowaniu postaw etycznych. Na jednym ze szkoleń odbywającym się w Izbie uczono nas głównie zasad asertywności – kolegom się to nawet podobało, a dla mnie była to prosta droga do popadnięcia w konflikt z KEL.

“

Art. 6: lekarz ma swobodę wyboru w zakresie postępowania, które uważa za najskuteczniejsze. Ograniczenia nakładane przez NFZ i Ministerstwo Zdrowia (świadczenia gwarantowane) po prostu to uniemożliwiają. Problem ten powinien zostać w KEL wyartykułowany. Niestety, Kodeks nie broni lekarza przed roszczeniami np. NFZ, ponieważ w rozumieniu konstytucji nie jest aktem normatywnym. Jednak zgodnie z orzeczeniami Trybunału Konstytucyjnego zasady zawarte w KEL nie mogą być pomijane w procesie stosowania prawa, są one bowiem normami etycznymi inkorporowanymi do systemu obowiązującego prawa przez ustawę o izbach lekarskich. Żeby było jasne: nie uważam, że „koszyk świadczeń gwarantowanych” czy zasady refundacji



leków są nieetyczne (często wysuwane przez lekarzy zastrzeżenia). Rzeczywiście. KEL może nasuwać taki wniosek, ale zapominamy, że jedną z 4 podstawowych zasad etycznych w medycynie jest zasada sprawiedliwości, co oznacza też sprawiedliwość przy rozdziale dostępnych środków.

Jako zastępca Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej pragnę zapewnić Czytelników, że KEL w kilku punktach lepiej chroni prawa pacjenta niż prawodawstwo karne czy cywilne (to odpowiedź na zarzuty podsekretarza stanu z MZ Igora Radziejewicza-Winnickiego). Sąd lekarski może ukarać lekarza, którego sąd powszechny uniewinnił. Dotyczy to najczęściej zarzutu z art. 8: „lekarz powinien przeprowadzić wszelkie postępowania diagnostyczne z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas”. W postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej prowadzonym przez właściwe organy Izby (w przeciwieństwie do postępowań prowadzonych przez organy ścigania i sądy powszechne) nie ma konieczności dowodzenia związku między działaniem lub zaniechaniem działania, a wystąpieniem skutku w postaci spowodowania bezpośredniego zagrożenia życia, zdrowia bądź uszczerbku na zdrowiu. Sam brak zachowania należytej staranności w podejmowanych działaniach medycznych jest podstawą do uznania takiego postępowania za niezgodne z obowiązującymi normami etycznymi, a także przepisami regulującymi wykonywanie zawodu lekarza, co w konsekwencji stanowi przesłankę do uznania, iż mamy do czynienia z przewinieniem zawodowym. Dla przykładu – niewykonanie badania TK u nieprzytomnego pacjenta po urazie czaszki jest podstawą do postawienia zarzutów. Podobnie w chętnie nagłaśnianej przez media sprawie lekarzy będących pod wpływem alkoholu podczas wykonywania czynności lekarskich: sąd powszechny musi udowodnić, że któremuś z pacjentów stała się krzywda. Dla sądu lekarskiego wystarczające jest przekroczenie art. 64 KEL: „W czasie wykonywania swej pracy lekarz musi zachować trzeźwość i nie podlegać działaniu jakichkolwiek środków uzależniających”. Kodeks pozwala też na ukaranie lekarza za niewłaściwe, niegrzeczne zachowanie wobec pacjenta i jego rodziny.

Art. 12: lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności.

Art. 19: lekarz powinien odnosić się ze zrozumieniem do osób bliskich choremu wyrażających wobec lekarza obawy o zdrowie i życie chorego. Aspekt komunikacji lekarz-pacjent został w KEL dość wyraźnie wyartykułowany. Mówią o niej pośrednio lub bezpośrednio art.: 7, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 36, 38, 43, 51, 51h. Rolę właściwej komunikacji lekarza z pacjentem zaczynamy coraz bardziej doceniać. NIL przy wsparciu Ministerstwa Zdrowia i funduszy unijnych rozpoczyna szeroko zakrojone szkolenia w tym zakresie. Pytanie, dlaczego zostały one skierowane wyłącznie do lekarzy, którzy nie przekroczyli 35 roku życia? Z moich obserwacji wynika, że problem z właściwą komunikacją mają właśnie starsi lekarze, przyzwyczajeni do paternalistycznego podejścia do pacjenta. Przykład pierwszy z brzegu: ordynator zwymyślał asystenta za to, że ten powiedział pacjentowi o rozpoznanej u niego chorobie nowotworowej. Rodzina prosiła wcześniej ordynatora, by chorego o tym nie informować. Gdy uczył lekarzy (np. na kursach do specjalizacji) zasad komunikacji, słyszę często: „A mój ordynator nie pozwala na rozmowy ani z pacjentami ani ich rodzinami!”. Podobne uwagi zgłasza mi

niegdyś studenci, dla których prowadziłam szkolenia. Ich jakość odgrywa niebagatelną rolę w kształtowaniu postaw etycznych. Na jednym ze szkoleń odbywającym się w Izbie uczono nas głównie zasad asertywności – kolegom się to nawet podobało, a dla mnie była to prosta droga do popadnięcia w konflikt z KEL.

Bioetyka a Kodeks etyki lekarskiej

Przyznam szczerze, że nie rozumiem, dlaczego prof. Hartman sytuuje KEL i bioetykę na przeciwległych biegunach. I jedno i drugie jest bardzo potrzebne. Nie jest prawdą, że w polskiej medycynie nie ma zainteresowania bioetyką. Na portalu www.mp.pl można znaleźć dziesiątki artykułów na ten temat, sprawozdania z konferencji i sympozjów. Podczas większości kongresów medycznych przynajmniej jedna sesja poświęcona jest temu zagadnieniu. Na uczelniach, w ramach studiów podyplomowych, prowadzone są zajęcia z zakresu bioetyki. W tym roku Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego we współpracy z Wydziałem Lekarskim Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu uruchomiły nowy kierunek „Prawo medyczne i Bioetyka”.

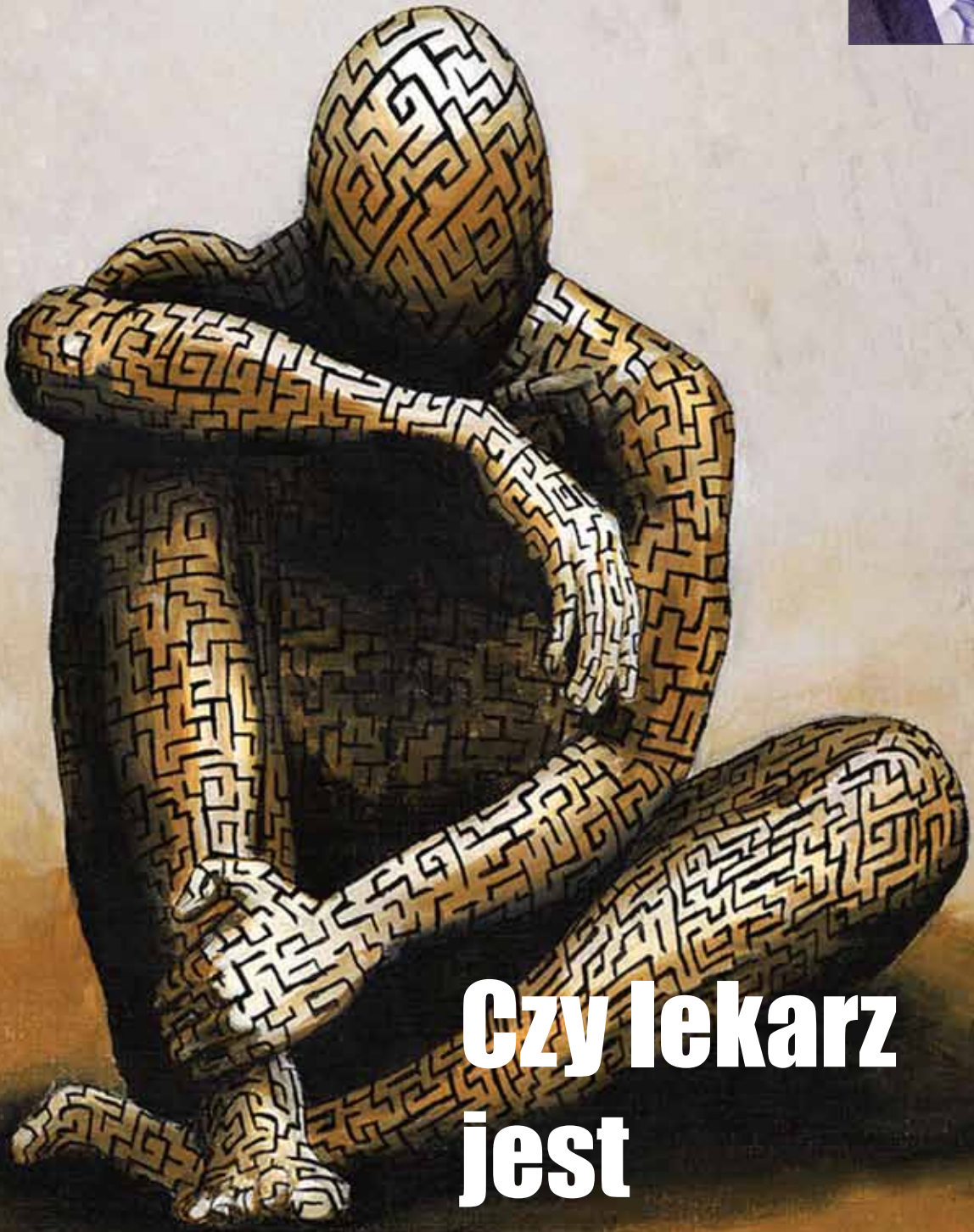
Niestety w Polsce wciąż brakuje ustawy bioetycznej. Jej uchwalenie jest wyjątkowo trudne, ponieważ jako ustawa musi uzyskać konsensus polityczny posłów o różnej orientacji światopoglądowej, co w chwili obecnej nie wydaje się możliwe. Zdaniem wielu decydentów (tak przynajmniej wynika z przekazów medialnych) ustawa bioetyczna to przede wszystkim problem aborcji i in vitro. A przecież bioetyka dotyczy całego życia ludzkiego. Uregulowanie, a przynajmniej opisanie problemów bioetycznych wydaje się bardzo trudne, uzyskanie zaś konsensusu politycznego karkołomne. Projekt ustawy bioetycznej autorstwa Jarosława Gowina, który od kilku lat nie może ujrzeć światła dziennego, jest tego najlepszym przykładem. Polska nie ratyfikowała również konwencji bioetycznej Rady Europy (zainteresowanych tym tematem odsyłam do strony: <http://www.mp.pl/etyka/?aid=30361>).

Kodeks etyki lekarskiej spełnia inną rolę niż ustawa bioetyczna – jest praktycznym zbiorem zasad obowiązujących lekarza. KEL został uchwalony przez samorząd lekarski, oczywiście w jego redagowaniu powinni uczestniczyć etycy i prawnicy – ale nie politycy!

Kodeks wymaga pewnego doprecyzowania. Może rzeczywiście nadszedł odpowiedni czas ku temu? Warto wsłuchać się w dyskusję nad KEL, podjął ją nie tylko prof. Hartman, ale wcześniej na łamach Medycyny Praktycznej ks. prof. Andrzej Muszala – bioetyk. Ta debata, skoncentrowana na interpretacji poszczególnych artykułów, jest przez lekarzy-ekspertów kontynuowana. Wszelkich zmian nie należy dokonywać w pośpiechu. Nie wolno nam z Kodeksu zrezygnować ani też, jak sugeruje prof. Hartman, wyrzucić obecnego dokumentu do kosza. KEL jest bardzo przydatny! Jako lekarz praktyk, zastępca Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i emerytowany nauczyciel akademicki optuję za upowszechnianiem jego treści w środowisku lekarskim, bo wiedza medyków w tej materii wydaje się być niewystarczająca. Głosy krytyczne (merytoryczne, nie zaś ironiczne) ws. Kodeksu są bardzo cenne. Jestem pewna, że samorząd lekarski potraktuje je poważnie.

Dr n. med. Włodzimierz Bednorz

specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych i diabetologii,
członek Komisji Bioetycznej w obecnej kadencji.
Współorganizator dolnośląskiego samorządu lekarskiego.
Przewodniczący Dolnośląskiej Rady Lekarskiej w latach
1991-2001, były: sędzia Naczelnego Sądu Lekarskiego,
wiceprezes NRL i członek Komisji Etyki NRL.



Czy lekarz jest bioetyczny?



Historyczne tło narodzin bioetyki

Co to jest bioetyka? Czym różni się od „normalnej”, starej etyki? Takie pytania zadaje wielu lekarzy na różnych konferencjach naukowych. Sesje bioetyczne i prawne cieszą się bardzo dużym zainteresowaniem na poważnych zjazdach naukowych. Zdarza się często, ku zaskoczeniu organizatorów naukowych spotkań, że frekwencja na wykładach dotyczących bioetyki jest znacznie wyższa niż na tych, które pozostają w ścisłym związku z tematem przewodnim zjazdu. Czy Hipokrates był bioetykiem?

Bioetyka rozwinęła się kilkadziesiąt lat temu. Narodziny tej dyscypliny były odpowiedzią na zagrożenia, jakie dla naturalnego środowiska naszej planety niósł ze sobą burzliwy rozwój genetyki. Możliwość ingerowania w rozwój organizmów żywych oraz modyfikowania genów roślin i zwierząt budziła powszechne obawy. Obszar zainteresowań bioetyki – nauki interdyscyplinarnej – jest jednak znacznie szerszy. Dziedzina ta zajmuje się także problemami transplantacji narządów, definicjami śmierci, badaniami naukowymi na organizmach żywych (np. osobne Komisje Bioetyczne dla ludzi i zwierząt).

Z powodu wielości norm etycznych i moralnych we współczesnym świecie konieczne było znalezienie wspólnego kryterium moralnego praw człowieka – zostało ono sformułowane w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka: „Wszystkie istoty ludzkie rodzą się wolne i równe w godności i prawach. Są obdarzone rozumem i sumieniem oraz powinny postępować wobec siebie w duchu braterstwa”(art.1). Większość konwencji dotyczących postępowania medycznego odwołuje się do pojęcia godności człowieka, co mieści się w tradycji etyki medycznej sięgającej czasów Hipokratesa.

Europejska Konwencja Bioetyczna

Europejska Konwencja Bioetyczna (Orwiedo, 4 kwietnia 1997 r.) precyzuje w art. 1, że będzie chronić nie tylko „godność” ale i „tożsamość oraz integralność” wszystkich istot ludzkich. Uznaje jednocześnie (art. 2) prymat jednostki wobec społeczeństwa oraz postępu nauki i techniki. Nauka, poznanie, wiedza nie mogą zatem usprawiedliwiać łamania prawa jednostki. Innymi słowy Konwencja propaguje nadrzędność godności wobec wolności.

Konwencja chroni każdego człowieka przed bezprawnym godzeniem w jego ciało, wyklucza komercjalizację ciała w całości lub części, ogranicza niewłaściwe wykorzystanie testów genetycznych (pkt 14). Dopuszcza się interwencję genetyczną „jedynie dla celów prewencyjnych, diagnostycznych lub terapeutycznych i tylko wtedy, gdy nie zmierza ona do wprowadzenia jakichkolwiek modyfikacji w genomie jakiegokolwiek potomstwa (art. 13). W protokole dodatkowym do Konwencji z 12.01.1997 r. wyraźnie sformułowano zakaz klonowania człowieka.

Postanowienia zawarte w omawianym dokumencie mają charakter bardzo ogólny, na każde państwo europejskie nałożony został obowiązek wprowadzenia szczegółowych regulacji prawnych. Ich opracowaniu i wdrożeniu – zgodnie z zaleceniami – odpowiednie konsultacje: „podstawowe problemy związane z rozwojem biologii i medycyny mogą być przedmiotem debaty publicznej, uwzględniającej zwłaszcza istotne implikacje medyczne, społeczne, ekonomiczne, etyczne, prawne tych problemów” (art. 28). Czy taką „konsultacją” był list ministra Arłukowicza do lekarzy? Czy takimi „konsultacjami” są medialne harce prof. Jana Hartmana, który dezawuuje Kodeks etyki lekarskiej?

Znawca medycyny

Kodeksy postępowania lekarskiego o podobnej strukturze i treści poszczególnych artykułów posiada większość krajów europejskich. Co kilka lat wobec nowych sytuacji medycznych i prawnych dochodzi do modyfikacji zapisów Kodeksu. W myśl orzeczenia Polskiego Trybunału Konstytucyjnego korporacja lekarska ma prawo tworzyć zespół norm etycznych obowiązujących każdego lekarza. I oto pojawia się sympatyk Ruchu Palikota z Krakowa kreujący się na naczelnego etyka kraju, który o medycynie, postępowaniu lekarskim, problemach opieki nad chorymi zarzucający lekarzom „amatorszczyznę i oportunizm” wie dokładnie wszystko. Jak się okazuje, zna się nie tylko na medycynie. W czasopiśmie Rynek Zdrowia przechwala się, że po jego świątłych uwagach znowelizowano kodeks prokuratorów. Po takich osiągnięciach nie dziwię się, że został członkiem powołanej przez ministra zdrowia Komisji ds. etyki w ochronie zdrowia. Nie widać w działaniach Pana Jana Hartmana dążenia do poprawy funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce, do refleksji nad dostosowaniem struktury ochrony zdrowia do standardów europejskich, do oceny działania Narodowego Funduszu Zdrowia. Sądzę, bardzo wiele skorzystałby jego warsztat naukowy po stażach praktycznych w charakterze pracownika SOR-u, rejestratora w przychodni lub salowego w domu opieki. Samorząd lekarski wielokrotnie wyrażał wolę spotkań na tematy merytoryczne dotyczące praw pacjentów i lekarzy w Polsce. Niestety z przyczyn nieznanych (politycznych?, ekonomicznych?, ideologicznych?, osobistych?) do takich rozmów nie dochodziło. Zamiast tego władze puszczają w bój kolejnych harcówników – panów Sandauera i Hartmana.



Wywiady i listy z etyką lekarską w tle



Dr hab. Jarosław Barański
etyk, filozof UM we Wrocławiu

W wywiadzie dla miesięcznika Rynek Zdrowia profesor Jan Hartman spuentował swoje wypowiedzi na temat medycyny, jej korporacyjności, etyki lekarskiej i Kodeksu, tudzież bioetyki, mówiąc: „Tylko przez prawdę i ekspresję, w tym również emocjonalną, można zrobić nowe otwarcie, oczyścić atmosferę. Potrzebujemy autentycznej, szczerzej awantury wokół medycyny”. Ani szczerzej rozmowy o etyce lekarskiej, ani autentyczności dyskusji nie ma – oprócz emocji i ekspresji. Jest za to awantura o Hartmana. To już druga. Pierwsza była o Basię.



Atmosfera

Nie jestem skory do publicystycznego języka, który sprzyja pochopności sądów i porywczosci opinii. Tuszę zaś (mam nadzieję), że sens da się wypowiedzieć bez gniewu. Dlatego też obawiam się sanacji myśli, zazwyczaj kierującej się jednym wystarczającym kryterium – poprawnością ideologiczną, a ta, jeśli nie znajdzie posłuchu, w zacierzowanie się obraca. Stąd zapewne biorą się ekspresywne prowokacje ideowe, widowiskowe i medialne, a co najważniejsze – zyskujące polityczną obecność, ale również czyniące duszną atmosferę dysput.

Tezy profesora Hartmana odnoszące się do słabości zapisów Kodeksu etyki lekarskiej znane są od lat i nie są wyłącznie jego własnymi. Podzielane są przez wielu etyków i bioetyków. Gdy jednak profesor Hartman ubrał owe tezy w niewysmakowane figury publicystyczne, okraślił przaśnością dosadnych słów, a przede wszystkim – i to jest tutaj najistotniejsze – zaadresował je do środowiska lekarskiego en bloc, wzbudził tym uzasadnione oburzenie. Zareagował prezes NRL, pisząc do rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego: „Pragnę podkreślić, że nie boli krytyka, ponieważ jesteśmy otwarci na zmiany i doprecyzowywanie najróżniejszych przepisów, które regulują pracę lekarzy, ale boją wypowiedzi w formie uwłaczającej godności naszego zawodu i tysięcy wspaniałe pracujących lekarzy, na co dzień z trudem ratujących zdrowie i życie ludzi”.

Rektor UJ przychylił się do oceny prezesa NRL: „Zauważam potrzebę merytorycznej dyskusji nad Kodeksem etyki lekarskiej, jednak forma wypowiedzi Profesora Hartmana budzi sprzeciw i oburzenie, gdyż odwraca uwagę od rzeczywistego problemu. Mając jednak na względzie fakt, że prof. dr hab. Jan Hartman jest nauczycielem akademickim, który ma wpływ na kształcenie studentów, a forma wypowiedzi zaprezentowana we wspomnianym wywiadzie budzi zastrzeżenia, pragnę zapewnić, że zostanie On poinformowany, by zabierając głos w sprawach doniosłych społecznie, kierował się zasadami ujętymi w Kodeksie dobrych praktyk w szkołach wyższych z 2007 r., w tym zasadą bezstronności i obiektywizmu oraz dbałością o dobre imię Uniwersytetu Jagiellońskiego”.

Zaprawdę nie można spodziewać się innej reakcji, jak i zakwestionować to oburzenie (notabene ekspresję), jeśli lekarz dowiadyuje się o sobie, że żyje w krainie bufonady i hipokryzji, w której okopuje się w swoich lękach i urażonej dumie, trzęsąc się ze strachu przed odpowiedzialnością i tuląc się w ramionach korporacji w celu tuszowania swoich pomyłek. Wydaje się, że poważny błąd, jaki popełnił profesor Hartman, dając upust porywczosci sądów, polega na tym, że z dość jednostronnej i wybiórczej interpretacji zapisów kodeksowych wyprowadził rzeczywiste postępowanie lekarzy oraz przyjął, że zawarte tam normy chronią postępowanie naganne, szczególnie te, które wywołuje silną reakcję opinii publicznej.

Wtóruje temu list ministra „Do przyjaciół lekarzy”, w którym mowa jest o koniecznej potrzebie zmiany mentalności lekarzy tkwiących w okowach zмовы milczenia. Taka postawa medyków jest przeszkodą dla usunięcia wielu problemów w medycynie. Zaufanie do nich niszczy bowiem „zмова milczenia, źle pojęta zawodowa solidarność. Tymczasem brak otwartości, bagatelizowanie i ukrywanie problemów (nie mówiąc już o ich tuszowaniu) uniemożliwiają wykrycie i eliminację ich źródeł, znalezienie skutecznych rozwiązań”.

List to jednak nader niezrozumiały w intencjach, bo przecież zaczynający się od słów: „Wiele się mówi o błędach w systemie ochrony zdrowia, o zbyt niskich nakładach na leczenie i słabo wycenionych procedurach. Szukanie rozwiązań tych istotnych problemów to zadanie ministra zdrowia, rządu i parlamentu. Staramy się temu sprostać”. A powinien, szczerze i autentycznie, bez zмовы milczenia, zaczynać się od słów: „Przyznajemy się do błędów w systemie ochrony zdrowia, których skutkiem jest niedostępność świadczeń medycznych i najniższe nakłady na opiekę medyczną w Unii Europejskiej. Nie sprostaliśmy”. Nie zauważa się w nim nadto podstawowego dylematu w pracy lekarza – podejmowania działań w systemie organizacyjnej niespójności i stąd wynikającego rozproszenia odpowiedzialności, niewystarczających środków finansowych na świadczenia oraz presji rynkowej. Warto wspomnieć, że nieco wcześniej za ten stan rzeczy prezes NRL odpowiedzialnym uczynił właśnie ministra zdrowia. Ten czyni zaś odpowiedzialnym mentalność lekarzy.

Można zrozumieć apel ministra, brzmiący: „Współczesna medycyna stawia nam wyzwania natury moralnej. By im podołać, środowisko medyczne musi doskonalić się nie tylko w zakresie wiedzy i umiejętności profesjonalnych, lecz także etycznie. Musi również podjąć trud rewizji Kodeksu etyki lekarskiej, udoskonalenia go w taki sposób, by mógł być dla nas źródłem mądrości zawodowej i etycznej, a dla pacjentów – rękomią. Etycy mówią, że słaby kodeks działa jak tarcza – można się nim zasłaniać, żeby „być w porządku”. Natomiast dobry kodeks jest jak ostroga – pobudza do etycznej refleksji i etycznego działania. Liczę, że samorząd lekarski, który jest twórcą Kodeksu, podejmie to wyzwanie. Apeluję do Was, Koledzy lekarze, o aktywną współpracę i zaangażowanie”. Jest jednak w tym apelu jawne założenie, pochopnie wypowiedziane, zgodnie z którym współczesny Kodeks wyczerpał swoje funkcje. Kryje się w nim również dyskretne założenie, naiwnie przyjęte, zgodnie z którym nowy kodeks – ten zrewidowany – uniemożliwi naganne postępowanie lekarzy.

Być może tropem interpretacji owego apelu pozostaje Mickiewicza „List do Przyjaciół Moskali”:

*Teraz na świat wylewam ten kielich trucizny,
Żrąca jest i paląca mojej gorycz mowy,
Gorycz wyssana ze krwi i z łez mej ojczyzny,
Niech zrze i pali, nie was, lecz wasze okowy.*



Atmosfera „dyskusji”, którą zagęszczają apele, wywiady, komentarze i listy, nie tworzy sprzyjających warunków rozważań nad etyką lekarską i bioetyką, jak również nad stanem ochrony zdrowia. Listy i apele niczego nie zmieniają, niezależnie od tego, czy będą adresowane do premiera, czy publikowane w prasie, czy do uczelni lub ministra kierowane. Bodaj nie gwarantują one rzetelnej dyskusji, ani nie podnoszą poziomu zaufania, ani nie przybliżają do jakichkolwiek rozstrzygnięć. List profesora Hartmana do prezesa NRL to potwierdza: „A więc nie spodobały się Panu moje uwagi. Czy zareagował Pan na nie listem skierowanym do ich autora? Nie! Napisał Pan w tej sprawie list do rektora UJ! Ciekawe dlaczego właśnie do niego? Niech zgadnę. Pewnie z nadzieją, że zostaną poddany jakimś szykanom? Czyż nie? A może dlatego, że wydaje się Panu, że żyjemy jeszcze w PRL, gdzie władze uczelni cenzurowały poglądy swoich pracowników?”. Mimo wszystko nie uznałbym listu prezesa NRL za próbę „nagonki” na profesora Hartmana. Jest to otwarte, krytyczne wystąpienie przedstawiciela środowiska lekarskiego odmawiające profesorowi Hartmanowi posiadania mandatu do wypowiedzi na temat etyki lekarskiej. Czy może to sprawić? – wątpię. A jeśli ów list uznać należy za nagonkę, to czymże jest postępowanie wobec profesora K. Jasiewicza?

Wydaje się więc, że po owej awanturze wszyscy sobie będą niechętni, wszyscy zranieni słowami, latami chowający w sobie urazy. Nie jest to sposób, by prawić o moralności lekarzy i o naprawie medycyny. Dwuwiersz Horacego jest dobrą puentą zapalczywości listownej:

*Jednego pali miłość, zaś gniew oba pany:
Za wszystkie królów głupstwa płaci gmin poddany.*

Kontekst listownej dyskusji

Z wielości problemów, które namnożyły się w ostatnich miesiącach, wyłuskać można kilka najistotniejszych. Mają miejsce zdarzenia medyczne, które co kilka miesięcy, a nawet częściej, bulwersują opinię publiczną. Brak właściwej opieki medycznej nad chorym, prowadzący do trwałego kalectwa, śmierci bądź niedostępność świadczeń medycznych rzutują negatywnie nie tylko na obraz medycyny polskiej, lekarzy i inny personel medyczny, ale i na pracę Ministerstwa Zdrowia. Samorząd lekarski obciąża odpowiedzialnością za te zdarzenia Ministerstwo Zdrowia i NFZ, a Minister Zdrowia tych zaś lekarzy, którzy postępują nieodpowiedzialnie, ukrywając problemy, a nawet tuszując w imię źle pojętej solidarności zawodowej. Niepokoi jednak to, że owym diagnozom towarzyszy jakaś bezradność i niezdolność do podjęcia właściwych decyzji.

NRL apeluje więc o zmianę polityki zdrowotnej, resort zdrowia natomiast o zmianę Kodeksu etyki lekarskiej, próbując zainicjować dyskusję w środowisku lekarskim nad etycznymi standardami lekarskiego postępowania. Służąc ma temu utworzona przy Ministrze Zdrowia Ko-

” —
Wydaje się więc, że po owej awanturze wszyscy sobie będą niechętni, wszyscy zranieni słowami, latami chowający w sobie urazy. Nie jest to sposób, by prawić o moralności lekarzy i o naprawie medycyny.

” —
Na postawione przeze mnie lat temu kilka pytanie dotyczące właśnie niejasności w art. 32 KEL, dlaczego jest opór przed zmianami w Kodeksie, odpowiedź jedną usłyszałem – bo z tego sprawa polityczna, nie etyczna, ale właśnie partyjna. Wszyscy będą wtedy chcieli ugrać na aksjologicznych konfliktach swój partyjny interes. Dowód prosty: co się stało z latami trwającymi deklaracjami prawnego uregulowania procedury zapłodnienia in vitro?

” —
Zawsze pojawić się może sceptyczna uwaga, którą zgłosił profesor P. Łuków: „kodeksowe nakazy i zakazy mogą tylko w niewielkim stopniu wpływać na postawy lekarzy. Lekarze, którzy dysponują cnotami, kodeksów nie potrzebują, a lekarze, którzy cnot nie posiadli, nie będą w stanie sprostać autentycznej trosce o ideały etyki lekarskiej” (Komu jest potrzebny kodeks etyki lekarskiej?). Z pewnością jedni i drudzy o tym wiedzą, lecz po to właśnie jest Kodeks, aby tym, którzy nie potrafią sprostać, ukazać cel i środki, aby byli poczciwymi ludźmi i lepszymi lekarzami.



misja do spraw etyki w ochronie zdrowia. Samorząd lekarski upatruje w tych działaniach próbę ograniczenia, ustawowo gwarantowanego, prawa i obowiązku do formułowania etycznych reguł postępowania lekarza. Powołanie bowiem Komisji do spraw etyki w ochronie zdrowia jest próbą złamania monopolu środowiska lekarskiego w zakresie regulacji etyczno-lekarskich, co jest spełnieniem postulatów wielu bioetyków. Lecz forma zaistnienia tej Komisji, jej prasowe apelacje, która nadto (sic!) nie przyznaje się do publicznych wystąpień swoich członków, tę szansę zbudowania społecznej płaszczyzny dla wypracowywania bioetycznych konsensusów może skutecznie zablokować na lata.

Należy jednak dostrzec, że katalog tematów, wątków i zagadnień, jakim ma zajmować się Komisja jest imponujący: konflikt interesów w ochronie zdrowia, zaufanie w ochronie zdrowia, etyka i etycy w ochronie zdrowia, kształcenie w zawodach medycznych, etyczne zasady prowadzenia badań biomedycznych, partnerstwo w ochronie zdrowia, nowe technologie biomedyczne, dostęp do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, etyka działalności naukowej w medycynie, kultura prawna w medycynie, problematyka końca życia. To inicjatywa odważna, potrzebna i rokowałaby lepiej, gdyby nie wystąpienie przed szereg profesora Hartmana, który zwymyślał środowisko lekarskie, a w wywiadzie dla Angory nadto uznał Kodeks etyki lekarskiej za źródło deprawacji, wieszcząc proroczo radykalizm zmian i odgrażając się jednocześnie: „Korporacja zobaczy, co naprawdę jest poważną sprawą”. To utrudnia polemikę, a nawet i przyznanie słuszności sądów, ponieważ kreując się na bioetyczną Sybillę, profesor Hartman uniemożliwia rozsądny dyskurs. Po prostu, zbyt duża jest dyskusja – wystarczy czekać.

Wystąpienie profesora Hartmana jako członka tej Komisji nabrało politycznego wymiaru, ponieważ konsekwencją jego głosu będzie przekonanie opinii publicznej, że ministrowi zdrowia na sercu leżą problemy ochrony zdrowia, a jedynym politycznym oponentem jest samorząd lekarski. Dlatego profesor Hartman użył takiej, a nie innej formuły wypowiedzi i odwołał się do krytycznej argumentacji upatrującej w samorządności lekarskiej jedynie korporacyjną obronę interesu zawodowego. Wystąpieniem swym postawił jednak dwa inne problemy, które z pewnością warto uczynić przedmiotem rozważań: po pierwsze – wprost – jaką rolę ma pełnić samorząd lekarski w społeczeństwie o tym właściwym nam typie demokracji, czyli na czym polegać ma ochrona interesów zawodowych lekarzy?; a po drugie, mimochodem, jaką formułę dyskusji społecznej nad standardami lekarskiego postępowania należy przyjąć?

Kodeks, etyka lekarska i bioetyka

Profesor Hartman podejmując krytykę Kodeksu przywołał znane od lat zastrzeżenia odnoszące się do wielu tkwiących w Kodeksie nieścisłości i niejasności, nie-

przystawalności jego zapisów do systemu prawnego, do archaicznego brzmienia niektórych normatywów. Zarzuty są proste, ale powody dla których Kodeks ma tę postać są złożone i nie da się je wyjaśnić, okraszając jedynie epitetami, że jest „mową-trawą”, wyrazem fobii korporacyjnych, przykładem amatorszczyzny i oportuniźmu, napisanym na kolanie w postaci biurokratycznego tekstu, który skrywa hipokryzję i egoizm korporacyjny, gdzie „idea prania brudów we własnym domu jest w nim najsilniej wyeksponowana, a godność zawodu kojarzona jest z milkliwą powściągliwością”.

Jest to ocena niesprawiedliwa, nieprawdziwa i niewłaściwa. To, że Kodeks nie spełnia wielu oczekiwań, jest oczywistością, lecz nie uprawnia to do tak jednowymiarowej oceny jego etycznego przesłania. Pisze nadto profesor Hartman: „Nie ma tu autentycznego mierzenia się z tragicznymi nieraz konfliktami etycznymi zawodu lekarza, żadnej odwagi etycznej ani tej powagi prawdopodobności – nazywania rzeczy po imieniu – tak charakterystycznej dla tekstów na wysokim poziomie etycznym”. A przecież lekarze nie mają wyłączności na opowiadanie się za rozstrzygnięciami aksjologicznych konfliktów moralnych w medycynie – uczynić to powinno społeczeństwo, wszystkie instytucje oraz grupy społeczne i zawodowe zaangażowane w ochronę zdrowia, także rządzący – zgodnie z wolą społeczeństwa. A ta wola nie jest moralnie jednoznaczna. Stąd i rozbieżności, wikłające często w niejasności: przykładowo, treść art. 32 Kodeksu („W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych”) nie odpowiada treści art. 30 Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. Kodeks bowiem dopuszcza zaprzestanie działań w tych stanach, norma zaś Ustawy wyraża bezwzględny konieczność podejmowania działań w sytuacji zagrożenia życia, którą to stany terminalne są.

Na postawione przeze mnie lat temu kilka pytanie dotyczące właśnie niejasności w art. 32 KEL, dlaczego jest opór przed zmianami w Kodeksie, odpowiedź jedną usłyszałem – bo z tego sprawa polityczna, nie etyczna, ale właśnie partyjna. Wszyscy będą wtedy chcieli ugrać na aksjologicznych konfliktach swój partyjny interes. Dowód prosty: co się stało z latami trwającymi deklaracjami prawnego uregulowania procedury zapłodnienia in vitro?

Jest zatem kilka powodów, dla których zaszczepiona jest w środowisku lekarskim swoista ociężałość niesprzyjająca dyskusji nad zmianami w Kodeksie. Po pierwsze, upolitycznianie deontologii lekarskiej odstręcza od wysiłku regulacji w tych obszarach medycznej działalności, które budzą konflikty światopoglądowe i aksjologiczne. Po drugie, Kodeks nie może wyprzedzać systemu prawa (tj. być z nim de facto sprzeczny), jeśli prawo to nie reguluje wielu aspektów medycznej rzeczywistości albo reguluje w sposób niewystarczający, o czym świadczą orzeczenia Sądu Najwyższego (np. w sprawie oświadczeń pro futuro). Po trzecie, nie można jednoznacznie rozstrzygnąć czegoś, co dylematem się jawi w społecz-

nej moralności. Nieuzasadniony jest bowiem optymizm przedstawicieli woluntaryzmu prawnego, którzy wierzą, że rozstrzygnięcia aksjologiczne można zadekretować gestem legislacyjnym, a moralność ludzka zmieni jak za dotknięciem czarodziejki różdżki.

Tkwi w tym poważny problem filozoficzny: kto i dlaczego ma być dysponentem prawdy moralnej? Bioetycy odmawiają środowisku lekarskiemu przywileju wyłącznego decydowania o etycznych zasadach postępowania lekarskiego (tzw. przywileju epistemologicznego), twierdząc, że te zasady muszą być przedmiotem społecznego konsensusu. To stanowisko profesor K. Szewczyk uzasadnia następująco: „Otwarcie się medycyny jako integralnej części systemu opieki zdrowotnej na jej otoczenie polityczne, kulturowe i społeczne, powoduje przeniesienie autorytetu moralnego na społeczeństwo, uczyniło go tym suwerenem moralnym” (Bioetyka. Medycyna na granicach życia). Profesja medyczna nie jest autorytetem moralnym obdarzonym „przywilejem depozytariusza reguł etycznych, do których powinno się przykrawać prawo demokratyczne tworzone przez całe społeczeństwo” (tamże). Dlatego reguły etycznego postępowania lekarzy nie mogą być już ustanawiane przez nich samych, a muszą być wynegocjowane w dyskursie społecznym. Rola bioetyków polega na inicjowaniu i porządkowaniu dyskusji w społecznej debacie nad regulacjami etycznymi oraz na wypracowywaniu konsensusu akceptowanego przez wszystkich uczestników debaty. Profesor Szewczyk wyodrębnia cztery etapy debaty społecznej: 1. Publiczna dyskusja nad kontrowersyjnymi problemami, zazwyczaj związanymi ze zdarzeniami bulwersującymi opinię publiczną; 2. Formułowanie propozycji zmian w regulacjach etycznych i prawnych; 3. Powoływanie zespołów ekspertów reprezentujących różne profesje rekomendujących zmiany w tychże regulacjach; 4. Publiczna dyskusja nad tymi rekomendacjami.

Trudno jednoznacznie stwierdzić, czy Komisja do spraw etyki w ochronie zdrowia przy ministrze zdrowia zrealizuje ten wzorzec. Póki co, listy, apele i wywiady przecież nie prowokują dyskusji nad tymi problemami, które wymagają uregulowania etycznego lub prawnego, lecz bardziej wywołują dysputę nad piszącymi je oraz ich intencjami.

Budzi się jednak pewna wątpliwość, nad którą należy się pochylić. Jeśli profesor Hartman jako bioetyk podejmuje się recenzji Kodeksu etyki lekarskiej w oparciu o filozoficzne założenia, to w swej krytyce wskazuje jednocześnie na zakres filozoficznej kompetencji bioetyki. Można odnieść nieodparte wrażenie, że tą kompetencją jest przywilej filozoficznej krytyki, którym jedynie bioetyka zdaje się dysponować najwłaściwiej. Mówi bowiem w wywiadzie dla Angory o „korporacji lekarskiej, która boi się, że lekarze zaczną podlegać społecznej kontroli, a w tym zwłaszcza ocenie bioetyków, którzy często nie są lekarzami”. Krytyczna myśl bioetyków jako forma kontroli środowiska lekarskiego to już przedmiot polityki. Warto jednak zauważyć, że w kontekście medycyny jest to również kontrola nad pacjentami. Także, nad NFZ



Grafika: W.W.

i – ostatecznie – nad Ministerstwem Zdrowia. Jaką więc kontrolę sprawuje suweren, czyli społeczeństwo, nad bioetykami?

Pojawia się więc pytanie o sposób uzyskania mandatu do sprawowania takiej kontroli. I tutaj musi być przywołane to zastrzeżenie, które zgłosił O. Marquard. Filozofia niesiona przywilejem krytyki, uciekwszy od posiadania sumienia, sama staje się sumieniem (Rozstanie z filozofią pierwszych zasad): „Krytyka podejrzewa wszystko i nad wszystkim sprawuje sąd (...). Sąd krytyki staje się więc samosądem” (tamże). Wtedy jest to uzurpacja, a komisja bioetyczna – oby tak się nie stało – przeobrazi się w inkwizycję bioetyczną. Tak pojmowana krytyczność staje się dogmatyzmem jedyne, absolutnego, sumienia, które tylko wtedy istnieje, jeśli odmówi możliwości istnienia jakiegokolwiek innego sumienia: „To, co nie służy krytyce, jest przeciw niej, czyli jest grzechem” (tamże), przeciwko jedynie słusznej przyszłości. Zdradą staje się zająknięcie, jakakolwiek wątpliwość. To jest dopiero nagonka.

Może budzić ciekawość, skąd nadto siła tej filozoficznej krytyki? Marquard odpowiada: w pojęciach emancypacji, w przecuciu postępu, w wywęseniu nowoczesności, w pewności poprawności – to jej oręż i narzędzie kary dla oponentów, a wtedy nie tylko recenzja staje się cenzurą, ale – i tu pada sedno – krytyka ta prowadzi „od tyranii wartości do tyranii miejsc w hierarchii wartości” (tamże). Proroctwo tylko wtedy uzyskuje siłę, kiedy ma pewność, że rozpoznało przeszłość.

Przedmiotowość bioetyki ma inklinacje absolutystyczne, wchłaniając te obszary refleksji, które własne instrumenty krytyki, oceny, recenzji wypracowują. Dlatego etyka lekarska ma być częścią refleksji bioetycznej, jej podporządkowaną, a deontologia winna rozpuścić się w systemie prawa, Kodeks zaś – tak, jak dotąd był stanowiony – nie powinien mieć racji bytu. Bioetycznie ro-



zumiany obowiązek moralny lekarza jest bowiem zdefiniowany jako obowiązek zawodowy rozpisany przez procedury i standardy postępowania. Nie ma tu już miejsca na powinności moralne: coś, co nie jest konieczne, nie określa obowiązku. Poświęcenie, odwaga, zdolność do budzenia zaufania, do odczuwania empatii, współczucie znikają z przestrzeni etycznej lekarza. Także altruizm nie może być uznany za istotę lekarskiego profesjonalizmu. Lekarze, argumentuje się, nie są i nie mogą być altruistami w ich codziennym kontakcie z pacjentem, ponieważ podejmują działania zgodne z profesjonalizmem, a ten zawiera tylko obowiązek wobec pacjentów. Lekarze są odpowiedzialni za działania w najlepszym interesie pacjentów – altruizm jest czymś jedynie możliwym (W. Glannon, L.F. Ross, Are doctor altruistic?, J. Med. Ethics 2002, 28).

Profesor Szewczyk określa etykę lekarską następująco: „jest dziedziną bioetyki formującą oraz teoretycznie uzasadniającą podstawowe standardy profesjonalnych obowiązków lekarzy względem pacjenta, społeczeństwa, profesji i jej członków”. Na mocy tej definicji, nie mówimy już o wartościowych postawach, lecz o procedurach; nie o wartościach charakteru, lecz o wartościach przypisanych sytuacjom medycznym, w których uczestniczy lekarz i pacjent. Procedury są do zastosowania, cechy charakteru moralnego – do wykształcenia. Nie uniknie się więc konfliktu między refleksją nad obowiązkiem moralnym o Kantowskiej proveniencji a teorią cnoty tkwiącej w tradycji Arystotelesa.

Kodeks etyki lekarskiej nie tylko formułuje obowiązek moralny, który ma swój analogon w systemie prawa, ale nadto zakres powinności moralnych, które są istotne dla budowania relacji terapeutycznej, a które powinny skłaniać do wyrażania pożądaných wartości w postawach, zachowaniach i postępowaniu lekarza. Bez motywacji charakterologicznej nie tylko normy pozostaną wyłącznie na papierze, także wszelkie zalecane standardy i procedury, które wyznaczają ramy obowiązku zawodowego. To wartościowa motywacja uniemożliwia uchylenie się od obowiązków i powinności, a nie jakkolwiek zapis. Wartościowych postaw nie da się zadekretować, motywowanego nimi zaangażowania lekarza nie da się zalecić rekomendacją – trzeba je ukształtować. I do tego służy etyka lekarska, która wskazuje na związek konieczny między wartościową moralnie postawą lekarza a powodzeniem terapeutycznym. Jeśli więc etyka lekarska uznaje zaufanie do lekarza za jedną z najcenniejszych wartości, to nie dlatego, aby chronić lekarzy przed odpowiedzialnością za błędy lekarskie, ale dlatego, aby pacjent obdarzający lekarza zaufaniem, skłonny był powierzyć mu swoje troski, przyzwolić na wkroczenie lekarza w świat jego intymności. To gwarant szczerości konieczny jako przesłanka decyzji diagnostycznej (A. Steciwko, J. Barański, Relacja lekarz-pacjent. Zrozumienie i współpraca).

Wiele jest głosów krytycznych, które uznają niektóre zapisy Kodeksu za zbyt sztywne i oczywiste. Przykładowo, art. 12 ponoć nosi takie cechy: „1. Lekarz powinien życzli-

wie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności. 2. Relacje między pacjentem, a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu; dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza”. Norma ta mówi o powinności wartościowego postępowania istotnego nie dla wizerunku obyczajowego lekarza, lecz dla budowania więzi terapeutycznej. Zdolność bowiem do odpowiedzialnej i niezależnej decyzji lekarskiej, do wytworzenia zaufania w pacjencie i życzliwe podejście do niego staje się przesłanką uszanowania godności chorego, a dzięki temu przecież możliwe będzie zachowanie intymności i prywatności pacjenta. Dopiero wtedy, gdy pacjent ufa lekarzowi, a lekarz życzliwie go traktuje, zachowując jego intymność i prywatność, możliwe jest właściwe respektowanie praw pacjenta i uszanowanie jego autonomii.

Normy Kodeksu powinny upominać się o wartościowe postawy lekarzy, aby chronić pacjentów i lekarzy przed sytuacjami moralnego ryzyka, takimi, w których nie tylko można popełnić błąd lekarski, ale – po prostu – skrzywdzić chorego. Przykładem takiej normy jest art. 8 KEL: „Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas”. Spełnienie tej normy wymaga również kompetencji etycznych lekarza, czyli zdolności do urzeczywistniania wartości ustanawiających relację między lekarzem a pacjentem. Lekarz inspirowany tymi wartościami, zorientowany na ich respektowanie w praktyce lekarskiej, przyjmuje pracę pro bono jako kluczową do właściwego posługiwania się medyczną wiedzą (E. Pellegrino).

Dlatego potrzebna jest etyka lekarska. O tym, w moim przekonaniu, mówi i powinien prawić Kodeks etyki lekarskiej. Jest on bowiem sposobem wypowiedzenia moralnego wzorca lekarza, przekazem etycznym mówiącym o tym, jakie dyspozycje moralne mają cechować lekarza; jakie musi on w sobie kształtować, aby być lekarzem troskliwym, wyrozumiałym, cierpliwym, odważnym, zdolnym do współczucia, życzliwym, szanującym ludzi i ich autonomię, chroniącym intymność i prywatność chorego itd. Taki Kodeks ma fundamentalną funkcję dydaktyczną dla studentów uczelni medycznych. Jak pisał Mikołaj Rej: „I wosk, póki miękki, tedy w się rychlej pieczęć przyjmie, niżli kiedy stwardnieje” (Żywot człowieka poczciwego). Zawsze pojawić się może sceptyczna uwaga, którą zgłosił profesor P. Łuków: „kodeksowe nakazy i zakazy mogą tylko w niewielkim stopniu wpływać na postawy lekarzy. Lekarze, którzy dysponują cnotami, kodeksów nie potrzebują, a lekarze, którzy cnoty nie posiadli, nie będą w stanie sprostać autentycznej trosce o ideały etyki lekarskiej” (Komu jest potrzebny kodeks etyki lekarskiej?). Z pewnością jedni i drudzy o tym wiedzą, lecz po to właśnie jest Kodeks, aby tym, którzy nie potrafią sprostać, ukazać cel i środki, aby byli poczciwymi ludźmi i lepszymi lekarzami.

Szpitala psychiatryczne na Dolnym Śląsku zerwały kontrakty z NFZ



Źródło grafiki: www.deviantart.com/reylia-d6d3kb2

W ostatnich dniach lipca i na początku sierpnia wszystkie – podległe samorządowi województwa – szpitale psychiatryczne i wielospecjalistyczne posiadające oddziały psychiatryczne wypowiedziały umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Solidarne zerwanie kontraktów to efekt niedoszacowania procedur medycznych. Dyrektorzy szpitali chcą nowego konkursu i podwyższenia stawek na ten rodzaj leczenia. Dolny Śląsk, jak przekonują, należy bowiem do województw, które na psychiatrię dostają najmniej pieniędzy. „To desperacja, która wynika z zadłużenia” – powiedział Gazecie Wyborczej Jarosław Maroszek z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego.

Protest zainicjowały dwa największe w regionie szpitale psychiatryczne, tj. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu oraz połączona jednostka ze Złotoryi i Legnicy. W ślad za nimi podążyły placówki: Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego we Wrocławiu, Wojewódzki Szpital Kliniczny im. Gromkowskiego we Wrocławiu, Szpital Specjalistyczny im. Sokołowskiego w Wałbrzychu, Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu. Od takich działań nie odstąpiły też lecznice w Zgorzelcu, Kłodzku, Miliczu i Stroniu Śląskim. Decyzja o zerwaniu pierwszych umów zapadła 31 lipca podczas spotkania w Urzędzie Marszałkowskim.

O co poszło? Powodem wypowiedzenia stały się niewaloryzowane od pięciu lat stawki kontraktowe. „Dolnośląski oddział NFZ za jeden dzień pobytu na oddziale psychiatrycznym dorosłego pacjenta płaci 150 zł, zaś za dzieci 175 zł. Przy tak niskich kwotach nie możemy rzetelnie leczyć ludzi” – powiedział Gazecie.pl Maciej Biardzki – prezes Milickiego Centrum Medycznego. Tego samego zdania jest Wojciech Szelaąg – dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego w Złotoryi, który w wywiadzie dla PAP zaznaczył, że żadna z dolnośląskich placówek psychiatrycznych nie znajduje się na finansowym plusie. „Wydajność oddziałów spada, trzeba likwidować łóżka, by w ogóle podtrzymać leczenie” – mówił.

Zadłużenie dolnośląskich lecznic jest ogromne i wciąż rośnie. „Na skutek tak niskiego finansowania nasze szpitale mają za ostatnie pół roku 2 mln zł straty i ponad 30 mln zł zobowiązań, w tym wymagalnych około 6 mln zł. Organ założycielski z kolei nie ma możliwości, aby dalej dokładać pieniądze” – informowała portal rynekzdrowia.pl Maria Borzyszka – dyrektor Wydziału Restrukturyzacji Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego. Nawet jeśli wielkość kontrakt ulegnie zmianie, UMWD chce zwiększenia stawki za punkt (obecnie 10 zł za punkt), bo zamiast przeznaczać środki na inwestycje rozwojowe, pokrywa ujemny wynik finansowy. Przypomnijmy, że w ramach realizowanego od 2009 r. dolnośląskiego programu modernizacji stacjonarnej opieki psychiatrycznej

i Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego kilka placówek w województwie zostało zmodernizowanych (m.in. w Wałbrzychu i Legnicy). Szkoda byłoby to zaprzepaścić.

Na Dolnym Śląsku w placówkach prowadzących szpitalne leczenie psychiatryczne jest ponad 800 łóżek. Jak wynika z ustawy, która jako przelicznik bierze pod uwagę liczbę mieszkańców danego regionu, takich łóżek powinno być ponad 1200. Na leczenie psychiatryczne przeznaczają się w województwie dolnośląskim ponad 140 mln zł rocznie. Zdaniem dyrektorów jednostek stawka dzienna musi być przynajmniej o 30 proc. większa, by placówki były rentowne.

Choć wszystkie dolnośląskie placówki psychiatryczne wypowiedziały kontrakty NFZ, chorzy nie mają się czego obawiać – tak twierdzi przynajmniej Joanna Mierzwińska – rzecznik prasowy Funduszu. „Sytuacja nie stanowi zagrożenia dla pacjentów, ponieważ kontrakty mają trzymiesięczny okres wypowiedzenia. Nowe negocjacje planowaliśmy pod koniec roku, ale w związku z obecną sytuacją i wypowiedzeniem umów przystąpimy do nich dwa miesiące wcześniej – zapowiada i dodaje: „Trudno dziś mówić o zwiększeniu finansowania w listopadzie oraz grudniu br. ponieważ wszystkie pieniądze w planie finansowym są rozdysponowane, ewentualne podwyższenie finansowania oznacza, że za te same pieniądze, które szpitale nie wykorzystały w dwóch ostatnich miesiącach tego roku zostaną przeznaczone na mniejszą ilość świadczeń, czyli odbędzie się to kosztem ograniczenia dostępności”. Jak informuje rzecznik prasowy centrali NFZ szpitale na Dolnym Śląsku są jak dotąd jedynymi placówkami, które zdecydowały się na zerwanie kontraktów.

W sprawę zaangażowała się Krystyna Barbara Kozłowska – Rzecznik Praw Pacjenta, która wystąpiła do ministra zdrowia oraz prezes Narodowego Funduszu Zdrowia z „prośbą o ewentualne podjęcie działań w związku z problemami finansowania świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień na Dolnym Śląsku”.

Magda Łachut



**Obwieszczenie nr 1/2013 przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej z 8 lipca 2013 roku
w sprawie ogłoszenia wyników wyborów delegatów na Zjazd Delegatów
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu VII kadencji**

Na podstawie art. 16 ust. 1 i art. 33 ust. 1 Ustawy z dnia 02 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. nr 219, poz. 1708 ze zmianami) oraz § 45 ust. 1 regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowisko w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych, stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. zmienionej uchwałą nr 6 Nadzwyczajnego XI Krajowego Zjazdu Lekarzy z 25 lutego 2012 r. oraz uchwały nr 5 z 8 lipca 2013 r. Okręgowej Komisji Wyborczej, obwieszcza się co następuje:

1. Dolnośląska Rada Lekarska powołała 92 rejony wyborcze dla 14182 lekarzy i lekarzy dentystów, w tym 63 dla lekarzy i 29 dla lekarzy dentystów.

2. Zgodnie z ustalonym harmonogramem wyborczym, w okresie od 11 maja 2013 r. do 28 czerwca 2013 r. odbyło się 91 głosowań.
3. W wyniku wyborów przeprowadzonych w rejonach wyborczych na Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu VII kadencji 2013-2017, łącznie wybrano 195 delegatów, w tym 135 lekarzy i 60 lekarzy dentystów.

Lista delegatów stanowi załącznik do obwieszczenia.

przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej
dr n. med. Andrzej Wojnar

**Załącznik do obwieszczenia nr 1/2013
przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej z 8 lipca 2013 r.**

Delegatura Wrocławska	
1.	Banaszak Andrzej L
2.	Bednorz Włodzimierz L
3.	Berdzik Krystyna D
4.	Bielecka Elżbieta L
5.	Błaszczyk Aleksander L
6.	Bogacz Brygida D
7.	Bojarowska Katarzyna L
8.	Bruzewicz-Mikłaszewska Barbara D
9.	Bujko Teresa D
10.	Chęciński Igor L
11.	Chodorski Jacek L
12.	Ciesielska-Krosny Agnieszka L
13.	Dattner-Hapon Iwona L
14.	Dobosiewicz Grażyna D
15.	Drogosz-Rynowiecki Dominik L
16.	Dyrcz-Giers Barbara D
17.	Dziewiątkowska Alicja D
18.	Florjański Wojciech D
19.	Garbiec Zbigniew L
20.	Giernatowska-Ostromęcka Danuta L
21.	Iciek Zygmunt L
22.	Jadach Radosław D
23.	Jadach Ryszard L
24.	Janusz Przemysław L
25.	Jaroch Joanna L
26.	Jaruga Joanna L
27.	Jasztal Agnieszka D
28.	Jungiewicz Katarzyna L
29.	Kacalak Jacek L

30.	Kalmuk Bożena D
31.	Kanaffa-Kilijańska Urszula D
32.	Kaniak Bożena L
33.	Kierzek Andrzej L
34.	Knast Piotr L
35.	Kotschy Maria L
36.	Kowalska Irena L
37.	Kozina Marianna D
38.	Koziół Janusz L
39.	Krajewski Jacek L
40.	Krause Krzysztof L
41.	Krawiecka-Jaworska Ewa L
42.	Krupiński Łukasz D
43.	Lachowicz Kazimierz L
44.	Laska Piotr D
45.	Lisiak Henryk L
46.	Lorenc-Pora Anna L
47.	Łużyńska Agata D
48.	Machaj Zbigniew L
49.	Magusiak Jadwiga D
50.	Maj-Pakulska Patrycja D
51.	Makuch Bogusław D
52.	Malcewicz Marcin L
53.	Małek-Siedlecka Ewa L
54.	Marczyk-Felba Alicja D
55.	Matera Grażyna L
56.	Michalak Andrzej L
57.	Michalak Anna L
58.	Modrzecka Wiesława D
58.	Nakraszewicz Małgorzata D
59.	Nalepa Sławomir D

60.	Niemiec Małgorzata L
61.	Nienartowicz Jan D
62.	Nienartowicz Joanna D
63.	Ocharska Maria D
64.	Ochman Maria L
65.	Orzechowski Janusz L
66.	Pałka Leszek L
67.	Paślawska Olga L
68.	Pawlaczyk Anna L
69.	Pawlak Wojciech L
70.	Piszko Piotr L
71.	Prastowski Wiesław L
72.	Rzeszutko Ryszard L
73.	Siekanowicz Piotr L
74.	Skoczył Marek L
75.	Skośkiewicz Leszek L
76.	Skupińska Beata D
77.	Smereka Jacek L
78.	Sośnik Katarzyna L
79.	Spodzieja Jan L
80.	Sroczyk Łukasz D
81.	Stachowicz Magdalena D
82.	Stawarski Andrzej L
83.	Stecka Beata L
84.	Stehlik Marek D
85.	Stojek Adela L
86.	Sulka Wojciech L
87.	Sycz Wiesław L
88.	Szeląg Andrzej L
89.	Śpikowska-Szostak Justyna D
90.	Tokarz Izabela D



91.	Trnka Jakub L
92.	Walczyk Katarzyna D
93.	Węgorzewicz Marian L
94.	Wiśniewski Włodzimierz L
95.	Wojnar Andrzej L
96.	Wojtala Renata L
97.	Wojtkowicz Jacek D
98.	Wolniakowska Ewa L
99.	Wróblewski Paweł L
100.	Wydra-Grzemska Agnieszka D
101.	Yasnitsky Volodymyr L
102.	Zalewska-Nowak Grażyna L
103.	Żebracka Agnieszka L
104.	Żołnowska Anna L

Delegatura Wałbrzyska

1.	Abramska Joanna L
2.	Andrzejewski Janusz L
3.	Chojnacki Zygmunt D
4.	Cieślik Artur L
5.	Czesak Ryszard L
6.	Dąbek Grażyna L
7.	Fertsch Janina L
8.	Grzebieluch Jacek L
10.	Jużwin Kazimierz L
11.	Kilijanek Artur L
12.	Kmita Halina D
13.	Koba-Wiśnicka Bronisława L
14.	Kolanko Jacek L
15.	Konopka-Opałko Jolanta L
16.	Koźbiał Marian L
17.	Krysińska Elżbieta D
18.	Lebiedź Maria L
19.	Leszczyński Mariusz L
20.	Lubińska Mirosława L
21.	Lula Anna D
22.	Lula Józef L

23.	Madejczyk Dariusz L
24.	Maj-Minczakowska Dorota D
25.	Nawrocka Halina L
26.	Niedzielski Aleksander L
27.	Norowska-Kieca Anna D
28.	Nowak Jacek L
29.	Olesińska-Olender Małgorzata L
30.	Pietrzak-Świętoń Violetta D
31.	Polański Piotr L
32.	Powierza Danuta L
33.	Puskarz Urszula L
34.	Radziszewska Dorota L
35.	Radziniak Ewa L
36.	Seifert Robert L
37.	Skrzypek Jolanta L
38.	Słobodzian Jerzy L
39.	Świątkowska Iwona D
40.	Tomkalska-Bywalec Katarzyna L
41.	Zabłocki Dariusz L

Delegatura Jeleniogórska

1.	Borkowska Teresa D
2.	Borowska Edyta L
3.	Bystryk Leszek L
4.	Dębowska-Mączka Regina D
5.	Durynek Wojciech D
6.	Fijałkowski Patryk D
7.	Hałatek-Dworowska Irena D
8.	Kaczmarek Michał D
9.	Kawka Arkadiusz L
10.	Kaźmierczyk Marek L
11.	Kiełbowicz Maria D
12.	Markiewicz Zbigniew L
13.	Muszka Wiktor L
14.	Olesiński Jacek L
15.	Pakuła-Krawczyk Dorota L
16.	Perdek Radomir L

17.	Piotrowska-Gede Zdzisława L
18.	Polek Barbara D
19.	Pyrzanowski Julian L
20.	Synowiec Krystyna L
21.	Ślusarz Rafał L
22.	Trzaskoma Artur L
23.	Walczak Dorota L
24.	Załużka-Seweryn Magdalena L
25.	Zbieg Stefan L
26.	Zębik Marek L
27.	Zieliński Adam L

Delegatura Legnicka

1.	Bernadowski Brunon L
2.	Cieśliński Stanisław L
3.	Dąbrowski Dariusz L
4.	Duży Violetta D
5.	Ficer Jacek D
6.	Grześkowiak Przemysław L
7.	Kępa Ryszard L
8.	Kijewska-Hołub Małgorzata D
9.	Kuczko Dariusz D
10.	Majcher Paweł L
11.	Mucha Elżbieta D
12.	Nowak Liliana L
13.	Orzechowska Krystyna D
14.	Pacułt Grzegorz L
15.	Paliga Paweł D
16.	Pawlicki Maciej L
17.	Piskórz Mariusz L
18.	Szczucka Sylwia L
19.	Szwed Julita D
20.	Ślusarczyk Piotr L
21.	Świątek Jolanta L
22.	Wojtasiak Piotr L
23.	Zasławska Ewa D

JAK GŁOSOWALI LEKARZE I LEKARZE DENTYŚCI?

	Liczba głosów oddanych przez lekarzy	% głosujących	Liczba głosów oddanych przez lekarzy dentyistów	% głosujących
Del. Wrocław	1414	19,40	643	29,77
Del. Legnica	236	21,75	134	34,99
Del. Wałbrzych	490	33,98	99	22,00
Del. Jelenia Góra	357	32,87	104	29,89
Razem	2497	22,90	980	29,33



PRIMI INTER PARES, czyli wybory VII kadencji (2013-2017)

W drodze głosowania – przede wszystkim korespondencyjnego – wyłoniliśmy izbowych primi inter pares (pierwszych wśród równych). Wybrani, co oczywiste, stali się reprezentantami naszego środowiska. Nadszedł więc czas na podsumowanie i powyborczą refleksję...

Istota korporacyjności zawodowej sprowadza się do zasady równego traktowania przedstawicieli danej profesji. Kategoria równości, o jakiej mowa, ma zarówno wymiar etyczny, socjalny, jak i społeczno-kulturowy. Myśl ta jest pochodną moich rozważań na temat zasadności wyborów, ich jakości oraz potrzeby przeprowadzenia. Ale ad rem...

WYBORY W STATYSTYKACH

Podczas pierwszych w historii Izby wyborów korespondencyjnych za pośrednictwem Poczty Polskiej głos oddało 75,8% medyków. Na Okręgowy Zjazd Lekarzy wybrano łącznie 195 delegatów, w tym 135 (69,2%) lekarzy i 60 (30,8%) lekarzy dentystów. Ogólna liczba delegatów stanowi 55,5% ogólnej liczby mandatów do obsadzenia.

Na Dolnym Śląsku utworzono 116 rejonów wyborczych dla 14182 wyborców uprawnionych w chwili rozpoczęcia wyborów do głosowania. We wspomnianych wyżej rejonach do obsadzenia było 351 mandatów (wg parytetu ustalonego przez Dolnośląską Radę Lekarską 1:40). W 24 rejonach wyborczych wybory się nie odbyły, ponieważ nie zgłoszono w nich ani jednego kandydata na delegata na zjazd. Tym samym 3213 lekarzy z ww. rejonów nie otrzymało na adres domowy kart do głosowania i nie mogło oddać głosu jak inni. Fakt, że w 1/5 rejonów wyborczych, wśród 3213 lekarzy, nie znalazła się ani jedna osoba gotowa raz w roku przyjechać do Izby na zjazd i reprezentować swoje lokalne środowisko lekarskie wymaga głębszej analizy. Podobny problem wystąpił bowiem na terenie całego kraju.



**Dr n. med. Andrzej Wojnar
przewodniczący Okręgowej
Komisji Wyborczej DIL**



W 92 rejonach wyborczych (63 rejony dla lekarzy i 29 rejony dla lekarzy dentyistów) zgłoszono łącznie 240 kandydatów. W jednym rejonie, mimo wysiłków Okręgowej Komisji Wyborczej, nie ustalono daty, godziny i miejsca głosowania przy urnie oraz nie ustalono przewodniczącego i członków komisji skrutacyjnej. Ostatecznie wybory odbyły się zatem w 91 rejonach. Głos oddało 3477 wyborców, tj. 24,5% uprawnionych do głosowania. Z tego 2497 to lekarze (71,8%) i 980 to lekarze dentyści (28,2%). Biorąc pod uwagę liczbę uprawnionych do głosowania stwierdzić należy, że swój głos oddało 22,9% lekarzy i 29,3% lekarzy dentyistów. Korespondencyjnie głosowało 2634 wyborców (75,8%), a osobiście przy urnie 843 wyborców (24,2%). W 55 rejonach już w głosowaniu korespondencyjnym osiągnięto 20% kworum. Odpowiedniej liczby głosów nie uzyskano na tym etapie jedynie w 5 rejonach wyborczych. Zamieszczona powyżej tabela obrazuje, jak głosowali lekarze i lekarze dentyści w poszczególnych delegaturach naszej Izby. Sumarycznie lekarze dentyści głosowali częściej niż lekarze. Wśród nowo wybranych znalazły się 73 osoby (tj. 37,4% wybranych), które nigdy delegatami nie były. Na 195 reprezentantów dolnośląskiego środowiska lekarskiego 18 z nich nie osiągnęło 35 roku życia (9,2% wybranych).

ILE KOSZTOWAŁY WYBORY?

Do 30 lipca wydaliśmy na wybory 109 947,05 zł. Powyższa kwota nieco się powiększy, ponieważ musimy rozliczyć jeszcze kilka delegacji i zarchiwizować dokumentację wyborczą. Szacuję, że górna granica wydatków sięgnie 120 tys. zł. Ww. kwota mieści się oczywiście w przyznanym Okręgowej Komisji Wyborczej budżecie. Wybór jednego delegata na Okręgowy Zjazd Delegatów DIL VII kadencji będzie więc kosztował maksimum 615 zł. Na dzień 30 lipca kosztuje 564 zł. Kwoty te byłyby zdecy-

dowanie wyższe, gdybyśmy musieli przeprowadzić drugą turę wyborów. Fakt, że nie musimy tego czynić, poczynając za wspólny sukces organizatorów i głosujących. To dowód, że nowa formuła wyborcza się sprawdziła.

W OCZEKIWANIU NA ZJAZD SPRAWOZDAWCZO-WYBORCZY

W poprzednim wydaniu Medium dziękowałem poszczególnym osobom, grupom osób i głosującym za zaangażowanie w trwającą wiele miesięcy akcję. Bez wątplenia wymagała ona dyspozycyjności i poświęcenia. Raz jeszcze pragnę zatem podziękować Wam wszystkim in gremio.

Do Okręgowej Komisji Wyborczej, w przewidzianym w regulaminie terminie, nie wpłynął żaden protest wyborczy. Obwieszczenie przewodniczącego OKW nr 1/2013 z 8 lipca br. i lista wybranych delegatów uprawomocniły się po siedmiu dniach od momentu ich publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej DIL. Do wszystkich nowo wybranych P.T. delegatów wysłałem pisma o charakterze informacyjnym. Nie zabrakło w nich oczywiście stosownych gratulacji.

Wybory na delegatów powoli przechodzą do historii. Przed nami XXXII Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy, który odbędzie się 23 listopada. Tego dnia zdecydujemy, kto znajdzie się w poszczególnych organach DIL. Wybieramy: członków Okręgowej Rady Lekarskiej, Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępców, członków Okręgowego Sądu Lekarskiego, Komisji Rewizyjnej, Okręgowej Komisji Wyborczej, prezesa Izby oraz delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy na nową kadencję. Przed OKW jeszcze dużo pracy. Nowo wybranym delegatom życzę aktywności w działalności izbowej, a przede wszystkim przekonania, że razem odpowiemy wszystkim Koleżankom i Kolegom, po co jest ta Izba.

NOWI DOKTORZY

Uchwałą Rady Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu 21 czerwca 2013 r. stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie stomatologii otrzymali:

1. lek. dent. Anna Paradowska-Stolarz,
2. lek. dent. Dariusz Chrzęszczczyk.

Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu 26 czerwca 2013 r. stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny uzyskał:

1. lek. Michał Paradowski.

KRZYKI-JAGODNO

– IDEALNE MIEJSCE NA PRZYCHODNIĘ

Posiadam działkę we wrocławskiej dzielnicy Krzyki-Jagodno przy ul. Vivaldiego, na której rozpoczęłam budowę nieruchomości **na wynajem** z lokalem mieszkalnym na I piętrze oraz lokalem usługowym (ok. 120 m²) na parterze budynku. **Ze względu na stale wzrastające zaludnienie tego terenu to wręcz idealne miejsce na placówkę zdrowia. Choć nieruchomość jest w trakcie budowy (oddanie stanu surowego – IX-X 2013 r.), do jej wynajęcia zachęcam już teraz. Na tym etapie prac budowlanych istnieje bowiem możliwość przystosowania lokalu/li do działalności leczniczej.** Istnieje możliwość wynajęcia całego budynku o łącznej powierzchni ok. 250 m² lub jego części. Zainteresowanych proszę o kontakt: tel. 500 290 655 lub e-mail: g.asia@wp.pl

Joanna Gołaś



SPÓR O ZALEGŁE WYPŁATY ZA DYŻURY

17 lipca 2013 roku dr n. med. Andrzej Wojnar – wiceprezes DRL ds. Organizacyjnych i Kształcenia oraz mgr Monika Huber-Lisowska – radca prawny DIL spotkali się z członkami Koła DIL przy Szpitalu Specjalistycznym im. A. Falkiewicza we Wrocławiu oraz dyrektorem placówki ochrony zdrowia Januszem Wróblem. Zebrani dyskutowali przede wszystkim na temat niewypłacania lekarzom wynagrodzenia z tytułu pełnionych w placówce dyżurów medycznych.

Spotkanie prowadził przewodniczący Koła DIL Leszek Skośkievicz. Poinformował on zebranych, że dyżury medyczne nie były pełnione w szpitalu na podstawie umowy kontraktowej. Lekarze mieli podpisane umowy kontraktowe na dyżury z firmą pośrednikiem, która to firma oddelegowywała ich do Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza. W swym wystąpieniu wskazał również, że problem zaległości finansowych szpitala wobec lekarzy narastał od wielu miesięcy. Wypłaty odbywały się z opóźnieniem i nie pokrywały całości należnych lekarzom kwot. Wstrzymanie wypłat nastąpiło z chwilą zablokowania przez Urząd Skarbowy kont firmie pośredniczącej.

Doktor Skośkievicz mówił w trakcie spotkania, że z uzyskanych od przedstawiciela firmy pośredniczącej oraz dyrektora Janusza Wróbla danych wynika, iż środki finansowe ze szpitala będą sukcesywnie przekazywane na konto firmy pośredniczącej. Co prawda z opóźnieniem, ale lekarze otrzymają zaległe wypłaty za dyżury w ciągu dwóch lub trzech tygodni. Przewodniczący Koła zauważył również, że stawka wynagrodzenia zasadniczego medyków w Szpitalu Specjalistycznym im. A. Falkiewicza we Wrocławiu jest znacznie niższa od stawek w innych szpitalach w regionie o takim samym zakresie referencyjności. „Ostatnio personel medyczny nie ma praktycznie żadnego kontaktu z kadrą zarządzającą i nie może uzyskać jakichkolwiek informacji, w tym związanych z kondycją finansową szpitala” – wyjaśniał.

W toku spotkania radca prawny DIL zwróciła uwagę, że wykorzystanie przez Dyрекcję placówki pośrednika w celu zapewnienia realizacji dyżurów medycznych w podmiocie leczniczym jest niezgodne z przepisami, obowiązującej od lipca 2011 roku ustawy o działalności leczniczej, co potwierdza wyrażone na piśmie stanowisko Ministerstwa Zdrowia. Ponadto może zostać potraktowane przez Państwową Inspekcję Pracy czy ZUS jako próba obejścia przepisów prawa w związku z pełnieniem dyżurów medycznych przez tych samych lekarzy, którzy są jednocześnie

pracownikami danego podmiotu leczniczego.

Dr n. med. Andrzej Wojnar stwierdził, że najważniejszym problemem, który należy rozwiązać, jest sprawa zaległych wynagrodzeń za dyżury. Zapytał więc dyrektora, czy zaległe środki zostaną przekazane do firmy pośredniczącej. Dyrektor oświadczył, że ze względu na fakt, iż dyżury zostały zrealizowane, środki muszą zostać przekazane do firmy, z którą lekarze zawarli umowy na dyżury. Wiceprezes DRL oznajmił, że mając na uwadze, iż nie można korzystać z usług firmy pośredniczącej, a kontrakty ze szpitalem, w odniesieniu do lekarzy pracowników danej placówki ochrony zdrowia są niezgodne z obowiązującymi przepisami prawa, to lekarze będą musieli dyżurować w ramach etatu. Koniecznym jest zatem podwyższenie przez szpital stawek wynagrodzenia zasadniczego lekarzy, w innym przypadku przy nakładzie takiej samej pracy będą otrzymywali znacząco niższe wynagrodzenie za pełnione dyżury. Dyrektor szpitala sceptycznie odniósł się do kwestii wzrostu płac personelu medycznego, zwłaszcza w świetle planowanej restrukturyzacji podmiotu.

Co można zrobić w tej sytuacji? Zdaniem dr. Andrzeja Wojnara nadanie sprawie charakteru medialnego oraz włączenie do niej Urzędu Marszałkowskiego (jako organu właścicielskiego) i konsultanta wojewódzkiego może przyczynić się do rozwiązania problemów placówki i jej pracowników. Wiceprezes DRL zadeklarował, że porozmawia na ten temat z przedstawicielem Urzędu Marszałkowskiego. Uczestnicy spotkania rozmawiali również o ochronie zdrowia, systemie opieki zdrowotnej na terenie Dolnego Śląska i w RP.

Na zakończenie dr Andrzej Wojnar zaproponował następujący tok postępowania:

1. oczekiwanie 2-3 tygodni na wypłatę zaległych środków za dyżury, do czego zobowiązała się firma pośrednicząca,
2. podjęcie kroków w celu podwyższenia stawek wynagrodzenia zasadniczego,
3. w przypadku nieosiągnięcia zamierzonych celów nadanie sprawie szerszego i medialnego charakteru.

PS: Kolejne spotkanie z udziałem Igora Chęcińskiego odbyło się 14 sierpnia i zakończyło się zobowiązaniem prezesa DRL do podjęcia przez Izbę roli mediatora pomiędzy lekarzami a właścicielem szpitala – Urzędem Marszałkowskim i DOW NFZ.

mgr Monika Huber-Lisowska



D
Y
Ż
U
R
Y



Źródło grafiki: deviantart.com/gracelungartpalette-d67sj6b



DR TADEUSZ KUKIZ KUSTOSZEM PAMIĘCI NARODOWEJ



Fot. Z archiwum IPN/Piotr Gajewski

Nagroda IPN została ustanowiona w 2002 r. przez pierwszego prezesa Instytutu Pamięci Narodowej prof. Leona Kieresa.

Dr Tadeusz Kukiz jest jedynym lekarzem w Polsce wyróżnionym godnością „Kustosza Pamięci Narodowej”.

Przed kilku tygodniami (22.05.2013 r.) na Zamku Królewskim w Warszawie, nagrodą i godnością Kustosza Pamięci Narodowej wyróżniony został dr Tadeusz Kukiz – zasłużony lekarz, popularyzator historii i kultury Kresów, autor serii książek o obrazach maryjnych oraz sześciu monografiach małych miast kresowych związanych z dziejami jego rodu.

Nagroda, która jest najwyższym wyróżnieniem Instytutu Pamięci Narodowej, przyznawana jest corocznie od 2002 roku, instytucjom, organizacjom i osobom szczególnie zasłużonym w upamiętnieniu historii narodu polskiego w latach 1939-1989. Laureatami nagród indywidualnych byli dotychczas m.in.: Wacław Bartoszewski (2004), gen. Bolesław Nieczuj-Ostrowski (2005), Paweł Jasienica (2007), ks. Tadeusz Isakowicz-Zeleski (2010), a nagród zespołowych m.in.: Stowarzyszenie Archiwum Solidarności, Instytut Józefa Piłsudskiego w Londynie, Związek Sybiraków.

W 2013 r. obok dr. Tadeusza Kukiza honorowy tytuł otrzymali: Tomasz Merta (pośmiertnie), Zdzisław Rachtan oraz Biblioteka Polska w Paryżu i Stowarzyszenie Upamiętniania Polaków Pomordowanych na Wołniu. Z wykształcenia jest lekarzem – specjalistą chorób wewnętrznych, a z potrzeby serca kronikarzem ziemi rodzinnej. Swoją misję rozpoczął od artykułów popularyzujących problematykę kresową. W latach dziewięćdziesiątych opublikował pierwsze „Madonny Kresowe”, które w kolejnym dziesięcioleciu zebrał i wydał w siedmiu tomach.

Repatrianckim losom obrazów Maryjnych, które jakże często towarzyszyły transportom ludzi zmuszonych do opuszczenia ziemi rodzinnej, cierpliwy i wytrwały badacz poświęcił blisko 30 lat, prowadząc kwerendy archiwalne, badania ankietowe, wizje lokalne oraz gromadząc ikonografię, a także rozmawiając z ludźmi, którzy transportowali obrazy ukryte w repatrianckich wagonach.

W początkach XX w. podjął przerwana pracę nad monografiami małych miast kresowych związanych z dziejami własnej rodziny. Kolejno ukazały się: „Łopatyn. Dzieje i zabytki” (2004), „Ziemia Radziechowska i ludzie stamtąd” (2008), „Uhnów. Kresowe miasteczko nad Sołokiją” (2010), „Kukizów. Miasteczko koło Lwowa” (2010), „Kukizowscy i Kukizowie. Poszukiwanie rodzinnego gniazda” (2011). Dorobek artystyczny oraz naukowy dr. Tadeusza Kukiza sprawił, że stał się cenionym partnerem historyków i znawców sztuki sakralnej, a także szanowanym bibliofilem i popularyzatorem wiedzy o Kresach.

W 2012 r. odznaczony został Medalem „Zasłużony Kulturze Gloria Artis” oraz nagrodą im. Stefana Kuczyńskiego za działalność kulturotwórczą w środowisku lekarskim. Czy nie nadeszła pora, aby dorobek Jego życia uznać za godny doktoratu honoris causa?

Jerzy Bogdan Kos

Konferencję zorganizowano w sali wykładowej im. prof. Leonarda Kuczyńskiego Wydziału Farmaceutycznego przy ul. Borowskiej 211 we Wrocławiu. Jej inicjatorami byli: były rektor prof. dr hab. Leszek Paradowski (po lewej) i obecny rektor prof. dr hab. Marek Ziętek.



„ILE UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W SZPITALU KLINICZNYM?”



Uczestnicy konferencji

Fot. Adam Zadrzywłski

27 czerwca br. na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu odbyła się konferencja, której zasadniczy cel sprowadzał się do wskazania współzależności zachodzących pomiędzy uniwersytetem medycznym i szpitalami klinicznymi. Tę dysputę naukową wywołali prof. dr hab. Leszek Paradowski, były rektor UMW oraz obecny rektor prof. dr hab. Marek Ziętek. Obaj postanowili zadać przybyłym gościom bardzo ważne i kluczowe dla całego przedsięwzięcia pytanie: „Ile uniwersytetu medycznego w szpitalu klinicznym?”. Okazuje się, że odpowiedź nie jest wcale taka oczywista. Kwestie związane z funkcjonowaniem tych podmiotów dotyczą bowiem wielopłaszczyznowego problemu. Usiłowali się z nim zmierzyć zaproszeni goście. Na konferencji debatowali m.in.: dyrektorzy wrocławskich szpitali klinicznych, władze UMW, a także przedstawiciele innych uczelni.

Jako pierwszy głos w dyskusji zabrał prof. dr hab. Zdzisław Kubot z Uniwersytetu Wrocławskiego, który postanowił odnieść się do prawnych uregulowań funkcjonowania wspomnianych wyżej podmiotów. Prof. Kubot słusznie zauważył, że szpital kliniczny, pełniący nie tylko funkcję leczniczą, ale i dydaktyczną oraz naukową, nie może być stawiany w tym samym szeregu, co inne placówki medyczne – nieuniwersyteckie. Pracownicy szpitala klinicznego to elita o wysokich kwalifikacjach, pracująca na specjalistycznym sprzęcie – podkreślał w swoim przemówieniu wykładowca. Profesor zwrócił uwagę na to, że przed uniwersytetem medycznym i szpitalem klinicznym stoi wiele wyzwań, wszak wszystkim powinno zależeć na efektywności organizacyjnej i finansowej tych podmiotów. Tego samego zdania był prof. dr hab. Romuald Zdrojowy, prorektor ds. klinicznych UMW, który podczas swojej prezentacji wielokrotnie powtarzał, że UMW jest organem założycielskim Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego oraz Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1, więc to na nim tak naprawdę spoczywa brzemię odpowiedzialności finansowej.

W debacie wziął również udział Piotr Pobrotyn – dyrektor USK im. Jana Mikulicza-Radeckiego, który szczegółowo opowiedział o problemach organizacyjnych, prawnych i personalnych swojej placówki. Mówił m.in. o ciężącym na szpitalach klinicznych konstytucyjnym obowiązku zapewnienia ciągłości kształcenia kadr medycznych, co staje się źródłem trosk. Dyrektor zwrócił uwagę na to, że brakuje jednoznacznych zasad regulujących proces zatrudniania nauczycieli akademickich w szpitalach klinicznych. Ponadto wyjaśnił obecnym na konferencji medykom, że głównymi problemami występującymi w tym obszarze są kwestie związane z rozliczaniem i kontrolą czasu pracy, a także absencją spowodowaną rozwojem naukowym (np. szkolenia, konferencje naukowe) i asymetrią urlopów wakacyjnych. Ciężko określić, czy lekarz wykonując zabieg medyczny w obecności studentów, jest w danym momencie nauczycielem i rozlicza go rektor, czy pracownikiem szpitala podlegającym dyrektorowi – zastanawiał się Piotr Pobrotyn.

Dyrektor USK zwrócił uwagę na fakt, że ostatecznie do-



Prof. nadzw. dr hab. Marzena Dominiak, kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej wskazała na problem udziału studenta w procesie terapeutycznym w kontekście wymagań prawnych.



Dyrektor USK im. J. Mikulicza-Radeckiego Piotr Pobrotyn skupił się na omówieniu działalności szpitala uniwersyteckiego w systemie opieki medycznej w Polsce.



Prof. Zdzisław Kubot z Uniwersytetu Wrocławskiego mówił o stosowanych w praktyce regulacjach prawnych dotyczących obu podmiotów.



chodzi do sytuacji, w której to lekarz pracuje dla dwóch pracodawców, nie identyfikując się do końca z żadnym z tych podmiotów. Niestety taki stan rzeczy uniemożliwia efektywne i elastyczne zarządzanie personelem.

W swoim wystąpieniu Piotr Pobrotyn położył ogromny nacisk na ważny i frustrujący dla szpitali klinicznych problem, którym jest znikoma decyzyjność w kwestiach dotyczących inwestycji uczelni w bazę kliniczną. Dyrektor przybliżył uczestnikom zagadnienie związane z brakiem współmierności pomiędzy bazą dydaktyczno-naukową uczelni, a bazą usługową szpitala, a wszystko to wynika z niemożności finansowania przez publicznych płatników. Co to oznacza? Załóżmy, że uczelnia zakłada dostępność do 50 łóżek szpitalnych w celu prowadzenia działalności statutowej, z kolei NFZ kontraktuje szpitalowi tylko 20. Źródłem problemu jest tu nieuwzględnienie przez NFZ specyficznej roli szpitali klinicznych. Płatnik nie różnicuje wyceny świadczeń realizowanych głównie, bądź jedynie przez szpitale kliniczne, nie finansuje także nowoczesnych procedur medycznych, a tym samym nie uwzględnia strategicznej roli szpitala klinicznego w systemie ochrony zdrowia – tłumaczył tę kuriozalną zależność Piotr Pobrotyn.

Do wypowiedzi dyrektora USK odniósł się prof. dr hab. Andrzej Boznański kierownik I Katedry i Kliniki Pediatrii, Alergologii i Kardiologii. Mówiąc o funkcjach kierownika i ordynatora kliniki, wykazał, że oddzielenie tych stanowisk oraz przypisanych im obowiązków jest niemożliwe. Kierownik kliniki powinien pełnić funkcję lekarza kierującego oddziałem, bo właśnie tak jest w większości uczelni medycznych w Polsce – zaznaczał wielokrotnie.

Podczas debaty medyków poruszono także kwestie związane ze stażem studentów. Mec. Agnieszka Sieńko zauważyła, że w ustawie o szkolnictwie wyższym określa się, że to właśnie uczelnie medyczne regulują przepisy ustawy o działalności leczniczej. Ponadto w obu ustawach występują sprzeczne informacje, np. ustawa o działalności leczniczej stanowi, że udzielanie świadczeń medycznych jest możliwe wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, z kolei w ustawie o szkolnictwie wyższym, jest mowa o tym, że student może realizować świadczenia medyczne, ale pod nadzorem nauczyciela

akademickiego. Kto zatem ponosi odpowiedzialność cywilną za szkody wyrządzone przez studentów? Takie pytanie zadała przybyłym gościom pani mecenas. Podczas swojego wystąpienia wielokrotnie podkreślała zresztą, że to bardzo ważny problem, a przepisy prawa jednoznacznie go nie regulują.

Głos w dyskusji zabrała kolejno prof. nadzw. dr hab. Marzena Dominiak, kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej, która podała konkretne przykłady problemowych sytuacji, z jakimi muszą się zmagać studenci w trakcie stażu. Prof. Dominiak podkreślała dobitnie, że dydaktyka znacząco wpływa na koszt udzielanych świadczeń zdrowotnych w szpitalu klinicznym: koszty amortyzacji sprzętu będącego własnością szpitala, wydłużenie pobytu pacjenta na oddziale, ryzyko sanitarno-epidemiologiczne.

Podczas ożywionej dyskusji prelegenci wskazali rozmaite wady systemu wynikające ze współzależności uniwersytetu medycznego i szpitali klinicznych. W świetle tych uwag trudno nie zgodzić się z opinią rektora UMW prof. dr. hab. Marka Ziętka, który stwierdził, że wyjściem w tej nieuregulowanej prawnie sytuacji jest rozsądna współpraca i uwzględnienie wzajemnych kompetencji władz uczelni i szpitali klinicznych. W ramach podsumowania prof. Leszek Paradowski oznajmił, że zasadnym byłoby postawienie pytania: Ile uniwersytetu w szpitalach klinicznych, a ile szpitali klinicznych w uniwersytecie? Konkluzja nagrodzona została brawami...

Łukasz Wasilewski



Fot. z archiwum autora

Autor jest absolwentem Uniwersytetu Wrocławskiego, polonistą, początkującym dziennikarzem. Dotychczas współpracował m.in. z: telewizją internetową iTVwro, z agencją reklamową PR „Piękni i Młodzi”, wałbrzyską telewizją DAMI.

Spotkanie z metropolią wrocławskim

3 września odbyło się spotkanie metropolity wrocławskiego abp. Józefa Kupnego z udziałem prezesa DRL dr. n. med. Igora Chęcińskiego, który zaprosił Jego Ekscelencję na uroczystość otwarcia nowej siedziby. Gościem honorowym uroczystości będzie Jego Eminencja kardynał Henryk Gulbinowicz.

I.Ch.

Na szwedzkim rynku pracy



Rozmowa z dr. Maciejem Machaczką, polskim lekarzem pracującym w Szwecji, wybitnym hematologiem, autorem wielu prac naukowych, ordynatorem Oddziału Hematologii w Karolinska University Hospital w Sztokholmie w Szwecji.

Źródło grafiki: deviantart.com/think0

Rynek pracy lekarzy w Szwecji zależy w dużym stopniu od tego, na jakim etapie rozwoju zawodowego jest dany medyk. Aby otrzymać prawo samodzielnego wykonywania zawodu (Legitimation), każdy lekarz po ukończeniu studiów zobowiązany jest do odbycia stażu podyplomowego (Allmäntjänstgöring, w skrócie AT). Staż ten trwa półtora roku, a w jego skład wchodzi staż cząstkowy z interny, chirurgii, psychiatrii i w lecznictwie otwartym/podstawowej opiece zdrowotnej (Vardcentral). Niestety, z szybkim uzyskaniem etatu stażowego bywają problemy, zwłaszcza w dużych miastach takich jak Sztokholm, Göteborg czy Malmö/Lund. Dlatego bywa, że młodzi lekarze muszą czekać rok lub dłużej, zanim otrzymają upragniony etat stażysty i mogą rozpocząć szkolenie, które kończy się egzaminem, a po jego pomyślnym zdaniu otrzymaniem prawa wykonywania zawodu.

W oczekiwaniu na AT młodzi lekarze nie pozostają zazwyczaj bezrobotni, ponieważ w Szwecji rozpowszechniony jest system krótkoterminowej pracy na tzw. zastępstwa (vikariat). Kontrakty takie zawierane są zwykle na okres 3-6 miesięcy z możliwością przedłużenia, a początkujący medyk pracuje na stanowisku „młodszego lekarza” (underläkare bez legitimation). Ważnym aspektem pracy na „vikariacie” po ukończeniu studiów jest fakt, że jej podjęcie znacząco zwiększa szansę uzyskania etatu stażowego przy następnym naborze (odbywającym się co pół roku). Młody lekarz przedstawia później, starając się o etat stażowy, listy polecające. Regułą jest natomiast przedstawienie we wniosku o etat stażowy danych kontaktowych (telefon, e-mail) kierowników

klinik i oddziałów, na wypadek gdyby komisja chciała zasięgnąć opinii o kandydacie na staż bezpośrednio od jego byłego przełożonego. Absolwenci studiów lekarskich, którzy po studiach pozostają bez pracy w zawodzie są praktycznie bez szans na etat stażowy.

Po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu część lekarzy w Szwecji stara się o uzyskanie na drodze konkursowej etatu specjalizacyjnego...

Tak, to 5-letni okres szkolenia specjalizacyjnego w określonej specjalności klinicznej. Bywają też problemy ze znalezieniem miejsca specjalizacyjnego, szczególnie w klinikach uniwersyteckich dużych miast. Wtedy należy wzmocnić swoje CV kolejnym „vikariatem” (jako underläkare z legitimation) w swojej wymarzonej specjalizacji lub poprzez podjęcie studiów doktoranckich w zakresie tej specjalizacji.

Jeśli ktoś jest gotów, aby spędzić co najmniej kilka lat w mniejszym mieście i szpitalu, szansa szybkiego uzyskania etatu specjalizacyjnego jest większa. Na pewno łatwiej będzie lekarzowi znaleźć etat specjalizacyjny w takich specjalnościach jak interna, chirurgia, pediatria, ginekologia, psychiatria czy medycyna rodzinna na szwedzkiej prowincji, zwłaszcza w środkowej i północnej Szwecji niż w Sztokholmie. Ponieważ infrastruktura w Szwecji jest dobrze rozwinięta w całym kraju, taka praca w szpitalu na prowincji nie jest w jakiś szczególnie sposób bardziej uciążliwa niż na południu kraju. Ponadto, może taka praca być przygodą życiową (np. praca niedaleko koła podbiegunowego) i stać się doskonałą okazją do poznania odległych zakątków tego pięknego kraju. Niestety nie wszystkie specjalności, zwłaszcza te niszowe, wyszukane, można realizować na prowincji.



Dlatego jeśli ktoś chce być w przyszłości chirurgiem transplantacyjnym, czeka go prawdopodobnie dłuższa droga rozwoju zawodowego na uniwersytecie i konieczność zajmowania się poza medycyną praktyczną także badaniami naukowymi. Jeśli młody lekarz w Szwecji jest zdecydowany na wybór jakiejś specjalizacji, to w krótkiej perspektywie może osiągnąć swój cel. Rozwiązania szwedzkiego systemu opieki zdrowotnej raczej temu sprzyjają.

Po specjalizacji, rynek pracy dla lekarza staje się najbardziej atrakcyjny? W Szwecji ciągle brakuje specjalistów a lekarze specjaliści są niemalże zasypany ofertami pracy...

Szwedzka, cotygodniowa, ogólnokrajowa gazeta lekarska (Läkartidningen) zamieszcza liczne oferty pracy dla wszystkich kategorii lekarzy, głównie specjalistów, z całej Szwecji, a także Skandynawii i świata. Ponadto agencje rekrutujące lekarzy do pracy kontaktują się z nimi bezpośrednio za pomocą poczty i e-maila. Taka sytuacja daje lekarzowi bardzo mocną pozycję negocjacyjną w rozmowach z potencjalnymi pracodawcami i możliwości uzyskania nie tylko bardzo dobrych poborów, ale też i szeregu innych przywilejów (np. czas na prowadzenie badań naukowych, czas i środki na szkolenie ustawiczne, czas na pracę administracyjną, itp.). Zmiana miejsca pracy lekarza jest w Szwecji czymś naturalnym i powszechnie akceptowanym przez pracodawców. Pracodawca i lekarz rozstają się w zgodzie i nierzadko życzą sobie powtórnego zejścia się swoich dróg zawodowych. Nie ma między nimi wrogości, zawiedzionych nadziei czy poczucia zdrady wobec pracodawcy.

Młody specjalista w specjalnościach szpitalnych jest zwykle zatrudniany na stanowisku lekarza oddziałowego. Co dalej?

Po kilku latach pracy i uzyskaniu drugiej specjalizacji awansuje na stanowisko zastępcy ordynatora, a po kolejnych kilku latach na stanowisko ordynatora. Nie ma jednak w Szwecji jednolitych przepisów regulujących sposób awansowania i poszczególne szpitale i kliniki stosują swoje wewnętrzne regulacje. W Centrum Hematologii Uniwersytetu Karolinska w Sztokholmie gdzie pracuję, stanowisko ordynatora może uzyskać lekarz, który posiada: stopień naukowy doktora, dwie specjalizacje lekarskie (z hematologii i chorób wewnętrznych) oraz upłynął okres co najmniej 5 lat od uzyskania przez niego drugiej specjalizacji. Niektórzy specjaliści zamiast pracy na etacie wybierają pracę na kontrakty. Praca na własny rachunek daje 2-3 razy wyższe zarobki brutto niż na etacie, ale wiąże się z koniecznością podejmowania wielu czynności pozamedycznych, jak ciągłe dbanie o nowe zlecenia, prowadzenie firmowej rachunkowości i rozliczanie się z urzędem skarbowym, opłacanie składek emerytalnych itd. W ostatecznym rozrachunku samodzielna praca jako lekarz szpitalny nie przynosi znacząco większych zysków niż praca na etacie, ale na pewno daje większą swobodę w wykonywaniu zawodu. Największy problem to utrzymywanie ciągłości zleceń

i konieczność ciągłej zmiany miejsca pracy, ponieważ szpitale po uzupełnieniu braków kadrowych nie przedłużają współpracy z lekarzami kontraktowymi.

Wróćmy do kształcenia. Kształcenia podyplomowe po uzyskaniu specjalizacji...

W Szwecji nie ma wymogu kształcenia ustawicznego. Nie ma systemu punktów, które trzeba zbierać, aby utrzymać swą specjalizację. Kształcenie podyplomowe jest po prostu kwestią odpowiedzialności zawodowej każdego lekarza. W szpitalach pracodawca zapewnia lekarzom możliwość realizowania tego celu poprzez uczestnictwo w zjazdach, szkoleniach, czy konferencjach, krajowych i zagranicznych, przez 10 dni roboczych w roku. Pracodawca pokrywa koszty podróży i zamieszkania w związku z takim szkoleniem zawodowym, no i oczywiście pokrywa także 100 proc. regularnego wynagrodzenia dla lekarza. Jest to więc jakby 2-tygodniowy płatny urlop naukowy, do którego lekarz ma prawo. Urlop ten może być realizowany w całości lub w częściach składających się w sumie na 10 dni roboczych. Prawnie jest natomiast regulowana kwestia sponsorowania szkolenia lekarzy przez przemysł farmaceutyczny bądź medyczny. Ze środków komercyjnych możliwe jest w Szwecji sponsorowanie do 50 proc. kosztów udziału lekarza w konferencji, zjeździe, itp. Resztę środków ma obowiązek zapewnić pracodawca.

Jakie są wady i zalety kształcenia medycznego w Szwecji?

System ten jest w Szwecji bardzo zindywidualizowany, oparty na systemie mentorskim. Lekarz specjalizujący się otrzymuje swojego opiekuna specjalizacji, mentora, mającego spełniać rolę mistrza, który uczy młodego adepta tajników danej specjalności lekarskiej, ale przede wszystkim praktycznej strony wykonywania zawodu. Mentor jest specjalistą z co najmniej kilkuletnim doświadczeniem. Jeśli specjalizujący się lekarz ma wątpliwości w postępowaniu lekarskim, zwraca się do mentora o pomoc. Poza tym regularnie spotykają się, średnio co dwa tygodnie po ok. dwie godziny.

Poza tym jest w systemie szkolenia specjalizacyjnego pewna liczba obowiązkowych kursów i szkoleń, w których lekarz pragnący uzyskać specjalizację musi wziąć udział. Istnieją również kursy fakultatywne, gdzie uczestnictwo jest zalecane, ale nieobowiązkowe do uzyskania specjalizacji. Obecnie prowadzi się w Szwecji prace nad większą standaryzacją kryteriów uzyskiwania specjalizacji. Zaletą systemu mentorskiego specjalizacji jest zindywidualizowanie procesu kształcenia, umożliwienie stworzenia unikalnej, bardzo efektywnej interakcji nauczyciel – uczeń. Z drugiej strony, taki system stawia wysokie wymagania tak uczącym się, jak i ich nauczycielom czyli lekarzom praktykom, którzy przekazują swoje praktyczne doświadczenie zawodowe. Istnieje pewne ryzyko, że niektóre elementy kształcenia mogą zostać przesadnie wyeksponowane, a niektóre pominięte lub niedostatecznie rozwinięte. Jest bowiem ryzyko, że w układzie mentorskim uczący się lekarz koncentruje



się bardziej na rzeczach dla niego ciekawych, a będzie unikał tematów, które sprawiają mu problem lub są niezrozumiałe.

Czy istnieje sposób weryfikujący poziom wiedzy lekarza specjalisty po stażu, kursach specjalizacyjnych i pozytywnej opinii mentora?

Nie ma żadnego obowiązkowego egzaminu specjalizacyjnego. Jeśli mentor uzna, że nadszedł już właściwy moment, wysyłane są dokumenty do odpowiednika szwedzkiego Ministerstwa Zdrowia (Socialstyrelsen). Jeśli w Socialstyrelsen nie stwierdzi się uchybień proceduralnych, lekarz uzyskuje potwierdzenie uzyskania danej specjalizacji. Od kilku lat towarzystwa specjalistów zalecają, aby poddawali się oni nieobowiązkowym egzaminom specjalizacyjnym. Egzaminy takie są organizowane przez stowarzyszenia specjalistów danej specjalności i składają się z części praktycznej w miejscu pracy lekarza oraz teoretycznej, składanej przed komisją specjalistów w czasie trwania np. krajowego zjazdu danego towarzystwa specjalistów. Z drugiej strony w momencie przyjmowania lekarza na etat specjalizacyjny mają warunek, że na zakończenie specjalizacji dany lekarz poda się egzaminowi.

Jak długo pracuje Pan już w Szwecji?

Od kwietnia 2002 roku, czyli prawie 12 lat. Najpierw pracowałem w niewielkim szpitalu w miejscowości Katrineholm na Oddziale Chorób Wewnętrznych. Było to takie przetarcie szlaków w nowym kraju, w nowym systemie opieki zdrowotnej. Pracowałem tam przez dwa

lata, uzyskując nostryfikację dyplomu, prawa wykonywania zawodu i specjalizacji. Następnie przenieśliśmy się na południowy zachód Szwecji do miejscowości Varberg, do dużego szpitala regionalnego. Tam zostałem ordynatorem na Oddziale Hematologii, a po roku szefem sekcji hematologicznej w szpitalu Varberg. Już w trakcie pobytu w Varberg nawiązałem współpracę naukową z kolegami ze Szpitala Uniwersyteckiego Karolinska w Sztokholmie. Po pewnym czasie współpracy zapytano mnie, czy nie chciałbym przenieść się do Karolinska, gdzie zaproponowano mi stanowisko ordynatora. Ostatecznie po czterech latach pobytu w Varberg, przenieśliśmy się do Centrum Hematologii Karolinska w Sztokholmie, gdzie pracuję do dzisiaj.

Myśli Pan czasem o powrocie do Polski?

Tak, czasem. Ale jeszcze nie teraz i nie tylko po to, żeby wrócić na zasadzie samego powrotu. Na pewno dużo się nauczyłem za granicą, i to zarówno jeśli chodzi o samą medycynę, jak i organizację nowoczesnej służby zdrowia, funkcjonowanie oddziałów szpitalnych, prowadzenie badań naukowych i dydaktyki w jednym z czołowych wydziałów lekarskich Europy i świata. Dlatego rozważyłbym sprawę powrotu do kraju, ale pod warunkiem wykorzystania mojej wiedzy i doświadczenia zdobytego za granicą przez te wszystkie lata.

**Dziękuję za rozmowę.
Magdalena Orlicz-Benedycka**

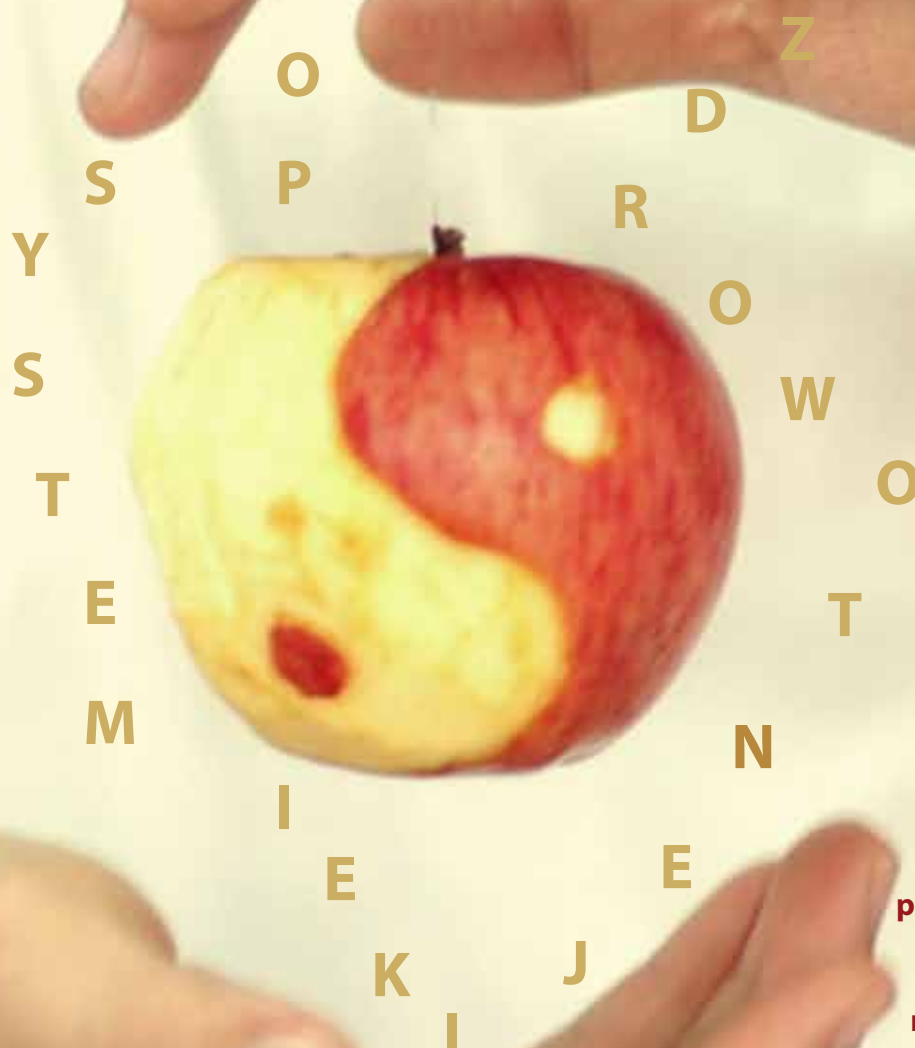


„W Szwecji nie ma wymogu kształcenia ustawicznego. Nie ma systemu punktów, które trzeba zbierać, aby utrzymać swą specjalizację. Kształcenie podyplomowe jest po prostu kwestią odpowiedzialności zawodowej każdego lekarza”.



Postulaty

wskazujące pożądane kierunki zmian
w organizacji systemu opieki zdrowotnej



Poniższe postulaty – stanowiska wypracowane zostały podczas panelu dyskusyjnego zorganizowanego 8 czerwca w ramach konferencji „Wzmacnianie potencjału Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia Dolnego Śląska motorem do rozwoju dialogu społecznego na Dolnym Śląsku”.



Fot. z archiwum autorki

Dr Maria Węgrzyn

adiunkt w Katedrze Finansów Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, dydaktyk o wieloletnim doświadczeniu. Otrzymała sześć indywidualnych nagród stopnia I i II nadawanych przez rektora Uniwersytetu Ekonomicznego za działalność dydaktyczno-badawczą. Kierownik studiów podyplomowych „Zarządzanie i finanse w ochronie zdrowia”. Członek Rady NFZ Oddziału Dolnośląskiego, członek kilku Rad Społecznych Sp. ZOZ. Ekspert ds. restrukturyzacji ochrony zdrowia województwa dolnośląskiego. Specjalizuje się w finansach i ubezpieczeniach ze szczególnym uwzględnieniem ochrony zdrowia, autorka ponad 80 publikacji naukowych z zakresu ubezpieczeń społecznych, ochrony zdrowia oraz finansów publicznych i samorządowych. Realizowała wiele krajowych i międzynarodowych projektów związanych z finansowaniem i organizacją służby zdrowia.

Opowiedzialność państwa za bezpieczeństwo zdrowotne i właściwe warunki życia obywateli zostały uwzględnione w większości, jeśli nie we wszystkich konstytucjach narodowych. Rządy wielu krajów akceptowały i nadal akceptują swoją odpowiedzialność za stan ochrony zdrowia obywateli. Jednakże w wyniku reform przeprowadzanych w zakresie finansowania opieki zdrowotnej, zarówno w Polsce, jak i w innych krajach, dochodzi do systematycznego ograniczania odpowiedzialności państwa w tym zakresie. Zapisy obowiązujące w Polsce, wynikające z Konstytucji RP, stanowią, że: „każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia” oraz „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych”¹.

Bez względu na przyjęty w danym państwie model finansowania usług medycznych, wielkość środków finansowych przekazywanych na ten cel jest zwykle niewystarczająca. Dzieje się tak pod wpływem trzech grup czynników: socjalno-kulturowych, obejmujących postawy pacjentów ukierunkowane na pozyskiwanie jak największej liczby nieodpłatnych świadczeń i na jak najwyższym możliwym poziomie jakościowym, demograficznych, które bezpośrednio wpływają na przychody systemów zdrowotnych oraz technologicznych – rozwinięta technologia prowadzi do gwałtownego wzrostu kosztów świadczonych usług medycznych. W zależności od stopnia rozwoju kraju siła oddziaływania poszczególnych czynników bywa różna.

Każdy z nich wpływa jednak w znaczący sposób na kształtowanie się ekonomicznej (finansowej) wydolności systemu, co w konsekwencji prowadzi do podejmowania przez decydentów takich a nie innych decyzji stanowiących o konstrukcji systemu opieki zdrowotnej. Decyzje te, w ostatecznym kształcie, nie zawsze są korzystne zarówno dla beneficjentów systemu, czyli pacjentów, jak i podmiotów leczniczych. Stąd też, w trosce o poprawność funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce, zwracamy uwagę na szczególnie istotne zagadnienia i formułujemy kilka postulatów.

POSTULAT I

Stworzenie obowiązkowego systemu zrzeszania się podmiotów medycznych w reprezentatywnych organizacjach, które uprawnione będą do podejmowania negocjacji z płatnikiem.

Ograniczone zasoby finansowe skłaniają do refleksji nad istotą zaspokajania potrzeb zdrowotnych oraz zmuszają do poszukiwania rozwiązań i sposobów jak najlepszego wykorzystania zgromadzonych na ten cel środków pieniężnych i pozostałych zasobów. Zasada gospodarności nakazuje bowiem osiągnięcie zakładanego celu przy minimalnym zużyciu środków, w sytuacji wyraźnego ich limitowania. Możliwości zaspokajania potrzeb szuka się na drodze bądź oszczędności zasobów bądź zwiększenia efektu działania. Dlatego wciąż żywe są dyskusje na temat racjonowania usług medycznych, obok dyskusji na temat racjonalizacji kosztów/nakładów finansowych. Im bowiem większe efekty uzyska się w dziedzinie poprawy wykorzystania posiadanych zasobów niezbędnych do wytwarzania świadczeń opieki zdrowotnej, tym skala racjonowania może być mniejsza. Powyższe stwierdzenia nie mają w Polsce swojego realnego odniesienia do sposobu zawierania umów na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Nie uwzględnia się warunków ekonomicznych, w jakich muszą działać podmioty lecznicze, a jedynie wskazuje warunki konieczne do spełnienia przy realizacji umowy, bez względu na skutki jakie ona przynosi dla realizującego umowę. Pojedynczy podmiot leczniczy nie jest w stanie negocjować z płatnikiem właściwych warunków umów. Dlatego widzimy potrzebę stworzenia obowiązkowego systemu zrzeszania się podmiotów medycznych w reprezentatywnych organizacjach, które uprawnione będą do podejmowania negocjacji z płatnikiem w imieniu członków oraz reprezentowania interesów podmiotów zrzeszonych (wzorem rozwiązania zastosowanego w systemie niemieckim tj. kontraktowana świadczeń z udziałem pośrednika, który reprezentuje wszystkich świadczeniodawców wykonujących świadczenia zdrowotne danego rodzaju).

POSTULAT II

Zwiększenie roli POZ, przesuwanie kompetencji wg schematu: szpital – AOS – POZ. W ślad za tym przesuwanie środków i zwiększanie efektywności działania systemu opieki zdrowotnej (obniżanie kosztów funkcjonowania poprzez działania tj. oddziały dzienne, pobyty ambulatoryjne). Wprowadzenie obowiązku prowadzenia działań z zakresu profilaktyki zdrowotnej.



Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) odgrywa kluczową rolę w każdym systemie ochrony zdrowia. Od jej sprawności i skuteczności zależy w ogromnym stopniu efektywność całego systemu opieki medycznej. W krajach z rozwiniętą i dobrze zorganizowaną POZ, jej struktury są w stanie zaspokoić ponad 90% potrzeb zdrowotnych populacji, ograniczając liczbę konsultacji specjalistycznych i hospitalizacji². Istnieją liczne dowody na to, że właśnie rozwój POZ, a nie sektora świadczeń specjalistycznych przyczynia się w większym stopniu do poprawy stanu zdrowia populacji, a nawet istotnego ograniczenia śmiertelności³.

Sprawna POZ pozwala także w sposób bardziej racjonalny gospodarować środkami przeznaczonymi na ochronę zdrowia⁴, ograniczając przede wszystkim nakłady na kosztochłonne procedury specjalistyczne⁵.

Analizując koszty finansowania świadczeń medycznych w Polsce, na przestrzeni kilku ostatnich lat, należy stwierdzić, że najwyższe koszty ponoszone są w grupie świadczeń szpitalnych i stanowią one ok. 53-54% całości kosztów przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. W pozostałej części znajdują się, zgodnie z art. 15, pkt 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, świadczenia z zakresu: podstawowej opieki zdrowotnej; ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień; rehabilitacji leczniczej; świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej; leczenia stomatologicznego; lecznictwa uzdrowiskowego; zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji; ratownictwa medycznego; opieki paliatywnej i hospicyjnej; świadczeń wysokospecjalistycznych; programów zdrowotnych; leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę; programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji; leków stosowanych w chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji; leków nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sprowadzanych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 4 Ustawy z dnia 6 września 2001 r. „Prawo farmaceutyczne” (Dz. U. z 2008 r. nr 45, poz. 271, z późn. zm.), pod warunkiem że w stosunku do tych leków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji; środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, sprowadzonych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 29a Ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, pod warunkiem, że w stosunku do tych środków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji.

Koszty opieki szpitalnej w stosunku do kosztów pozostałych świadczeń gwarantowanych przez system stanowią zatem bardzo dużą część puli środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń. Należy więc poważnie rozważyć konieczność zmiany systemu w tym zakresie oraz przygotować konkretne działania i opisać sposób ich wprowadzenia, w celu zmniejszenia tej niekorzystnej struktury.

Uważamy, że główną rolę w systemie, w sposób rzeczywisty, a nie tylko deklaracyjny, powinna pełnić podstawowa opieka zdrowotna, oparta o zespoły profesjonalistów medycznych o szeroko zdefiniowanych kompetencjach. Nowoczesne rozwiązania w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej powinny koncentrować się na potrzebach zdrowotnych jednostek i populacji, czyniąc z nich równocześnie partnerów, współodpowiedzialnych za swoje zdrowie. Należałoby więc oczekiwać działań ukierunkowanych na wsparcie pacjenta w podejmo-

waniu racjonalnych decyzji, warunkujących jego stan zdrowia⁶. Dlatego widzimy konieczność, zwiększenia roli POZ poprzez przesuwanie kompetencji wg schematu: szpital – AOS – POZ, a w ślad za tym przesuwanie środków finansowych i zwiększanie efektywności działania systemu opieki zdrowotnej.

Dzisiejsze obserwacje wyraźnie wskazują na bezzasadne przesuwanie działań w kierunku bardzo kosztochłonnych procedur szpitalnych, lub co najmniej kosztochłonnych, procedur specjalistycznych. Umieszczenie możliwych do wykonania zadań w POZ pozwoli nie tylko na bardziej kompleksową (czyli lepszą) opiekę nad pacjentem, ale także na obniżanie kosztów funkcjonowania systemu. Działanie takie przyniesie więc z pewnością wymierne korzyści wszystkim stronom uczestniczącym w systemie. Równocześnie za niezmiernie ważne uznajemy wdrożenie w życie obowiązku prowadzenia działań z zakresu profilaktyki zdrowotnej i określenia obowiązku odpowiedzialności pacjenta w tym zakresie. Bez dobrze prowadzonych i kompleksowych działań profilaktycznych nie ma możliwości ograniczania zachorowalności, a tym samym poprawy stanu zdrowia polskiego społeczeństwa.

POSTULAT III

Uzupełnienie ubezpieczeń o komponent dobrowolnych ubezpieczeń dodatkowych mających za zadanie poprawienie dostępu do limitowanych świadczeń.

Zasadniczo usługi opieki zdrowotnej mogą być finansowane z dwóch rodzajów źródeł: funduszy społecznych (publicznych) oraz funduszy prywatnych. W większości państw OECD finansowanie opieki zdrowotnej odbywa się w oparciu o obydwa te źródła, po uwzględnieniu ich różnych wzajemnych proporcji, z większościowym jednak udziałem środków publicznych. Źródła publiczne to budżet państwa, budżety regionów i budżety lokalne oraz fundusze ubezpieczeń publicznych i fundusze parabudżetowe. W Polsce największe znaczenie ma publiczny płatnik tj. Narodowy Fundusz Zdrowia. Natomiast źródła prywatne odnoszą się zwykle do dochodów indywidualnych konsumentów usług opieki zdrowotnej, prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz funduszy korporacji.

Pomimo iż publiczny płatnik – NFZ przekazuje na pokrycie kosztów zrealizowanych świadczeń zdrowotnych całą wartość środków finansowych pozyskanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, to mimo wszystko podmioty lecznicze wciąż wykazują pogłębiającą się nierównowagę finansową. Dlatego też coraz więcej mówi się o potrzebie wprowadzenia do systemu dodatkowych środków finansowych. Wobec zmieniającej się dynamicznie sytuacji, wobec problemów z niezadawalającym pokryciem kosztów udzielanych świadczeń, rośnie dążenie do dywersyfikacji źródeł finansowania, rośnie rola prywatnych środków w usługach zdrowotnych.

W najbogatszych krajach OECD można również zaobserwować, od pewnego czasu, niewielki wzrost udziału środków prywatnych w finansowaniu opieki zdrowotnej⁷. Jednak stosunek nakładów publicznych do prywatnych jest bardzo różny i nie wynika ze szczególnej kalkulacji ekonomicznej, lecz raczej jest efektem uwarunkowań historycznych oraz ideologicznych, a także poziomu rozwoju instytucjonalnego.

Korzystanie z doświadczeń innych państw powinno być więc obdarzone pewną nieufnością z uwagi na kompatybilność zasad działania (nie można zapominać o utrzymanej w Polsce solidarności społecznej, równym dostępie do świadczeń) oraz specyfikę sytuacji gospodarczej.

Słabo oceniana dostępność do usług oraz przeciętna jakość usług świadczonych przez publiczne placówki opieki zdrowotnej skłaniają do coraz częstszego korzystania z usług prywatnej opieki zdrowotnej⁸. Jeśli bowiem, pomimo zapisów w Konstytucji RP, polski system opieki zdrowotnej nie jest w stanie unieść ciężaru obciążeń finansowych pokrywających zrealizowane potrzeby zdrowotne, to poszukuje się takich rozwiązań, które te obciążenia zmniejszą. Wśród potencjalnych możliwości wymienić należy preferowane przez Związek prywatne dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, gdzie ubezpieczenie to opłacane jest dobrowolnie przez ubezpieczonych do ubezpieczalni świadczącej usługi w zakresie opieki zdrowotnej.

Możliwość wykorzystania tego rozwiązania w systemie zdrowotnym w Polsce jest uzależniona od woli politycznej oraz wprowadzenia odpowiednich aktów prawnych lub zmian w aktach obowiązujących. Przede wszystkim należy zwrócić uwagę na potrzebę wprowadzenia zapisów służących możliwości łączenia prywatnych źródeł finansowych z systemem publicznej opieki zdrowotnej⁹. Działania takie wiążą się pewnymi ograniczeniami, stanowią jednak istotną możliwość w zakresie budowania najbardziej efektywnego sposobu finansowania bieżącej działalności podmiotu medycznego. Dzięki dywersyfikacji możliwe stanie się planowanie dalszego rozwoju przy jednoczesnym minimalizowaniu ryzyka¹⁰.

Równocześnie zwracamy uwagę, że należy ponownie powrócić do konstrukcji tzw. „koszyka świadczeń gwarantowanych” jako wykładni podstawowych możliwości pokrycia finansowego polskiego systemu opieki zdrowotnej¹¹.

Aktualnie rynek prywatnych, dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce powoli się rozwija. Obejmuje on głównie te grupy społeczne, których dochód rozporządzalny jest najwyższy. W 2011 r. najwyższy przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny w gospodarstwie domowym osiągnęły gospodarstwa pracujące na własny rachunek, w wysokości ok. 5058 zł. Aktualnie szacuje się wartość rynku prywatnej opieki zdrowotnej na 33,8 mld zł¹². W porównaniu do środków przeznaczonych przez NFZ na pokrycie kosztów świadczeń medycznych w 2011 r., czyli kwoty 60,9 mld zł jest to bardzo wysoka wartość. Stanowią ją opłaty za leki i sprzęt medyczny, usługi rehabilitacyjne, badania diagnostyczne i wizyty lekarskie ponoszone bezpośrednio z kieszeni pacjenta, opłaty w szarej strefie, abonamenty oferowane przez firmy medyczne, prywatne ubezpieczenia zdrowotne oferowane przez towarzystwa ubezpieczeniowe oraz inne opłaty ponoszone bezpośrednio z kieszeni pacjenta.

Na podstawie powyższych rozważań należy stwierdzić, że istnieje potrzeba i możliwość wsparcia finansowania polskiego systemu opieki zdrowotnej poprzez dodatkowe dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne.

Wydaje się także, że koniecznym jest właściwe ukierunkowanie tego źródła finansowania, służącego poprawieniu dostępu do limitowanych świadczeń. Działanie takie wpłynie, w sposób skuteczny, zarówno na lepszą dostępność do świadczeń, jak i na „uporządkowanie” sytuacji ekonomicznej podmiotów świadczących usługi opieki zdrowotnej. Kwestą dyskusyjną jest zakres przyszłych ubezpieczeń dobrowolnych/dodatkowych.

POSTULAT IV

Podjęcie współpracy w celu opracowania mapy zapotrzebowania na usługi medyczne. Opracowanie systemu zapewniającego pozyskiwanie rzeczywistych danych dotyczących sektora zdro-

wia oraz zapewnienie sprawnego i rzetelnego sposobu przetwarzania pozyskanych informacji.

Racjonalne prowadzenie każdej działalności wymaga starannego przygotowania do działania. Obecnie w Polsce brak jest rzetelnej informacji na temat zapotrzebowania na usługi opieki zdrowotnej.

Działające (lub będące w przygotowaniu) systemy informacyjne nie generują takich informacji, a to właśnie one powinny być podstawą podejmowanych ostatecznych decyzji, zarówno w zakresie działań restrukturyzacyjnych, jak i zmian w zakresie finansowania świadczeń ze środków publicznych, dane historyczne, na których dzisiaj opiera się system zawsze obciążony są dużym błędem i wieloma nieścisłościami. Dlatego uważamy, że bezwzględnie należy podjąć współpracę pomiędzy podmiotami leczniczymi, korporacjami zawodowymi lekarzy, jednostkami naukowymi, decydentami itp., w celu opracowania tzw. mapy zapotrzebowania na usługi medyczne. Istnienie takiej mapy pozwoli na bardziej racjonalne kontraktowanie świadczeń zdrowotnych przez płatnika, a tym samym na lepsze przygotowanie się do prowadzenia działalności przez podmioty lecznicze.

Konieczne jest więc także opracowanie systemu zapewniającego pozyskiwanie rzeczywistych danych (odpowiednio wyselekcjonowanych) dotyczących sektora zdrowia oraz zapewnienie sprawnego i rzetelnego sposobu przetwarzania pozyskanych informacji, co pozwoli na właściwe, lepsze i bardziej racjonalne wykorzystanie ograniczonych zasobów (finansowych, majątkowych, personalnych) systemu opieki zdrowotnej.

Przypisy:

1. Art. 68 Konstytucji RP mówi o prawie do ochrony zdrowia każdego obywatela, Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r., Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U nr 78, poz. 483.
2. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care, *N Engl J Med.* 1961;265:885–92.
3. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457–502 oraz Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998, *Health Serv Res.* 2003;38(3):831–865.
4. De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset C, J H. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann Fam Med.* 2003;1(3):144–148, oraz Worrall G, Knight J. Continuity of care for older patients in family practice: how important is it? *Can Fam Physician.* 2006;52:754–755, a także Levaggi R, Rochaix L. Exit, Choice or Loyalty: Patient Driven Competition in Primary Care. *Annals of Public and Cooperative Economics.* 2007; 78(4):501–535, I Ansari Z. The concept and usefulness of ambulatory care sensitive conditions as indicators of quality and access to primary health care. *Aust J Prim Health.* 2007;13(3):91–110.
5. Podano za: J. Baranowski, A. Windak, Optymalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej, *Sprawne Państwo, Program Ernst & Jung, Warszawa 2012r, s. 10- 12.*
6. J. Baranowski, A. Windak, Optymalizacja polskiego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej, *Sprawne Państwo, Program Ernst & Jung, Warszawa 2012 r., s. 10- 12.*
7. www.oecd.org/statistics/
8. Opinię o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa 2012, BS/34/2012 oraz Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa, BS/47/2012.
9. Obecnie publiczne podmioty medyczne nie mogą udzielać świadczeń medycznych odpłatnie osobom ubezpieczonym, w zakresach w których mają podpisane umowy na udzielanie świadczeń z NFZ, pomimo długiego okresu oczekiwania na usługę
10. M. Węgrzyn, Zwiększenie źródeł finansowania polskiej opieki zdrowotnej – potrzeby i możliwości, W: I. Rudawska, E. Urbańczyk, *Opieka zdrowotna. Zagadnienia Ekonomiczne, Difin, Warszawa 2012, . 105-126*
11. J. Sobiech, Problemy konstrukcji koszyka świadczeń gwarantowanych w możliwych do zastosowania mechanizmach podziału usług opieki zdrowotnej, w: red. A. Pomorska, *Finanse publiczne, Lublin, 2006, s.329-330.*
12. Raport Rynek prywatnej opieki zdrowotnej w Polsce 2012. Prognozy rozwoju na lata 2012-2014, PMR, Kraków 2012.



WROVASC – Zintegrowane Centrum Medycyny Sercowo-Naczyniowej jest jednym z największych projektów badawczych w Polsce, wprowadzającym nowe technologie oraz rozwiązania we współczesnej medycynie.



NOWATORSKIE ROZWIĄZANIA W LECZENIU

To urzeczywistnienie marzeń prof. dr. hab. Wojciecha Witkiewicza – dyrektora WSS, który od lat zabiega o podniesienie efektywności leczenia chorób układu krążenia. Tego typu schorzenia są bowiem jedną z najczęstszych przyczyn zgonów w naszym kraju.

Projekt WROVASC obejmuje dwadzieścia trzy zadania, w które zaangażowanych jest ponad dwustu badaczy z różnych ośrodków naukowych z całej Polski – wyniki ich prac przedstawiane są na konferencjach naukowych w kraju i zagranicą.

Wszystko zaczęło się jednak w październiku 2006 roku, kiedy dzięki wysiłkom zespołu kierowanego przez prof. dr. hab. Wojciecha Witkiewicza, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu (WSSK) uzyskał status Ośrodka Badawczo-Rozwojowego. Pozwoliło to na rozpoczęcie działań zmierzających do uzyskania dotacji unijnej na nowy interdyscyplinarny projekt. W grudniu 2008 roku podpisana została umowa pomiędzy WSSK OBR we Wrocławiu a Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego o dofinansowanie projektu WROVASC w ramach Programu Innowacyjna Gospodarka (Priorytet 1. Badania i rozwój nowoczesnych technologii; Działanie 1.1. Wsparcie badań naukowych dla budowy gospodarki opartej na wiedzy; Poddziałanie 1.1.2. Strategiczne programy badań i prac rozwojowych).

Dziś WROVASC współpracuje z największymi i jednymi z najbardziej prestiżowych instytucji naukowych w Polsce – są to m.in.: Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Politechnika Wrocławska, Uniwersytet Przyrodniczy, Instytut Immunologii i Terapii Doświadczalnej im. Ludwika Hirszfelda PAN czy Uniwersytet Łódzki.

Prowadzone badania skupiają się na zagadnieniu chorób sercowo-naczyniowych, czyli temacie często pojawiającym się na forum medycyny światowej – w Polsce schorzenia układu krążenia to także jedna z najczęstszych przyczyn zgonów. WROVASC dzięki interdyscyplinarnemu zespołowi naukowemu, prowadzi badania nad patogenezą i diagnostyką takich schorzeń jak m.in.: miażdżyca tętnic, choroby nerek, tętniak aorty brzusznej, zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne, niewydolność krążenia czy nowotwory. Ma to pozwolić na opracowanie odpowiednich działań profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych, a także wzmocnić sektor badawczo-rozwojowy w obszarze ochrony zdrowia.

Cele przyświecające powstaniu Zintegrowanego Centrum Medycyny Sercowo-Naczyniowej to także: wytworzenie nowoczesnych środków technicznych zastępujących uszkodzone przez proces chorobowy tkanki i naczynia (protezy i stenty naczyniowe); ingerencja w angiogenezę nowotworów pierwotnych i przerzutowych, które stanowią pole poszukiwań skutecznej terapii, jak dotąd nieuleczalnych schorzeń; rozwój nowatorskich metod terapeutycznych z obszaru biochirurgii i medycyny regeneracyjnej; poprawa warunków życia mieszkańców województwa dolnośląskiego i kraju, w tym m.in. spadek liczby zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia.



WroVasc



Fot. z archiwum WSS we Wrocławiu
Kierownik projektu prof. dr. hab. Wojciech Witkiewicz



Panel ekspertów, 2012 r.



Posiedzenie Rady Naukowej WROVASC



WroVasc



Od początku trwania projektu organizowane były liczne spotkania naukowe, jednak do najważniejszych z nich należą organizowane co roku panele ekspertów. Podczas tych dwudniowych obrad badacze ze wszystkich zadań oraz zaproszeni eksperci, mają możliwość skonfrontowania uzyskanych wyników, nawiązania współpracy i wyznaczenia nowych kierunków w poszczególnych badaniach. Na każdym z paneli obraduje również Rada Naukowa składająca się z zaproszonych ekspertów oraz głównych badaczy projektu. W trakcie tych spotkań analizowane są dotychczasowe wyniki oraz plany dalszego rozwoju.

Podczas panelu ekspertów w 2013 roku dokonano podziału wszystkich zadań na sześć podgrup warsztatowych: onkologia, stenty, kardio, medycyna naczyniowa, rehabilitacja, medycyna regeneracyjna – ma to na celu opracowanie koncepcji przyszłych projektów. Współdziałanie konsorcjantów oraz zarys przewidywanych budżetów. Prowadzone badania nad stentami biodegradowalnymi stanowią jedno z największych wyzwań projektu. Obecnie najczęściej wykorzystywane w angioplastyce stenty wykonane są ze stali lub stopów chromo-kobaltowych, które traktowane są przez organizm jako ciało obce. Prowadzi to do zmian, które mogą być przyczyną powikłań. Obecnie opracowywane we WROVASC prototypy stentów, dzięki biodegradowalnemu materiałowi, zostaną wchłonięte przez organizm, co pozwoli na uniknięcie wyżej wymienionych powikłań.

Prace nad poznaniem molekularnych podstaw patomechanizmów powstawania tętniaka aorty brzusznej mają doprowadzić do identyfikacji biomarkerów wczesnego wykrywania tej choroby. Dzięki temu możliwe będzie wyodrębnienie osób predysponowanych do wystąpienia tego schorzenia, opracowanie odpowiedniej terapii farmakologicznej oraz postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w przypadku pacjentów, u których nie jest możliwe przeprowadzenie operacji. Osiągnięcie wyznaczonych celów wspiera zainicjowana od początku współpraca pomiędzy lekarzami, a biostatystykami, weterynarzami, chemikami i fizykami, co także znacząco ma poprawić diagnostykę i leczenie.

W ramach tego zadania organizowano również akcje „Wczesnego wykrywania tętniaka aorty brzusznej”, podczas których każdy mógł poddać się bezpłatnemu badaniu. Przyniosło to efekt w postaci ogromnego zainteresowania pacjentów, a tym samym było kolejnym krokiem w stronę poprawy warunków ich życia i popularyzacji badań profilaktycznych.

Osobno należy wspomnieć o prowadzonej w ramach projektu WROVASC ocenie i porównaniu odpowiedzi zapalnej, immunologicznej i hemostazy u pacjentów z rakiem jelita grubego operowanych metodą robotową

oraz tradycyjną. Badania tego typu umożliwił jedyny w Polsce robot chirurgiczny da Vinci, który od grudnia 2010 roku znajduje się w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu.

Celem zadania jest nie tylko porównanie metody operacyjnej robotowej i klasycznej, ale także wdrożenie tej pierwszej, jako rutynowego postępowania w niektórych jednostkach chorobowych w WSSK. Towarzyszące temu przedsięwzięciu założenia to również utworzenie centrum szkoleniowego oraz sieci ośrodków chirurgii robotowej.

Duże nadzieje budzą prace nad wykorzystaniem komórek macierzystych do poprawy ukrwienia kończyn dolnych u chorych z przewlekłym niedokrwieniem, a także leczenia owrzodzeń w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej. Ta metoda może uchronić pacjentów przed niepełnosprawnością i zmianą dotychczasowego trybu życia. Przeprowadzone badania z wykorzystaniem komórek macierzystych dały obiecująco dobre rezultaty – wygojenie lub redukcję powierzchni owrzodzeń o ponad 50 proc. uzyskano u 63 proc. pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej i 75 proc. z owrzodzeniami żylnymi.

Badania we WROVASC prowadzone są również nad antykoagulantami pochodzenia roślinnego z perspektywą wykorzystania w profilaktyce i leczeniu zakrzepic. Leki tego typu mogą zastąpić obecnie stosowane pochodzenia zwierzęcego, dzięki lepszej skuteczności oraz mniejszemu ryzyku wystąpienia powikłań. Obecnie koncerny farmaceutyczne na świecie przeznaczają coraz większe sumy na tego typu badania. Wytworzony w ramach projektu gotowy produkt może zostać wdrożony do produkcji i stać się w przyszłości dostępny dla pacjentów, co poprawi jakość ich życia oraz zmniejszy koszty leczenia ponoszone przez społeczeństwo.

W pierwszej połowie 2013 roku WROVASC zintegrowane Centrum Medycyny Sercowo-Naczyniowej przystąpiło do klastra żywnościowo-biotechnologiczno-biomedycznego o nazwie NUTRIBIOMED. Jest to kolejny krok w kierunku nawiązania nowej sieci kontaktów z instytucjami naukowymi i prywatnymi przedsiębiorstwami. Tego typu interdyscyplinarna współpraca to możliwość ubiegania się o dofinansowanie kolejnych innowacyjnych projektów naukowych.

Dużą dozę optymizmu na przyszłość napawa to, co stanowi największy potencjał WROVASC: ludzie, doświadczenie, innowacyjność i współdziałanie – jest to z pewnością siła, która w najbliższej przyszłości może zdynamizować rozwój medycyny i nauki, nie tylko w regionie Dolnego Śląska.

NOWOTWÓR? DLACZEGO WŁAŚNIE JA?

Źródło grafiki www.volkanzengin.net

Nie bać się psychoonkologa...

Psychoonkologia to interdyscyplinarna dziedzina medycyny, która zajmuje się psychologicznymi aspektami choroby nowotworowej. Można by rzec, że stanowi ludzką twarz opieki onkologicznej zogniskowaną wokół poprawy jakości życia pacjentów i ich rodzin. W jej obrębie fundamentalną rolę odgrywa włączanie problemów psychoonkologicznych do programu nauczania studentów i personelu medycznego, a także działalność naukowo-badawcza.

Do głównych zadań psychoonkologii należy praca w zakresie wsparcia emocjonalnego pacjenta i jego bliskich – na każdym etapie choroby. Są to również działania psychoedukacyjne ukształtowane na potrzeby zrozumienia pewnych słów, zachowań, emocji. W dużym stopniu składa się na indywidualne wsparcie poprzez rozmowę, terapię całej rodziny, wsparcie dzieci oraz w okresie żałoby.

W psychoonkologii terapeuta wykorzystuje określone techniki wsparcia, m.in.: interwencję kryzysową, indywidualną, doraźną rozmowę. Ponadto prowadzi zajęcia relaksacyjne oraz warsztaty dla chorych i ich rodzin. Nie małą rolę odgrywa w tym przypadku tzw. grupa wsparcia.

Poszczególne etapy pracy z pacjentem obejmują:

- a) fazę diagnostyczną (od zauważenia zmian do czasu postawienia diagnozy, etap lęku, stresu, wahania emocjonalnego),
- b) fazę leczenia (potrzeba łagodzenia objawów leczenia onkologicznego: zmęczenia, zaburzeń snu itp.),
- c) fazę wznowy procesu nowotworowego (pomoc w łagodzeniu reakcji związanych z takim stanem pacjenta),

d) fazę okresu remisji (stany, kiedy to ustąpiły objawy choroby nowotworowej, samoobserwacja, lękowe spojrzenia na oczekiwanie przyszłości),

e) fazę opieki paliatywnej (okres wsparcia psychoonkologicznego w tak zwanym leczeniu objawowym),

f) fazę stanu terminalnego (zaspokojenie potrzeb psychicznych i duchowych chorego).

Możliwości leczenia ogromnie wzrosły, ale nadal niecierpliwie oczekujemy na przełom w terapii takich chorób jak: rak jelita, piersi, jajnika.

W pogoni za pieniędzmi zapominamy o naszym zdrowiu – nie odżywiamy się regularnie, nie robimy okresowych badań kontrolnych. A to tylko wierzchołek góry lodowej... Życiem i sobą zaczynamy się przejmować, gdy przychodzi trudna diagnoza „rak”. Wtedy pojawia się gonitwa emocji pod postacią bezradności, poczucia beznadziejności i na końcu śmierć... Najczęściej spotykaną reakcją na śmiertelną chorobę jest zaprzeczenie. Pojawia się lęk przed nieznanym. Każdy z nas dysponuje pewną wiedzą na temat nowotworów, przyczyn choroby i jej źródeł. To powoduje że, boimy się utraty kondycji psychofizycznej, ról życiowych, kontaktów interpersonalnych, integralności umysłowej. W końcu tracimy nadzieję... To jest właśnie ten moment, kiedy psychoonkolog odgrywa bardzo ważną rolę, zaczyna się opiekować pacjentem, rodziną. Pozwoli zrozumieć emocje i pomoże w ich wyrażaniu, przeżywaniu. Wspólnie określi znaczenie choroby dla pacjenta i dla jego rodziny. Będzie rozpoznawał potrzeby członków rodziny, pomoże w komunikacji



z chorym w różnym stadium choroby. Pozwoli na przygotowanie się na moment rozstania. Nazwie emocje, które pacjent wyraża w całym procesie leczenia, nazwie szok, złość, smutek. Określi przyczyny lub po prostu źródła tych emocji poprzez niespodziewane wiadomości w naszym życiu. Psychoonkolog wskaże, jak sobie poradzić z bezradnością, która towarzyszy choremu: „nie mogę planować, wydaje mi się, jakbym już nie żył”, pomoże rozpoznać objawy depresji: „straciłem chęć do życia, na raka nie ma lekarstwa”, nie zostawi pacjenta samego ze swoją chorobą. Terapeuta zastosuje techniki przezwyciężania kryzysu, kiedy u pacjenta nastąpi trudny etap i emocjonalnie obciążający.

Jak udowodniono, pełna zaufania, udana komunikacja przyczynia się do zacieśnienia więzów pomiędzy lekarzem, psychoonkologiem i pacjentem, motywuje do współpracy. Taki rodzaj relacji i przywiązania powoduje, że chory nie czuje się osamotniony w walce z nowotworem. Często z ust psychoonkologa padają zatem słowa: „Chciałbym, aby Pan/Pani wiedział/a, że jestem tutaj z Panem/Panią, niektóre rzeczy, jakie powiem, mogą być trudne do zrozumienia, więc chciałbym, aby Pan/Pani swobodnie przerywał mi, jeżeli coś, co okaże się niejasne, albo się nie zgadza, jesteśmy tu razem i będziemy przez to razem przechodzić.

Pacjent z nowotworem popada w różne stany emocjonalne zależne od etapu przebiegu choroby. Pierwszy z nich (tzw. etap wstępny) następuje wtedy, gdy od zauważenia objawów do momentu postawienia diagnozy dochodzi w rozumieniu pacjenta zakłócenie stanu równowagi psychicznej, wynikającej właśnie z poczucia zagrożenia, leku, niepewności i przewidywania złej diagnozy. Następnym etapem jest tzw. etap przewlekły: wówczas zajmujemy się czasem rozwoju choroby i jej leczenia. Etap ten trwa długo i zmusza do bytowania w różnych ośrodkach, co często wiąże się z niekorzystnymi i trudnymi do przyjęcia zmianami w życiu, np. rezygnacja z pracy zawodowej.

Wszystko ma jednak swoje granice, wszystko jest po coś, w pewnym momencie przychodzi czas na tzw. etap terminalny: przeważnie poprzedza śmierć, trwa od kilku dni do kilku tygodni. U pacjenta na tym etapie dochodzi do emocjonalnego załamania, pogłębiają się dolegliwości fizyczne, chory ograniczenia kontakt z otoczeniem i coraz wyraźniej uzależnia się od rodziny.

Dr Ewa Kübler-Ross podzieliła postawy psychiczne dot. godzenia się ze śmiercią własną i bliskich na 5 etapów:

1. zaprzeczenie i izolacja: związana z zastosowaniem negacji jako podstawowego mechanizmu obronnego, jest to etap konieczny i potrzebny, aby oswoić się z bolesną prawdą o chorobie.
2. gniew, bunt, agresja: etap szukania winnego, często pojawiają się wtedy pytania: „Dlaczego właśnie ja?”. Położenie, w jakim znalazł się chory, wywołuje konflikt wewnętrzny.
3. targowanie się: to dla chorego czas, w którym szuka rozwiązania trudnej sytuacji poprzez układy i targowanie się z losem, życiem, siłą wyższą, składa wtedy przyrzeczenia, np.: „Jeśli wyzdrowieję, będę codziennie chodził do kościoła” – skutkiem takich zobowiązań, często mało realistycznych, bywa obawa przed karą za niedotrzymanie zobowiązań.
4. cechy depresji: dominuje smutek i żal. To czas, kiedy trzeba przygotować się do rozstania z życiem. Pierwszy etap depresji przebiega na ogół z żywą ekspresją ze strony chorego, drugi w milczeniu, będąc wyrazem duchowego przygotowania się do tego, co go czeka.

5. etap akceptacji: pacjent odzyskuje równowagę i wewnętrzny spokój, wykazuje mniejsze zainteresowanie otoczeniem, ogranicza ekspresję werbalną. Jest wyraźnie osłabiony fizycznie, dlatego potrzebuje dużo snu. To etap bezpośrednio poprzedzający śmierć.

W społeczeństwie nadal nie brakuje stereotypowego myślenia typu: „To ja spowodowałem chorobę”, „Czuję się źle, nie ma poprawy, to moja wina”, „Nie myślę pozytywnie, to dlatego”. Pamiętajmy o tym, że nasza relacja z pacjentem jest bardzo ważnym elementem leczenia, ale nie jego zasadniczą częścią.

Zapewne nadejdzie moment, kiedy pacjent zada nam pytanie: „Czy ja umrę?”. Obawa przed śmiercią – szczególnie w przypadku choroby nowotworowej – jest czymś zupełnie naturalnym. Przyznam szczerze, że o „raku” nauczyliśmy się myśleć w kategoriach rzeczy ostatecznych. Nie ma sensu uciekać od trudnych myśli, zachowań, ale może warto się im przyjrzeć i zastanowić, jak można emocjonalnie sobie z nimi poradzić. Nikt z nas nie wie, co przyniesie przyszłość, ale możemy zmienić to, co się dzieje tu i teraz, czyli zadbać o teraźniejszość. Niektórych pacjentów uspokajają stwierdzenia: „Rokowania wielu chorych na raka są bardzo dobre”. Większość nowotworów może być leczona z sukcesem. Niech główną motywacją do życia nie będzie obawa przed śmiercią, a świadomość, że życie jest kruche i zawsze za krótkie. Warto porozmawiać z pacjentem (lub jego rodziną) i zadać pytania np.: „Co każe Panu/Pani stawiać pytania dot. sensu życia i śmierci?”, „Co Pan/Pani myśli na ten temat, dlaczego akurat tu i teraz jest tak ważne?”, „W jaki sposób Pan/Pani odpowiadał na takie pytania we wcześniejszych sytuacjach kryzysowych?”.

„Gdy masz siedemnaście lat, śmierć wydaje Ci się gwiazdą odległą o tyle lat świetlnych, że nawet przez potężny teleskop ledwie ją widać. Potem starzejesz się i odkrywasz, że to nie gwiazda, tylko wielki jak nieszczęście asteroid, który leci prosto na Ciebie i jeszcze trochę, a przyładuje Ci w ciemność” (Jonathan Carroll, „Drewniane morze”). Pamiętam historię pacjenta, który „przeżuwał”, że nie przeżyje operacji. Tuż przed nią powiedział do swojej żony: „Za każdym razem, kiedy poczujesz na twarzy lekki powiew wiatru, to będę ja, przybędę, by Cię ucałować”. Faktem jest, że ludzi doceniamy głównie wtedy, gdy jawi się przed nami ich ostateczna utrata. Pamiętajmy jednak, że „Ci, których kochamy, nie umierają nigdy, bo miłość jest nieśmiertelna” (Emily Dickinson).

Marcin Maćkowiak



Fot. z archiwum autora

Marcin Maćkowiak
absolwent psychoonkologii
Szkoły Wyższej Psychologii
Społecznej w Warszawie.
Posiada wykształcenie wyższe
teologiczne, psychologiczne
i medyczne, specjalista ds.
promocji zdrowia i opieki
psychopedagogicznej. Praco-
wał m.in. w NZOZ w Zaborze na
Oddziale Psychiatrii Dziecięcej
oraz w NZOZ Hospicjum Boni-
fratów im. św. Jana Bożego we
Wrocławiu.

Wolny zawód. Wolny wybór. Suzuki.



Way of Life!

Nie masz czasu? Jesteś zabiegany?
Przyjedziemy po Ciebie i zabierzemy Cię na jazdę testową!



POL-MOTORS
Najlepszy dealer Suzuki
w Polsce w 2011*

Trzymaj z najlepszymi!



Przyspiesz swoją decyzję,
zostaw auto w rozliczeniu!



POL-MOTORS

ul. Kamienna 145, Wrocław, tel.: 71 369 76 98
www.suzuki.pol-motors.pl/car

* wg rankingu sprzedaży



Pocztówka z wakacji

Jestem, jak co roku, nad moim jeziorem wśród pachnących żywicą lasów. Przeczytałem książkę Jerzego Stuhra „Tak sobie myślę...”. Powinna to być obowiązkowa lektura dla każdego, kto chce związać swoją zawodową ścieżkę z opieką zdrowotną, nie tylko dla lekarzy. Pomalowałem drewniany pokład mojej łódki i poręcz przy schodkach. Posadziłem dwie sosenki i dwie brzoźki. Uczę wnuka gry w szachy. Jego komentarz: „nie wiedziałem, że to taka mała wojna”. Staram się nie oglądać telewizji, a służbową komórkę i komputer włączam co drugi, trzeci dzień wieczorem. Wczoraj znajomy sottys, z którym przy zsiadłym mleku (można je „odcinać” nożem) dyskutuję na różne tematy, zapytał mnie, czy ci lekarze ciągle muszą protestować? No, właściwie nie muszą, ale tak sobie myślę... Do zobaczenia we wrześniu.

Andrzej Wojnar



Dolnośląska

Izba

Lekarska

„Wczoraj znajomy sottys zapytał mnie, czy ci lekarze ciągle muszą protestować? No, właściwie nie muszą, ale tak sobie myślę...”



Kierunek:

Litwa, Łotwa, Estonia, Finlandia

Włodzimierz Wiśniewski

Autor jest specjalistą chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej, członkiem Okręgowego Sądu Lekarskiego DIL VI kadencji, delegatem na Okręgowy Zjazd Delegatów DIL VII kadencji.



Pomysł zrodził się przed rokiem w trakcie spotkania z naszymi przyjaciółmi. Doszliśmy do wniosku, że kierunki południowe są już oklepane, natomiast na północ Europy wybiera się niezbyt wielu naszych rodaków. Postanowiliśmy przeznaczyć na podróż 2 tygodnie lipca. Interesowały nas nie tylko wypoczynek i zwiedzanie ciekawych miejsc, ale również to, jak przebiegała transformacja w poradzieckich republikach. Trasę opracowała moja małżonka tak, aby kilkudniowy pobyt w każdym miejscu związany był ze zwiedzaniem okolicy samochodem albo na rowerach.

Oczywiście nie spodziewaliśmy się żadnych problemów przy realizacji tak ambitnego projektu. Tymczasem kłopoty zaczęły się już na etapie internetowej rezerwacji noclegów w hotelach na trasie przejazdu. Nasi przyjaciele są nałogowymi palaczami tytoniu i nie wyobrażali sobie zakwaterowania w pokojach, w których zabronione jest palenie papierosów. Wiele godzin trwało buszowanie w internecie, żeby znaleźć hotele z kwaterami dla palaczy. Co to znaczy Unia Europejska!

Pierwszy dzień podróży

W Ostrowi Mazowieckiej moje gapiostwo spowodowało, że do zbiornika zamiast oleju napędowego wlałem etylinę. Była to sobota, późny wieczór. Natychmiast po zatankowaniu zdałem sobie sprawę z tego, co zrobiłem. Pierwsza myśl, wydawałoby się że zbawienna: przecież mam asystenta! Zadzwoń, przyjadą, pomogą i pojedą dalej... Akurat! Fachowiec wynajęty przez firmę do pomocy zgnębnym kierowcom zakomunikował, że on ma jedynie obowiązek szolować pechowca do autoryzowanego serwisu, a ten zajmie się samochodem w poniedziałek. „Proszę pana, a może pan po prostu wypompuje mi tę benzynę? Przecież panu zapłacę za robotę...” – skamlałem. A w odpowiedzi usłyszałem: „Panie, w sobotę wieczorem nikt panu nie pomoże. Ludzie warsztaty zamykają, odpalają grilla i grzeją wodę! Tu jest, panie, prawdziwa Polska – nikt się w taki dzień nie będzie brał za robotę i to za żadne pieniądze!”. Na szczęście udało się znaleźć jednego nietypowego rodaka, który nie tylko chciał zarobić, ale nawet nam pomógł.

Litwa i Łotwa

Dzięki temu kontynuowaliśmy podróż i z czterogodzinnym opóźnieniem dojechaliśmy do hotelu w Kownie. To nieduże, pachnące wspólną polsko-litewską historią, miasto okazało się być sympatycznym miejscem, ale niestety zabytki są mocno zaniedbane. Na szczęście widać, że władza stara się je zrewitalizować.

Następny etap – Palanga. Słynny kurort oblegany przez wczasowiczów za władzy radzieckiej i nadal bardzo modny wśród Rosjan. Wszędzie słyży język rosyjski, wszędzie też można się porozumieć w tym języku. Piękna plaża, czysta i zadbane. Po dwóch dniach stolica Łotwy – Ryga. Byliśmy zakwaterowani w dużym, 10-piętrowym hotelu daleko od centrum. Miejsce waluta to łat wart aż 5 złotych. Ceny poza centrum miasta porównywalne do tych w Polsce. Za cztery miesiące Łotwa ma wejść do strefy euro. Wygląda na to, że będzie to jedyny kraj, w którym ludność, ze względu na silną miejscową walutę, na tej operacji nie ucierpi. Historyczne centrum miasta mocno zatłoczone. Trudne i drogie było parkowanie. Ale kiedy wysiedliśmy z samochodu, oczom naszym ukazała się prawdziwa perła architektury. W jej rewitalizację wpompowano duże pieniądze. Starówka Rygi najwyraźniej doceniona została na całym kontynencie, toteż tłok, harmider i hałas przewyższyły wszystko, co do tej pory widziałem. Za miastem ulokowany jest słabo widoczny, skromny kamień upamiętniający słynną, wygraną

przez polskie wojska pod dowództwem hetmana Chodkiewicza, bitwę pod Kirchholmem (tych, którzy nie uważali na lekcji historii informuję, że pobite zostały wojska szwedzkie).

Estonia

Etap kolejny – Tallin, stolica Estonii. Państwo funkcjonujące w świadomości wielu Polaków jako najbardziej europejskie spośród byłej „Pribaltiki”. Wrażenie takie prawdopodobnie powstało jako skutek przyjęcia wspólnej europejskiej waluty. Tych, którzy tak myślą muszę rozczarować. Stolica Estonii nadal wygląda tak, jak każde inne miasto radzieckiego imperium. W samym Tallinie 60 proc. mieszkańców to Rosjanie. Było to ponadto jedyne miejsce, gdzie nas okradziono. Złodziej wyniósł zabezpieczony rower z pomieszczenia hotelu chronionego kodem (sic!).

Finlandia

Z Tallina udaliśmy się promem do Helsinek. Rejs trwał dwie godziny. W tym czasie obserwowaliśmy, jak Finowie gorąckowo wykupują prawie hurtowe ilości różnych alkoholowych napitków. No tak – to już przecież Skandynawia, a tam z tym alkoholem to prawie prohibicja. Helsinki to miasto jasne, czyste, z ładną współczesną architekturą. Wyeksponowane zabytki architektury mają nie więcej niż 250 lat. Najokazalej wygląda Sobór Uspieński, pięknie utrzymany, z zadbanym otoczeniem. A przed Soborem wspaniała pomnik ciemnizy Polaków cara Aleksandra III! Jak to możliwe?! Ano możliwe. Okazuje się, że ów car po raz pierwszy w historii uhonorował Finów, tworząc księstwo fińskie (do tej pory Finowie nigdy nie mieli nawet namiastki swojego państwa). No proszę – taki ludzki pan, a polski zamachowiec targnął się na jego życie. Rejs powrotny z Helsinek w nocy o godz. 22.30. A dookoła jasno jak w dzień. Słońce zaszło, na dwie godziny, około północy. Opuszczaliśmy prom, gdy na dworze robiło się szaro. Tego dnia wyruszyliśmy w drogę powrotną przez Litwę.

W drodze powrotnej...

Wracając do Wrocławia, zatrzymaliśmy się na dwa dni w cudownie położonym, ekskluzywnym ośrodku koło Trok. Personel świetnie wyszkolony, bardzo uprzejmy, mówiący po polsku, rosyjsku i angielsku. W restauracji w tym ośrodku mieliśmy zabawny incydent. Obsługująca nas kelnerka na pytanie, czy mówi po polsku odparła, że nie. „A po russki goworitie?” – „Niet” – „Do you speak English?” – „Yes”. Słyszac mowę angielską, dziewczyna zrobiła wielkie, przerażone oczy i uciekła. Za chwilę pojawiła się druga kelnerka z dość dobrą znajomością języka polskiego. Trzeba jednak przyznać, że w tym miejscu naprawdę świetnie odpoczęliśmy po męczących wozach.

Wracaliśmy do ojczyzny, posługując się fabryczną nawigacją samochodową. Jechało się nam dobrze do momentu, kiedy nawigacja zaczęła nas prowadzić przez Druskienniki. Jakoś nie potrafiliśmy sobie wyobrazić, jak mamy trafić do przejścia granicznego, jadąc właśnie tędy. No tak, ale komputery i satelity może lepiej wiedzą? Dojeżdżamy do miejsca, które wygląda na punkt graniczny. Ale czemu ten szlaban jest zamknięty? A przed szlabanem stoi kilka samochodów. Coś jest nie tak. Myślę sobie „Może jakaś akcja? Może jakichś przestępców usiłują w ten sposób namierzyć i złapać?”. Żona mówi do mnie zirytowana „Co oni powariowali? Przecież to Unia Europejska, Schengen. Tam po prawej nie ma szlabanu – jedź!”. Już skręciłem we wskazanym kierunku, kiedy nasza mnie refleksja: „Przecież jest jakiś powód, że tamci kierowcy tędy nie jadą. Lepiej ustawić się w kolejce”. Jak

pomyślałem, tak zrobiłem. Ustawiłem się w kolejce i po chwili podjechałem pod szlaban. Podeszła do nas sympatyczna kobieta w zielonym uniformie i czystą ruszczyzną pyta: „A wy kuda jedziecie?“, a ja na to: „Kak kuda? Domoj, w Polsce!“ i słyszę w odpowiedzi: „Da – no zdieś Biełaruś!“. I tak niewiele brakowało, że stalibyśmy się „elementem incydentu międzynarodowego“ z powodu nawigacji. Była to już ostatnia nasza przygoda. Do domu dojechalibyśmy późną nocą, szczęśliwi i odprężeni. Chyba mieliśmy już dość wrażeń. Przejechaliśmy łącznie 4000 km...

Warto wybrać się na wycieczkę po krajach nadbałtyckich. Ludzie tam są naprawdę sympatyczni, a turyści z Polski mogą czuć się równie komfortowo, jak przybysze z innych państw europejskich. Polecam tamtejsze plaże – szerokie, piaszczyste, czyste, niezatłoczone. A przy tym doskonałe drogi, lepsze niż u nas, na których intensywność ruchu drogowego nie jest na zbyt uciążliwa.



Fot. z archiwum autora

Helsinki – Sobór Uspieński z pomnikiem cara Aleksandra II



Litwa – Góra Krzyży i mój syn



Łódź – przed Domem Czarnogłowych



Palanga na Litwie – pałac Tyszkiewiczów



Słońce na końcu drogi

Pewnego razu przyszedł na moją skrzynkę pocztową e-mail. Nieznany mi człowiek pytał, czy mogłabym przyjść do niego na wizytę domową. Pisał, że jeździ na wózku inwalidzkim i czuje się osamotniony w towarzystwie wyrachowanych, obcych osób. Wiadomość charakteryzowała się zwięzłą, wyszukaną formą. Ktoś „po tamtej stronie” sieci musiał być wykształconym, inteligentnym człowiekiem. Zaznaczał też, że „chyba ma depresję” i jest człowiekiem niewierzącym. Nie rozumiałam, co miało oznaczać oświadczenie dotyczące poglądów religijnych, ale widocznie, to była w jego odczuciu ważna informacja. Rzadko decyduję się na wizyty domowe do osób, których nie znam. Ale ten człowiek mnie przekonał, do dziś nie wiem czym. Wymieniliśmy kilka krótkich maili i umówiliśmy się na piątkowe popołudnie.

Mój przyszły pacjent nie pisał w mailach o miejscu zamieszkania, byłam zatem trochę zaskoczona, gdy dotarłam w końcu pod wskazany adres. Mieszkał w prywatnym Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym tuż pod Wrocławiem. ZOL prowadzony był przez siostry zakonne. Przewrotna myśl zrodziła się wówczas w mojej głowie: „idealne miejsce dla zdeklarowanego ateisty”. Mężczyzna czekał na

mnie w altance położonej wśród gęstej zieleni dużego ogrodu. Był lipiec, zewsząd unosił się zapach kwitnących lip, które rosły wzdłuż dość długiej alei w centrum tego dość wiekowego ogrodu. Dookoła znajdowały się dokładnie przystryżone trawniki.

Mężczyzna był wyposażony w laptop i telefon. Okrągły, kamienny stolik zakrywały książki. Siedział na wózku inwalidzkim. Miał ok. sześćdziesięciu lat, mocno wychudzony, o szaro-żółtym, niezdrowym odcieniu cery. Jego koszula i spodnie były dość dobrze odprasowane, mało wygodne do jeżdżenia na wózku, ale myślę, że ten człowiek po prostu ubierał się tak kiedyś na co dzień. Miał głęboki, przyjemny głos, zgaszony wzrok, w którym czasami zapalały się ogniki przekory i nieznanej mi tajemnicy.

– Pewnie dziwi się pani, że u schyłku życia zapragnęłam porozmawiać z psychiatrą?

Patrzył na mnie pytająco.

– Właściwie, nie mam za wielu chętnych do rozmowy... Od pół roku mieszkam tu zupełnie sam. Nie widuje innych mieszkańców, nie mam na to ochoty. Nie interesują mnie. Czasem wpada ksiądz, ale jestem niewierzący i trudno mi przyjmować jego punkt widzenia. Człowiek z niego jest





jednak w porządku, inteligentny, nie narzuca się.

Przejechał się wózkiem po altance, zawrócił w moją stronę.

– Ostatnio zupełnie nie mogę spać, nie chce mi się dbać o siebie, nie chce mi się czytać, nawet nie chce mi się myśleć.

Westchnął. Po chwili kontynuował swój monolog.

– Właściwie o czym miałbym myśleć, nie widzę niczego, co miałoby jeszcze dla mnie jakieś znaczenie. Dwa lata temu wszystko się zmieniło. Byłem znanym i bogatym człowiekiem, prowadziłem dobrze prosperującą firmę budowlaną. Moje budynki znajdzie pani w całej Polsce, mieszkają w nich tysiące ludzi... Miałem opinię uczciwego oraz solidnego człowieka. Żona, dwoje dorosłych synów. Moja małżonka jest projektantką, właściwie całe życie projektowała dla przyjemności. Nie musiała zarabiać pieniędzy, ja dbałem o wszystko. Miałem sporo przyjaciół, a może tak mi się tylko wtedy wydawało. Jeździłem po świecie, zwiedzałem miejsca, o których marzyłem w młodości, było mnie na to stać. Nie zastanawiałem się nad wieloma sprawami, mogłem odżegnać się od rzeczy, których nie chciałem widzieć. Uważałem, że cały świat powinien być dostosowany do mojej osoby...

Mężczyzna mówił do mnie, a może rozmawiał sam ze sobą. Przez chwilę miałam wrażenie, że zapomniał o moim istnieniu, że mnie nie zauważa. Nie chciałam wrywać go z zadumy, siedziałam bez ruchu. Patrzył gdzieś obok mnie, w jakąś niewidzialną dla mnie przestrzeń, patrzył w siebie tylko znaną przeszłość.

– Byłem na polowaniu, czekaliśmy z kolegami na ambonie myśliwskiej aż nadejdą dziki. Nastąpiła noc, a wraz z nią robiło się coraz chłodniej, zza przybladłych chmur wyłonił się prawie cały księżyc. Idealne warunki na oddanie strzału. Ale dzików nie było. Po kilku godzinach zdecydowałem, że zejść do samochodu po cieplejsze ubranie i coś mocniejszego do picia. W stalowej manierce znajdowała się w bagażniku herbata z niewielką ilością rumu. Zszedłem, dostałem się do auta. Odnalazłem jeszcze koce i po cichu wracałem do ambonki. Starłem się nie robić hałasu, delikatnie stawiałem stopy na pokrytej liśćmi ziemi. Usłyszałem dobiegające z oddali niezidentyfikowane dźwięki. Nagle – nie wiadomo skąd, pojawiła się wokół mnie cała wataha dzików. Zostałem uderzony wielokrotnie, podrzucony kilka razy do góry. W jednym momencie rozszarpały mi spodnie i lewe udo. Wszystko działo się w zawrotnym tempie. Później wszystko zniknęło, zgasło, wyłączyłem się, chyba straciłem przytomność...

Po chwili milczenia.

– Doszedłem do siebie w szpitalu. Miałem złamany kręgosłup w odcinku piersiowym, byłem sparaliżowany prawie od samej szyi w dół, wiele ran szarpanych pozszywanych zanim oprzytomniałem, straciłem dużo krwi. Minęło dwadzieścia siedem godzin, zanim odzyskałem przytomność. Nie mogłem wstać, nie czułem nóg, znajdowałem się w jakimś obcym mi ciele. Najpierw niczego nie rozumiałem, później złościłem się strasznie, a później wyłem z bezsilności. Jeszcze później zapadłem się gdzieś w środek bezwładnego ciała i powoli poddałem się. Zamykałem oczy, pogrążałem się w swoich myślach i prze-

szłości. To był świat, którego nikt nie mógł mi zabrać... to był świat, którego już nie było, zachował się jedynie w moich wspomnieniach... Żałowałem, że dziki nie rozszarpały mnie na śmierć. Niezdarne stworzenia.

– Później już całkiem prosta historia. Żona mnie zostawiła. Okazało się, że przez wiele lat „znosiła moje fanaberie, że właściwie była ze mną tylko ze względu na dzieci”. Nie chciała więcej marnować życia, zwłaszcza, że potrzebowałem opieki. Z wielkiego człowieka interesu stałem się ułomnym mężczyzną, który nie mógł sam poruszać się po pokoju i który sikał do pampersów... Cała moja firma stała się własnością żony, mieliśmy rozdzielność majątkową. I, chyba sama pani rozumie, że wraz z odejściem żony straciłem wszystko. Nie miałem nawet dokąd wrócić po wyjściu z neurochirurgii. Spędziłem w szpitalach kilka miesięcy. Jeden z moich przyjaciół, z tych nielicznych, którzy mnie nie opuścili, załatwił mi rehabilitację w dobrych ośrodkach na własny koszt, zresztą Marcin do dziś odwiedza mnie i płaci wszystkie moje rachunki. Na szczęście potrwa to już nie długo. Na moje szczęście zbliża się śmierć i tym razem jej nie umknę. To, akurat mnie pociesza. Podczas rehabilitacji odkryto, że mam raka skóry – czerniak, ostatnie stadium...

Zauważyłam, że ten monolog go wyczerpał. Był wyraźnie zmęczony, jeszcze bledszy niż poprzednio, na jego czole pojawiły się kropelki potu.

– Nie potrafię zrozumieć, dlaczego synowie nigdy mnie nie odwiedzili. Dbiałem o chłopców, mieli możliwość studiowania w najlepszych szkołach, pomogłem im wybudować domy, myślałem, że jesteśmy ze sobą bardzo związani. Może nie byłem najlepszym ojcem, ale przez te wszystkie lata bardzo się starałem ojcem być.. Musiałem jednak zrobić coś nie tak... To, że moje dzieci nie mają dla mnie czasu boli najbardziej... Z upływem miesięcy udało się mnie trochę „odrestaurować”. Mogę siedzieć na wózku, umiem go prowadzić. Wprawdzie jest elektryczny, ale umiejętności motoryczne zawsze przypisuję sobie. Umiem jeść, ale ręce są jeszcze dość niesprawne. Mogę pisać, chociaż napisanie do pani maila zabiera mi sporo czasu... Moje życie było ciekawe, dość intensywne. Udało mi się zrealizować wiele planów, udało mi się zobaczyć różne zakątki świata. Gdy studiowałem na Politechnice Wrocławskiej, nie miałem za co żyć, nie miałem pieniędzy na wynajęcie stancji. Pracowałem nocami jako ochroniarz, sprzątałem, rozładowywałem pociągi, pomagałem przy budowie budynków, raz nawet pracowałem jako niańka dla czteroletniego chłopca. To była moja najkrótsza praca, trwała cztery dni, na piąty dzień zostałem zwolniony, bowiem chłopak strasznie krzyczał na mój widok. Nigdy nie rozumiałem dlaczego. Wszystko w życiu mi się udało, jeszcze kilka miesięcy wcześniej myślałem, że poślubiłem właściwą kobietę, że dobrze wychowałem synów. Ale myliłem się, nie udało mi się zbudować prawdziwej rodziny.

Mój współromówca zamilkł, może znowu pogrążył się w zadumie, a może, odpoczywał. W oddali było słychać śpiew słowików, w koronach ogromnych, wiekowych lip hulał wiatr. Przez moment łudziłam się, że ta historia nie wydarzyła się naprawdę.



– Myślę, że popełniłem jeden błąd, myślę, że skrzywdziłem kogoś, kogo kochałem i kto kochał mnie...

– Jakieś piętnaście lat temu spotkałem kobietę. Była sporo młodsza. Zakochałem się, ale uświadomiłem to sobie dopiero wtedy, gdy ją straciłem. Myślałem, że to przygoda, że to przemienie, że mam rodzinę i ułożone życie, że nie wygodnie jest to wszystko rujnować. Poza tym nie byłbym już „człowiekiem bez skazy”. Chciałem się zabawiać i już. Tak robi większość moich znajomych. To nic takiego. Zabawiłem się, wdałem się w romans. Po jakimś czasie tamta kobieta wycofała się, zrozumiała, że jestem zdolny tylko do romansu. Sam jej powiedziałem, że nie byłem, nie jestem i nie będę w niej zakochany, że to taka męska gra. Dało się zauważyć, że ta opowieść kosztuje mężczyznę najwięcej wysiłku.

– Przestała się ze mną spotykać. Myślałem, że z czasem zmieni zdanie. Dałem jej trochę czasu i przestrzeni. Zdania nie zmieniła. Dowiedziałem się później, że po rozstaniu ze mną załamała się, popadła w głęboką depresję, miesiącami nie wychodziła z domu, nie jadła, nie spała, nie dbała o siebie, straciła pracę, nie miała za co żyć, a w końcu zachorowała na nowotwór krwi, nie chciała się leczyć. Ja nigdy nie próbowałem jej pomóc. Myślę, że byłem tchórzem, oszukiwałem samego siebie, nie było mnie stać na odważną decyzję, aby przyznać się przed samym sobą, że ją kocham, że chce z nią być, że jest kobietą, na którą czekałem całe moje życie. I którą zraniłem najbardziej na świecie.

Mężczyzna stał się prawie przezroczysty, wyostrzyły się rysy jego twarzy. Czułam jego cierpienie.

– Wiem, że Marta żyje, nigdy nie związała się z żadnym mężczyzną, nie miała dzieci, chociaż bardzo ich pragnęła. Chciałbym cofnąć czas, chciałbym to naprawić, ale to nie możliwe. Nawet nie mam okazji, aby jej wszystko wytłumaczyć, przeprosić. Za późno, o wiele lat za późno. Wiem, że mi wybaczyła, przeze mnie nigdy nie była jednak szczęśliwa, chciałbym to wszystko naprawić...

Błękitno-seledynowo-kremowy motyl krążył nad stolikiem, jakby przysłuchując się mojemu rozmówcy. Bałam się poruszyć, aby nie zakłócić tej chwili.

– Byłem młody, przyjaźniłem się z moją żoną od piaskownicy, jakoś tak wyszło, że zaszła w ciążę. Nie zostawiłem jej, ożeniłem się, chciałem być odpowiedzialny. Ale ja nigdy jej nie kochałem. Dziś myślę, iż miała rację, twierdząc że zmarnowałem jej życie. Jej i swoje. Może chociaż majątek, który zgromadziłem i który mi zabrała jakoś wynagrodzi jej te wszystkie lata udawanego szczęścia, chociaż pewnie nie istnieje taka cena, która zwróciłaby czas jej życia. Na pewno zmarnowałem życie Marty, kobiety, którą kochałem i kocham do dziś.

Z wnętrza budynku dochodził śpiew, wyglądało mi to na wieczorną modlitwę siostr – nieszpory. Mężczyzna również zwrócił uwagę na modlitwę. Przez chwilę słuchał.

– Siostry śpiewają tak każdego wieczoru i rano, czasem także w południe. Często się modlą. Ja nigdy nie widziałem Boga, nigdy Go nie spotkałem. Trochę ich nie rozu-

miem... Czasem myślę, że chciałbym móc uwierzyć... chciałbym wiedzieć, że po śmierci nie będę sam, że znowu będę wolny, będę mógł chodzić, chciałbym wierzyć, że po śmierci jest inne życie. Tak jak te siostry. Ale nie wierzę. Poza tym pewnie Bóg nie chciałby ze mną rozmawiać chociażby z tego powodu, że byłem próżny i myślałem najwięcej o sobie samym, że zraniłem, a może zabiłem kobietę, która była na świecie stworzona dla mnie...

Złe samopoczucie mężczyzny przerwało monolog. Uznał, że musi się położyć. Prosił mnie o jakieś leki nasenne. I jeszcze prosił, żebym przyszła na jego pogrzeb, bo chciałby bardzo, by była na nim kobieta. Nawet nie zdążyłam się pożegnać. Na wezwanie dzwonka przybiegła siostra, która była również pielęgniarką, i szybko zabrała mężczyznę do jego pokoju. Więcej nie zobaczyłam tego człowieka. Po tygodniu siostry zakonne powiadomiły mnie o terminie jego pogrzebu. Obiecałam mojemu pacjentowi, że przyjadę, zatem nie zastanawiałam się, kupiłam bordowe róże i pojechałam na cmentarz.

Utknęłam w korkach i trochę się spóźniłam. Dzień od rana był bardzo pochmurny, szary, cały czas padał deszcz, nie ustawał chłodny wiatr. Przy kaplicy cmentarnej zastałam osiem osób, sami mężczyźni. Ksiądz kończył modlitwę, nie pamiętam, co dokładnie powiedział. Nie zabrałam płaszcza i zdążyłam zmarznąć, próbowałam „wbić się” w moją marynarkę, ale to nie pomagało. W którymś momencie grabarze ubrani w świąteczne ubrania i białe rękawiczki wynieśli trumnę z ciałem i złożyli ją na specjalnym powozie. I stało się coś dziwnego. Nagle, jak na jakiś wyraźny rozkaz, zapadła cisza, zrobiło się zupełnie cicho. Jakby w jednym momencie rozstąpiły się chmury, odsłaniając słońce. Przeszło padać. Dziesiątki, setki tysięcy małych kropli po deszczu nagle zabłyśły w słońcu, jakby miliony małych słońc zapaliło się na ziemi. Błyszczała trawa, drzewa, kwiaty, wieńce i kropelki wody na trumnie. Nawet moja marynarka i róże błyszczały, świeciły się i odbijały blaskiem. Zrobił się cudowny, lipcowy dzień. Po chwili odezwały się ptaki, jakieś pszczoły, a na skraju cmentarza pojawiła się piękna, mieniąca się wyrazistymi, jaskrawymi barwami tęcza. Już nie było mi zimno...

Wieczorem odebrałam e-maile, nie otwierałam skrzynki przez kilka dni. Miałam kilka wiadomości. Jedna z nich była od mojego pacjenta, którego spotkałam dwa razy w moim życiu – w ogrodzie w pobliżu lipowej alei i na jego pogrzebie. Z jakimś niepokojem otworzyłam wiadomość i zaczęłam czytać. „Wciąż mam wątpliwości. Może jednak jest jakieś inne życie, może nie wiem wszystkiego. Błagam więc Boga, którego nie znam i nie wiem czy On istnieje o jakieś światło, o jakiś znak. Nie mam za wiele czasu, On musi się pospieszyć. Błagam Boga o słońce na końcu mojej drogi, żebym mógł uwierzyć...”

Dzisiaj na wiejskim cmentarzu pod Wrocławiem widziałam słońce, widziałam miliony słońc na samym końcu drogi Aleksandra. Tak miał na imię człowiek, który odszedł.

Olga Paślawska

ELIZA ORZESZKOWA U DRUSKIENNICKICH WÓD



Ryc. Budynek kąpielowy. S. Grzegorzewski: *Przewodnik po Druskienikach i okolicy*. Warszawa 1908, s. 48

Druskienniki¹. Przepiękna miejscowość, zagubiona w borach nad Niemnem, opiewana była przez wielu mistrzów pióra. Także przez Adama Mickiewicza i Elizę Orzeszkową².

Orzeszkowa, powieściopisarka, nowelistka, publicystka, osiadła pod koniec 1869 r. w Grodnie. Napisano po latach, że „(p)otrąfiła... w zabitym od świata deskami (mieście) stworzyć wokół siebie atmosferę humanistycznego zaufania, przyjaźni, współpracy, sprzyjającą ludzkiej miłości i łączącą ludzi węzłami nierozzerwalnymi”³. Monotonie szarego grodzieńskiego życia przerywały rzadkie odwiedziny gości z szerokiego świata, a także wakacyjne wyjazdy pisarki, m. in. do Druskiennik. Trudno ustalić, kiedy Eliza Orzeszkowa po raz pierwszy zawitała do tego zdrojowiska. Być może wtedy, kiedy była nieznaną światu właścicielką Milkowszczyzny i młodą żoną dziedzica Ludwinowa. Edmund Jankowski, znany i uważny biograf pisarki sądził, że przebywała w nim w latach 1872 oraz 1904 do 1906⁴.

Jej bardzo osobista powieść „Ostatnia miłość”, drukowana w „Gazecie Polskiej” w 1867 r., ukazuje, jak żyło i bawiło się to urocze nadniemeńskie zdrojowisko w początkach drugiej połowy XIX wieku. W liście do Józefa Sikorskiego (1813-1896), redaktora tego czasopisma, publicysty, teoretyka muzyki, kompozytora, jednego z założycieli Warszawskiego Towarzystwa Muzycznego, oznajmiła, że szkicuując wszystkie prawie postaci „z natury”, jest pewna, że „... powieść... ściągnie na (nią) oburzenie pewnych osobistości odwiedzających niegdyś Druskienniki, a znajomych (jej) dobrze, bo... nakreśliła ich postacie en bloc – ze zmianą tylko nazwiska”⁵. Na stronicach powieści barwnie obrazowała podróż do uzdrowiska: „Nad Tamiżą, Sekwaną, Elbą, a nawet i nad Wisłą od dawna już rozlegał się świst pary; mieszkańcy owych szczęśliwych krain od dawna już jak podniebne ptaki szybko przebywali przestrzenie – gdy ziemię położone nad pięknymi brzegami Niemna wzdychały jeszcze do korzystania z cudu, zwanego lokomotywą. Na sze-

rokach tamtejszych drogach w upały letnie wlokły się z wolna po piaskach ciężkie karety zaprzężone mnóstwem koni, koła wozów i bryk skrzypiały i jęczały niby w piekle dusze potępionych. A gdy przyszła jesień dżdżysta i słotna, to powozy grzęzły w rozmięklej ziemi, konie zapadały w głębokie kałuże, a podróżny osadzony nieraz w środku drogi nieprzepartą siłą błota widział się zmuszonym do wezwania wołów, aby go z ciężkiej wydźwignęły toni. – Przed kilkoma laty kto by chciał ujrzeć w maluczkim zarysie arabską pustynię, dość by mu było przebyć wśród lata drogę wiodącą z nadniemeńskiego miasta Grodna do mineralnych wód w D***. Sześciomilowa ledwie to była przestrzeń, ale przebycie jej podróżnemu wiekiem mogło się zdawać; szeroka, żółta od głębokiego piasku droga ciągnęła się równo, monotennie między rzadkimi zaroślami karłowatej sośniny”. A tak barwnie i różnorodnie jawił się pisarce pobyt w tym uroczym zdrojowisku: „Miejscowości posiadające mineralne wody zrazu bywają zwykle sanitarnymi tylko zakładami, dążą do nich chorzy po największe, jak powiadają niektórzy, dobro – po zdrowie. Wkrótce chorzy ludzie w jednym miejscu zebrani poczuwszy, że poczynają odzyskiwać swe „największe dobro”, zaczynają się bawić, to jest zbierać się w towarzystwa, tańczyć razem, jeździć i chodzić, kochać się, żenić i wychodzić za mąż. Powoli sława uzdrowiających wód rozchodzi się razem ze sławą tych przeróżnych zabaw. Kiedy mogą się bawić chorzy, dlaczegoż by i zdrowi bawić się nie mieli? [...] I oto z północy i południa, z zachodu i wschodu ciągną tabory podróżnych, chorych i zdrowych. Zanadto otyli i zanadto chudzi; ze słabymi płucami i reumatyzmem w nogach; gorączkowo pragnący życia i limfatycznie życiem znudzeni; ze zbyt pełną kieszenią i z ich melancholiczną próżnią – wszyscy jadą do wód mineralnych, a ich zbawcze źródła przeróżnymi środkami leczą te wszystkie choroby zdrowych i chorych. [...] Więc poza falangą goniących za fizycznym zdrowiem lub lekką zabawą



zjawiają się myśliciele – badacze serc ludzkich i fenomenów społecznych; poza tymi przybywają jeszcze kapłani sztuki, poeci aby licznie zebranym ludziom sypać pod nogi perły piękności i gorących tchnień, wiejących zwykle od tłumów, czerpać natchnienie do nowych arcydzieł. Z tych wszystkich żywiołów złożone towarzystwa u wód mineralnych wrą życiem różnowzorym – i jak wszędzie między ludźmi, tak i w nich przy wpatrzeniu się bliskim dojrzyś chorobę i zdrowie, mądrość i głupotę, radość i rozpacz”⁶. Rozrywki i życie towarzyskie tego urokliwego zdrojowiska w latach nieco wcześniejszych, autor niniejszej pracy przedstawił w innej publikacji⁷.

Orzeszkowa nie była wolna od wszelakich niedomagań i chorób. Pisarka zapadła „na jakąś dziwną słabość” uniemożliwiającą jej jakąkolwiek intensywniejszą pracę, skazującą na bezczynne pozostawanie w domu. Doradzano jej wyjazd nad morze, któremu się opierała. Nic więc dziwnego, że szukała pomocy w pobliskich Druskiennikach. W kwietniu 1872 r. w liście do Sikorskiego pisała, że utrzymywano ją w nadziei, że „wpływ morza zrównoważyć niejako może pobyt w Druskiennikach, obdarzonych niezmiernie zdrowym i ożywiającym powietrzem, bardzo pięknymi widokami natury i kąpielami w rzece Rotniczance, która dla niezwyklej burzliwości prądów i natury składowej wód lekarze tutejsi nazywa(li) siostrą morza”. Miała więc nadzieję, że spędzi porę letnią w tej urokliwej miejscowości, która stanowiła „żywszą dla (niej) ponętę niż pobyt nad brzegiem Morza Bałtyckiego⁸, [...] gdzie pomiędzy kurlandzkimi Niemcami, będącymi podobno najgorszym gatunkiem Niemców, niewiele [...] doznać by [...] mogła przyjemnego ani zobaczyć pouczającego”⁹.

Do Druskiennik przybywała szczególnie chętnie z najważniejszego chyba powodu, nieukrywanej sympatii i przyjaźni do Jana Pileckiego, który był symbolem, ucieleśnieniem tego wtedy polskiego uzdrowiska. Ten etatowy lekarz Druskiennik, inspektor zakładu zdrojowego w druskiennickim Komitecie Zarządu Wód, inicjator domu dobroczynności dla ubogich chrześcijan, bez różnicy wyznań, szpitala dla ubogich Żydów, szpitala na 36 łóżek dla przybyłych na kurację niezamożnych urzędników okolicznych guberni oraz ochronki dla biednych dzieci był jedną z najbardziej znanych osobistości Druskiennik XIX wieku¹⁰.

To ten o dwadzieścia lat od niej starszy, znany zdrojowisko- wy lekarz, ją, kiedyś 10-letnią, płaczącą dziewczynkę wyniósł na rękach od ciężko chorej siostrzyczki Klemuni w parę minut po jej zgonie. To jemu na łamach „Gazety Polskiej” zadedykowała powieść „Na dnie sumienia”. Warto przypomnieć treść tej dedykacji: „Panu Janowi Pileckiemu, (p)ragnę tę powieść moją przyozdobić imieniem człowieka zacnego i obywatela społeczności swej pożytecznego, ofiaruję ją Panu, a wymowniej uczynić tego nie potrafię, jak powtarzając słowa przed laty do Pana wyrzeczone przez autora „Margiera” i Dęboroga”:

„Niech się skromność Twoja nie obraża,

Że się ten rozgłos czci Twojej udziela.

Wszak wolno chorym czcić imię lekarza

I przyjaciół imię przyjaciela”. El. Orzeszkowa¹¹.

Pobyt znanej pisarki w 1872 r. jest właściwie pierwszym udomkowanym w tym zdrojowisku.

W 1906 r. w liście do Tadeusza Garbowskiego (1869-1940), zoologa, literata i filozofa, późniejszego profesora, kierownika Katedry Filozofii Przyrody Uniwersytetu Jagiellońskiego, współautora i współwydawcy powieści „Ad astra”, Orzeszkowa wyjaśniła powody, jakie ją zmusiły w latach późniejszych do zaniechania korzystania ze zdrojowiska nad Niemnem. Z nutą

gorczy oznajmiła, że Druskienniki, „(j)est to zakątek z naturą ładną, dla nas miłą, ale tak skromnie, ... tak ... pierwotnie urządzony... (n)ic więc dziwnego, że jest wpółdzikiem. Przez lat kilkadziesiąt władali nim, gospodarzyli nim ludzie wpółdzicy. Nastawiona niezwykle patriotycznie, komunikowała, że stał się po 1863 roku własnością biurokratów rosyjskich, którzy zniszczyli wszystko, co przedtem było urządzonym dobrze, i nic więcej nad to nie urządzili”¹². Pewne nadzieje Orzeszkowa upatrywała w „kompanii kapitalistów polskich”, która, jej zdaniem, czyniła, co mogła, „aby to miejsce znowu mieszkalnym uczynić, ale w tak krótkim czasie niedużo jeszcze uczynić mogła”. Nasza pisarka żaliła się, że „ani kanalizacji, ani wodociągów, ani porządnego oświetlenia jeszcze tam nie ma”. Żaliła się na towarzystwo, które dopóki Druskienniki znajdowały się w rękach rosyjskich, w trzech czwartych składało się z rosyjskich Żydów, a następnie z Rosjan i Polaków „rozmaitych, jak zwykle wśród ludzi, ale jednak nie zawsze zabawnych”. Słów zachwyty nie szczędziła za to nowym właścicielom, którzy potrafiли ze starannością i dużym nakładem kosztów zorganizować łaźienki oraz „część kuracyjną, lekarską”¹³.

W końcu lat dziewięćdziesiątych dolegliwości pisarki wzrastały się. Była w stałym medycznym kontakcie m.in. z Ignacym Baranowskim (1833-1919), kierownikiem Katedry i Kliniki Terapeutycznej Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego¹⁴. Zalecał on listownie m. in. kąpiele¹⁵. W styczniu 1899 r. po przyjeździe z Warszawy zapadła na gripę z kilkoma nawrotami. W liście do warszawskiego klinicysty donosiła: „Gryzę się tym, że mało piszę, to znowu zdrowiu nie pomaga i tworzy się błędne koło”. Baranowski odwiedzał Grodno nie tylko jako lekarz, ale także i jako przyjaciel. Doradzał pisarce stałe przeniesienie do Wilna, natomiast chwilowo zalecał podróż do Włoch, nie tylko w celach leczniczych, ale także po to, by zetknąć się z najnowszym życiem naukowym i ruchem społecznym¹⁶. W podleczeniu dolegliwości reumatycznych i nerwowych pomogła nieco kuracja w Wiesbaden. Te reumatyczne dolegliwości trapiły pisarkę szczególnie intensywnie, bowiem donosiła o nich Baranowskiemu jesienią tego niefortunnego dla jej zdrowia roku 1899¹⁷. W dwa lata później warszawski profesor także odwiedził pisarkę; zbadał dokładnie przed wyborem miejsca na kurację w zdrojowisku, a dr Henryk Nusbaum zdecydował wybór kuracyjnego miejsca – Kissingen¹⁸.

Od jesieni 1902 r., kiedy po raz pierwszy doznała ciężkiego ataku serca, niedomagała stale¹⁹. Baranowski listownie we wrześniu 1902 r. radził dla poratowania zdrowia kilkutygodniowy wyjazd do Tyrolu do Włoch lub nad Jezioro Genewskie. W trzy tygodnie później odpisała: „Niedobrze mi jest, od półtora tygodnia przyjmuję strophant i choć nieprawidłowość pulsu zmniejszyła się podobno znacznie, słabą czuję się i zupełnie do niczego niezdatną”. Przymuszczała niewydolność serca pogłębiała jej stan psychiczny: „Jestem szkaradnie samotną i to cięży na mnie jakąś ciemną, grubą nocą. Więc nic dziwnego, że może żyć dłużej nie będę i nic tak szczególnie smutnego, bo wzięłam już ilość dni człowiekowi należną...”²⁰. W październiku skonsultował chorą pisarkę Henryk Nussbaum. Jak relacjonuje Iwona Wiśniewska, lekarz ten oprócz poważnych zaburzeń funkcji serca stwierdził silną neurastenię, zalecając leczenie w Warszawie, a potem kurację zagraniczną. Miała problemy z oddychaniem i mówieniem, trudności z poruszaniem się. Stan chorej zatem nie pozwolił na żadną z tych podróży²¹. Pod koniec czerwca 1903 r. wyjechała do Marienbadu²², gdzie leczyła się u Stanisława Benedykta Kwiatkowskiego, internisty z Krakowa, sezonowo ordynującego w tym uzdrowisku, specjalizującym



się w leczeniu chorób serca i układu nerwowego. Dr Kwiatkowski odwiedzał także kilkakrotnie Grodno²³. Jesień 1903 r. roku nie była lepsza. W końcu października, pełna desperacji, skarżyła się: „Noc bardzo zła. Czy przybliży się już koniec? W dzień lepiej, ale słabo i obawa nocy, o której nie ma komu powiedzieć. Straszna samotność. Myślę, że umierając nie będę miała przy sobie ani jednej istoty prawdziwie kochającej i kochanej. Myślę, czy zasłużyłam na to?”²⁴. Kilkadziesiąt lat po pierwszym pobycie, w latach 1904-1906 znowu odwiedzała Druskienniki.

W liście do Stanisławy Tołwińskiej z czerwca 1904 r. zawiadamiała o opóźnieniu swojego wyjazdu do Druskiennik z powodu licznych domowych kłopotów²⁵. Zamieszkała u Heleny z Kiersznowskich Andrzejkowiczowej, swojej przyjaciółki²⁶. Lato 1904 r. było niezmiernie upalne. Relacjonowała: „(U)pały gnębi(ły) tu nawet, gdzie cudowne zadrzewienie cię głęboki rozlewa(ło) dokoła, a od Niemna i szumnej, wartkiej Rotniczanki unos(i)ły się w skwarzym powietrzu powiewy świeże”. Pisarka cierpiała wtedy na dolegliwą rwę kulszową oraz „niepokoje sercowe”. Upały wyraźnie wpłynęły pozytywnie na dolegliwości ischiasowe. „Prowadzę kurację energiczną i wyczerpującą. Lekarze obiecują memu fizycznemu sercu trochę jeszcze trwania” – pisała do Stanisława Posnera (1868-1930), prawnika, publicysty i działacza Polskiej Partii Socjalistycznej, późniejszego senatora i wicemarszałka senatu²⁷. Podobnie, jak ponad trzydzieści lat wcześniej, nie była ukontentowana panującymi w zdrojowisku towarzyskimi zwyczajami; donosiła w liście Aurelemu Drogoszewskiemu (1863-1943), historykowi literatury polskiej i krytykowi literackiemu, wydawcy dzieł Orzeszkowej, także autorowi studiów m.in. o Zygmuncie Krasińskim, Władysławie Syrokomli, Narcyzy Żmichowskiej, Janie Pawle Woroniczu: „... niepodobna czerpać uciechy z wizyt, oświadczeń, ukłonów i pokłonów, ale też nie podobna odgrywać roli królowej, przyjmującej wszystko, a nieoddającej nic”²⁸. Nie wszystkie jednak kontakty były dla pisarki uciążliwe. Serdeczne, poufale pogawędki uciniała sobie np. z Eugenią Żmijewską, literatką i dziennikarką warszawską, miłe chwile spędzała ze wspomnianym wcześniej, Henrykiem Nusbaumem, lekarzem, deontologiem, filozofem medycyny, profesorem także z tego miasta.

Najbardziej fascynowała się jednak w nadniemeńskim zdrojowisku występującą w pełnej krasie ojczystą przyrodą. Dała temu wyraz w pochwalnym liście z sierpnia 1904 r. do Marii Konopnickiej, znanej poetki, serdecznej przyjaciółki: „Zabawię tu jeszcze 4-5 tygodni, a jeżeli jesień będzie pogodna, to i dłużej. Miejsce jest pełne uroku, piękne. Wysoki brzeg Niemna, Niemen, Rotniczanka szumna i wartka, niesłychane bogactwo drzew w tym zadrzewieniu wprost bajecznym 350 will z kilkutyśięcną ludnością tubylców i przybyszów. Z piękności widoków mało korzystam chodzić prawie nie mogąc, Niemen jednak widuję, a zresztą patrząc na cudne brzozy, klony, jarzębiny, świerki, których tu pełno wszędzie, pasę oczy i serce tym dostępnym mi źródłem piękności i czuje się za nie wdzięczną”²⁹. Po dwu i pół miesięcznym pobycie w Druskiennikach wróciła do Grodna bez wyraźnej w stanie fizycznym, poprawy. Rozgoryczona pisała: „Wina to nie miejscowości ani czegokolwiek na świecie tylko tego zęba czasu, który zgryzł mi istotę cielesną i poranił duchową, tak że nawzajem są dla siebie szkodą i przeszkodą. Jestem chora w znacznej części dlatego, że jestem smutną, i smutną dlatego, że chorą. Przy tym – lata. I nic już przeciw temu pomóc nie mogą żadne uzdrowiska i żadni lekarze, choćby najlepsi”³⁰.

Pobyt znanej pisarki w następnym, 1905 r. poprzedziła znana dziejowa burza, przechodząca nad ziemiami polskimi, przy-

nosząc w rezultacie nieco swobód politycznych a także językowych. Orzeszkowa uznała za swój obowiązek wprowadzić na druskiennicką estradę, niesłyszaną od czasów powstania styczniowego polską mowę. Mimo wyraźnej niechęci generała gubernatora w środku lata zorganizowała w języku polskim publiczną imprezę artystyczną w formie tzw. journal parlé, na której wystąpiła także jako autorka³¹. Do tej akcji oprócz niej włączyli się pisarze, m.in. Emma Dmochowska oraz Kazimierz Laskowski, pianistka Dąbrowska oraz śpiewaczka O'Brien de Lacy. 15 sierpnia, w święto Wniebowzięcia Maryi Panny odczytano „żywą gazetę”, która nosiła tytuł „To i owo”. Jedno z drugim nic. Gazeta druskiennicka, literacko-artystyczno-satyryczno-filozoficzno-humorystyczna – żadna. Numer pierwszy i ostatni. Jeżeli zabawi, prosimy o podziękowanie; jeżeli znudzi, prosimy o przebaczenie. Czym chata bogata, tym rada”. Zaprezentowano wiersz Laskowskiego „Druskienniki za lat dziesięć”, którego zakończenie warto przytoczyć:

*„Słowem w istny raj marzony,
Tak na wodzie, jak i lądem,
Przekształciły Druskienniki
Miejska „dumy” z samorządem!
Wszędzie postęp, rozwój wszędzie
Nawet klimat iście włoski!
O co raczył się postarać
Sam dobrodziej Jan Wierzbowski!³²
Tylko Niemen posrebrzany
Toczy falę po dawnemu –
Widział różne, różne zmiany,
Więc nie dziwi się niczemu”.*

Odczytano także humorystyczną kronikę, której jedną z autorów była Orzeszkowa³³. Był to po latach pierwszy polski wieczór teatralny w tym nadniemeńskim zdrojowisku³⁴. A tak podsumowała i opisywała go w swoich pamiętnikach: „Byłam wówczas promotorką wielkiego i trudnego dzieła wprowadzenia po raz pierwszy od półwieka języka polskiego na estradę publiczną w Druskiennikach. Pochłonęło mi to mnóstwo czasu i starań, ale do skutku doszło. Urządziliśmy wieczór w sali kurhausowej, na którym znajdowało się ok. 400-stu osób, a oprócz muzyki, śpiewu, ósm osób przeczytało po polsku zaimprowizowaną gazetę druskiennicką [...] Wieczór przyniósł dla biednych dochód znaczny”. A że Orzeszkowa była złotousta, świadczą słowa Franciszka Ksawerego Godlewskiego (1866-1937), literata, działacza społecznego, człowieka niezwykle błyskotliwego i dowcipnego, na którego ślubie kiedyś przemawiała. „Wywarła wtedy ogromne wrażenie, mimo, że dobrych mówców było wtedy dużo” – m.in. Wacław Sieroszewski, Lucjan Rydel oraz Karol Benni, lekarz z Warszawy, pisał sam Godlewski³⁵.

Pobyt Orzeszkowej w Druskiennikach w następnym, 1906 roku, nie był niczym specjalnie zaznaczony. „Druskienniki, tym roku miłe bardzo od cudnej pogody, od ciszy i spokoju, które w nich panują. Są chwile, w których się wydaje, że to głęboka, szczerza wieś. Czuję się znacznie zdrowszą, niż na wiosnę byłam” – pisała do Józefy Sawickiej (Ostoi) (1859-1920), pisarki, tłumaczki, nauczycielki stylistyki i literatury polskiej na żeńskich pensjach w Warszawie, osoby, która usilnie starała się w czasach późniejszych o nagrodę Nobla dla Orzeszkowej, angażując w tą pomoc nawet Marię Skłodowską-Curie³⁶.

Druskienniki odwiedzała nie tylko Orzeszkowa. Przebywali tam także w różnym czasie m.in.: Józef Ignacy Krzewski, w drugiej połowie lat czterdziestych³⁷, Stanisław Moniuszko z rodziną, Teodor Narbutt, autor 12-tomowej historii Litwy, Teodor Tripplin, lekarz i powieściopisarz, Apolinary Kałski, skrzypek, uczeń Niccolo Paganiniego, Ludwik Kondratowicz



(Władysław Syrokomla), pałający miłością, niestety nieszczęśliwą, do Heleny Kirkorowej, niepospolitej urody i inteligencji aktorki. Bywali także profesorowie uniwersytetów warszawskiego, petersburskiego, charkowskiego, kazańskiego³⁸.

Stan zdrowia Orzeszkowej pogarszał się. Nowy atak duszniczy bolesnej, po dłuższym okresie względnej poprawy zdrowia 18 czerwca 1910 r. był powodem odejścia słynnej pisarki poza smugę cienia³⁹. „Zapewne są powieściopisarze przewyższający ją potęgą fantazji plastycznej lub urokiem pięknego słowa, ale żaden nie prześcignął jej w rozległości i głębi rozumienia duszy człowieka i w ogóle i potrzeb własnego społeczeństwa” napisał Piotr Chmielowski (1848-1904), historyk literatury i krytyk literacki, w przedmowie do jej dzieła „Bene nati”⁴⁰.

Uzdrowiska, w których Elizie Orzeszkowej i wielu innym próbowano przywracać zdrowie, w których także radośnie spędzano wolny czas, powstawały na fali rozwoju wodolecznictwa na przełomie XVIII i XIX stulecia oraz później. Były one alternatywą medycyny konwencjonalnej, opartej na szczególnie mało skutecznej terapii. Stosunkowo słabsze wykształcenie ówczesnych lekarzy spowodowane było nie najwyższym poziomem wyższych szkół medycznych, których programy nauczania znacznie się różniły.

Andrzej Kierzek



Ryc. E. Orzeszkowa: Listy zebrane. T. I. Wrocław 1954, s. 1

Przypisy:

- Autor niniejszej publikacji używa dwóch form językowych: istniejącej w wieku XIX – Druskienniki oraz współczesnej – Druskienniki
- Cybulska M.: *Znad Niemna nad Wisłę*. Warszawa 1998, s. 7; Kierzek A., Kuciel-Lewandowska J., Pozowski A., Paprocka-Borowicz M.: *Z przeszłości Druskiennik* Cz. I, Cz. II., Przeg. Lek., przyjęto do druku
- Romankówna M.: *Eliza Orzeszkowa*. Kraków 1971, s. 17; Michalak H.: *Eliza Orzeszkowa. 1841-1910*. Warszawa 1910, s. 13
- Jankowski E.: *Orzeszkowa z Pawłowskich Eliza (1841-1910)*. Pol. Słown. Biogr. Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk 1979, T. XXIV/1, s. 313
- List E. Orzeszkowej do Józefa Sikorskiego, redaktora „Gazety Polskiej” z 19 marca 1867 r. z Milkowszczyzny. Orzeszkowa E.: *Listy*. T. I, Wrocław 1954, s. 4
- Orzeszkowa E.: *Ostatnia miłość*. Warszawa 1963, s. 9-11
- Kierzek A.: *Rozrywki oraz życie towarzyskie w Druskiennikach w połowie XIX stulecia*. *Ann. Acad. Med. Stetin*. 2007, T. LIII, Nr 3, s. 140-147
- Idzie o Połagę, nadbałtycką miejscowość znaną od XIII wieku, oddzieloną od morza wąskim pasem wydym porośniętych lasem sosnowym, ośrodek obróbki bursztynu. Funkcję uzdrowiska zyskiwała stopniowo dopiero w XIX stuleciu
- List E. Orzeszkowej do Józefa Sikorskiego z 20 kwietnia 1872 r. z Grodna. Orzeszkowa E.: *Listy...* op. cit., s. 65
- Kaszewski K.: *Ś. p. dr. Jan Pilecki. Kłosa* 1878, T. XXVII, Nr 693, s. 227; Kierzek A., Kuciel-Lewandowska J., Paprocka-Borowicz M.: *Jan Pilecki (1821-1878) i jego druskiennickie dzieło*. *Przeg. Lek.*, przyjęto do druku
- Świdorski B.: *Orzeszkowa w Druskiennikach*. *Ondyna Drusk. Źródła* 1939, wzn. zb. Z. 23, s. 33
- List E. Orzeszkowej do Tadeusza Garbowskiego z 27 czerwca 1906 r. z Grodna. Orzeszkowa E.: *Listy* T. II. *Do literatów i ludzi nauki*. Cz. I, Warszawa, Grodno 1938, s. 262-263
- Ibidem
- Śródka A.: *Wydział Lekarski Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego (w): Dzieje nauczania medycyny i Farmacji w Warszawie (1789-1950)*, pod red. Łyskanowskiego M., Stapińskiego A. i Śródki A. Warszawa 1990, s. 248
- Orzeszkowa E.: *Dnie*. opr. I. Wiśniewska. Warszawa 2001, s. 53, 87
- Ibidem, s. 97, 125, 127-130; List do Ignacego Baranowskiego z 15 lutego 1899. Kopie niewydajnych listów Orzeszkowej sporządzone przez pierwszego wydawcę korespondencji pisarki – Ludwika Brunona Świdorskiego.
- Orzeszkowa E.: *Dnie...* op. cit., s. 109, 141, 154
- Tam Orzeszkowa poznała m. in. Helenę Modrzejewską. Orzeszkowa E.: *Dnie...* op. cit., s. 222, 224, 250-253
- Jankowski E.: op. cit., s. 317

- List Ignacego Baranowskiego z 15 (28) września 1902. Arch. E. Orzeszkowej IBL PAN; List E. Orzeszkowej do Ignacego Baranowskiego z 5 października 1902. Orzeszkowa E.: *Listy zebrane*. T. IV, s. 74-75 cyt. wg Orzeszkowa E.: *Dnie...* op. cit., s. 294-295
- Orzeszkowa E.: *Dnie...* op. cit., s. 295
- Obecne Mariańskie Łaźnie
- Orzeszkowa E.: *Dnie...* op. cit., s. 314
- Orzeszkowa E.: *Dnie...* op. cit., s. 306
- Orzeszkowa E.: List do Stanisławy Tołwińskiej z 15 czerwca 1904 r. Arch. E. Orzeszkowej IBL PAN, sygn. 740; Orzeszkowa E.: *Dnie...* op. cit., s. 343
- Orzeszkowa E.: *Dnie...* op. cit., s. 344
- List E. Orzeszkowej do Stanisława Posnera z 15 lipca 1904 r. z Druskiennik. Orzeszkowa E.: *Listy*. T. I, Wrocław 1954, s. 269
- Świdorski L. B.: op. cit., s. 35-36; List do Aurelega Drogoszewskiego z 21 sierpnia 1904 r. Orzeszkowa E.: *Listy* T. IV, Wrocław 1958, T. IV, s. 179-181
- List do M. Konopnickiej z 17 sierpnia 1904 r. Orzeszkowa E.: *Listy* T. VI, Wrocław, Warszawa, Kraków 1967, s. 207-209
- Orzeszkowa E.: List do Józefy Sawickiej – Ostoi z 11 września 1904 r. z Druskiennik. Orzeszkowa E.: *Listy* T. II, Do literatów... op. cit., Cz. II, s. 24
- Jankowski E.: I. cit.
- Jan Wierzbowski – emeryt, oryginał, wszędobyłski, wścibski, znany na terenie zdrojowiska od 1890 r. do czasów pierwszej wojny światowej; prawdopodobnie zmarł w Rosji
- List E. Orzeszkowej do Konstantego Skirmunta (1866-1949) z Mołodowa, późniejszego dyplomaty, posła R.P. w Rzymie, ministra spraw zagranicznych, posła i ambasadora R.P. w Londynie, z 5 sierpnia 1905 r. z Druskiennik. Orzeszkowa E.: *Listy* T. IX, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, Łódź 1981, T. IX, s. 283-285
- Siedlecka J.: *Druskienniki nad Niemnem*. Warszawa 1997, s. 66
- Godlewski F.: *Pani Orzeszkowa*. Warszawa 1934, s. 18; Siedlecka J.: op. cit., s. 117
- List E. Orzeszkowej do Józefy Sawickiej Ostoi Sawickiej-Ostoi z 31 lipca 1906 r. z Druskiennik; Świdorski L. B.: op. cit., s. 49
- Prymak-Lewtak A.: *Romantyczna podróż do litewskiego kurortu – Druskienniki Józefa Ignacego Kraszewskiego (w): Między literaturą i medycyną*, pod red. E. Łoch i G. Wallera. Cz. II. Lublin 2007, s. 295-308
- Bajor A. A.: *Druskienniki i okolice*. Kaunas 1998, s. 7; Pilecki J.: *Zakład wód mineralnych w Druskiennikach*. Tyg. Illustr. 1887, T. IV, Nr 84 (og. zb. Nr 932), S. III, s. 66
- Jankowski E.: op. cit., s. 318
- Chmielowski P.: *Przedmowa do Bene nati*, s. LXV (w): Grabowski T.: *Eliza Orzeszkowa. Szkic jubileuszowy*. Kraków 1907, s. 3



Dyżurka

Dziewczyna odpycha od siebie myśl
Która ją nachodzi i zatrważa
Jak to będzie
Jak będzie miała dziecko

A wystarczy popatrzeć na Agnieszkę
Jak bawi się z córką kolegi

Kiwa głową – tak
Kręci – nie
Zapala światło – tak
Gasi – nie
Dać do buzi kawałek chleba
Popchnąć palcem
By lepiej się gryzło
Przytulić się
Podrzucić

I już dziecko jest zachwycone
Przyciśnięte do piersi
Pewną ręką
Kobiety

Klaudiusz Małachowski



Wiesław Prastowski

Co pozostało

Co pozostało
zrobione kiedyś zdjęcia
chwile zatrzymane w czasie.

Jacyś już teraz obcy
uśmiechnięci ale dalecy
trzymający się pamięci.

Fragmenty zdań
teraz już bezsensu
bez znaczenia.

Jakieś zapamiętania zmysłowe
prawdziwe może zmyślone
sentymentalnych wspomnień garść.

Twoje oczy radujące się
pięknem istnienia
kształt twarzy z uśmiechem
Mona Lizy.

Doskonałe piękno ciała
kobiecość odnajdująca się
w odbiciu męskości.

Dłonie zawieszony w pustce
pytanie co pozostało?
może tylko skowyt duszy
niewypowiedziane słowo
na zawsze.

Polanicki pejzaż

Polanickie wzgórza
obnażone z ubrań zimy
nieśmiałe zarysy lasów
na linii horyzontu.

Trochę bazi po wawozach
przetrwałej zieleni ścieżek
wiosny na Wzgórzu Marii
pełzającej pieśni ptaków.

Słowom czasu zabrakło
zwolna znikły w popłochu
czas wymówił Twoje imię
szepem tak nieśmiało.

Osiódlany wiatrem dym
okrakiem na kominie siadł
pocwałował w chmurność chmur
słońce zapaliło cienie drzew.

Minął dzień

Minął dzień
smutny i uśmiechnięty
zatrzymuję w biegu myśli
gest do Ciebie wyciągniętej ręki.

Kolorami zdarzeń
smakuję codzienność
spieszę się przeżyć chwilę.

W głowie kłębią się wspomnienia
napędzane wiatrem czasu
pękają jak bańki mydlane.



Źródło grafiki: www.deviantart.com/Sassy_Stock



Z pamiętnika etyka



Dr hab. Jarosław Barański
etyk, filozof UM we Wrocławiu

O zepsuciu

Seneka pisał w liście do Lucyliusza: „Jeżeli więc zobaczysz, że gdziekolwiek zyskuje poklask mowa zepsuta, nie będzie ulegało wątpliwości, że również i obyczaje odbiegły tam od wymogów prawości”. Dziś Lucyliusz potwierdzić by musiał, iż psuje nam się język, psują też obyczaje: albo za sprawą podłego języka marnieją obyczaje, albo też upadek obyczajów kaleczy nam język. Czy jednak istnieje aż tak bliska więź między nimi, na mocy której mowa obyczajów i obyczajna mowa o sobie stanowią? Niejeden starożytny myśliciel ująłby krótko – ta więź to pokrewieństwo duszy, bo też ona wypowiada się w słowie, jak i w obyczajach. Czy zatem można wysnuć stąd wniosek, że dusza również podatna jest na psucie?

Są bowiem rzeczy na tym świecie, które – jeśli się psują – nie naprawy potrzebują, ale leczenia, bo choroba, która je toczy, polega na gniciu, rozkładzie, zropieniu, na fermentacji. Znana to myśl przez całą nowożytność prowadząca ku rozumieniu przyczyn chorób; myśl, która u Semmelweisa legła u podstaw aseptyki, zanim Pasteur opublikował słynną pracę „Badania nad gniciem”, dzięki której Lister dokonał swych odkryć. Nowożytność opanowana była koncepcjami chorobowego gnicia humorów, soków, ciała, jego organów. Później, za Cabaniséem, upatrując w tym procesie źródła psucia się tego, co w człowieku duchowe i psychiczne.

Gdy jednak ciało się psuje, sprawa jest prosta: lekarz leczy i wyleczy, jeśli tylko ciało nie aż zanadto się zepsuło. Gorzej jest z duszą, gdy nam zrobaczywiła, nadgniła, zropiała lub – nie daj Boże! – sfermentowała. Czy znajdzie się lekarz, który zdrowie jej przywróci? Taki, który upust da nadgniętym myślom i emocjom, zropiałym namiętnościom i intencjom? – taki duszoterapeuta. Odpowiedź znaleźć można w tradycji lekarskiej: duszę jeno jej właściciel może uleczyć, samemu sobie będąc lekarzem – *Medice cura te ipsum*.

A duszom młodym? – jak można pomóc, aby nie ulegały rozkładowi? Aby nie poddały się – jak pisał Scheler – „organicznemu kłamstwu”, złudzie aksjologicznej, w której „wszystko to marność”. Tylko dzięki profilaktyce moralnej; dzięki promocji tego, co słuszne i wartościowe. Krzewienie obyczajów prozdrowotnych dla duszy to wymóg czasów i obowiązek tych, którzy dobro za cel swojego działania mają. I tu lekarz, jako ten, który chroni wartości najcenniejsze, promuje zdrową duszę. Bo jest wzorem. Bo jest odpowiedzialny za przykład, jaki daje, chcąc czy nie chcąc; odpowiedzialny jest za konsekwencje swoich czynów, tak przewidywalnych, jak i nieprzewidywalnych. Czują na każdą własną słabość, zwątpienie i obawy; wrażliwy na wszelką niegodziwość i krzywdę. Nie może być inaczej, bo po cóż komu lekarz z marną duszą? Najpierw musi sam siebie uleczyć, by leczyć innych.

I dlatego, i na mocy tego, przy bramach Niebios św. Piotr pytając o zawód i dowiadując się, że dusza lekarskiego jest pochodzenia, uśmiecha się i mówi: „Tędy, proszę”.

Kontrola i zaufanie

Najwyższa Izba Kontroli wyliczyła, że NFZ kontroluje jednostki, z którymi zawarł umowę o wykonywanie świadczeń medycznych, mniej więcej co 12 lat (we Wrocławiu padł ponoć rekord: przychod-

nie stomatologiczne kontrolowane są raz na 18 lat), skupiając się wyłącznie na kwestiach finansowych i niedbale traktując problem jakości świadczonych usług. Z całym szacunkiem dla NIK-u – też mi odkrycie!

Aby kontrolować, trzeba mieć jednak na to czas. A tego bodaj brakuje NFZ, jeśli sam siebie musi nieustannie kontrolować bądź jest kontrolowany przez inne instytucje. W 2010 roku dało to imponującą liczbę ponad 565 kontroli. Toż to również rekord!

NIK nadto sugeruje, że brakuje NFZ kompetentnych urzędników, którzy mogliby owe kontrole przeprowadzać. To nie czasy prehistoryczne, w których (według NIK-u) 13 z 16 dyrektorów oddziału Kas Chorych nie spełniało wymogów kwalifikacji określonych w Księdze Organizacyjnej i Księdze Wynagrodzeń (3 posiadało wykształcenie wyższe techniczne o kierunku mechanicznym i elektrycznym; 4 wyższe w zakresie socjologii i psychologii; jedna osoba dysponowała średnim technicznym, inna zaś wyższym wykształceniem w zakresie... rybactwa morskiego), a w oddziale, przykładowo, Wielkopolskiej Kasy Chorych, 13 z 14 zastępców dyrektora Kasy oraz dyrektorów departamentów nie spełniało wymogów; 20, czyli wszyscy, na stanowisku kierownika wydziałów i ich zastępców.

Problem to jednak inny, cywilizacyjny, związany z procesem racjonalizacji społecznego życia. Gdy coraz głębsza jest specjalizacja, a racjonalność uzyskiwana jest w wąskich dziedzinach, coraz częściej stajemy się niekompetentni i coraz częściej musimy ufać innym. Im częściej ufamy innym, tym więcej w nas podejrzliwości, tym bardziej więc stajemy się nieufni. Im większa nasza nieufność, tym większe pragnienie kontroli. Im intensywniej kontrolujemy swoje działania, tym mniej mamy czasu na owe działania, tym bardziej efektywność kontroli przewyższa efektywność działań.

Pięknie ów problem wypowiedział, choć jeszcze z innej perspektywy, Odo Marquard: „zaufanie jest rzeczą dobrą, ale jeszcze lepsza jest kontrola. Współczesny postęp wznaga racjonalną kontrolę nad naszą rzeczywistością, ale jednocześnie – jako że już nikt nie jest zdolny do sprawowania owej wzmoczonej racjonalnej kontroli we wszechogarniającym zakresie – wprowadza do niej pewien podział funkcji: ponieważ nikt już nie może kontrolować wszystkiego, każdy musi – zwłaszcza w kwestii racjonalnej kontroli – coraz bardziej zdawać się na innych (zawierzyć im), a zatem np.: nie tylko pacjent musi zdawać się na chirurga, lecz także ten ostatni na anestezjologa, obydwaj na technika, a ów zaś na matematyka itd. Gdyby każdy chciał sam kontrolować wszystko, nic już nie byłoby kontrolowane tak naprawdę i doszłoby do powszechnego paraliżu”.

Dlatego coraz mniejszy jest obszar racjonalnego działania, nad którym sprawujemy kontrolę; coraz mniejsza jest, w konsekwencji, nasza odpowiedzialność, także etyczna. Aż będzie ona taka mała, że już za nic – racjonalnie – nie będziemy odpowiedzialni. To błogi stan aksjologicznego próżniactwa, dzięki któremu każda powinność moralna może być unieważniona, a każdej niegodziwości nadana waga. Pozostanie tylko instytucjonalna kontrola nad nami, ponieważ bez kontroli nic nam się nie będzie chciało. A zaufanie? Zastąpi je słowo monitoring.



23 stycznia 2013 r. weszła w życie Ustawa z 14 grudnia 2012 r. o odpadach opublikowana w Dz. U. z 2013 r. poz. 21.

Mec. Beata Kozyra-Łukasiak, radca prawny DIL

Zgodnie z przepisami ustawy **posiadacz odpadów** to wytwórca odpadów lub osoba fizyczna, osoba prawna oraz jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej będące w posiadaniu odpadów. **Wytwórca odpadów** to każdy, którego działalność lub bytowanie powoduje powstawanie odpadów (pierwotny wytwórca odpadów). Natomiast zbieranie odpadów to gromadzenie odpadów przed ich transportem do miejsc przetwarzania, w tym wstępne sortowanie nieprowadzące do zasadniczej zmiany charakteru i składu odpadów i niepowodujące zmiany klasyfikacji odpadów oraz tymczasowe magazynowanie odpadów, przez prowadzącego zbieranie odpadów.

Zakazuje się zbierania poza miejscem wytwarzania zakaźnych odpadów medycznych.

Jeżeli ze względów bezpieczeństwa lub w celu zapewnienia ciągłości odbioru zakaźnych odpadów medycznych zbieranie tych odpadów jest konieczne, marszałek województwa właściwy ze względu na miejsce zbierania odpadów może zezwolić, w drodze decyzji, na ich zbieranie. W przypadku zbierania zakaźnych odpadów medycznych na terenach zamkniętych zezwolenie wydaje regionalny dyrektor ochrony środowiska właściwy ze względu na miejsce zbierania tych odpadów. Zezwolenie może być wydane na okres nie dłuższy niż rok. Zakaz zbierania zakaźnych odpadów medycznych nie dotyczy zakaźnych odpadów medycznych powstałych w wyniku świadczenia usług medycznych na wezwanie. Wytwórca zakaźnych odpadów medycznych powstałych w wyniku świadczenia usług na wezwanie jest obowiązany do bezzwłocznego dostarcze-

nia wytworzonych odpadów do przystosowanych do tego celu pomieszczeń spełniających wymagania w zakresie magazynowania takich odpadów. Wytwórca odpadów jest obowiązany do gospodarowania wytworzonymi przez siebie odpadami. Wytwórca odpadów lub inny posiadacz odpadów może zlecić wykonanie obowiązku gospodarowania odpadami wyłącznie podmiotom, które posiadają:

- zezwolenie na zbieranie odpadów lub zezwolenie na przetwarzanie odpadów, lub
- wpis do rejestru,
- chyba że działalność taka nie wymaga uzyskania decyzji lub wpisu do rejestru.

Jeżeli wytwórca odpadów lub inny posiadacz odpadów przekazuje odpady następnemu posiadaczowi odpadów, który posiada wymienioną decyzję albo posiada wpis do rejestru, odpowiedzialność za gospodarowanie odpadami, z chwilą ich przekazania, przechodzi na tego następnego posiadacza odpadów.

Wytwórca zakaźnych odpadów medycznych jest zwolniony z odpowiedzialności za zbieranie lub przetwarzanie tych odpadów, z chwilą dokonania unieszkodliwienia tych odpadów przez następnego posiadacza odpadów przez termiczne przekształcenie zakaźnych odpadów medycznych w spalarni odpadów niebezpiecznych.

Potwierdzeniem przejścia odpowiedzialności za gospodarowanie wym. odpadami na następnego posiadacza odpadów jest dokument potwierdzający unieszkodliwienie. W przypadku korzystania przez wytwórców odpadów ze wspólnego lokalu dopuszcza się przeniesienie odpo-



wiedzialności za wytworzone odpady na rzecz jednego z nich lub na rzecz wynajmującego lokal, jeżeli podmiot ten zapewni postępowanie z przyjętymi odpadami w sposób zgodny z ustawą. Przeniesienie odpowiedzialności oznacza przeniesienie praw i obowiązków ciężących na wytwórcy odpadów i następuje pod warunkiem zawarcia umowy w formie pisemnej pod rygorem nieważności. Prowadzenie zbierania odpadów i prowadzenie przetwarzania odpadów wymaga uzyskania zezwolenia. Zezwolenie na zbieranie odpadów i zezwolenie na przetwarzanie odpadów wydaje, w drodze decyzji, organ właściwy odpowiednio ze względu na miejsce zbierania lub przetwarzania odpadów. Organem właściwym jest marszałek województwa min. dla przedsięwzięć mogących zawsze znacząco oddziaływać na środowisko, starosta w pozostałych przypadkach. Organem właściwym do wydania zezwolenia na zbieranie odpadów i zezwolenia na przetwarzanie odpadów na terenach zamkniętych jest regionalny dyrektor ochrony środowiska.

Zezwolenie na zbieranie odpadów wydaje się na wniosek posiadacza odpadów. Zezwolenie na zbieranie odpadów i zezwolenie na przetwarzanie odpadów wydaje się na czas oznaczony, nie dłuższy niż 10 lat. Z obowiązku uzyskania odpowiednio zezwolenia na zbieranie odpadów lub zezwolenia na przetwarzanie odpadów zwalnia się wytwórcę odpadów, który wytwarzane przez siebie odpady zbiera w miejscu ich wytworzenia. Wytwórca odpadów, który prowadzi zbieranie odpadów lub przetwarzanie odpadów, może być zwolniony z obowiązku uzyskania odrębnego zezwolenia na prowadzenie tej działalności, jeżeli posiada pozwolenie na wytwarzanie odpadów. Pozwolenie na wytwarzanie odpadów wydaje organ właściwy do wydania zezwolenia na przetwarzanie odpadów.

Pozwolenie na wytwarzanie odpadów jest jednocześnie odpowiednio zezwoleniem na zbieranie odpadów lub zezwoleniem na przetwarzanie odpadów. Pozwolenie na wytwarzanie odpadów jest wymagane do wytwarzania odpadów:

- o masie powyżej 1 mg rocznie – w przypadku odpadów niebezpiecznych lub
- o masie powyżej 5000 mg rocznie – w przypadku odpadów innych niż niebezpieczne.

Marszałek województwa dokonuje wpisu do rejestru na wniosek posiadaczy odpadów prowadzących przetwarzanie odpadów zwolnionych z obowiązku uzyskania zezwolenia na przetwarzanie odpadów. Marszałek województwa dokonuje wpisu do rejestru z urzędu posiadacza odpadów, który uzyskał pozwolenie na wytwarzanie odpadów. Posiadacz odpadów jest obowiązany do prowadzenia na bieżąco ich ilościowej i jakościowej ewidencji zgodnie z katalogiem odpadów określonym przez ministra ochrony środowiska. W przypadku korzystania przez wytwórców odpadów ze wspólnego lokalu do prowadzenia ewidencji w zakresie wytwarzanych odpadów obowiązany jest podmiot, na rzecz którego przeniesiono odpowiedzialność za wytwarzane odpady. Ewidencję odpadów prowadzi się z zastosowaniem następujących dokumentów:

- 1) w przypadku posiadaczy odpadów:
 - a) karty przekazania odpadów,
 - b) karty ewidencji odpadów.

Dokumenty ewidencji odpadów zawierają następujące informacje:

- 1) imię i nazwisko lub nazwę posiadacza odpadów oraz adres zamieszkania lub siedziby,
- 2) miejsce przeznaczenia odpadów – w przypadku wytwórcy odpadów,
- 3) sposoby gospodarowania odpadami, a także dane o ich pochodzeniu – w przypadku posiadacza odpadów prowadzącego przetwarzanie odpadów,
- 4) miejsce pochodzenia odpadów oraz odpowiednio miejsce przeznaczenia, częstotliwość zbierania odpadów, sposób transportu oraz przewidywaną metodę przetwarzania odpadów.

Karta ewidencji odpadów niebezpiecznych zawiera następujące informacje:

- imię i nazwisko lub nazwę posiadacza odpadów przekazującego odpady oraz adres zamieszkania lub siedziby,
- imię i nazwisko lub nazwę posiadacza odpadów przyjmującego odpady oraz adres jego zamieszkania lub siedziby,
- oznaczenie rodzaju i ilości odpadów.

Ewidencję odpadów można prowadzić w systemie teleinformatycznym, umożliwiającym poświadczanie dokumentów ewidencji odpadów za pomocą podpisu elektronicznego. **Kartę przekazania odpadów** sporządza posiadacz odpadów, który przekazuje odpady. Kartę przekazania odpadów sporządza się w odpowiedniej liczbie egzemplarzy – po jednym dla każdego z posiadaczy odpadów, który przejmuje odpady. Posiadacz odpadów, który przejmuje odpady od innego posiadacza, jest obowiązany potwierdzić przejście odpadów na karcie przekazania odpadów wypełnionej przez posiadacza, który przekazuje te odpady, niezwłocznie po jej otrzymaniu. Dopuszcza się sporządzanie zbiorczej karty przekazania odpadów, obejmującej odpady danego rodzaju przekazywane łącznie w okresie miesiąca kalendarzowego, za pośrednictwem tego samego transportującego odpady wykonującego usługę transportu odpadów temu samemu posiadaczowi odpadów.

Zbiorczą kartę przekazania odpadów sporządza się niezwłocznie po zakończeniu miesiąca, którego dotyczy. Posiadacz odpadów prowadzi kartę ewidencji odpadów dla każdego rodzaju odpadów odrębnie. Wpisów do kart ewidencji odpadów dokonuje się niezwłocznie po zakończeniu miesiąca, którego dotyczy. **Uproszczoną ewidencję odpadów z zastosowaniem jedynie karty przekazania odpadów prowadzą podmioty, które:**

- wytwarzają odpady niebezpieczne w ilości do 100 kilogramów rocznie,
- wytwarzają odpady inne niż niebezpieczne, niebędące odpadami komunalnymi, w ilości do 5 ton rocznie.

Posiadacz odpadów jest obowiązany do przechowywania dokumentów ewidencji odpadów, przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym sporządzono te dokumenty. Posiadacz odpadów jest obowiązany do udostępniania dokumentów ewidencji odpadów na żądanie organów uprawnionych do przeprowadzania kontroli. Roczne sprawozdanie o wytwarzanych odpadach i o gospodarowaniu odpadami sporządza wytwórca obowiązany do prowadzenia ewidencji odpadów.

Roczne sprawozdanie zawiera:

- 1) dane identyfikujące podmiot,
 - a) numer rejestrowy,



- b) imię i nazwisko lub nazwę podmiotu oraz adres zamieszkania lub siedziby,
 c) numer identyfikacji podatkowej (NIP), o ile został nadany,
 d) numer REGON, o ile został nadany,
- 2) informacje o:
 a) masie i rodzajach odpadów,
 b) sposobie gospodarowania odpadami, o ile podmiot gospodaruje odpadami.

Podmioty obowiązane do sporządzania sprawozdań o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami składają je w terminie do 15 marca za poprzedni rok kalendarzowy marszałkowi województwa właściwemu ze względu na miejsce wytwarzania, zbierania lub przetwarzania odpadów. W przypadku trwałego zaprzestania wykonywania działalności przedsiębiorca sporządza i składa sprawozdania, w terminie 7 dni od dnia zaprzestania wykonywania tej działalności. Posiadacz odpadów medycznych unieszkodliwiający te odpady jest obowiązany do prowadzenia procesów unieszkodliwiania oraz do ich monitoringu, z uwzględnieniem właściwości odpadów i charakteru procesu oraz zgodnie z wymaganiami i sposobami prowadzenia unieszkodliwiania odpadów. Zakaźne odpady medyczne unieszkodliwia się przez termiczne przekształcanie w spalarniach odpadów niebezpiecznych. Posiadacz odpadów, który unieszkodliwia zakaźne odpady medyczne na wniosek wytwórcy zakaźnych odpadów medycznych potwierdza unieszkodliwienie odpadów przez termiczne przekształcanie, wydając dokument potwierdzający unieszkodliwienie.

Kto wbrew obowiązkowi nie prowadzi ewidencji odpadów albo prowadzi tę ewidencję w sposób nieterminowy lub niezgodnie ze stanem rzeczywistym, podlega karze grzywny. Kto nie przechowuje dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie podlega karze aresztu albo grzywny. **Jeżeli podmiot, wbrew obowiązkowi, nie składa sprawozdania o wytwarzanych odpadach i gospodarowaniu odpadami, podlega administracyjnej karze pieniężnej w wysokości 500 zł.** Administracyjną karę pieniężną wymierza, w drodze decyzji, wojewódzki inspektor ochrony środowiska, właściwy ze względu na miejsce wytwarzania, zbierania lub przetwarzania odpadów. W decyzji o wymierzeniu administracyjnej kary pieniężnej wojewódzki inspektor ochrony środowiska określa termin przekazania sprawozdania, nie krótszy niż 14 dni, chyba że podmiot złożył sprawozdanie przed dniem wydania decyzji. W przypadku nieprzekazania sprawozdania w terminie określonym w wydanej decyzji podmiot podlega karze pieniężnej w wysokości 2000 zł. Kara może być wymierzana wielokrotnie, z tym że łączna wysokość kar za dany rok kalendarzowy nie może przekroczyć 8500 zł.

Karę uiszcza się w terminie 14 dni od dnia, w którym decyzja o jej wymierzeniu stała się ostateczna, na odrębny rachunek bankowy właściwego odpowiednio wojewódzkiego inspektora ochrony środowiska.

Decyzje zatwierdzające program gospodarki odpadami niebezpiecznymi i decyzje zatwierdzające program gospodarki odpadami, wydane na podstawie przepisów dotychczasowych, wygasają z dniem wejścia w życie ustawy. Informacje o wytwarzanych odpadach i o sposobach gospodarowania wytworzonymi odpadami, złożone na podstawie przepisów dotychczasowych, tracą ważność z dniem wejścia w życie ustawy.

Podmioty obowiązane przed dniem wejścia w życie ustawy do sporządzania i składania zbiorczych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów oraz sposobach gospodarowania nimi sporządzają i składają je, za lata 2012–2014, stosując przepisy dotychczasowe, z tym że ten, kto wbrew obowiązkowi, nie sporządza i nie przekazuje tych zbiorczych zestawień danych, lub wykonuje ten obowiązek nieterminowo lub niezgodnie ze stanem rzeczywistym podlega administracyjnej karze pieniężnej.

Podmioty obowiązane przed dniem wejścia w życie ustawy do sporządzania i składania zbiorczych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów oraz sposobach gospodarowania nimi sporządzają i składają je, za lata 2012–2014, stosując przepisy dotychczasowe, z tym że ten, kto wbrew obowiązkowi, nie sporządza i nie przekazuje tych zbiorczych zestawień danych, lub wykonuje ten obowiązek nieterminowo lub niezgodnie ze stanem rzeczywistym podlega administracyjnej karze pieniężnej.

Podmioty obowiązane przed dniem wejścia w życie ustawy do sporządzania i składania zbiorczych zestawień danych o rodzajach i ilości odpadów oraz sposobach gospodarowania nimi sporządzają i składają je, za lata 2012–2014, stosując przepisy dotychczasowe, z tym że ten, kto wbrew obowiązkowi, nie sporządza i nie przekazuje tych zbiorczych zestawień danych, lub wykonuje ten obowiązek nieterminowo lub niezgodnie ze stanem rzeczywistym podlega administracyjnej karze pieniężnej.

Ogłoszenia

Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej w Głogowie pilnie zatrudni

lekarzy specjalistów w dziedzinie:

- medycyny ratunkowej do pracy w SOR w Głogowie,
- kierownika SOR w Głogowie
- chorób wewnętrznych,
- anestezjologii i intensywnej terapii,
- medycyny paliatywnej lub innej specjalności do pracy w hospicjum w Głogowie,

Zapewniamy:

- atrakcyjne warunki płacowe,
- dowolna forma zatrudnienia,
- duże możliwości rozwoju zawodowego.

Kontakt:

Zespół Opieki Zdrowotnej
w Głogowie

ul. T. Kościuszki 15, 67-200 Głogów

tel. 76 837 32 73, kom. 609 457 199, fax 76 837 33 77

Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o. pilnie zatrudni lekarzy specjalistów w dziedzinach:

- położnictwa i ginekologii
- pediatrii
- neonatologii

Oferujemy:

- korzystne warunki finansowe
- stabilność zatrudnienia
- dywersyfikacja zatrudnienia
- doradztwo w sprawach form zatrudnienia
- dobre warunki socjalne
- indywidualna opieka koordynatora medycznego

tel. 65 546 24 13 do 16 (centr.) wew. 322 lub 312

kadry@szpitalrawicz.pl

sekretariat@szpitalrawicz.pl

RANGE ROVER SPORT

NOWY WYZNACZNIK SPORTOWEJ ELEGANCJI



ABOVE AND BEYOND

Najbardziej dynamiczny Land Rover w historii.
Zaprojektowany z myślą o ponadprzeciętnych osiągnięciach.
Niezapomniane wrażenia z jazdy.

Zapraszamy na jazdy próbne.

TEAM Marek Pasierbski Sp. z o.o.

Wrocław/Długołęka, ul. Wrocławska 33D, tel. 71 315 31 15

www.team.landrover.pl

**Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z 6 czerwca 2013 r****NR 155/2013***w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą*

§1

1. Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu dokonuje wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą praktyk lekarskich zgodnie z załącznikiem do uchwały.
2. Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu zaświadcza o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Uchwały Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z 27 czerwca 2013 r.**NR 157/2013***w sprawie przyznania zapomogi*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu przyznaje zapomogę w kwocie 5 tys. zł lek. (...).

NR 158-159/2013

*w sprawie wykreślenia wpisu
do rejestru podmiotów wykonujących
działalność leczniczą z powodu śmierci lekarza*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu podejmuje uchwałę w sprawie wykreślenia wpisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą praktyki lekarskiej wykonywanej przez lekarza (...), wpisanej do rejestru pod numerem księgi rejestrowej (...), z powodu śmierci lekarza.

NR 160/2013

*w sprawie wykreślenia wpisu
do rejestru podmiotów wykonujących
działalność leczniczą z powodu śmierci lekarza dentysty*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu podejmuje uchwałę w sprawie wykreślenia wpisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą praktyki lekarskiej wykonywanej przez lekarza dentystę (...), wpisanej do rejestru pod numerem księgi rejestrowej (...), z powodu śmierci lekarza dentysty.

NR161/2013

*w sprawie zobowiązania lekarza do odbycia przeszkolenia
w związku ze stwierdzeniem przerwy w wykonywaniu zawodu*

§ 1

1. Stwierdza się niewykonywanie zawodu lekarza przez lekarza (...) przez okres dłuższy niż 5 lat.
2. Zobowiązuje się lekarza (...) do odbycia przeszkolenia przez okres 6 miesięcy zgodnie z następującym programem: (...).
3. Dokonuje się wpisu urzędowego do dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu o następującej treści: „Na podstawie uchwały nr 161/2013 z dnia 27.06.2013 r. Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu, prawo wykonywania zawodu lekarza oznaczone numerem (...) uprawnia Pana (...) do wykonywania zawodu lekarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, w celu

odbycia przeszkolenia ustalonego ww. uchwałą Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu w okresie 6 miesięcy”.

NR 162/2013

*w sprawie zmiany uchwały nr 3/2013 z dnia 31 stycznia 2013 r.
dotyczącej zobowiązania lekarza do odbycia przeszkolenia
w związku ze stwierdzeniem
przerwy w wykonywaniu zawodu*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu zmienia § 1 pkt 2 uchwały nr 3/2013 z dnia 31 stycznia 2013 r., który otrzymuje następujące brzmienie:

Zobowiązuje się lekarza (...) do odbycia przeszkolenia przez okres 7,5 miesięcy zgodnie z następującym programem: (...).

NR 163/2013

w sprawie oceny niezdolności do wykonywania zawodu lekarza

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu na podstawie protokołu posiedzenia z dnia 08.11.2012 r., 21.02.2013 r. i 27.05.2013 r. komisji orzekającej, powołanej uchwałą Dolnośląskiej Rady Lekarskiej nr 377/2012 z dnia 13.09.2012 r., dla dokonania oceny niezdolności do wykonywania zawodu lekarza (...), posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza (...), umarza postępowanie.

§ 2

Po zapoznaniu się z materiałem dowodowym i w wyniku przeprowadzonego postępowania, komisja orzekająca stwierdziła, że z punktu widzenia reprezentowanej przez (...) specjalizacji w dziedzinie (...) nie ma podstaw do uznania, że ww. lekarz nie jest przygotowany zawodowo do wykonywania zawodu o specjalności (...). W związku z powyższym, komisja nie znajduje podstaw do zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

§ 3

Od niniejszej uchwały lekarz może wnieść odwołanie do Naczelnej Rady Lekarskiej w terminie 14 dni od jej otrzymania, za pośrednictwem Dolnośląskiej Rady Lekarskiej.

NR 164/2013

*w sprawie powołania Komisji Lekarskiej dla oceny zdolności
do wykonywania zawodu lekarza*

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu powołuje Komisję Lekarską w składzie: przewodniczący – Jacek Chodorski; członkowie: Józefa Janowska, Anna Krupa.



§ 2

W sprawie (...), członka Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza nr (...), zwróciła się do Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu Komisja Specjalna powołana uchwałą nr 377/2012 z dnia 13.09.2012 r., w celu wydania opinii o przygotowaniu zawodowym ww. lekarza, z wnioskiem o podjęcie stosownego postępowania w stosunku do wymienionego lekarza, w związku z ujawnioną informacją o niezdolności do wykonywania zawodu.

NR 165-167/2013

w sprawie zwolnienia z obowiązku opłacania składki członkowskiej

NR 168/2013

w sprawie wysokości miesięcznej składki członkowskiej

NR 170/2013

w sprawie udzielenia pełnomocnictwa

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu udziela pełnomocnictwa dr. n. med. Igorowi Chęcińskiemu, prezesowi Dolnośląskiej Rady Lekarskiej oraz lek. med. Małgorzacie Niemiec, skarbnikowi DRL do zawarcia z Ministerstwem Zdrowia umowy na przekazanie środków budżetowych na pokrycie kosztów czynności przejętych przez samorząd lekarski od organów administracji państwowej za rok 2013.

NR 171-172/2013

w sprawie wysokości miesięcznej składki członkowskiej

NR 173/2013

w sprawie wydania opinii o kandydacie na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża pozytywną opinię w sprawie powołania na kolejną kadencję lek. med. Ewy Barteckiej-Piłasiewicz na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii.

NR 174/2013

w sprawie wyrażenia zgody na udział lekarzy w szkoleniu teoretycznym i praktycznym w ramach konferencji naukowo-szkoleniowej

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu wyraża zgodę na udział:

- prof. dr. hab. n. med. Olivera Kaschke, ordynatora Klinicznego Oddziału Otolaryngologii Szpitala św. Gertrudy w Berlinie,
 - prof. dr. hab. n. med. Olafa Michel, kierownika Katedry i Kliniki Otolaryngologii Szpitala Uniwersyteckiego w Brukseli
- w konferencji naukowo-szkoleniowej pt. „Chirurgia endoskopowa FESS – złoty standard w leczeniu przewlekłego zapalenia zatok przynosowych” organizowanej we Wrocławiu w dniach 04-05.10.2013 r. przez NZOZ Medicus Dolnośląskie Centrum Laryngologii Sp. z o.o. S. K. A. wraz z firmą Medicus Aparatura i Instrumenty Medyczne Sp. z o.o. S. K. A., w celu prowadzenia szkolenia teoretycznego i praktycznego, w tym wykonywania zabiegów operacyjnych live, w ramach organizowanej konferencji.

Uchwały Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z 25 lipca 2013 r.

NR 175/2013

w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

NR 176/2013

w sprawie zobowiązania lekarza do odbycia przeszkolenia w związku ze stwierdzeniem przerwy w wykonywaniu zawodu

NR 177/2013

w sprawie wynagrodzenia za operat szacunkowy

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu przyznaje kwotę w wysokości 6.150 zł brutto na opracowanie operatu szacunkowego dot. nieruchomości położonej przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 we Wrocławiu, na której ustanowiono hipotekę stanowiącą zabezpieczenie kredytu.

NR 178/2013

w sprawie wyrażenia opinii dot. powołania na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny rodzinnej

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wyraża pozytywną opinię w sprawie powołania dr. n. med. Agnieszki Muszyńskiej na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny rodzinnej.

NR 179/2013

w sprawie przyznania dofinansowania z funduszu Rzecznika Praw Lekarza

§ 1

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu wyraża zgodę na przyznanie lek. (...) kwoty 3 tys. zł. z funduszu Rzecznika Praw Lekarza na wniosek przewodniczącego Zespołu Rzeczników Praw Lekarza na pokrycie kosztów honorarium adwokackiego.

STANOWISKO PREZYDIUM DOLNOŚLĄSKIEJ RADY LEKARSKIEJ Z 25 LIPCA 2013 ROKU

w sprawie programu uroczystego otwarcia siedziby DIL

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu oczekuje od prezesa Dolnośląskiej Rady Lekarskiej na szczegółowy program uroczystości otwarcia siedziby Dolnośląskiej Izby Lekarskiej wraz z preliminarem budżetowym oraz źródłem pozyskania środków finansowych na wykonanie rycin nowej siedziby Izby w technice mezzotinty, tablicy pamiątkowej, kapsuły i tabliczek sponsorskich w terminie do 20 sierpnia 2013 r.



ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1988

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 28-29 września 2013 r. Miejscem spotkania będzie hotel „Las” w Piechowicach koło Szklarskiej Poręby (ul. Turystyczna 8).

Program zjazdu

28 września 2013 r. (sobota)

od godz. 10.00 Zakwaterowanie w hotelu „Las”
godz. 15.00 Obiad
po południu Spotkania w podgrupach, zwiedzanie okolicy
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

29 września 2013 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej 300 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 15.09.2013 r. z dopiskiem „Zjazd 1988 L” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Bliższych informacji udzielają:

Katarzyna Jędrzejewska-Jurga, tel. 603 649 140,
Małgorzata Sztajer-Marciniak, tel. 501 279 553,
Patrycja Malec, Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu, tel. 71 798 80 68, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl

Serdecznie zapraszamy do udziału w zjeździe.
DO ZOBACZENIA!!!

Za Komitet Organizacyjny
Katarzyna Jędrzejewska-Jurga, Małgorzata Sztajer-Marciniak

WYDZIAŁ STOMATOLOGICZNY AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1988

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Zapraszamy na kolejne spotkanie koleżeńskie, tym razem z okazji 25-lecia ukończenia Wydziału Stomatologicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 28-29 września 2013 r. Miejscem spotkania będzie pensjonat „Beata” w Polanicy Zdroju (ul. Rybna 9).

Program zjazdu

28 września 2013 r. (sobota)

od godz. 11.00 Zakwaterowanie w pensjonacie „Beata”
godz. 15.00 Obiad
po południu Czas wolny, zwiedzanie Polanicy
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Uroczysta kolacja

29 września 2013 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej 250 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 31.07.2013 r. z dopiskiem „Zjazd 1988 D” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Bliższych informacji udzielają:

Małgorzata Kaczkowska-Staszynska, tel. 508 190 549,
Patrycja Malec, Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu, tel. 71 798 80 68, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl, patka.malec@wp.pl

Serdecznie zapraszamy do udziału w zjeździe.
DO ZOBACZENIA!!!

Za Komitet Organizacyjny
Małgorzata Kaczkowska-Staszynska

WYDZIAŁ LEKARSKI AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1993

Drogie Koleżanki i Koledzy

Zapraszamy na pierwsze spotkanie koleżeńskie z okazji 21-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 23-25 maja 2014 r. Miejscem spotkania będzie pensjonat „Beata” w Polanicy Zdroju (ul. Rybna 9).

Program zjazdu

23 maja 2014 r. (piątek)

od godz. 12.00 Zakwaterowanie w pensjonacie „Beata”
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

24 maja 2014 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie
Czas wolny, spacer po Polanicy Zdroju
godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed pensjonatem
godz. 15.00 Obiad, czas wolny, zwiedzanie Polanicy Zdroju
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

25 maja 2014 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:

piątek-niedziela	– 400 zł,
sobota-niedziela	– 300 zł,
bez noclegów	– 250 zł,
piątek-sobota	– 200 zł,
tylko bankiet	– 150 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 31.12.2013 r. z dopiskiem „Zjazd 1993” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Bliższych informacji udzielają:
Iwona Szuszkiewicz-Wiercińska, tel. 606 244 588,
e-mail: ivonka67@gmail.com,
Kruszak Dariusz, tel. 605 395 206,
e-mail: darnikaszk@poczta.onet.pl,
Patrycja Malec, Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu, tel. 71 798 80 68, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl

Zapraszamy do udziału w zjeździe.
DO ZOBACZENIA W POLANICY ZDROJU!!!

Za Komitet Organizacyjny
Dariusz Kruszkakin, Iwona Szuszkiewicz-Wiercińska

WYDZIAŁ LEKARSKI AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1994

Drogie Koleżanki i Koledzy

Zapraszamy na pierwsze spotkanie koleżeńskie z okazji 20-lecia ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu, które odbędzie się w dniach 19-21 września 2014 r. Miejscem spotkania będzie pensjonat „Beata” w Polanicy Zdroju (ul. Rybna 9).

Program zjazdu

19 września 2014 r. (piątek)

od godz. 12.00 Zakwaterowanie w Pensjonacie BEATA
godz. 19.00 Grill przy biesiadnej muzyce

20 września 2014 r. (sobota)

godz. 8.00-10.00 Śniadanie, czas wolny, spacer po Polanicy Zdroju
godz. 14.30 Pamiątkowe zdjęcie grupowe przed Pensjonatem
godz. 15.00 Obiad, czas wolny, zwiedzanie Polanicy Zdroju
godz. 19.30 Wspólne zdjęcia pamiątkowe
godz. 20.00 Bankiet

21 września 2014 r. (niedziela)

godz. 9.00-10.00 Śniadanie i pożegnania

Oplata za uczestnictwo w zjeździe wynosi od absolwenta/osoby towarzyszącej:

piątek-niedziela	– 400 zł,
sobota-niedziela	– 300 zł,
bez noclegów	– 250 zł,
piątek-sobota	– 200 zł,
tylko bankiet	– 150 zł.

Wpłat prosimy dokonywać na konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu:

17 1540 1030 2001 7753 6075 0001

do 31.12.2013 r. z dopiskiem „Zjazd 1994” lub bezpośrednio w DIL we Wrocławiu przy ul. Kazimierza Wielkiego 45 u p. Patrycji Malec (poddasze). Panie prosimy o podanie nazwiska obecnego oraz panińskiego.

Bliższych informacji udzielają:

Magdalena Hirowska-Tracz, e-mail: tmtracz@gmail.com, Patrycja Malec, Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu, tel. 71 798 80 68, e-mail: patrycja.malec@dilnet.wroc.pl lub patka.malec@wp.pl

Zapraszamy do udziału w zjeździe.
DO ZOBACZENIA W POLANICY ZDROJU!!!

Za Komitet Organizacyjny
Magdalena Hirowska-Tracz



Komisja Kształcenia i Stomatologiczna DRL informują, że szkolenia, konferencje i kursy zaplanowane na rok 2013 odbywać się będą przy al. Matejki 6 we Wrocławiu w sali konferencyjnej lub klubowej – zgodnie z wcześniejszymi informacjami i niezależnie od zmiany siedziby Izby.

**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
wraz z Katedrą i Kliniką Angiologii,
Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
zapraszają na Konferencję Naukowo-Szkoleniową
pt. „ANGIODIABETOLOGIA”**

która odbędzie się 21 września 2013 r. (sobota) w godz. 9.00-14.30 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.

Uczestnikowi konferencji przysługują 5 punktów edukacyjnych.

Program konferencji

- | | | | |
|-------------------|---|-------------------|--|
| godz. 9.00-10.00 | Wprowadzenie. Insulinoterapia a rozwój powikłań naczyniowych cukrzycy
<i>prof. dr hab. Rajmund Adamiec</i> | godz. 12.15-13.00 | Stopa cukrzycowa – kliniczne odrębności zakażeń u pacjentów z cukrzycą
<i>dr n. med. Rafał Małecki</i> |
| godz. 10.00-11.00 | Makroangiopatia obwodowa: typy niedrożności, obraz kliniczny, przebieg i rokowanie
<i>dr n. med. Maciej Rabczyński</i> | godz. 13.00-14.00 | Wykorzystanie angio-TK, MR oraz angiografii w rozpoznawaniu i leczeniu przewlekłej niewydolności tętniczej w cukrzycy
<i>dr hab. Jerzy Garcarek</i> |
| godz. 11.00-12.00 | Ultrasonografia naczyń dogłównych i obwodowego układu tętniczego
<i>dr n. med. Małgorzata Gacka</i> | godz. 14.00-14.30 | Podsumowanie konferencji
<i>prof. dr hab. Rajmund Adamiec</i> |
| godz. 12.00-12.15 | PRZERWA | | |

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji proszone są o pisemne zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl lub telefoniczne pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.

**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
wraz z Katedrą i Zakładem Mikrobiologii
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu**

zapraszają na Konferencję Naukowo-Szkoleniową

**pt. „ROLA MIKROBIOLOGII
W KONTROLI CHOROÓB
O PODŁOŻU INFEKCYJNYM”**

która odbędzie się 16 listopada 2013 r. (sobota)
w godz. 9.00-14.00

w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.

Uczestnikowi konferencji przysługują 4 punkty edukacyjne.

Program konferencji

- | | |
|-------------------|--|
| godz. 9.00-10.00 | Podstawy immunologii zakażeń
<i>prof. dr hab. Anna Przondo-Mordarska</i> |
| godz. 10.00-10.50 | Zasady racjonalnej antybiotykoterapii – aktualne wytyczne
<i>dr n. med. Beata Kowalska-Krochmal</i> |
| godz. 10.50-11.30 | Postępowanie diagnostyczne szpitala zapobiegające roszczeniom pacjentów o zakażenia szpitalne
<i>dr n. med. Marzenna Bartoszewicz</i> |
| godz. 11.30-11.50 | PRZERWA |
| godz. 11.50-12.30 | Możliwości nowoczesnej diagnostyki mikrobiologicznej
<i>dr n. med. Beata Mączyńska</i> |
| godz. 12.30-13.30 | Dokumentacja medyczna – konieczność czy zbędny obowiązek?
<i>dr nauk prawnych Anna Dalkowska, sędzia</i> |
| godz. 13.30-14.00 | DYSKUSJA |

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji proszone są o pisemne zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl lub telefoniczne pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.

**Komisja Kształcenia Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
wraz z Katedrą i Kliniką Dermatologii, Wenerologii
i Alergologii Uniwersytetu Medycznego
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu**

zapraszają na Konferencję Naukowo-Szkoleniową

**pt. „PROBLEMY DERMATOLOGII
W CODZIENNEJ
PRAKTYCE KLINICZNEJ”**

która odbędzie się 7 grudnia 2013 r. (sobota)
w godz. 9.00-14.00

w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy al. Matejki 6 we Wrocławiu.

Uczestnikowi konferencji przysługują 4 punkty edukacyjne.

Program konferencji

- | | |
|-------------------|---|
| godz. 9.00-9.30 | Świąd skóry: problem interdyscyplinarny
<i>dr hab. Adam Reich</i> |
| godz. 9.30-10.00 | Atopowe zapalenie skóry
<i>dr n. med. Joanna Salomon</i> |
| godz. 10.00-10.30 | Skóra a psyche
<i>dr n. med. Przemysław Pacan</i> |
| godz. 10.30-11.00 | PRZERWA |
| godz. 11.00-11.30 | Rewelatory nowotworów narządów wewnętrznych
<i>dr hab. Joanna Maj</i> |
| godz. 11.30-12.00 | Choroby dermatologiczne kończyn dolnych imitujące owrzodzenia żyłne i tętnicze
<i>dr hab. Joanna Maj</i> |
| godz. 12.00-12.30 | Zmiany skórne w cukrzycy
<i>dr n. med. Alina Jankowska-Konsur</i> |
| godz. 12.30-13.00 | Trądzik pospolity – patogenezą, obraz kliniczny, leczenie
<i>dr n. med. Łukasz Matusiak</i> |
| godz. 13.00-13.30 | Ochrona przeciwsłoneczna – współczesne poglądy
<i>dr hab. Adam Reich</i> |
| godz. 13.30-14.00 | DYSKUSJA |

Osoby zainteresowane wzięciem udziału w konferencji proszone są o pisemne zgłaszanie się do Komisji Kształcenia DRL: e-mail: komisjaksztalcenia@dilnet.wroc.pl lub telefoniczne pod numerami: 71 798 80 68, 71 798 80 81.



IV Dolnośląska Jesień Internistyczna

Wrocław, 5 października 2013 r.

Aula budynku A1 Politechniki Wrocławskiej

Wybrzeże Wyspiańskiego 27

Przewodnicząca Komitetu Naukowego i Prowadząca Konferencję: prof. dr hab. med. Maria Podolak-Dawidziak

Program konferencji

9.00–9.10 Otwarcie konferencji

prof. dr hab. med. Maria Podolak-Dawidziak (Zarząd Główny TIP; Katedra i Klinika Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław),

dr med. Anna Szymańska-Chabowska (Przewodnicząca Oddziału Dolnośląskiego TIP; Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław),

prof. dr hab. med. Grzegorz Mazur (Konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych; Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław)

9.10–9.40 Chory ze stabilną dławicą piersiową – jak postępować wg wytycznych ESC 2013

prof. dr hab. med. Waldemar Banasiak (Klinika Kardiologii, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław)

9.40–10.10 Chory z nieskutecznie leczoną cukrzycą typu 2 – zagrożenie powikłaniami naczyniowymi

prof. dr hab. med. Rajmund Adamiec (Katedra i Klinika Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław)

10.10–10.40 Chory z bólem reumatycznym – jak skutecznie i bezpiecznie opanować ból

prof. dr hab. med. Piotr Wiland (Katedra i Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław)

10.40–11.10 Panel dyskusyjny, odpowiedzi na pytania

11.10–11.30 Przerwa

11.30–12.00 Chory z cieniem okrągłym w płucu – od objawu do rozpoznania

prof. dr hab. med. Renata Jankowska (Katedra i Klinika Pulmonologii i Nowotworów Płuc, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław)

12.00–12.30 Chory z pozaszpitalnym zapaleniem płuc – kiedy i jak leczyć ambulatoryjnie, a kiedy w szpitalu

dr med. Wojciech Barg (Katedra i Zakład Fizjologii, Klinika Chorób Wewnętrznych, Geriatrii i Alergologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław)

12.30–13.00 Choroby przewlekłe jelit – jak diagnozować i leczyć

prof. dr hab. med. Leszek Paradowski (Katedra Gastroenterologii i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław)

13.00–13.30 Panel dyskusyjny, odpowiedzi na pytania

13.30–14.00 Przerwa

14.00–14.30 Chory ze skazą krwotoczną – od objawu do rozpoznania

prof. dr hab. med. Maria Podolak-Dawidziak (Katedra i Klinika Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław)

14.30–15.00 Ciekawe przypadki internistyczne

prof. dr hab. med. Jacek Imiela (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

15.00–15.30 Aktualne zagadnienia prawa medycznego istotne dla codziennej praktyki

dr n. praw. Rafał Kubiak (Uniwersytet Medyczny, Łódź)

15.30–16.00 Panel dyskusyjny, odpowiedzi na pytania

16.00 Zamknięcie konferencji

16.00–16.30 Spotkanie Konsultanta Krajowego, Wojewódzkiego i Przewodniczącego Oddziału TIP z Ordynatorami oddziałów chorób wewnętrznych z województwa dolnośląskiego

Uczestnicy otrzymują 6 punktów edukacyjnych

Biuro Konferencji

Medycyna Praktyczna – Dział Szkoleń
ul. Krakowska 41, 31-066 Kraków
tel. 12 293 40 04, e-mail: ji2013@mp.pl
mp.pl/ji2013

Koszt uczestnictwa lekarza

Cena dla prenumeratorów Medycyny Praktycznej
i członków TIP: 80 zł
Cena podstawowa: 100 zł





Zapraszamy do udziału
w Ogólnopolskiej
Konferencji Naukowej pt.



Śląska Sieć
Metropolitalna
Sp. z o.o.

**„IT w zdrowiu
– zmiany w sektorze zdrowia 2014 r.
i prognoza 2014-2020”
oraz towarzyszących jej targach.**

Konferencja organizowana jest przez Śląską Sieć Metropolitalną we współpracy z samorządem miasta Gliwice oraz Politechniką Śląską w Gliwicach

w dniach od 18 do 19 września 2013 r.

w Centrum Edukacyjno-Kongresowym oraz Centrum Nowych Technologii Politechniki Śląskiej w Gliwicach.

Przedmiotem konferencji będą zaplanowane na najbliższe lata rozwiązania wynikające ze strategii zmian w systemie ochrony zdrowia w latach 2012-2015.

Wybrane tematy konferencji:

- przygotowanie się placówki do wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej;
- podniesienie jakości obsługi pacjenta – wdrożenie sieci bezprzewodowej w teorii i praktyce;
- jak efektywnie i bezpiecznie zarządzać majątkiem szpitala;
- bezpieczeństwo danych medycznych;
- jak efektywnie sprostać wyzwaniu digitalizacji dokumentacji medycznej;
- systemy wsparcia IT dla lekarzy a niejasne standardy dokumentacji medycznej;
- systemy wsparcia IT dla aptek – zamienniki, refundacja, wątpliwości co do dostępności środków promocji sprzedaży i odsprzedaży w aptekach.

Przedstawione zostaną także najnowsze rozwiązania w technologiach informatycznych oraz współczesne osiągnięcia techniki w branży usług medycznych.

Swój udział w konferencji potwierdzili m.in.:

Sławomir Neumann – sekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia;
Andrzej Lewiński – zastępca generalnego inspektora ochrony danych osobowych;
Marcin Kędzierski – dyrektor Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia;
Grzegorz Kucharewicz – prezes Naczelnej Izby Aptekarskiej;
Wojciech Marquardt – przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej;
Marek Ujejski – zastępca dyrektora Biura Obsługi Informatycznej Narodowego Funduszu Zdrowia;
prof. dr hab. n. med. Bogusław Maciejewski – dyrektor Centrum Onkologii w Gliwicach;
prof. dr hab. n. med. Marian Zembala – Dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu;
JM prof. dr hab. inż. Andrzej Karbownik – rektor Politechniki Śląskiej w Gliwicach.

W trakcie konferencji będzie możliwość konsultacji ze specjalistami w zakresie pozyskiwania środków unijnych dla jednostek ochrony zdrowia oraz prawa medycznego i farmaceutycznego. Konferencji towarzyszyć będą Targi podmiotów działających w sektorze zdrowia takich jak: producenci i dystrybutorzy sprzętu medycznego, oprogramowania dla placówek ochrony zdrowia, firmy farmaceutyczne. Udział w konferencji jest bezpłatny, wymaga logowania na stronie Konferencji (zakładka Rejestracja). Szczegółowe informacje znajdują Państwo na stronie: www.ith2013.pl

Z poważaniem
Organizatorzy

SZKOLENIA DLA LEKARZY

Informujemy, że Główny Inspektorat Sanitarny rozpoczął rekrutację kadry medycznej (lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologów, pediatrów, neonatologów, położników i położnych, pielęgniarek i pielęgniarzy) na szkolenia organizowane w ramach Projektu KIK/68 pt. „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Tematem szkolenia będą kwestie dotyczące wpływu substancji psychoaktywnych na zdrowie kobiety i płodu, uszkodzenia płodu wywołane alkoholem, zasady prowadzenia minimalnej/krótkiej interwencji oraz edukacja pacjenta w zakresie negatywnych skutków zdrowotnych spowodowanych zażywaniem substancji psychoaktywnych (program szkolenia w załączeniu). **Za udział w szkoleniu przewidziane są punkty edukacyjne dla lekarzy, które można będzie uzyskać po wypełnieniu testu dostępnego na stronie Projektu: www.zdrowiewciazy.pl**

Zgodnie z założeniami, planowane jest przeprowadzenie 10 szkoleń w sumie dla 1000 osób, w następujących terminach i województwach:

1. MAZOWIECKIE – 6-7.09.2013,
2. WIELKOPOLSKIE – 13-14.09.2013,
3. POMORSKIE – 20-21.09.2013,
4. KUJA WSKO-POMORSKIE – 20-21.09.2013,
5. MAŁOPOLSKIE – 27-28.09.2013,
6. DOLNOŚLĄSKIE – 4-5.10.2013,
7. ZACHODNIOPOMORSKIE – 11-12.10.2013,
8. ŚLĄSKIE – 18-19.10.2013,
9. PODLASKIE – 18-19.10.2013,
10. LUBELSKIE – 25-26.10.2013.

Informacja nt. dokładnych miejsc szkoleń na stronie internetowej projektu: www.zdrowiewciazy.pl i na stronie GIS: www.gis.gov.pl Tam również zamieszczone są wszelkie informacje o szkoleniach oraz regulamin, harmonogram i program szkoleń, deklaracja przystąpienia do szkolenia, oświadczenie uczestnika szkolenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz formularz zgłoszeniowy.

Szczegółowych informacji o szkoleniu udzielają pracownicy Departamentu Promocji Zdrowia, Biostatystyki i Analiz w Głównym Inspektoracie Sanitarnym, tel. 22 536 13 99 oraz 22 496 55 03.

I Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Lekarzy „PhotoArtMedica”

Zapraszamy Państwa do udziału w I Międzynarodowym Salonie Fotografii Artystycznej Lekarzy „PhotoArtMedica”. Finał tego wydarzenia będzie miał miejsce we wrześniu br. w Muzeum Częstochowskim. Do udziału w Salonie zapraszamy lekarzy i studentów medycyny z Polski i z zagranicy. Jest to pierwsza tego typu impreza na świecie. Organizatorem jest Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie, patronat nad Salonem objęła wiodąca polska organizacja fotograficzna – Stowarzyszenie Twórców Fotoklub RP, a patronat medialny „National Geographic Polska”. Jury przyzna PhotoArtMedica Grand Prix i w każdej z kategorii złoty, srebrny i brązowy medal Fotoklubu RP oraz złoty, srebrny i brązowy medal PhotoArtMedica wraz z nagrodami rzeczowymi. Obradom jury przewodniczyć będzie Mieczysław Cybulski – prezes Fotoklubu RP. Komisarzem artystycznym Salonu jest dr n. med. Krzysztof Muskalski. Partnerami Salonu są: Naczelna Izba Lekarska oraz IFMSA (Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny). Zgłoszenia i informacje dostępne na stronie: www.photoartmedica.pl Termin nadsyłania zgłoszeń – 26 sierpnia 2013 r.

Z pozdrowieniami
dr n. med. Krzysztof Muskalski
komisarz artystyczny „PhotoArtMedica”
pam@photoartmedica.com



Źródło grafiki: www.deviantart.com/88neal88

lek. Adamus Jerzy
 lek. Barwiński Ignacy
 lek. Bezak Jerzy
 dr n. med. Bruziewicz-Mikłaszewska Barbara
 lek. dent. Bujko Teresa
 prof. Bujko Jan
 Bujwid Danuta
 dr n. med. Bystryk Leszek
 lek. Chęcińska Magdalena
 dr n. med. Chęciński Igor
 lek. dent. Chołuj Hanna
 lek. Cimołowicz Renata
 lek. dent. Czarkowska Anna
 lek. dent. Czarkowski Mieczysław
 lek. dent. Czułowski Czesław
 lek. De Signio-Kowalska Rafała
 lek. Dec Wiesława
 lek. Dec Konrad
 lek. dent. Dubowik Irena
 lek. Dukszt-Małkiewicz Stefania
 lek. Dziulikowska-Bezak Elżbieta
 lek. Flejszman-Kulbicka Aurelia
 dr hab. Florjański Jerzy
 lek. dent. Florjańska-Biskup Anna
 lek. dent. Florjański Wojciech
 lek. Fluder Barbara
 dr n. med. Gąsiorowski Jacek
 lek. Giernatowska-Ostromięcka Danuta
 lek. Gilas Wiktor
 prof. Gładysz Andrzej
 lek. dent. Guskiewicz-Krupa Małgorzata
 lek. Hajzik Roman
 lek. Herbec Ryszard
 lek. stom. Jakowicz-Henrykowska Maria
 lek. Jaszewska-Ćwiakła Izabela
 lek. Jarzębiak Luba
 lek. Jurczyk Marek
 lek. Kaniak Bożena
 dr n. med. Kierśnicka-Itman Irena
 prof. Kierzek Andrzej
 dr n. med. Knast Piotr
 prof. Kołodziej Jerzy
 lek. dent. Koperska-Czajkowska Izabella
 lek. dent. Korzeńska Joanna
 lek. Kot Maria
 lek. Kowalska Irena
 dr n. med. Kozioł Janusz
 dr n. med. Kozioł-Podlaska Ewa
 lek. Kozioł-Podlaska Anna

lek. Kozłowska Helena
 lek. Krajciewicz-Liszewska Urszula
 lek. Jacek Krajewski
 lek. dent. Krupa Przemysław
 lek. Krupa Anna
 lek. Krzemińska-Łukieńczuk Elżbieta
 adw. Krześ Sławomir
 lek. Kupiec Jerzy
 dr n. med. Kurpa Donata
 lek. Kucharski Stanisław
 lek. Kusber Robert
 dr n. med. Kuzinowicz Edmund
 dr n. med. Kwaśniewski Artur
 lek. Lalka-Szczepanik Elżbieta
 lek. dent. Laska Piotr
 lek. Laszczyk Elżbieta
 lek. Lechka-Florjańska Krystyna
 lek. Letniańska-Nierobisz Danuta
 dr n. med. Lewczuk Ewa
 dr n. med. Ławicki Bogusław
 dr hab. Łukieńczuk Tadeusz
 dr n. med. Maciaszek Grażyna
 lek. Madej Grzegorz
 dr n. med. Malcewicz Stefan
 lek. Marczak Wiesław
 lek. dent. Marczyk-Felba Alicja
 lek. Marek Katarzyna
 lek. dent. Markiewicz-Grybionko Lidia
 lek. dent. Mazur-Hryń Elżbieta
 mgr Mieczkowska Barbara
 Mucha Włodzimierz
 lek. dent. Nakraszewicz Małgorzata
 lek. Nawrocka Eufemia
 lek. Nekanda-Trepka Ładysław
 lek. Niemiec Małgorzata
 prof. Niżankowska Maria
 lek. Norkowska Halina
 lek. dent. Norowska-Kieca Anna
 lek. dent. Ocharski Andrzej
 lek. dent. Orzechowska Krystyna
 lek. Oszczak Stanisław
 lek. Paśławska Olga
 prof. Patkowski Janusz
 lek. Pawełekiewicz Czesław
 lek. Piechocińska Barbara
 lek. Podobiński Jerzy
 dr hab. n. med. Pozowski Andrzej
 lek. Przondo-Makowiecka Maria
 lek. Raclawska Bożena
 prof. Ruczkowska-Struzik Janina
 prof. Rudkowski Zbigniew
 Rusek Andrzej

prof. Rymaszewska Joanna
 lek. Rymaszewski Ireneusz
 lek. Rząca Eugeniusz
 dr n. med. Rzeszutko Ryszard
 lek. dent. Samorek Hanna
 lek. Schimmel Janusz
 lek. Sędziak Aleksandra
 lek. Seifert Izabela
 lek. Seifert Robert
 lek. dent. Serwaczak Irena
 prof. Simon Krzysztof
 Simon Elżbieta
 lek. Skórczyńska Barbara
 lek. dent. Sławewski Konstanty
 lek. Smolik Krystyna
 dr n. med. Solecki Stanisław
 dr n. med. Sozańska Zofia
 lek. Stecka Beata
 lek. Stojek Adela
 lek. Stróżyna-Kotulska Wanda
 lek. dent. Studnicki Paweł
 lek. Szczepanik Tadeusz
 lek. dent. Szeliga Małgorzata
 dr n. med. Jerzy Szybejko
 dr n. med. Szybejko-Machaj Grażyna
 lek. Szymkowska Patrycja
 dr n. med. Ściborski Romuald
 prof. Świdorski Gerwazy
 lek. dent. Tabaczyńska-Nawrot Barbara
 dr n. med. Trnka Jakub
 Troszak Marcin
 lek. dent. Tybińska Barbara
 prof. zw. Ujec Mieczysław
 lek. Ujma Ewa
 lek. Ujma Leszek
 lek. Urban Tadeusz
 prof. ndzw. Wall Andrzej
 lek. dent. Wałachowska-Karaś Hanna
 lek. Warchałowski Roman
 lek. Węgorkiewicz Marian
 lek. Wiatroszak Marcin
 prof. Wnukiewicz Jan
 dr n. med. Wojnar Andrzej
 lek. Wolańczyk Michał
 lek. Woydyłło Jan
 prof. Wronecki Krzysztof
 lek. Wróblewska Anna
 dr n. med. Wróblewski Paweł
 dr n. med. Wybieralska Grażyna
 lek. Zierkiewicz Zyta
 prof. Ziętek Marek
 lek. Żółkowski Tomasz

Darowizny:

- Śląska Izba Lekarska
- Lubelska Izba Lekarska
- Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska
- Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi
- Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
- Koło Lekarzy przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Wrocławiu
- Koło Lekarzy przy SPSK 1 we Wrocławiu
- Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej
- „Evento S.A.” Wrocław



- Region Dolnośląski Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy
- Terenowa Organizacja OZZL Jelenia Góra
- Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy – Koło Terenowe w Kłodzku
- Stowarzyszenie Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem, Kielczów
- „TU Inter Polska S.A.”
- „Protecta Finance” Włocławek
- PCZ SA

Prosimy o wpłaty na konto:

BGŻ 53 2030 0045 1110 0000 0167 9870 (dopisek „cegietka na Dom Lekarza”)
Cegietki można odebrać w sekretariacie biura DIL!!!

ZBIERAMY EKSPONATY DO „IZBY PAMIĘCI” w nowej siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

Chcąc zachować choćby część dziedzictwa poprzednich pokoleń lekarzy, uchronić od zapomnienia ślady lekarskiej działalności na rzecz naszego samorządu, postanowiliśmy je zebrać i wyeksponować. Zwracamy się zatem z prośbą o przekazywanie do sekretariatu DIL wszelkich pamiątek, które obrazują lekarską historię. Wierzymy, że darczyńców nie zabraknie, a nasze „muzeum” będzie sukcesywnie wzbogacane o kolejne eksponaty.

Dolnośląska Rada Lekarska

Centrum Medyczne ENEL-MED S.A. istnieje od 1993 r. Posiada sieć przychodni w Polsce, dwa szpitale w Warszawie oraz ponad 1 000 partnerów medycznych w całym kraju. W ENEL-MED pracuje 1900 osób. Obsługujemy ponad 300 000 pacjentów.



Tworzymy dobry klimat dla lekarzy!

W związku z dynamicznym rozwojem do naszych oddziałów we Wrocławiu i Biskupicach poszukujemy:

Lekarzy specjalistów w szczególności:

- Dermatologów (Arkady Wrocławskie)
- Endokrynologów (Arkady Wrocławskie)
- Ginekologów (Arkady Wrocławskie)
- Kardiologów (Arkady Wrocławskie)
- Laryngologów (Biskupice)
- Lekarzy medycyny pracy (Biskupice)
- Nefrologów (Arkady Wrocławskie)
- Neurologów (Biskupice)
- Okulistów (Arkady Wrocławskie, Biskupice)
- Radiologów wykonujących USG (Arkady Wrocławskie)
- Wizyty domowe: lek. medycyny rodzinnej, pediatrów, internistów – również w trakcie specjalizacji

Wymagania:

- II stopień specjalizacji lekarskiej lub ukończona specjalizacja w trybie jednostopniowym,
- co najmniej 5 letni staż w pracy zawodowej, w tym doświadczenie w zakresie posiadanej specjalizacji,
- znajomość jęz. angielskiego będzie dodatkowym atutem.

Oferujemy:

- możliwość pracy w prężnie rozwijającym się ogólnopolskim Centrum Medycznym o stabilnej pozycji rynkowej,
- przyjazną atmosferę,
- elastyczny system zatrudnienia.

Osoby zainteresowane naszą ofertą prosimy o przesłanie CV z podaniem numeru referencyjnego na adres: **ul. Słomińskiego 19, lok. 524, 00-195 Warszawa**, e-mail: **rekrutacja3@enel.pl**; tel.: **698 630 761** lub wypełnienie formularza znajdującego się na naszej stronie internetowej **www.enel.pl**.

Uprzejmie informujemy, że skontaktujemy się tylko z wybranymi kandydatami.



CENTRUM MEDYCZNE

Prosimy o dopisanie klauzuli: Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Medyczne ENEL-MED S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Słomińskiego 19, niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. 2002 r. Nr 101, poz.926 z późn. zm.).



EPIDEMIA

Epidemia ospy. Dzień pierwszy

Źródło grafiki: www.deviantart.com/anonimaxista

Dzień 15 lipca 1963 roku, podobnie jak wszystkie poprzednie, był upalny. Słupek rtęci od dłuższego czasu nieubłaganie stał w miejscu i to wysoko w górze. Od rana do zmierzchu słońce grzało tak, że pot spływał strumieniami po skroniach. Na próżno każdy wypatrywał chmury, która by choć na chwilę strugą spadającego deszczu wypełniła wysychające rzeki. Więdył rośliny i krzewy. Zieleń liści, przykryta grubą warstwą osiadłego pyłu, przybrała kolor matowy. Ulice miasta zaludniały się tylko dwa razy dziennie – rano, kiedy zdążano do pracy i po południu, gdy upał już nie męczył. Gdyby „zimno” było na sprzedaż, ludzie staliby po nie w kolejce. Pełnię lata stulecia w równej mierze odczuwali wszyscy. Tylko nieliczni wiedzieli, że dzień ten jest początkiem zarazy.

Tego dnia wirus ospy prawdziwej wystawił swój pierwszy pazur, by za kilka dni wyciągnąć całą łapę. Na razie zaalarmowane zostały tylko placówki lecznicze i pracownicy służby zdrowia. Za dwa dni, z chwilą ogłoszenia oficjalnego komunikatu, obudzi się z trwogą cała społeczność miasta. Ospa wtargnie w każdą dziedzinę życia gospodarczego i społecznego. W jednakowym stopniu będzie nękała nieustannie wszystkich w dzień i w nocy, a pracowników służby zdrowia postawi w obliczu trudnego egzaminu.

W godzinach południowych objąłem dyżur lekarza inspekcijnego w Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego. Razem ze mną na nocną zmianę zgłasza się zespół wyjazdowy w składzie: ośmiu lekarzy ogólnych, trzech pediatrów, dwóch internistów do pełnienia ostrego dyżuru w ambulatorium internistycznym, dwóch chirurgów i jeden radiolog. Do kompletu brak jednego lekarza – chirurga. W komplecie jest średni personel medyczny – pielęgniarki, laboranci, obsługa materiałów sterylnych, sanitariusze i dyspozytorzy. W komplecie jest personel pomocniczy – salowe i portierzy. W dziale zgłoszeń na liniach 09 i 355-55 pełni dyżur trzech dyspozytorów. Całością działań tego zespołu kieruje radiodyspozytor, który wysyła do akcji pełną obsadę karetek, a następnie utrzymuje z nimi kontakt w terenie. Obsługa dwunastu karetek, dwóch przewoźówek i jednej karetki zakaźnej, jest na stanowisku.

Zaraz po rozpoczęciu pracy otrzymuję meldunek, że Szpital im. Rydygiera w dniu dzisiejszym z powodu przypadku ospy na jednym z oddziałów został zamknięty. Kwarantanną objęto nie tylko chorych tego szpitala, ale cały personel medyczny. Większość lekarzy, dodatkowo zatrudnionych w porze nocnej w pogotowiu, rekrutuje się właśnie z tego szpitala. Na nich można



było zawsze liczyć, jeśli ktoś w ostatniej chwili nie mógł stawić się na dyżur. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności dzisiaj nikt z pracowników tego szpitala na dyżur nie był wyznaczony.

Po kilku minutach następnym meldunek: z tego samego powodu zamknięto również Klinikę Chorób Zakaźnych, z nałożeniem kwarantanny na pracowników. Wreszcie informacja ostatnia: z tych samych powodów zamknięto Szpital MSW.

W ciągu jednego dnia z powodu ospy zamknięto trzy szpitale, z których rekrutowała się większość lekarzy zatrudnionych w pogotowiu. Znaczna liczba innych pracowników stacji, korzystając ze sprzyjającej pogody, była na urlopie. Praktycznie rzecz biorąc w pogotowiu, z małymi wyjątkami, pracowali ci lekarze, którzy w dniu dzisiejszym pełnili dyżur (nocna zmiana w pogotowiu jest pracą dobrowolną i płatną w zależności od ilości przepracowanych godzin; etatowych lekarzy do pracy nocnej brak).

Kłopoty związane z brakiem personelu z powodu kwarantanny pojawiają się błyskawicznie. Oparciem dla wszystkich jest pogotowie miejskie. Szpital MSW zawiadamia, że ich pogotowie ratunkowe z powodu braku personelu jest nieczynne. Wszystkich pracowników tego resortu i członków ich rodzin musi przyjąć nasza stacja.

W normalnych warunkach i przy sprawnej działalności wszystkich placówek służby zdrowia gęsto rozsiadanych na terenie miasta, Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego często nie nadąża z załatwieniem we właściwym czasie wszystkich zgłoszeń. Wszystkich pracowników, szczególnie personel zespołów wyjazdowych, ogarnia strach. Każdy pyta, co będzie dzisiaj? Ja dla odmiany myślę co będzie jutro i w dniach następnych. Dzisiaj jest jeszcze komplet lekarzy.

Komunikat następnym razem z Pogotowia Ratunkowego PKP, jota w jota podobny do poprzedniego: Pogotowie PKP z powodu braku personelu jest nieczynne. Kolejarzy i członkowi ich rodzin również mamy przyjmować.

Nie dość tego, otrzymuję jeszcze meldunek, że do jednej z przychodni nie przyszedł do pracy lekarz z powodu izolacji w szpitalu. Pomoc wieczorowa tej placówki nie może więc składać wizyt domowych. Wszyscy, którzy chcą zgłosić wizytę lekarską w domu, kierowani są od razu do pogotowia. Czegoś podobnego nikt nie przewidywał i pogotowie nie było do tego przygotowane. Poradziliśmy sobie jednak doskonale dzięki temu, że obsada personalna była na dyżurze w komplecie.

Są już pierwsi chorzy podejrzani o zarażenie ospą. To ludzie z bezpośredniego kontaktu, przede wszystkim lekarze i pielęgniarki.

Kwarantanna nałożona na trzy szpitale i personel w nich zatrudniony automatycznie pociągnęła za sobą niesamowite braki kadrowe na terenie miasta. Każdy bowiem lekarz, poza szpitalem, pracuje w jakimś ośrodku, przychodni lub pogotowiu.

Zarówno lekarze jak i pielęgniarki, do tej pory nie objęci izolacją, przeżywają pierwszy kryzys psychiczny. Są przygnębieni i smutni. Nikt się nie uśmiecha jak przedtem, nie opowiada dowcipów. Zdają sobie sprawę, że niewiele pamiętają o ospie ze studiów. Wiedzą na pewno, że ospa jest chorobą zakaźną o bardzo ciężkim i powikłanym przebiegu. Nikt z nas, młodych lekarzy pogotowia, nigdy ospy prawdziwej nie widział. Nic dziwnego, że nie umiemy jej rozpoznać. Nie mamy żadnego doświadczenia i żadnej skali porównawczej. Bezbronność naszą powiększa fakt, że w ciągu ostatnich lat nie wszyscy byliśmy przeciwko niej szczepieni.

Ospa prawdziwa nie była na naszej szerokości geograficznej chorobą typową. Przywykliśmy ją więc lekceważyć. Powszechnie zwykło się uważać, że nim jej wirus do nas zawędruje, zdążymy przygotować się do jego odparcia szczepieniami ochronnymi. On tymczasem z szybkością godną współczesnej techniki, błyskawicznie przenosił się z miejsca na miejsce. Pokorniał jedynie przed osobami uprzednio zaszczepionymi, ginąc od broni – antygeny.

W lipcu 1963 roku niewiele osób było we Wrocławiu odpornych na jego zbrodnicze działanie. Miał zatem wielkie możliwości, aby siać spustoszenie, roztaczając szeroko widmo śmierci, nie napotykając na żaden opór.

O godzinie 7.00 22 lipca 1963 r. obejmuję dyżur lekarza inspekcyjnego Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego. Wiszący na ścianie gmachu czerwony napis „Ostry Dyżur” bez przerwy ściąga tu ofiary nieszczęśliwych wypadków i wszystkich tych, których dotknęły wszelkiego rodzaju choroby. Gabinety chirurgiczne, internistyczne, laboratorium itp. pracują pełną parą. Chwilowe przerwy któregoś z nich mogą kosztować życie chorego.

Piętro wyżej, do małego pokoju dyspozytorów dochodzą dla odmiany ze wszystkich stron miasta wezwania o pomoc lekarską w domu. Tu spisuje się miejsce wypadku i stąd wydawane są polecenia do włączenia syreny. Podobnie jak w gabinetach chirurgicznych czy internistycznych, niedopatrzenie lub opóźnienie, często nawet najmniejsze, decyduje o życiu albo śmierci. Na dziedzińcu 15 radiofonizowanych karetek jest gotowych w każdej chwili na otrzymany sygnał włączyć motory. Ludzie zatrudnieni w centrali ludzkich cierpień, chociaż nie jęczą z bólu, to na każdy ludzki ból żywo reagują. Często dwoją się i troją.

Razem ze mną zgłasza się na dyżur zamiast jedenastu tylko dwóch lekarzy z zespołów wyjazdowych: dr Marchocki i dr Wasilewski. Po załatwieniu jednego przypadku, natychmiast drogą radiotelefoniczną, otrzymują następne polecenie. Powszechne szczepienia przeciwko ospie spowodowały masowe odczyny poszczepienne. Ich pierwszym objawem jest podniesiona ciepota ciała. Tego rodzaju zgłoszeń mamy najwięcej. Aczkolwiek temperatura nie jest powodem do interwencji pogotowia, wszyscy jednak zwracają się tu o pomoc. A ja czekam na lekarzy. Zgrzyt hamowanego tramwaju – i biegnę do okna. Może teraz... Może idzie... Może jest tuż obok... Na próżno! Żaden lekarz do pracy się nie zgłasza. Po obliczeniu ilości zgłoszeń stwierdziłem, że gdybym miał do dyspozycji nie tylko tych dziewięciu brakujących lekarzy, ale całą armię, wszyscy znaleźliby zatrudnienie.

Na spóźnialskich przestałem liczyć. Radiodyspozytor dzwoni po kolei do wszystkich lekarzy. Za każdym razem otrzymuje tę samą wiadomość: nie ma, na urlopie albo w ogóle nikt nie odpowiada. Pogotowie natomiast musi mieć lekarzy za wszelką cenę. Bez nich w okresie grożącej epidemii ludność miasta zostanie narażona na niebezpieczeństwo.

Co chwilę na stół radiodyspozytora wędrują nowe zlecenia. Leżą poukładane w kilku rzędach i czekają. Na co? Nie wiem. Nikt nie wie. Niektóre są pilne. Ja nie wyjeżdżam. Czekam na wezwanie do „wypadku”. W razie potrzeby pojedę sam.

Do tej pory radiodyspozytor nie znalazł w domu żadnego lekarza. Ja straciłem już jakąkolwiek nadzieję, że uda się nam kogoś złapać. Trzyście karetek stoi na dziedzińcu. Bez lekarzy są bezużytecznym żelastwem. Nawet najbardziej udoskonalona technika nie może zastąpić człowieka.

Na dyżur zjawia się dr Pośpiech. Na jego widok wściekłem się, ale i ucieszyłem. Byłem zły, że się spóźnił i ucieszony, że w ogóle przyszedł. Usprawiedliwia się – wrócił o 7.00 z dyżuru w szpitalu. Zdrzemnął się na krześle i zasnął.

Na prowadzenie rozmów nie ma czasu. Selekcjonuję zgłoszenia i wręczam mu równocześnie kilka, na których jako przyczyna figuruje – „sztywny” albo „zimny”. Gorączki lub ataki serca mogą jeszcze poczekać. Po upływie minuty jedna karetka z wyjąca prerażliwie syreną wyjeżdża do miasta.

Wzywam do siebie wszystkich sanitariuszy i kierowców. Decyduję się na krok bez precedensu: każdemu wręczam po jednym zleceniu z poleceniem, by chorych przewozić z domu do naszego ambulatorium. Wśród wręczonych zgłoszeń znajdują się „ataki serca”, „kolki” wszelkiego rodzaju, a nawet „omdlenia”. Innego rozwiązania nie widziałem. W ciągu kilku minut dziedzińiec pogotowia był prawie pusty.

Radiodyspozytorowi zlecam pilne zadanie: ustalić dzielnicami adresy domowe lekarzy. W każdej dzielnicy, kolejno ulica po ulicy, będę szukał w domach. Muszę ich znaleźć. Dyspozytor w pośpiechu pisał, kreślił, przenosił na inne kartki – denerwował się i oczywiście kłął.



Tosiek Turkowski jest dobrym kierowcą. Samochód prowadzi pewnie i zdecydowanie. Tym razem do wypadku nie pędził. Nie włączył też syreny i świateł, a mimo to setka bezustannie utrzymywała się na liczniku. Nie rozmawialiśmy, ale każdy z nas wiedział, o co chodzi. W Pogotowiu Ratunkowym w zespole wyjazdowym nie było żadnego lekarza!

Byłem ostatnim, który tym razem z nim jedzie do domów, aby ich znaleźć. Listy adresów, które leżą między nami, są długie, ale czy uda się nam kogoś zastać? Gdyby tak wszystkich – marzyłem. Wciąż piętra i schody. Za każdym razem to samo – zamknięty w izolatorium, w szpitalu albo na urlopie.

Na długich listach z adresami lekarzy zaledwie kilka nie jest jeszcze odfajkowanych.

– Panie Tośku, jedziemy po dr Popiel.

Pod drzwiami dr Popiel stałem przez chwilę i głęboko łapałem powietrze. Naciśnąłem guzik dzwonka. Po chwili dr Popiel stała w drzwiach.

– Pani Bożenko – zacząłem spokojnie – w pogotowiu nie ma lekarzy.

– Niemożliwe, ale rozumiem.

– Proszę się przygotować na wyjątkowo ciężki dyżur. Proszę zabrać ze sobą coś do picia. Jest upał. Na jazdę tramwajem szkoda czasu. Zawiadomię stację, przed domem będzie na panią czekała karetka.

Szczęście chodzi parami. Po upływie kilku minut rozpoznaję w tłumie na drodze dr Aszkiełowicz.

Nie wiedziałem w pierwszej chwili jak jej powiedzieć, że jest potrzebna bo dopiero rano zeszła z dyżuru, ale po chwili dr Aszkiełowicz była już w pogotowiu.

– Panie doktorze, dokąd teraz?

– Do domu dr Stanisławy Sambor.

Po kilku minutach pukałem do jej drzwi. Nie musiałem długo czekać. Była ubrana i szykowała się do wyjścia.

– Potrzebuję panią na dyżur. Nie ma lekarzy i nie sądzę, żeby pani odmówiła.

– Skoro tak jest, to nie ma co dyskutować. Jestem gotowa, choć miałam inne plany.

Dr Kolińska i dr Fried przyjmują równocześnie w sąsiadujących ze sobą gabinetach w ambulatorium internistycznym. Na brak pracy nie narzekają. Spora część chorych przybywa do nich taksówkami lub tramwajem. Dr Fried jest oburzony na moją decyzję, że chorzy przywożeni są do ambulatorium przez samych sanitariuszy.

W dziale usług dyspozytorzy przedstawiają mi kilka zgłoszeń, w których jako powód wezwania odnotowana jest ospa. Zadrżały mi nogi. Przez chwilę odniosłem wrażenie, że zapadam się gdzieś pod ziemię. Co teraz?

Spojrzałem na siedzących w bezruchu dyspozytorów, jakbym u nich szukał jakiegoś ratunku. Zgłoszenia mogły być prawdziwe, ale i urojone, tak czy owak coś z nimi trzeba zrobić. Nikt z nas nie ma żadnego zabezpieczenia, a jechać, niestety, trzeba. Wiele zgłoszeń wprawdzie dotyczy różnego rodzaju wysypek, które nie muszą być ospą, ale mogą również być groźne. Jednak sam wyraz „wysypka” w porównaniu z wyrazem „ospa” brzmi dziecinnie.

Personel pogotowia, który będzie teraz wyjeżdżał do takich zgłoszeń, musi być na wszelki wypadek jakoś zabezpieczony. O tej sytuacji powiadomiłem stację sanepidu. Zapytałem też, czy nie wzbudzę jeszcze większej paniki, jeśli wyślę z bazy lekarzy i sanitariuszy chociażby w maskach i gumowych rękawicach. Odpowiedziano mi, że w aktualnej sytuacji nie ma innej rady.

Przed wszystkim jednak obawiam się, że personel, który będzie musiał udać się do ospy, mimo rękawic i masek, może odmówić wyjazdu, wychodząc ze słusznego założenia, że nawet najlepsza maska lub najnowsze rękawice przed niczym nie chronią. I co wtedy? Nie mam przecież siły, by ich zmusić. Chcąc nie chcąc poleciłem dyspozytorom przepisać zlecenia i w rubryce „Powód wezwania” zamienić wyraz „ospa” na „wysypkę z temperaturą”. Chociaż przez taką zmia-

nę niebezpieczeństwo nie zmniejsza się, to jednak nie brzmi aż tak strasznie.

Siostra przełożona wydaje mi skromny zapas masek i gumowych rękawic. Niestety, nie zaspokoją moich potrzeb. Zdecydowałem bowiem, że niezależnie od rodzaju zgłoszenia, każdy lekarz i sanitariusz będzie od tej pory nosił maskę i gumowe rękawice, ponieważ podniesiona ciepłota ciała, uważana dzisiaj jako wynik odczynu poszczepiennego, jutro może okazać się ospą.

Pielęgniarki szyją maski. Gorzej z rękawicami. Tych uszyć nie można. W magazynie jest ich mnóstwo, ale klucz do niego ma magazynier. Są tam też fabrycznie wykonane maski. Decyduję, kierowca Turkowski ma natychmiast znaleźć i przywieźć do pogotowia magazyniera. Żywego lub martwego, byle szybko, bo sprawa pilna.

Następne zadanie otrzymuje radiodyspozytor.

– Proszę podać przez radiotelefon komunikat: wszyscy lekarze i sanitariusze przewożący chorych, natychmiast zjawią się w pogotowiu po maski i rękawice.

Godzina 13.00. Lekarz dyżurny ambulatorium internistycznego dr Michał Fried zgłasza przewóz chorej z pogotowia do II Kliniki, pełniącej dzisiaj ostry dyżur. Zgłoszenie realizowane jest prawie natychmiast. Po przewiezieniu chorej do kliniki dzwoni lekarz dyżurny:

– Pacjentka Trojanowska nie jest chora na układ moczowy, ma ospę.

Wiadomość była piorunująca. W głowie mi zawirowało i przez chwilę czułem, jak ziemia usuwa mi się spod nóg. Natychmiast zawiadamiam stację sanepidu. Otrzymuję polecenie zamknięcia naszego ambulatorium do czasu dezynfekcji oraz izolowania wszystkich, którzy mieli kontakt z chorą, a więc personelu białego oraz tych, którzy czekali razem z nią w poczekalni na przyjęcie. Dr Fried po wysłuchaniu mojej relacji jest zaskoczony. Na przemian robi się biały i czerwony. Oparty łokciem o biurko, głowę trzyma w dłoniach. Jest zamyślony, patrzy przed siebie i milczy.

– Wiesz – zaczął po chwili – nie miałbym wyrzutów sumienia, gdybym badając tę chorą nie myślał o ospie, ale wyobraź sobie, że o niej myślałem i to jest najgorsze. Długo zastanawiałem się, czy nie jest to stan przedospowy, ale jej skargi wprowadzały mnie w błąd, analiza moczu potwierdziła poważne schorzenie nerek...

Ustaliłem, że do chorej Trojanowskiej zostało wezwane we wczesnych godzinach porannych pogotowie z powodu kamicy nerkowej. Dalej, że do ambulatorium internistycznego została przewieziona z domu tylko przez sanitariusza.

W ambulatorium izoluję kolejno sanitariusza i kierowcę, którzy przewozili ją z pogotowia do kliniki. Izolowany jest dr Fried i pielęgniarki – Grzybowska i Walczak oraz laborantka Marszałek badająca moczkę chorej i jedna salowa. Na uboczu stawiam dwie karetki, którymi ją przewozili, traktując je jako zakażone. Wreszcie zamknąłem skrzydło gmachu, w którym oprócz ambulatorium znajduje się gabinet rentgenowski i laboratorium. Zostają tam wszyscy, którzy z chorą czekali na przyjęcie i zachodziła możliwość bezpośredniego kontaktu.

Godzina 14.00. Do telefonu wzywa mnie dr Czarnowska.

– Słuchaj, co tam u was się dzieje, że po mieście kursują prawie same karetki?

– Epidemia rozpoczęła się na dobre – odpowiadam.

– Mówisz, że jest źle?

– Nie źle, ale bardzo źle.

– Przyślij mi karetkę od razu ze zleceniem wyjazdu. Pojadę do choro- go prosto z domu.

Ciasnota pomieszczeń w laboratorium internistycznym, upał i nerwy izolowanych pracowników szybko odmówiły im posłuszeństwa.

– Dusimy się tu – co chwila dobiegały do mnie sygnały – proszę nas wypuścić chociaż na dziedziniec! Nie wytrzymamy!

Zastanawiać się nie było nad czym. W ciągu następnych kilku sekund wszyscy znaleźli schronienie w cieniu rozłożystych koron kasz-

tanów, rosnących tuż przy wjeździe do ambulatoriów. Pielęgniarki Żurawska i Owczarzowa samorzutnie przeciągnęły wstążkę białego bandażu od narożnika budynku do stojącego naprzeciwko masztu latarni, odgradzając izolowanych od otoczenia. Biała wstęga oddzieliła od siebie dwa różne światy – świat ludzi zdrowych i ludzi być może zakażonych ciężką chorobą. Pielęgniarki, które przed chwilą odgradzały swoje koleżanki i znajomych, stoją teraz po drugiej stronie bandażu i płaczą. Płaczą też te pozbawione wolności. Izolowani mężczyźni są zamyśleni i smutni. Na dwóch ławkach siedzą jeden przy drugim. Mały kilkumetrowy skrawek przestrzeni wystarczył im wszystkim. Nikt nie narzekał na ciasnotę i brak miejsca. Niewidoczny wirus połączył ich w jedną rodzinę. Teraz jednym wspólnym zmartwieniem dla wszystkich jest ospa.

Tłum ludzi nieustannym potokiem spieszy na ostry dyżur. Nie próżnują też karetki. Trudne do zdiagnozowania przypadki przywożone są na konsultację. W każdej chwili może też znaleźć się chory z ospą, podobnie jak przedtem Trojanowska. Może nawet już jest, ale na wiadomość trzeba poczekać. Przyjdzie sama.

Dr Fried od godziny siedzi w jednej i tej samej pozycji. Wsparty łokciami o kolana, głowę podtrzymuje w dłoniach, wciąż patrzy w jakiś punkt. Nie rusza się z miejsca i nie reaguje na otoczenie.

Do radiotelefonu wzywa mnie dr Pośpiech.

– Panie doktorze – proszę wydać polecenie, aby przy przekazywaniu nam drogą radiotelefoniczną poleceń wyjazdu, pod adresem chorego podawać również, co tam jest. Mam na myśli ewentualną wysypkę, by zachować większą ostrożność już podczas wchodzenia do mieszkania. Dla zachowania tajemnicy zgłoszeń, proszę ustalić jakiś umowny znak. Przechodzę na odbiór.

– Uwaga doktora jest słuszna. Proponuję, by znakiem tym było słowo „uwaga”. Radiodyspozytor od tej chwili w każdym przypadku, jeśli powodem wezwania byłaby wysypka albo po prostu ospa, po przekazaniu adresu doda słowo „uwaga”! Dziękuję za celną, w naszym przypadku, propozycję.

Dzwignię nadajnika przesunąłem do pozycji „nadawanie” i nacisnąłem słuchawkę.

– Tu pogotowie Wrocław! Komunikuję wszystkim zespołom będącym aktualnie na podsłuchu, że od tej chwili w każdym przypadku, jeżeli powodem wezwania będzie podejrzenie o ospę, radiodyspozytor doda wyraz „uwaga”! W takich przypadkach proszę o zachowanie daleko idącej ostrożności. Przypominam również, że lekarz, który będzie miał wątpliwości co do charakteru wysypki, powinien natychmiast drogą radiową zawiadomić stację. Po takim meldunku poinformujemy natychmiast sanepid, ten wyśle na miejsce swego konsultanta.

– Przypominam też, że lekarze i sanitariusze, którzy zetkną się z podejrzaną wysypką, nie mogą obsłużyć następnego chorego. Cały zespół natychmiast wraca do bazy, aby zmienić fartuchy, maski i rękawice. Laboratorium i ambulatorium internistyczne ostrego dyżuru w dalszym ciągu są nieczynne. Przypadków wymagających konsultacji bądź wykonania badań dodatkowych proszę tu nie przywozić. Zespoły, które wysłuchały komunikatu, zgłoszą się kolejno. Radiodyspozytor po przekazaniu kolejnej wysypki po raz pierwszy pošła w eter sygnał „uwaga”. Od tej pory zawsze, jeśli powodem wezwania pogotowia będzie podejrzenie o ospę, słowo to będzie powtarzane. Złowieszczy sygnał będzie dla lekarzy ostrzeżeniem przed groźącym niebezpieczeństwem. Stanie się od tej pory sygnałem lęku i walki.

Portier Gryganiec jest upartym człowiekiem.

– To nic, że wstęp wzbroniony – słyszę jego głos przez uchylone okienko w dziale usług. – Ja muszę się z panem doktorem zobaczyć. Będę czekać pod drzwiami i nie ruszę się ani na krok! – krzyczał. Sprawa jest bardzo ważna i ja muszę zaraz, rozumiecie?

– Rzucam wszystko i wybiegam.

– Panie doktorze – na mój widok zaczął zdyszany głosem, jak by w jednym słowie chciał powiedzieć wszystko. – Panie doktorze, niech pan coś zrobi...

Historia ospy W obiektywie



Fot. z archiwum autora

Tablica informująca o zakazie wjazdu do Wrocławia



Naprawa karetek odbywała się nieustannie przez całą dobę.



Z braku personelu lekarskiego, pielęgniarka pełni dyżur przed wejściem do Stacji i decyduje, czy chory może być wpuszczony na teren Pogotowia.



– Co się stało? – widząc jego przerażenie zapytałem z niepokojem.

– Proszę, niech pan zejdzie ze mną na dół, zobaczy pan.

– Dobrze, ale może tymczasem pan mi już teraz coś wyjaśni? A przedtem proszę sobie poprawić maskę na twarzy, bo wisza panu z jednego ucha. Maskę musi zakrywać całą jamę ustną, a nie tylko jeden kąt.

– Panie doktorze – ze wzrokiem w sufit zaczął bełkotać pod maską – w poczekalni ludzie już się nie mieszczą. Pełno ich i wciąż przychodzą nowi.

Nie tyle z wypowiedzi, ile z szeroko rozłożonych przez niego rąk zorientowałem się, że sytuacja jest niepokojąca. I rzeczywiście.

Po zamknięciu skrzydła gmachu, w którym znajdowało się ambulatorium internistyczne łącznie z poczekalnią, wszyscy ze schorzeniami wewnętrznymi byli kierowani do poczekalni chirurgicznej. Jedna, aczkolwiek obszerna poczekalnia sąsiadująca z gabinetem, nie mieściła już pacjentów chirurgii i interny. Stłoczeni stali obłani potem, a grymasy bólu na twarzy dopełniały obrazu. Tymczasem chirurdzy udzielali pomocy tylko przypadkom chirurgicznym. Inni musieli czekać. Niektórzy wili się z bólu od kilku godzin. Ci, którzy przybyli przed Trojanowską, znacznie dłużej. Nikt ludziom tym nie mógł udzielić pomocy bez uprzedniego zbadania. Zarówno ambulatorium chorób wewnętrznych, jak i leki doraźnej pomocy znajdujące się tam, ze zrozumiałych względów musiały być zamknięte aż do dezynfekcji.

Na udzielenie pomocy, nawet najdrobniejszej chociażby dla przewrzenia bólu, nie zdoła się nakłonić bez uprzedniego badania żadnego lekarza. Badać tymczasem nie ma gdzie. Jeśli chorzy poddali się takiemu badaniu nawet na podwórzu i na oczach wszystkich, to nie rozwiązałyby sytuacji. Rozważam dokonywanie badań w karetce. Z wielu jednak względów możliwość tę wykluczyłem. Pozostało jedynie możliwe jak najszybsze wydezynfekowanie i otwarcie ambulatorium internistycznego.

Pobiegnę do telefonu. Próby połączenia się z sanepidem, aby pręcej przysłał ekipę dezynfekcyjną, spełzły na niczym. Wszystkie numery stacji były bez przerwy zajęte. Co robić? Połączenie muszę otrzymać natychmiast. Wykręcam numer międzymiastowej. Sympatyczną panią proszę o pomoc.

– Zaraz pan będzie rozmawiał – usłyszałem w odpowiedzi. W tej samej chwili po głosie rozpoznałem dr. Arendzikowskiego.

– Bogdan – zacząłem – muszę natychmiast otworzyć internę. Nie masz pojęcia co się tutaj dzieje. Dlaczego tak długo każecie nam na siebie czekać?

– Zaraz będzie tam ekipa. – Nie mogliśmy pręcej ich przysłać, bo ekip tych nie mamy za wiele, a dezynfekować musimy do jasnej cholery. Poczuj się, my tutaj też mamy urwanie głowy.

Godzina 17.00. Zbawczy cień zachodzącego słońca zataczał na dziedzińcu pogotowia coraz szersze kręgi. Kierowca samochodu należącego do sanepidu ostro wziął wiraż. Ekipa dezynfekcyjna natychmiast zajęła się odkażaniem. Nie oszczędzano niczego. Strumienie wody pokryły ściany, sufity, posadzki, stoły, ławki, gablotki – słowem wszystko, co ludzkie oko dostrzec mogło. Przybyli razem z nią dr Tadeusz Niedźwiadek przystąpił do ustalania bezpośrednich kontaktów z chorą.

W mrocznym korytarzu przylegającym do gabinetu internistycznego czekali na rozstrzygnięcie swego losu ci, którzy uprzednio dzieliли z Trojanowską wspólną ławkę. Doktor Niedźwiadek rozmawiał z każdym. Skrupulatnie przeprowadzał wywiad – słuchał, pytał, pisał.

– Proszę państwa – zaczął po skończonym dochodzeniu – przeprowadzony przed chwilą wywiad wykluczył u każdego z was możliwość bezpośredniego kontaktu z chorą. Niebezpieczeństwo zachorowania mimo to wam zagraża. I dlatego będziecie musieli przez jakiś czas pozostawać pod ścisłą kontrolą epidemiologiczną w domu. Gdyby ktokolwiek z państwa zauważył w najbliższym czasie jakiegokolwiek zmiany na skórze, albo zaczął gorączkować, proszę natych-

miast zawiadomić stację. Na razie jednak nic wam nie grozi i proszę spokojnie pójść do domów.

Boże! Co za radość! Nie! To nie było szczęście. To było coś więcej!

Po chwili podobne dochodzenie przeprowadzono na dziedzińcu wśród izolowanych tam pracowników służby zdrowia.

Ustalono, że kierowcy Kozdraś i Dobrochłop, a także sanitariusze Kijewski i Nalepa nie mieli bezpośredniego kontaktu z chorą i po przejściu dezynfekcji będą mogli wrócić do pracy, pod warunkiem, że dostarczą do sanepidu ubranie zastępcze. Dotychczas noszone musi zostać zdezynfekowane.

Podobnie jak przedtem na korytarzu, teraz taka sama radość na dziedzińcu. W mgnieniu oka czterech szczęśliwych ludzi wyleciało jak z katapult z miejsca otoczonego ze wszystkich stron wstęgami bandaży.

Są szczęśliwi i roześmiani. Koledzy, z którymi jeszcze przed chwilą dzielili wspólną ławkę, podobnie jak oni radość, przeżywają gorzko. Za chwilę pójdą do izolatorium. Są zakażeni? Odjadą. Kiedy wrócą? Nikt nie wie. Nikt nie wie też, czy w ogóle wrócą. Robią wrażenie, jakby mieli co najmniej już odczytane wyroki śmierci. Pospiesznie zapisują w swoim notesie każdą podawaną mi prośbę i informację. Wszyscy mają ich kilka i każda z nich jest ważna.

Nowy problem, jaki wyłonił się w związku ze zwolnieniem z izolacji kierowców i sanitariuszy, sprowadza się do ubrań zastępczych. Za wszelką cenę muszę je dostarczyć do sanepidu. W przeciwnym razie, po przejściu dezynfekcji, nie będą mieli w czym wrócić do bazy.

Kierowca Kozdraś mieszka w powiecie jaworskim, sanitariusz Kijewski w Oleśnicy, a Nalepa dla odmiany w powiecie wrocławskim. We Wrocławiu nie mają nikogo. Gorzej, bo upojeni szczęściem tym się nie martwią. Może i racja.

Normalna karetka przystosowana jest do przewozu czterech osób. Z trudem zmieści się niekiedy pięć. Teraz musi się znaleźć w każdej miejsce dla sześciu. Liczba izolowanych łącznie z konwojem wynosi dwanaście osób. Nikt nie narzeka na brak miejsca i nie żąda dodatkowego wozu na transport. Wszyscy rozumieją trudności, z jakimi codziennie boryka się kolumna transportu sanitarnego. Karetki, jakie pozostają w dyspozycji władz sanitarnych, muszą nie tylko przewozić teraz chorych, ale i zdrowych, ludzi z kontaktów, władze sanepidu itp.

Zakład naprawczy samochodów, znajdujący się przy pogotowiu, jest czynny całą dobę. Karetki, które do tej pory tygodniami czekały w kolejce na przegląd lub remont, teraz brane są do warsztatu bez żadnego harmonogramu. Pierwsza lepsza z brzegu, byle pręcej i byle więcej.

– Panie doktorze – zwrócił się do mnie, siedząc już w samochodzie dr Niedźwiadek – aparat do dezynfekcji zostawiłem do pana dyspozycji, rozumie pan, w razie czego, na wszelki wypadek. – A ambulatorium internistyczne może pan otworzyć dopiero po u pływie 24 godzin. Pręcej nie można – dodał po chwili stanowczo.

Izolowany personel służby zdrowia w pełnym komplecie zajął już miejsca w dwóch karetkach. Pomysł, na jaki wpadli przy lokowaniu się, przeszedł najśmielsze oczekiwania. Ostatnie „do widzenia” i dwie karetki natychmiast zniknęły za zakrętem.

Zdecydowałem, że ostry dyżur wewnętrzny zorganizuję w gipsiarce. Do pomocy w przygotowaniu pomieszczenia nie trzeba było nikogo zapraszać. Pielęgniarki, salowe, lekarze – wszyscy pomagali. W ciągu zaledwie kilku minut na miejscu stały już leżanki, parawany, stoły i krzesła. Od tej chwili w jednym pomieszczeniu badano chorych, dokonywano zabiegów, zakładano gipsy, sterylizowano narzędzia i strzykawki. Istna wieża Babel.

Doktor Kolińska jest sama. Dwoi się i troi. Jak w takich warunkach bada? Nie wiem. Najważniejsze jednak, że bada. Pod drzwiami gipsiarki co chwila wybucha jakaś awantura. Stłoczeni przed wejściem pchają się, każdego coś boli, każdy uważa, że był pierwszy. Nie ma ilości czy współczucia. Raz po raz wybuchają kłótnie.

Do pogotowia wraca po zmianę fartucha, maski i rękawic dr Popiel. Spotkałem ją na korytarzu pierwszego piętra. Ma zapadnięte oczy i zaczerwienioną od upału twarz, pokrytą rosą potu. W dyżurce lekarskiej pada na fotel i głęboko oddycha.

– Panie doktorze – do rana w takim tempie, bez chwili odpoczynku i o głodzie nie dam rady. Czuję, że padnę.

Patrzyłem na nią ze współczuciem i lękiem. Nie mogłem jej niczym pocieszyć, tak samo, jak nie mogłem uprzedzić, że rzeczywistość trzeba będzie do rana być na nogach. Najszczęśliwszym wyjściem z sytuacji było zostawić ją samą.

– Pani Bożenko – niech pani chwilę odpocznie i coś zje. Fartuch sam pani przyniosę.

Z dwudziestu fartuchów pobranych przeze mnie rano z magazynu, tyłuż masek i rękawic, zostało już zaledwie kilka. Każda wysypka zgłoszona do pogotowia pociąga za sobą automatycznie wydanie pary fartuchów i masek oraz dwóch par rękawic – dla lekarza i sanitariusza. Jeśli takie tempo utrzyma się do rana, to w krótkim czasie nie będziemy mieli już co wydawać i co zmieniać. Wartość fartucha nigdy chyba dotąd nie była tak wielka jak teraz.

– Panie doktorze – zwrócił się do mnie niespodziewanie radiodyspozytor – co robimy z dr Popiel? W bazie jest już od dziesięciu minut, a niech pan spojrzysz na stół, ile jest „konających” zgłoszeń. Wskazał ręką na poukładane w kilku rzędach zlecenia wyjazdów. Jeśli ktoś rzeczywiście umrze – i udowodnią nam, że w tym czasie był w bazie stacji lekarz – to ja nie chcę za to odpowiadać. Zresztą, jak pan uważa – dodał po chwili.

W obliczu paragrafu prawa i paragrafu życia, zwyciężyło prawo.

– Pani Bożenko – bardzo mi przykro, ale już jest pani w bazie od dziesięciu minut.

– Mam już jechać?

– Niestety, tak. A czy może coś pani zjadła?

– Przed chwilą nastawiłam wodę na herbatę, ale niech pan ją odstawi. Jestem tak zmęczona, że nawet jeść mi się nie chce.

Ubrana w świeży czysty fartuch, maskę i rękawice, poszła do karetki.

*

Przybrana purpurą czerwieni kula słońca chowała się za horyzontem. Dzień ustępował zmierzchowi. Rozgrzany bruk i ściany okolicznych gmachów grały zewsząd. Było duszno. Zwinięte w trąbki liście drzew wydanych w ciągu dnia na łup piekielnych płomieni słonecznych, zwi-

sały z gałęzi niczym choinkowe ozdoby. Było spokojnie i cicho. Od czasu do czasu tylko gdzieś rozległ się metaliczny dźwięk żelastwa i stali okraszony przekleństwem. To mechanicy samochodowi grzebiący się przy naprawie karetek. Przerażliwy dźwięk żelastwa pozwala zapomnieć o jęku, który w tym samym miejscu słychać było z ust ludzi cierpiących.

Na dziedzińcu pogotowia wjeżdżają jedna po drugiej dwie karetki. Za kierownicą jednej i drugiej widzę ludzi w białych fartuchach. Czyżby lekarze? Zmiana ról na pewno wypadłaby na ich korzyść w obecnej sytuacji. Gdzie wobec tego są kierowcy? A poza tym, jakim niby prawem? Po chwili rozpoznałem ich. Byli to kierowcy i sanitariusze, którzy nie mieli kontaktu z chorą Trojanowską. Wrócili już po przebytej dezynfekcji. Nie mogłem w pierwszej chwili pojąć, dlaczego są tak dziwnie ubrani. Wszyscy w białych lekarskich fartuchach, ale bez koszul, spodni, skarpetek i butów. Boso i w długich fartuchach wyglądają jak apostołowie.

– Dlaczego jesteście tak poubierani? – pytam z daleka.

Pierwszy zaczyna najmniejszy kierowca, Kozdraś.

– Wymyli nas w kilku wodach, wydezynfekowali, a potem kazali iść do pracy.

– Tak, tak – przerywa mu Dobrochłop – ale powiedz najpierw doktorowi, że jeszcze przedtem zabrali nam ubrania do dezynfekcji. Więc jak mieliśmy wrócić, skoro innych ubrań nam nie dostarczono? Jesteśmy zupełnie goli, tylko w fartuchach.

– Ja jeszcze nigdy w życiu nie byłem tak dokładnie wykąpany, a popatrz pan jakie karetki. Ręczę panu, że z Żerania tak czyste nie wyszły – ciągnął Kozdraś.

Niecodzienny wygląd kierowców i sanitariuszy wzbudzał powszechne zainteresowanie przechodniów i pracowników. Wyglądali rzeczywiście śmiesznie. Mokra niewyczesana z braku grzebieni włosy, nagie do kolan nogi, związany w pasie fartuch, bosa stopy upodabniały ich raczej do klaunów cyrkowych niż normalnych ludzi

– Słuchajcie – odezwał się – do czasu otrzymania jakichś ubrań musicie się gdzieś schować. Patrzcie, jak wszyscy się na was gapią.

– To gdzie? – spytał Kozdraś.

– Bo ja wiem, może do garaży albo w piwnicy.

– Panie doktorze, jeszcze o jedno chciałem zapytać – zaczął ciekawski Kozdraś – czy my po tej dezynfekcji tak już zicherowo nie zachorujemy, czy jeszcze nie wiadomo?

– Raczej zicherowo.

Fragment książki dr. Michała Sobkowa „Medyczne igraszki w PRL-u”

Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna przy współpracy z Dolnośląską Izbą Lekarską oraz Stowarzyszeniem Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej informuje, że planowane są liczne uroczystości związane z upamiętnieniem 50-lecia wybuchu epidemii ospy prawdziwej we Wrocławiu, które zakończą się imprezą okolicznościową 08.10.2013 r. w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej.

Epidemia ospy prawdziwej, która wybuchła latem 1963 roku była ostatnią epidemią tej choroby i jedną z największych epidemii w powojennej Europie. Jeżeli są osoby, które pamiętają wydarzenia z lata 1963 roku lub brały w nich bezpośredni udział prosimy o kontakt z pracownikiem Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu p. Piotrem Pawlonką, tel. 661 985 601 lub z sekretariatem dyrektora WSSE, tel. 71 328 30 42. Bardzo liczymy na współpracę.

Uroczystości z okazji 50. rocznicy epidemii ospy we Wrocławiu

8 października 2013 roku w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej odbędą się uroczystości poświęcone 50-leciu epidemii czarnej ospy we Wrocławiu. W programie imprezy między innymi:

godz. 11.00

Odsłonięcie pamiątkowej tablicy w WSSE przy ulicy Składowej

Od godz. 12.00

Koncert fortepianowy W. Kuzniecowa

Prezentacja poświęcona historii ospy we Wrocławiu

Wręczenie odznaczeń „Zasłużony dla Dolnego Śląska”

Konferencja pt. „Epidemia Ospy 1963 po 50 latach” (referenci: dr Jerzy Bogdan Kos, dr Michał Sobków, dr hab. Waldemar Maszkiewicz, prof. dr. hab. Zbigniew Rutkowski, dr Grażyna Trzaskowska)

Prezentacja filmu p. Tomasza Orlicza pt. „Variola Vera”

Organizatorzy: Dolnośląska Izba Lekarska, Stowarzyszenie Lekarzy Dolnośląskich i Wychowanków Medycyny Wrocławskiej oraz Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna



Sanktuarium św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

Źródło: www.deviantart.com/radoslavus

NARODZINY LEGENDY

POWOJENNY DIALOG

Wczesnym rankiem 4 kwietnia 1945 r. wyruszyła z Kielc w kierunku Krakowa niewielka kolumna samochodowa: kilka łązików z wojskowymi znakami rozpoznawczymi oraz ciężarówka z opuszczoną plandeką załadowana skrzyniami oraz pojemnikami z benzyną i spirytusem. Miejsca obok kierowców w mundurach zajęli funkcjonariusze służby bezpieczeństwa. Jeden z samochodów przeznaczono dla Stanisława Piaskowskiego^[1], od kilku miesięcy pełnomocnika Rządu RP na Okręg Administracyjny Dolnego Śląska, któremu towarzyszyli: tłumacz i osobisty ochroniarz, zwany adiutantem. Już wcześniej ustalono i naniesiono na mapę dowódcy konwoju trasę przejazdu między Kielcami, Krakowem i Katowicami, a nieznaną nikomu miejscowością o nazwie Trebnitz, położoną w pobliżu Wrocławia.

Jeszcze tego samego dnia doszło w Krakowie do rozmów z dr. Bolesławem Drobnerem, od niedawna prezydentem Wrocławia i jego najbliższymi współpracownikami, a także z sekretarzami komitetów wojewódzkich PPS i PPR. Wymieniono informacje o stanie przygotowań do podjęcia działań na Dolnym Śląsku i we Wrocławiu przez formowane grupy organizatorów administracji państwowej oraz uzgodniono zasady współdziałania pomiędzy przyszłymi władzami województwa i miasta. Z dużą uwagą wysłuchano aktualnych wiadomości o sytuacji na linii frontu: prze-

dłużająca się obrona zamienionego w twierdzę Wrocławia wymuszała zmianę taktyki i podjęcie planowanych działań w dwóch różnych terminach. Ustalono, że w najbliższych tygodniach na północnych i wschodnich terenach Dolnego Śląska przystąpią do działania grupy operacyjne zorganizowane w Kielcach, natomiast grupy powołane w Krakowie wyjadą do Wrocławia bezzwłocznie po zajęciu miasta przez wojska sowieckie.

Następnego dnia zatrzymano się w Katowicach, aby omówić problemy osadnictwa na Dolnym Śląsku z władzami Związku Zachodniego i Związku Ślązaków. Rozmowy ujawniły różnice zdań w sprawie powołania, po zakończeniu działań wojennych, wyższych uczelni we Wrocławiu i na Górnym Śląsku. Zgodnie również z wcześniejszymi ustaleniami podczas wieczornej narady z udziałem ppłk. Eugeniusza Szyra, pełnomocnika rządu przy dowództwie 1 Frontu Ukraińskiego, uzgodniono taktykę rozmów z przedstawicielami dowództwa oraz zasady przejmowania przez polską administrację zajmowanych przez wojska radzieckie terenów Dolnego Śląska. Sprawa była niezmiernie ważna i pilna. Termin spotkania wyznaczono na 6 kwietnia, a w przeddzień wyjazdu z Kielc otrzymano potwierdzenie miejsca spotkania: Parszowice w powiecie wołowskim, w pobliżu Wrocławia. Tam, w niewielkim pałacyku, stacjonowało w owym czasie dowództwo 1 Frontu Ukraińskiego.



Do rozmów z przedstawicielami dowództwa doszło 6 kwietnia 1945 r. Grupie wyższych oficerów radzieckich przewodniczył naczelnik wydziału kierującego Komendanturami Wojennymi, ppłk. Repin. Omówiono i uzgodniono wiele problemów szczegółowych, a także uzyskano zapewnienie strony radzieckiej ws. gotowości pomocy w rozwiązywaniu spraw spornych i rozstrzyganiu sytuacji konfliktowych. Niestety, nie zachowały się wśród materiałów archiwalnych dokumenty dotyczące prowadzonych rozmów. A jedynym do nich komentarzem, który można uznać za wzór dyplomatycznej kurtuazji, jest krótka wzmianka w sprawozdaniu Stanisława Piaskowskiego z 2 maja 1945 r.: „Rozmowy w Dowództwie 1 Frontu Ukraińskiego toczone były w atmosferze nadzwyczajnej serdeczności i wyrozumiałości. Wyrażna chęć przyścia z pomocą pod każdym względem dominowała podczas całego pobytu mego w Dowództwie, uzyskując jednocześnie zgodność poglądów we wszystkich postulatach wysuniętych przeze mnie” [2].

Zapewne w wyniku przeprowadzonych rozmów komendanci wojenni otrzymali z Dowództwa 1 Frontu Ukraińskiego rozkazy polecające przekazanie władzy w obwodach Dolnego Śląska polskiej administracji państwowej. Na rozkaz ppłk. Repina z 10 kwietnia powołuje się Stanisław Piaskowski w zarządzeniu z 17 kwietnia 1945 r. Pośrednio również nawiązuje do uzgodnionych porozumień rozkaz ppłk. Repina z 12 kwietnia zobowiązujący komendantów wojennych m.in. do przekazania organom polskich władz posiadłości obszarniczych, przedsiębiorstw tekstylnych i żywnościowych, drukarni, klubów i kinoteatrów oraz „szkół niezajętych na szpitale”.

Podczas spotkania w Parszowicach potwierdzono również, zapewne na wniosek strony polskiej, że przejściową siedzibą władz wojewódzkich Dolnego Śląska będzie Trzebnica.

TRZEBNICA

– PRZEJŚCIOWA STOLICA DOLNEGO ŚLĄSKA

Wybór Trzebnicy na siedzibę władz administracyjnych i politycznych nie był przypadkowy. Wrocław znajdował się w ogniu walki – zawiodły rachuby na szybkie zajęcie miasta. Południowe obszary Dolnego Śląska nadal pozostawały w niemieckich rękach. Miasta położone w pobliżu Wrocławia, które miały dogodne połączenia kolejowe z centralnymi województwami kraju były zniszczone lub opustoszałe. Tylko Trzebnica zapewniała warunki rozlokowania urzędów i instytucji oraz, mimo że pożary strawiły w znacznej mierze zabudowę śródmieścia, dysponowała sporą liczbą mieszkań oraz miejsc noclegowych w budynku dawnej żeńskiej szkoły gospodarstwa domowego, zwanej później „Pensjonatem” oraz w budynkach „Zdroju Jadwigi”. Wiedzano również i o tym, że bezustannie przyjmował chorych trzebnicki, przyklasztorny szpital – dobrze wyposażony i mający niezbędną obsadę pielęgniarek-zakonnice. Znaczną rezerwą łóżek szpitalnych dysponowały również inne zakłady lecznicze powiatu trzebnickiego, a zwłaszcza sanatoria w Obornikach Śląskich... Miało to

ogromne znaczenie w nadal niepewnej sytuacji, w bliskim sąsiedztwie okrażonego, ale przecież nadal broniącego się Festung Breslau [3]. Zapewne o wyborze Trzebnicy na tymczasową siedzibę władz zdecydowały w znacznej mierze informacje przekazane wcześniej przez Dowództwo 2 Armii WP.

W drodze powrotnej z rekonesansu pełnomocnik Rządu RP zatrzymał się w Trzebnicy i do 13 kwietnia kierował przygotowaniem bazy lokalowej na potrzeby przyszłych urzędów i instytucji. Sowiecka komendantura rejonowa przekazała na potrzeby polskiej administracji dwadzieścia jeden budynków, a wśród nich trzy dobrze zachowane kamienice przy głównej ulicy miasta, w pobliżu stacji kolejowej, z przeznaczeniem na siedzibę przyszłego Urzędu Wojewódzkiego [4].

Po powrocie do Kielc podjęto decyzję o wysłaniu do Trzebnicy osiemnastoosobowej grupy kwatermistrzowskiej, która miała, w oparciu o otrzymane instrukcje i plany, kontynuować rozpoczęte prace. Zadania jakie jej wyznaczono nie były łatwe – chodziło przecież nie tylko o wyposażenie w sprzęt pomieszczeń dla urzędów, ale również o zorganizowanie koniecznego zaplecza lokalowego i gospodarczego na przyjęcie około 200 osób. Trzeba było przygotować miejsca noclegowe i stołówki, zgromadzić podstawowe artykuły spożywcze, wyznaczyć magazyny i garaże, a także zapewnić wszystkim obiektom ochronę i wewnętrzną łączność.

Jak się wkrótce okazało sowiecka komendantura rejonowa, mimo wcześniejszych zapewnień, nie udzieliła obiecanej pomocy. Nieznajomość miasta i brak środków transportu ograniczyły swobodę działania. Kilku członków grupy kwatermistrzowskiej nie powróciło do bazy i rozpoczęło działalność na własną rękę. Zdołano zabezpieczyć jedynie najważniejsze budynki przy głównej ulicy przelotowej, nazwanej później ulicą Wolności oraz przygotować miejsca noclegowe i kilka mieszkań.

20 kwietnia, po dwóch dniach podróży pociągiem pod specjalnym nadzorem, który wyjechał z Kielc, przybyła do Trzebnicy zasadnicza grupa organizatorów administracji państwowej na Dolnym Śląsku. W przewadze były w niej osoby dobrane z tzw. klucza partyjnego z rekomendacjami komitetów wojewódzkich PPR i PPS oraz nieliczni fachowcy: prawnicy, agronomowie, urzędnicy i inżynierowie różnych specjalności, a także rozmaici „ochotnicy” – poszukiwacze przygód zachęcani do wyjazdu na „dziki zachód” i możliwością łatwego dorobienia się lub nadzieją szybkiej kariery. Wielu z nich jeszcze przed kilku miesiącami było w partyzanckich oddziałach i nadal paradowało w wojskowych mundurach. Przeważali ludzie młodzi, skłonni do ryzyka – odważni i przedsiębiorczy. Te cechy były szczególnie pożądane. We wspomnieniach kadrowej grupy, z której wywodziło się wielu przyszłych pełnomocników rządu na obwody administracyjne, sekretarzy partii i kierowników instytucji państwowych, zachowały się relacje zarówno z przygotowań do wyjazdu, jak również z uciążliwej podróży w nieznaną. Obserwowano z okien wagonów zniszczone miasta i wsie, mijano wypalone lasy, zatrzymywano się na opustoszałych stacjach, wysłuchiowano informacji o stanie mostów i wia-



duktów. Pociąg jechał powoli i często się zatrzymywał; usuwano przeszkody i sprawdzano tory oraz uzupełniano zapasy wody i węgla. Parokrotnie pociąg był kontrolowany przez sowieckie patrole wojskowe – sprawdzano dokumenty, a przy pożegnaniu wznoszono toasty za wspólną pomyślność.

W miarę zbliżania się do Oleśnicy, która była docelowym punktem podróży, coraz częściej wsłuchiwano się w odgłosy wojny. Artyleria dalekiego zasięgu ostrzeliwała Wrocław, toczono walki na peryferiach miasta, kłęby dymu przysłaniały niebo. Wyładunek na stacji w Oleśnicy nie zabrał zbyt wiele czasu.

Pierwszym zaskoczeniem dla przybyszów był plac przed budynkiem stacji kolejowej wypełniony różnego rodzaju wózkami i pojazdami, które zapewne pozostawili opuszczający miasto jego dawni mieszkańcy.

Wiele kłopotów sprawiło przejście przez zniszczone miasto. Po obu stronach ulic leżały zwały gruzu, w kilku miejscach jezdnia zryta była lejami, a na niektórych skrzyżowaniach stały wypalone wozy pancerne i samochody. Wszędzie widać było ślady niedawnych walk: wyrwy w ścianach domów, zerwane dachy, osmalone belki, zranione pociskami nawierzchnie dróg. Szosą w kierunku Wrocławia szły kolumny żołnierzy i jechały samochody oznakowane czerwonymi gwiazdami.

Oleśnica nie miała bezpośredniego połączenia kolejowego z Trzebnicą – należało do niej dojść pieszo albo dojechać przygodnymi samochodami. Na całe szczęście po kilkunastu minutach marszu nadarzyła się okazja: ciężarówka jadące w kierunku Dobroszyc zatrzymały się na widok wymachujących karabinami mężczyzn z biało-czerwonymi opaskami na rękawach. Na platformy załadowano bagaże i sprzęt, umieszczono na nich również zmęczone podróżną kobietę. I ruszono w dalszą drogę.

Po dwóch godzinach marszu kolumna weszła na wzgórze okalające miasto. Najpierw zobaczono górujące nad doliną wieże kościołów, a następnie potężną bryłę klasztoru. „Miasto wywarło na nas silne wrażenie. Wyludnione i częściowo spalone tonęło całe w zieleni i kwitnących krzewach bzu i magnolii. Wszędzie puste, pootwierane domy, mieszkania w nieładzie, stosy książek i papierów na chodnikach, połamane sprzęty na jezdni” – odnotował pierwsze refleksje jeden z uczestników marszu^[5]. „Nie było jednak czasu na rozmyślenia. Czekala nas ciężka praca. Trzeba było zakwaterować ludzi, przyrządzić posiłki, wystawić warty, przygotować pokoje na biura, skompletować meble, poszukać papieru, atramentu, ołówków. Ludzie ruszyli z miejsca, zakrzętnęli się w wybranych przez nas gmachach. Zapanował gwar polskiej mowy, którego nie mogły zagłuszyć wybuchy bomb w niedalekim Wrocławiu. Wreszcie na dziedzińcu i w budynkach przycichło. Ludzie udali się na spoczynek”.

URZĄD WOJEWÓDZKI W TRZEBNICY

Po trzech dniach prac przygotowawczych – 24 kwietnia 1945 r. – rozpoczął działalność Urząd Wojewódzki kierowany przez pełnomocnika Rządu RP na Okręg Administra-

cyjny Dolnego Śląska, Stanisława Piaskowskiego^[6].

W grupie, która przyjechała do Trzebnicy 20 kwietnia, był tylko jeden lekarz i jedna pielęgniarka oraz kilka przyuczonych sanitariuszek i położnych... Powołany na stanowisko naczelnika Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego dr Bogdan Snarski^[7] był mężczyzną młodym o siedmioletnim stażu lekarskim i niewielkim doświadczeniu w organizacji ochrony zdrowia i w kierowaniu dużymi zespołami pracowników. Do pracy zgłosił się ochotniczo i zadeklarował chęć wyjazdu na tzw. Ziemię Odzyskaną. Również przydzielony mu do pomocy jedyny pracownik Wydziału Zdrowia nie miał odpowiedniego przygotowania zawodowego – pracował do niedawna w rodzinnym zakładzie zegarmistrzowskim. Ważną jego umiejętnością była jednak znajomość kaligrafii – pisał zarządzenia i pisma urzędowe z zegarmistrzowską precyzją.

Pierwszą decyzją naczelnika Wydziału Zdrowia, podjętą w dzień po przyjeździe do Trzebnicy, było zorganizowanie ambulatorium lekarskiego oraz zapewnienie przyjęć do szpitala nowoprzybyłym urzędnikom i funkcjonariuszom.

Pierwsze sprawozdanie z działalności Wydziału Zdrowia datowane w Trzebnicy 2 maja 1945 r., informuje o „skompletowaniu składu osobowego Wydziału” i o powołaniu siedmiu referatów, m.in.: referatu nadzoru nad personelem lekarskim i pomocniczym, walki z chorobami zakaźnymi, społecznymi i zawodowymi oraz nadzoru nad zakładami leczniczymi^[8].

Nieznane są nazwiska pracowników Wydziału Zdrowia. Można przypuszczać, że większość referatów obsadzona została na przełomie maja i czerwca, w miarę przyjazdu do Trzebnicy, a następnie do Legnicy pracowników z odpowiednimi kwalifikacjami. W Legnicy zastępcami naczelnika Wydziału Zdrowia dr. Bogdana Snarskiego zostali: dr Jan Bednarek (lecznictwo i profilaktyka) oraz mgr farm. Antoni Kurkowski.

Sprawozdanie informuje również o decyzjach organizacyjnych dotyczących Trzebnicy, a mianowicie, że „przejęto i zabezpieczono Szpital Sióstr Boromeuszek, mianując go Polskim Powiatowym Szpitalem w Trzebnicy oraz, że „zabezpieczono” miejscowe apteki i drogerie, a „ze zgromadzonego materiału tworzy się jedną aptekę”. Przejęcie trzebnickiego szpitala przez polskie władze administracyjne nastąpiło 21 kwietnia 1945 r. i miało symboliczny charakter. Szpital nadal był własnością Zgromadzenia Sióstr Boromeuszek i decydujący głos we wszystkich sprawach miała matka przełożona trzebnickiego klasztoru^[9].

Sprawozdanie podaje, że wysłano – w dniach od 24 kwietnia do 2 maja – pierwszych lekarzy upoważnionych „do zabezpieczenia majątku szpitali” w Brzegu i w Legnicy oraz farmaceutów, aby przejęli zasoby aptek w Brzegu, Legnicy i w Rychbachu (taką nazwę nosił wówczas Dzierżoniów).

Sprawozdanie informowało nie tylko o faktach dokonanych, ale również wliczało zadania na najbliższą przyszłość, a były nimi: zapewnienie opieki lekarskiej mieszkańcom terenów przejmowanych przez polską administrację, „zabezpieczenie” szpitali, uzdrowisk i sanatoriów, zorganizowanie w każdym powiecie oddziału chorób



zakaźnych i domu kwarantannowego dla przybywających osadników, a także „stworzenie Uniwersyteckiego Wydziału Lekarskiego, szkół pielęgniarek i dla położnych. Sprawozdanie sygnalizowało również aktualne trudności: brak sił fachowych i środków lokomocji, a także druków i zbiorów aktualnych przepisów sanitarnych.

Sprawozdanie – adresowane zapewne do pełnomocnika Rządu RP lub do ministra zdrowia kończyły się następującymi wnioskami: „Celem sprawnego działania Wydziału Zdrowia koniecznym jest napływ sił fachowych, z tego powodu proponuję uzyskanie zapewnienia w Ministerstwie Spraw Wojskowych (Naczelne Dowództwo WP), że każda siła fachowa przebywająca na terenie Dolnego Śląska ma zwolnienie od służby wojskowej. Prasa codzienne i związki zawodowe powinny werbować ludzi na nasz teren. Wydział Zdrowia nie posiada żadnych środków lokomocji, dlatego naczelnik wydziału nie ma jasnego obrazu stanu sanitarnego naszego województwa. Konieczną jest rzeczą przydzielenie 3 aut i 3 motocykli”.

Sprawozdanie z działalności Wydziału Zdrowia sporządzone w Trzebnicy przez dr. Bogdana Snarskiego 2 maja 1945 r. jest pierwszym „raportem” o stanie dolnośląskiej służby zdrowia, jaki zachował się w zbiorach archiwalnych. To dokument potwierdzający niezmiernie trudne warunki, w jakich rozpoczynali działalność pierwsi organizatorzy ochrony zdrowia^[10].

W końcu kwietnia i w pierwszej połowie maja przyjechały kolejne zorganizowane grupy pracowników różnych służb i instytucji, m.in.: służby rolnej, poczty, przemysłu, a także osadnicy pochodzący głównie z województwa kieleckiego, krakowskiego i poznańskiego. Nadal rolę głównego punktu informacyjnego i werbunkowego pełnił Urząd Wojewódzki w Kielcach, a najczęstszym środkiem transportu były pociągi kursujące między Kielcami, Częstochową, Kluczborkiem i Oleśnicą. Wśród pierwszych przybyszów byli również pracownicy służby zdrowia: lekarze, farmaceuci, felczerzy, pielęgniarki i położne. Kierowano ich do miast i powiatów Dolnego Śląska najczęściej wraz z ekipami pełnomocników Rządu RP na kolejne obwody administracyjne.

Na przełomie maja i czerwca Trzebnica stała się punktem etapowym dla znacznie liczniejszej, chociaż stale niewspółmiernej do potrzeb, grupy fachowych pracowników medycznych. Przyjeżdżali, załatwiali wstępne formalności i z dwujęzycznymi nominacjami powołującymi ich na lekarzy powiatowych, dyrektorów szpitali i kierowników aptek udawali się w dalszą drogę. Najczęściej znali tylko nazwę miejscowości, do której ich kierowano i potrafili ją zlokalizować na mapie leżącej na biurku naczelnika Wydziału Zdrowia, o wiele rzadziej mieli o niej dokładniejsze informacje usłyszane od krewnych i znajomych albo zasłyszane w stołówce lub podczas nocnych spotkań w restauracji.

Tylko nieliczni pracowali przez kilka lub kilkanaście dni w ambulatorium lekarskim dla ludności cywilnej, lub rzadziej, w trzebnickim Szpitalu św. Jadwigi. Najdłużej, bo od końca kwietnia do czerwca, jedynym chirurgiem był dr Jerzy Popiel^[11]. W połowie maja dołączył do niego dr Jan Bohdan Gliński^[12], powołany następnie na stanowi-

sko lekarza powiatowego w Zgorzelcu. To on odnotował w swoim obszernym pamiętniku pt. „Mój Zgorzelec” krótką wzmiankę o pobycie w Trzebnicy: „Do Trzebnicy przyjechałem pod wieczór, po około 30 godzinach jazdy. Odszukałem dr. Jerzego Popiela, który – także z Kielc – przybył tu wcześniej. Mieszkał w opuszczonym przez Niemców mieszkaniu, przy nim też zamieszkałem. (...) Nazajutrz zameldowałem się u dr. Snarskiego. Przyjął mnie, młodego lekarza, życzliwie. Początkowo miałem pracować w szpitalu przy dr. Popielu. Obwody jeszcze nie były zorganizowane (...). W tym czasie często słyszało się o zbrojnych wystąpieniach ukrywających się w lasach i miasteczkach Niemców, głównie z rozbitych oddziałów SS. W maju 1945 roku w Trzebnicy było niewielu mieszkańców stałych. Niemcy w znacznej większości uciekli przed zbliżającym się frontem. Na ulicach widziało się wojskowych Polaków i Rosjan, stopniowo coraz więcej przybywało cywilów. Byli to pracownicy Urzędu Pełnomocnika Rządu oraz rosnący w liczbę ludzie, którzy zamierzali osiedlić się na tych terenach. Wśród nich kryli się też ci, którzy szukali drogi na Zachód, nie mogąc pogodzić się z nową rzeczywistością. Wszyscy nocowali w mieszkaniach opuszczonych przez Niemców. (...) Pracy w szpitalu nie było dużo.

Pozostał mi w pamięci dzień wyjazdu ekipy polskich władz do zdobytego Wrocławia. W tej ekipie i ja się znalazłem. Jeszcze tu i ówdzie tlił się ogień, ruiny domów straszyły surowością, ulice zawałone gruzem, czuć było ze wsząd swąd spalenizny. (...) Na ulicy, zwanej obecnie Oławską, poszedłem z dr. Snarskim obejrzeć szpital. Mieścił się w piwnicach kilku domów połączonych wewnętrznymi przejściami. Pełno leżało tu rannych i chorych, trudno było się poruszać. Personel niemiecki w mundurach wojskowych w krótkich zdaniach informował nas o sytuacji – o braku żywności, wody, środków leczniczych i sanitarnych. Jedynym oświetleniem były świece i lampki karbidowe”^[13].

Z TRZEBNICY DO LEGNICY

W końcu maja 1945 r. władze wojewódzkie rozpoczęły stopniowe przenoszenie swoich agend z Trzebnicy do Legnicy, którą wyznaczono na kolejną przejściową „stolicę” Dolnego Śląska. Rychłe przeniesienie się do Wrocławia, na co przecież liczone, okazało się niemożliwe. Potwierdził to wcześniejszy rekonesans pracowników Urzędu Wojewódzkiego. Tak go opisał, uzupełniając relację swojego młodszego kolegi, dr Bogdan Snarski: „Pamiętny był również dzień dziewiątego maja. W przeddzień ogłoszono zakończenie działań wojennych we Wrocławiu. Czterdziesto-, może pięćdziesięciosobowy wówczas Urząd Wojewódzki praktycznie przestał istnieć. Pracownicy, na własną rękę, udali się do Wrocławia. Kilku z nas, z wojewodą na czele, pojechało tam w godzinach popołudniowych autem ciężarowym, bo innego nie było. Wrażenia z tego wyjazdu wymagają opisu utalentowanego pióra. Pragnę podkreślić tutaj serdeczne powitanie nas przez Polaków, przebywających w mieście na przymusowych robotach, widok pokonanych, płaszcących się przed nami Niem-



ców, wielką liczbę trupów na ulicach, ogrom zniszczeń wojennych i przerażający obraz płonących całych dzielnic Wrocławia”^[14].

Legnica była położona centralnie wobec wszystkich obwodów administracyjnych i miała z nimi dogodne połączenie kolejowe i drogowe. Mimo dużych zniszczeń zachowało się wiele gmachów dawnych urzędów i budynków mieszkalnych. Najpierw wyjechały do Legnicy służby kwatremistrzowskie, aby przejąć od miejscowej komendantury wojskowej wyznaczone budynki i lokale. Kilka dni po nich wyruszyły kolumny samochodów przewożące ludzi, ich niewielki dobytek oraz skrzynie z dokumentami i urzędzeniami biurowymi. Przeprowadzkę utrudniały awarie wysłużonych samochodów oraz kłopoty z utrzymaniem łączności telefonicznej, a także trudności z pozyskaniem odpowiedniej liczby mieszkań i miejsc noclegowych dla sporej przecież grupy pracowników Urzędu Wojewódzkiego oraz instytucji wojewódzkich. I tym razem okazały się zawodne wcześniejsze ustalenia z przedstawicielami sowieckiej komendantury rejonowej w Legnicy. Ostatecznie siedzibą Urzędu Wojewódzkiego został budynek przy obecnej ul. Okrzei 17. 8 czerwca rozpoczął w nim urzędowanie pełnomocnik Rządu RP na Okręg Administracyjny Dolnego Śląska – Stanisław Piaskowski. Jednak jeszcze przez kilka następnych dni krążyły między Trzebnicą a Legnicą samochody z ludźmi i sprzętem. Opuszczone budynki przy ul. Wolności w Trzebnicy zajęli pracownicy urzędu pełnomocnika Rządu RP na trzebnicki obwód administracyjny, kpt. Stanisława Bąka-Dzierżyńskiego.

Jednym z pierwszych wydziałów Urzędu Wojewódzkiego, który przeniósł się do Legnicy był Wydział Zdrowia. „Urząd Wojewódzki i wydział, który reprezentowałem, zaczęły pracować względnie normalnie. Starostowie wyjeżdżający w teren przysyłały wykazy urzędzeń placówek służby zdrowia na terenie im podległym a na podstawie dostępnej literatury miałem już o wszystkim jakie takie pojęcie, poza tym sam dużo jeździłem (miałem już wówczas auto służbowe)” – wspominał po latach dr Bogdan Snarski^[15].

„Polityką naszą była idea, by lekarzy i farmaceutów rozdzielać równomiernie po wszystkich powiatach i w miarę możliwości nie dopuścić do nadużyć. Niektóre tereny były zasiedlane intensywnie; południowe powiaty, zamieszkałe w ciągu pierwszych miesięcy prawie wyłącznie przez ludność niemiecką, posiadały miejscową kadrę lekarską. (...) Obecność polskich lekarzy i farmaceutów była konieczna. Armia radziecka oddawała nam sukcesywnie szereg szpitali, w których przebywali chorzy i ranni Polacy i Niemcy”.

Przez Legnicę, podobnie jak wcześniej przez Trzebnicę, przybywali na Dolny Śląsk kolejni fachowi pracownicy medyczni – lekarze i stomatolodzy, farmaceuci i felczerzy, a także pielęgniarki, położne i akuszerki. Młodzi i starzy. Z dyplomami wydziałów lekarskich renomowanych uniwersytetów we Lwowie, Krakowie, Warszawie i w Poznaniu, a także z zaświadczeniami o skończeniu studiów, kursów i szkół wystawionymi w różnych językach. Prawdziwymi i podrabianymi, opieczętowanymi lakowymi odbitkami wojskowych guzików i znakami nieistniejących

instytucji. Dopiero w końcu 1945 r. wszyscy lekarze podejmujący pracę na Dolnym Śląsku byli wcześniej rejestrowani w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej we Wrocławiu, na którą nałożono obowiązek sprawdzania uprawnień zawodowych.

Przyjeżdżali najczęściej ze skierowaniami z punktów werbunkowych z Kielc lub z Krakowa. W zorganizowanych grupach albo na własną rękę, z różnych stron kraju. Przybywali również z zachodu, z terenów ogarniętych do niedawna wojną – z obozów jenieckich, ze szpitali dla obcokrajowców oraz z miejsc pracy przymusowej. Po wstępnej rejestracji w Wydziale Zdrowia kierowani byli do szpitali, uzdrowisk i sanatoriów, albo oddawani do dyspozycji lekarzy powiatowych lub miejskich. Najczęściej na każdego z nich czekało kilka ofert i propozycji zatrudnienia uwzględniających kwalifikacje zawodowe i w miarę możliwości spełniających ich oczekiwania. Prawie nikt nie pytał o wysokość pensji, bo i tak płacono niesystematycznie i niewiele. Wszystkich interesowała szansa uzyskania mieszkania dla rodziny i pracy w szpitalu, a w przypadku lekarzy i stomatologów – możliwość otwarcia własnego gabinetu.

Najważniejszym zadaniem wymienionym w założeniach „polityki” Wydziału Zdrowia było przejęcie i zabezpieczenie w miarę wszystkich przekazywanych zakładów leczniczych, a zatem uchronienie ich przed dewastacją i rabunkiem. Niestety, coraz częściej, co potwierdzały nadsyłane meldunki, do szpitali, sanatoriów i innych zakładów leczniczych, pierwsi wkraczali komendanci specjalnych sowieckich jednostek zajmujących się rekwizycją ponemieckiego majątku albo zaopatrzeni w specjalne upoważnienia miejscowych urzędów różnego rodzaju inspektorzy, kontrolerzy i pełnomocnicy. W samochodach, które zatrzymywały wojskowe posterunki na drogach prowadzących na północ i na wschód, znajdowano obok pianin, żyrandoli i skórzanych foteli, aparaty rentgenowskie, wyposażenie gabinetów stomatologicznych oraz sprzęt laboratoryjny i leki. Nielegalnie wywożony sprzęt rekwirowano albo – znacznie częściej – stawiano trójkątną pieczęć na fałszywej „bumadze” za flaszkę bimbru lub inny załącznik.

*

Wydarzenia odnotowane w kronice Trzebnicy i przechowywane we wspomnieniach mieszkańców są do dzisiaj żywą tkanką historii miasta i niewyczerpanym źródłem legendy lat powojennych. Jako przykład przywołałem w krótkim szkicu kilka epizodów z dziejów trzebnickiej służby zdrowia, bo tak szczęśliwie się złożyło, że dwaj lekarze – dr Bogdan Snarski i dr Jan Bohdan Gliński – pozostawili w swoich wspomnieniach trwałe ślady swojego pobytu w mieście, które było jednym z wielu miejsc, przez które wiodła ich droga w nieznaną przyszłość. Uczestniczyli, nie zdając sobie z tego sprawy, w zdarzeniach niezwykłych, podobnie jak setki i tysiące innych ludzi, którzy tutaj osiedli, zadowolili się i uznali to miejsce na ziemi za swoje.

Jerzy Bogdan Kos



Przypisy:

1. 14 marca 1945 r. Rada Ministrów Rządu Tymczasowego dokonała podziału Ziemi Odzyskanych na cztery okręgi administracyjne oraz powołała pełnomocników rządu (późniejszych wojewodów). Stanowiska te objęli: Aleksander Zawadzki (Śląsk Opolski), Stanisław Piaskowski (Dolny Śląsk), Leon Borkowicz (Pomorze Zachodnie) i Jakub Prawin (Warmia i Mazury). Jednocześnie nominację na prezydenta Wrocławia otrzymał Bolesław Drobner, który w początkach czerwca 1945 r. zrezygnował z tego stanowiska, a prezydentem został Aleksander Wachniewski. Kaszuba E., *Między propagandą a rzeczywistością. Polska ludność Wrocławia w latach 1945-1947*, Warszawa – Wrocław 1997, s. 73-77.
2. Majewski R., *Dolny Śląsk 1945. Wyzwolenie*. Warszawa – Wrocław 1982, s. 210.
3. Kusiak F., *Trzebnica kolebką państwowości polskiej na Dolnym Śląsku (w:) Zarys rozwoju miasta na przestrzeni wieków* pod red. L. Wiatrowskiego, Wrocław – Trzebnica 1995, s. 206.
4. Kusiak F., op. cit., s. 206.
5. Dziubdziela B., *Dolny Śląsk wraca do Polski (w:) Taki był początek* pod red. H. Smolaka, Wrocław – Warszawa – Kraków 1962, s. 22.
6. Urząd Wojewódzki kierowany przez pełnomocnika Rządu RP, a następnie wojewodę Stanisława Piaskowskiego, mieścił się w trzech kamienicach przy ul. Wolności 5-7 (obecnie: ks. Wawrzyńca Bochenka). O fakcie tym przypomina tablica pamiątkowa.
7. Bogdan Snarski urodził się 12 lipca 1914 r. Wydział Lekarski Uniwersytetu Poznańskiego ukończył w 1937 r., po odbyciu obowiązkowej służby wojskowej brał udział w kampanii wrześniowej 1939 r. Uniknął osadzenia w obozie jenieckim, pracował w zakładach lecznictwa otwartego na Lubelszczyźnie. Po wojnie skierowany został przez wiceministra zdrowia dr. Jerzego Morzyckiego do pracy w Wydziale Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Kielcach. Po kilkumiesięcznym stażu wyjechał na Dolny Śląsk powołany na naczelnika Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, stanowisko to zajmował do 1946 r., kiedy to został dyrektorem Uzdrowisk Dolnego Śląska z siedzibą w Solicacych Zdroju (obecnie: Szczawno Zdrój). Wśród kilkunastu uzdrowisk i sanatoriów należących do utworzonego zespołu było również Uzdrowisko w Trzebnicy. Po powrocie do Inowrocławia – pracował w zakładach lecznictwa otwartego i w miejscowych sanatoriach.
8. „Sprawozdanie z działalności Wydziału Zdrowia z 2 maja 1945 r. wymienia w schemacie organizacyjnym Wydziału Zdrowia następujące referaty: a. nadzoru nad personelem lekarskim i pomocniczym, b. nadzoru nad zakładami leczniczymi, c. walki z chorobami zakaźnymi, społecznymi i zawodowymi, d. higieny społecznej, e. nadzoru nad żywnością i przedmiotami użytku, f. farmaceutyczny, g. pomocy lekarskiej nad pracownikami państwowymi.
9. Do 1958 r. nazwa: Szpital św. Jadwigi w Trzebnicy wymieniana była we wszystkich oficjalnych dokumentach oraz umieszczona na tablicach informacyjnych i na pieczęciach, a także powszechnie używana przez mieszkańców Trzebnicy. Później zastąpiła ją nazwa: Szpital Powiatowy w Trzebnicy.
10. Sprawozdanie z działalności Wydziału Zdrowia z 2 maja 1945 r. podpisane przez dr. Bogdana Snarskiego, p.o. dyrektora Wydziału Zdrowia było pierwszym raportem o organizacji i działaniach jednostek służby zdrowia na Dolnym Śląsku w 1945 r. Jego staranny odręczny zapis znajduje się w Muzeum Towarzystwa Miłośników ziemi trzebnickiej w trzebnickim Ratuszu. Po raz pierwszy został przedstawiony przez Jerzego Bogdana Kosa w książce *Czas nadziei*, Trzebnica 2004, s. 26-27.
11. Jerzy Aleksander Popiel urodził się 20 kwietnia 1912 r., absolwent Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego. Brał udział w kampanii wrześniowej, a następnie pracował w rejonie Ostrowca. W latach okupacji żołnierz AK i lekarz oddziałów partyzanckich. Chirurg. Pracował w Szpitalu św. Jadwigi w Trzebnicy od końca kwietnia do połowy czerwca 1945 r. Powrócił w strony rodzinne.
12. Jan Bohdan Gliński urodził się 19 grudnia 1915 r., maturę uzyskał w Gimnazjum im. Sułkowskich w Rydzynie, absolwent Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego w 1941 r. Żołnierz-ochotnik w wojnie 1939 r. Brał udział w powstaniu warszawskim. W 1945 r. lekarz w Szpitalu Miejskim św. Aleksandra w Kielcach. W latach 1945-1946 lekarz powiatowy i organizator placówek leczniczych w Zgorzelcu. Następnie – lekarz związany z lecznictwem otwartym w Warszawie. Historyk medycyny, pamiętnikarz.
13. Jerzy Bohdan Gliński: *Mój Zgorzelec. Zdrowie i środowisko*, Jelenia Góra 1989, 7, 12-13.
14. Bogdan Snarski: *Pierwsze dni wolności*, Archiwum Historii Medycyny, 1974, XXXVII, 355-358.
15. Bogdan Snarski: op. cit., s. 356-357.



Dr n. med. Dawidsohn Józef Hersz



Urodził się 18 stycznia 1881 r. w Warszawie. Ojciec Leon, matka Sara Rachela z domu Piner (zm. 24.03.1917 r.). Ukończył V Gimnazjum Filologiczne w Warszawie w roku 1899. Cztery lata później w 1903 roku skończył studia na Wydziale Przyrodniczym Uniwersytetu Warszawskiego, a następnie studia medyczne w Berlinie i Würzburgu, zakończone obroną pracy doktorskiej w 1906 r. W celu uzyskania prawa wykonywania zawodu zdał lekarski egzamin państwowy w Petersburskiej Akademii Wojskowo-Lekarskiej w roku 1907, uzyskując dyplom lekarza wojskowego. Natychmiast też podjął pracę w Szpitalu na Czystem w Warszawie, gdzie przyjmował pacjentów zarówno jako lekarz ogólny, jak i chirurg. Żona z domu Fels, syn Aleksander urodzony w 1904 r., a córka Halina ur. 1906 roku.

W 1908 roku założył i do 1932 roku był prezesem Żydowskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego „Bri’ut – Zdrowie”. Pełnił także funkcję prezesa Żydowskiej Ligi Przeciwgruźliczej „Atil”. W 1912 roku, ze względu na stan zdrowia, zrezygnował z ciężkiej pracy lekarza, który bezpośrednio zajmuje się pacjentami i zajął się pracą społeczną, publicystyczną, i polityką.

Podczas I wojny światowej został oficerem wojska rosyjskiego. Od września 1919 r. w Wojsku Polskim był początkowo lekarzem w Głównym Szpitalu Wojskowym Ujazdowskim w Warszawie, a następnie w sekcji opieki V Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych. W maju 1921 r. został przeniesiony jako inwalida do rezerwy w stopniu kapitana, lekarza Wojska Polskiego.

W latach 1919–1927 pełnił funkcję radnego Rady miasta stołecznego Warszawy. W 1913 roku z S. Mendelsonem założył dziennik „Przegląd Codzienny” będący pierwszą codzienną gazetą żydowską wydawaną w języku polskim. Był redaktorem naczelnym i wydawcą kilku pism „Tygodnik Nowy”, „Nasz Kurier” (1917-1923), „Dziennik Nowy” od 1919 i „Nasze Słowo”. Dr Dawidsohn był jednym z liderów ruchu syjonistycznego w Polsce. Senator RP II kadencji 1928-1930. W roku 1931 napisał i wydał książkę pt. „Gminy żydowskie”.

W 1932 roku wyemigrował na stałe do Brytyjskiego Mandatu Palestyny, gdzie pracował jako inspektor służb medycznych w Departamencie Imigracji Agencji Żydow-

skiej. Był wiceprezesem fundacji „Miwde ha'EZrachi”, która udzielała pożyczek rzemieślnikom i drobnym kupcom oraz budowała osiedla mieszkaniowe. Podczas II wojny światowej został mianowany lekarzem ochotników do wojska brytyjskiego, a po zwiększeniu się ich liczby do Brygady Żydowskiej. Przewodniczący Rady Zjednoczonej dla Pomocy Żydom Polskim (Waad ha' Meuchad le Ezrat Jehudej Polin). Był także inicjatorem budowy domu dla uchodźców. Po wojnie kontynuował pracę lekarską oraz w Radzie Pomocy.

Do końca życia mieszkał w Tel Awiwie. Zmarł 8 stycznia 1947 roku, przeżywszy lat 66. Jest pochowany na Starym Cmentarzu w Tel Awiwie.

Córka Halina Dawidsohn-Joz zginęła w czasie II wojny światowej na ziemiach polskich. Brat Dawidsohn Noe (1877-1928) – był okulistą i także działaczem syjonistycznym – zmarł w Warszawie, pochowany jest na cmentarzu Żydowskim przy ul. Okopowej w Warszawie. Jedyna znana mi pamiątka po senatorze to ocalała z pożogi wojenno-komunistycznej, wczesno-modernistyczna kamienica będąca własnością dr. Józefa Dawidsohna. Stoi pod nr 49 w Alejach Jerozolimskich. Zaprojektowana została przez duet wybitnych warszawskich architektów Józefa Napoleona Czerwińskiego i Wacława Heppena. Kamienica jest jednym z ostatnich dzieł wybitnych architektów, jest swego rodzaju zwieńczeniem ich twórczości, podsumowaniem epoki, zawiera niemal wszystkie najbardziej wyszukane elementy budownictwa mieszkalnego poprzedniego stulecia. Podczas bytności w Warszawie warto zobaczyć tę niedawno wyremontowaną piękną kamienicę, będącą niegdyś własnością naszego starszego kolegi lekarza.

Leszek Pałka
przewodniczący Komisji Legislacyjnej DRL

Bibliografia:

1. Żydzi w Polsce odrodzonej, 2 (1932–33), s. 151-152, 160;
2. Gruenbaum, Penei ha-Dor (1958), s. 257-263.
3. J. Majchrowicz (ed.), Kto był kim w drugiej Rzeczypospolitej (1994), s. 79.
4. Senatorowie losy wojenne i powojenne (2012)

SILVA RERUM MEDICARUM VETERUM

– h. – Syndykat lekarzy departamentu Sekwany rozstrząsał kwestię, jak należy postępować w tych razach, kiedy lekarzowi, wezwanemu do chorego, proponują obejrzeć przy sposobności jeszcze drugiego lub paru chorych, i orzekł, że honorarium, należy się za każdego obejrzanego chorego, lekarz może jednak zniżyć swe wymagania zależnie do warunków specjalnych oraz przypadku, których ocena zależy od jego taktu zawodowego.

**„Kronika Lekarska”
1898, XIX, 550-551**



– Lekarze bawarscy ułożyli sobie regulamin, podług którego postępują w stosunku do chorych i kolegów. O naradach regulamin ten mówi w następujący sposób: 1-o. Przychodzić trzeba akuracie, i lekarz, który przyjdzie pierwszy, nie jest obowiązany czekać dłużej nad kwadrans; dłuższe spóźnienie się usprawiedliwione być może jedynie okolicznościami nadzwyczajnymi. 2-o. Konsultant, gdy znajdzie się sam bez lekarza ordynującego, może zbadać chorego i przepisać le-

karstwo jedynie w przypadkach, nie cierpiących zwłoki, powinien jednakże natychmiast zawiadomić ordynującego kolegę o swem zdaniu oraz o przepisanej terapii. 3-o. Wymiana zdań pomiędzy lekarzami odbywać się winna bez udziału osób postronnych. 4-o. Konsultant powinien się wstrzymywać od krytyki wobec chorego i rodziny. Z innych punktów regulaminu wymienimy jeszcze następujące: a) zabrania się krytyka wszelkiej działalności lekarskiej wobec nie lekarzy. b) zabrania się ogłaszać o leczeniu bezpłatnym. c) nie wolno się ogłaszać jako specjalista jakiegobądź gałęzi medycyny bez odpowiedniego naukowego przygotowania. d) specjaliście nie wolno zajmować się praktyką, wkraczającą w inne specjalności. e) nazwę „klinik” i „poliklinik” nosić mogą jedynie państwowe instytucje naukowe.

**„Medycyna i Kronika Lekarska”
1910, XLV, 729**

**excerpta selegit
Andrzej Kierzek**

Zapiski emeryta

Wielki Brat

Stare powiedzenie mówi – ufaj, ale sprawdzaj. Jesteśmy zatem sprawdzani wszędzie i na wszystkich polach naszej aktywności życiowych.

Macie telefon komórkowy? Nawet jeśli nie posiada zainstalowanego programu szpiegowskiego, każdy nasz krok jest do wyśledzenia, ponieważ urządzenie to loguje się do kolejnych stacji bazowych. Można ponadto zdalnie uruchomić mikrofon! Pożytek dla lekarza: Miał Pan chodząc do parku i spacerować, a tymczasem notorycznie odwiedza Pan okoliczne bary!

Instaluje się teraz w domach automatyczne, radiowe wodomierze – niby korzyść, bo do tej pory płaciliśmy za prognozowane zużycie wody, często w istocie przeplacając. Z drugiej jednak strony, osobnik, gdzieś w odległym punkcie kuli ziemskiej wie, kiedy myjemy ręce, ile razy kąpiemy się w wannie, a ile razy bierzemy prysznic. Pożytek dla lekarza: kontrola przestrzegania higieny pacjenta i mycia zębów.

Podobnie dzieje się wówczas, gdy zalecamy choremu dietę – nic prostszego jak przeanalizowanie jego zakupów dokonywanych przy pomocy karty kredytowej. Klikamy kilka razy i już mamy chorego na widelcu – niby dieta, a tu na liście zakupów karkówka, masło, piwo, wódka, papierosy, itd.

„Podglądanie” odbywa się na bieżąco, co umożliwia analiza oglądanych przez nas programów telewizyjnych, nie tylko w sieciach kablowych i TV-sat. Można zatem dowiedzieć się, czy nie spędzamy za dużo czasu w fotelu, no i oczywiście jakie treści i z jakich stacji wnikają do naszego wnętrza. Jak się bronić?:

- nie oglądać telewizji,
- nie używać telefonów albo często wyjmować z nich baterie,
- myć się poza domem, a w domu woda niech się leje bez przerwy,
- nie używać kart kredytowych,
- nie wychodzić z domu (wszechobecny monitoring)!

dr Józef emeryt

POMRUK SALONÓW

Tegoroczne wakacje były nie tylko upalne, ale obfitowały też w wiele znaczących wydarzeń kulturalnych. Na początku lipca najlepszy wrocławski rzeźbiarz Stanisław Wysocki, znany już znacznej części naszych Czytelników jako twórca okolicznościowych rzeźb „Daisy” wręczonych uczestnikom V Polsko-Niemieckiego Sympozjum „Przeszłość zrozumieć – przyszłość kształtować” (6-8.10.2011 r.), prezentował swój dorobek w Haus Schlesien w Königswinter w Niemczech. Ta maleńka miejscowość, położona niedaleko Bonn, jest siedzibą Ziomkostwa Ślązaków. W czasach naszej młodości organizacji tej przypisywano nacjonalistyczne zapędy i ostrzegano przed zachodnoniemieckimi rewanżystami. Na czele Ziomkostwa Ślązaków stał, pochodzący z Raciborza, Herbert Hupka. Przed kilkunastoma laty miałem okazję poznać go osobiście. Moje wyobrażenia na temat szefa ZS okazały się dalekie od rzeczywistości. Był miłym, sympatycznym, bardzo wysokim starszym panem – czego się nie spodziewałem. Rodzinne miasto Racibórz nadało mu honorowe obywatelstwo. Oprócz siedziby Ziomkostwa w Königswinter mieści się wspomniany już Dom Śląski, który gromadzi nostalgiczne pamiątki związane ze Śląskiem i przechowuje „wspomnienia” pochodzących z tego regionu Niemców. Tych z roku na rok jest coraz mniej... Coraz mniejszym zainteresowaniem – jak sądzę – cieszy się wśród żyjących obywateli Niemiec związanych ze Śląskiem ich Heimat. Dla młodych Niemców jest to już bardzo zamierzchła przeszłość. Aby ożywić kontakty ze swoją byłą ojczyzną, szefowa Haus Schlesien Nicola Remig, wspólnie z dyrektorem Muzeum Miejskiego dr. Maciejem

Łagiewskim, zorganizowali piękną wystawę rzeźb Stanisława Wysockiego. Dzieła naszego mistrza pięknie wyglądały w ogrodach muzeum. Szczególnie pięknie prezentowała się replika pomnika wielkiego śląskiego poety epoki romantyzmu Josefa Eichendorffa, którego oryginał stoi w naszym Ogrodzie Botanicznym. Licznie zgromadzona na otwarciu wystawy, niemiecka publiczność nie kryła wyrazów uznania dla naszego wrocławskiego rzeźbiarza.

W zupełnie inne klimaty przeniosła nas wystawa znanego, wrocławskiego fotografa Stefana Arczyńskiego zatytułowana „Chiny”, zorganizowana w Dolnośląskim Centrum Fotografii „Domek Romański” przy pl. bp. Nankiera. Autor pokazał nam kilkadziesiąt swoich zdjęć z podróży do Chin sprzed wielu już lat. W dniu wernisażu fotografik kończył 97 lat. Składając autografy na zaproszeniach wielbicielek, tryskał wręcz młodzieńczą energią. Ten legendarny, wrocławski twórca, którego życiorys mógłby posłużyć jako scenariusz do filmu sensacyjnego, rozpoczął swoją karierę w roku 1936. Na Olimpiadzie w Berlinie fotografował wówczas słynnego, czarnoskórego biegacza Jessego Owensa, a także hitlerowskich dygnitarzy. I tak przez prawie 80 lat pracowitego życia aparat fotograficzny towarzyszy mu nieustannie. Jubilatowi życzymy ad multos annos!

Wrocławska synagoga organizuje już po raz kolejny „Lato w Synagodze pod Białym Bocianem”. Zainaugurował je w czerwcu koncert zespołu „Sytgit Band” z udziałem naszych kolegów po fachu. W sierpniu natomiast gościliśmy trzy pokolenia wspaniałych wokalistek romskich. Pierwsze i trzecie pokolenie to Romki

pochodzące ze Słowacji, absolutne amatorki, obdarzone wspaniałym aparatem wokalnym. Pierwsza z nich Janka Sendrei jest jedyną Słowaczką, która śpiewała w Carnegie Hall w Nowym Jorku, druga Słowaczka Anicka Olah jest kilkunastoletnią dziewczynką odkrytą w konkursie bratysławskiej telewizji. Towarzyszyła im pochodząca z Polski profesjonalistka Megitza. Pokazały one niespotykane połączenie muzyki etnicznej, bałkańskiej i góralskiej. Ta niesamowita i pełna ekspresji mieszanina spotkała się z niezwykłym aplauzem publiczności i zakończyła owacją na stojąco.

Hitem sezonu jest natomiast wystawa w Pałacu Królewskim „Rodzina Brueghlów”. Zgromadzono na niej arcydzieła malarstwa flamandzkiego pochodzące ze zbiorów prywatnych i dotychczas niepokazywanych w muzeach. Wystawa zagości w zaledwie kilku miastach europejskich, a my będziemy ją mogli oglądać do końca września. Obejrzałem wystawę wraz z przewodniczką, która wprowadziła nas w świat malarstwa flamandzkiego i doskonale orientowała się w kologacjach rodzinnych i osiągnięciach tej niesamowicie uzdolnionej malarzki rodziny. Trudno jest pisać o malarstwie, więc zachęcam do zobaczenia wystawy. Składa się ona ze 121 dzieł, a my mamy w Polsce w muzeach dwa obrazy Bruegla. Otwierający wystawę obraz Hieronymusa Boscha „Siedem grzechów głównych” jest pierwszym dziełem tego malarza, które zawitało do Polski. Musicie te obrazy koniecznie zobaczyć!

Wasz Bywalec



HENRYK MIERZECKI

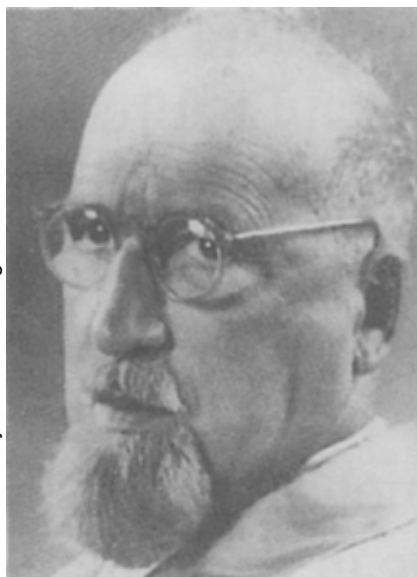
1891-1977. Doktor medycyny, profesor, specjalista chorób skórnych i wenerycznych

Zebrał i opracował Jerzy Bogdan Kos

Absolwent Wydziału Lekarskiego UJK we Lwowie. W 1919 r. uzyskał stopień doktora medycyny. Zmobilizowany do służby wojskowej w armii austriackiej pracował na Oddziale Chorób Skórnych i Wenerycznych Szpitala Wojskowego, którego ordynatorem był wiedeński dermatolog docent Wiktor Mucha, a następnie podczas służby w sztabie VI Armii Wojska Polskiego w Zakładzie Anatomii Patologicznej UJK (kierownik: profesor Witold Nowicki) we Lwowie. W 1921 r. został asystentem Kliniki Dermatologicznej UJK (kierownik: profesor Włodzimierz Łukasiewicz, a po nim profesor Jan Lenartowicz). Odbył staż naukowy w Klinice Charite w Berlinie. Od 1924 r. prowadził samodzielne badania naukowe, pracując w Kasie Chorych we Lwowie, w zakresie dermatologii pracowniczej – wyniki badań przedstawiał na zjazdach naukowych. W latach okupacji niemieckiej korzystał wraz z rodziną ze schronienia w klasztorze Bernardynów, a następnie przebywał pod przybranym nazwiskiem w Warszawie; pracował w wytwórni kosmetyków.

Po wojnie – w 1945 r. – habilitował się na UJ w Krakowie z zakresu medycyny

Fot. Historia Wydziału Lekarskiego... W. Kozuszek



społecznej i przemysłowej. W 1949 r. jako profesor objął kierownictwo Kliniki Dermatologicznej we Wrocławiu, kontynuując głównie badania z zakresu dermatologii przemysłowej. Od pierwszych lat pracy zawodowej był członkiem Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego – parokrotnie pełnił obowiązki prezesa we lwowskim

i wrocławskim oddziale tych stowarzyszeń, został również członkiem honorowym Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Był członkiem Komisji Medycyny Pracy PAN oraz w 1964 r. ekspertem Światowej Organizacji Zdrowia. Po przejściu na emeryturę w 1961 r. nadal kierował przychodnią chorób zawodowych i pracownią dermatoz przemysłowych przy Klinice Dermatologicznej we Wrocławiu.

Zainteresowania i osiągnięcia naukowe: medycyna pracy, dermatologia przemysłowa; kosmetologia. Autor (wspólnie z żoną Janiną, znaną artystką, fotografikiem) pionierskiej monografii-albumu „Ręka pracująca” (1938, 1946). Autor lub współautor kilku podręczników, m.in.: „Pracownicze choroby skóry”, „Kosmetyka lekarska” oraz pamiętnika „Czasy i klimaty – pamiętnik lekarza”.

Źródła: Henryk Mierzecki: Czasy i klimaty – pamiętnik lekarza. Kwartalnik Historii, Nauki i Techniki, R. 26: 1981, nr 3-4, s. 502-532. (www.wiwi.pl/wielcy/kwartalnik/MierzeckiHenryk.asp).

HENRYK MIERZECKI W ANEGDOTACH

Z PAMIĘTNIKA

(...) W czasie mojej pracy w Zakładzie Anatomii Patologicznej (we Lwowie – JBK) zwrócił się do mnie profesor Nowicki z propozycją profesora Włodzimierza Łukasiewicza, dyrektora Kliniki Dermatologicznej, objęcia w tejże Klinice stanowiska asystenta naukowego o pewnym anatomicznym przygotowaniu. Wahałem się, czy proponowany mi etat objąć. Stanowisko asystenta u prof. Łukasiewicza było dużym wyróżnieniem i lekarze, nawet o długim stażu klinicznym, nie otrzymywali etatu asystenta. Miałem wprawdzie przygotowanie dermatologiczne od prof. Muchy, ale nie zamierzałem poświęcić się dermatologii i wenerologii, lecz pedagogice i leczeniu dzieci umysłowo upośledzonych. (...)

Zgłosiłem się do szefa Kliniki prof. Łukasiewicza. Był to człowiek średniego wzrostu o arystokratycznym wyglądzie, wytworny, przypominający dawnych wiedeńskich hofratów. Profesor Łukasiewicz był wychowankiem kliniki wiedeńskiej, docentem znakomitego dermatologa Maurycego

Kaposiego – współpracownika, a następnie zięcia twórcy dermatologii prof. Ferdynanda Hebry. (Do czasów prof. Hebry dermatologia nie była samodzielną dyscypliną, stała się nią dopiero pod wpływem prof. Hebry). Prof. Łukasiewicz, po pobycie w Wiedniu i współpracy z Kaposim, objął Klinikę Dermatologii w Innsbrucku, a z chwilą organizacji Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu we Lwowie (1896 r.) – katedrę lwowską. Cieszył się sławą nie tylko w Polsce, ale i w dawnej monarchii austriacko-węgierskiej, jako wybitny diagnosta i terapeuta. (...)

Zgodnie z kierunkiem kliniki, a przygotowaniem moim na oddziale doc. Wiktora Muchy, zająłem się badaniami chorób wenerycznych i stąd też pierwsze moje publikacje w piśmiennictwie polskim („Polska Gazeta Lekarska”) i austriackim („Wiener Klinik Wochenschrift”), niemieckim („Dermatologische Wochenschrift”) i francuskim („Annales de Maladies Vennerienes”) objęły zagadnienia wenerologii (kiły i rzeżączki). Badania doświadczalne i teoretyczne oparłem, z braku urządzonej pracowni naukowej, o pracownię



w Zakładzie Anatomii Patologicznej (prof. Witold Nowicki) i Zakładzie Higieny (prof. Zdzisław Steusing). (...)

Z zakresu serologii kiły zajmowałem się odczynami kłaczkującymi. Istniał wówczas spór w nauce, czy kłaczek pojawiający się w surowicy krwi jest pochodzenia białkowego, czy tłuszczowego. Postanowiłem zagadnienie to rozwiązać w sposób tinktorialny (barwnikowy). Najwyraźniejsza reakcja wystąpiła po zastosowaniu błękitu Nilu, wybitnego odczynnika tłuszczowego. Kłaczek rzeczywiście zabarwił się na kolor niebieski. Wyniki tej pracy ogłosiłem w piśmiennictwie polskim („Polska Gazeta Lekarska”) i niemieckim („Dermatologische Wochenschrift”). Barwna odmiana odczynu kłaczkowatego wprowadzona została do Reagenzbuch Mercka pod nazwą „Mierzecki’s Reaktion auf Syphilis“ (...)

W czasie wojny światowej nauka poczyniła postępy i by się z nimi zapoznać należało wyjechać za granicę. Najchętniej wyjechałbym do Wiednia. Po zakończeniu wojny monarchia austriacko-węgierska rozpadła się. Wiedeń zubożał, a sławne kliniki wiedeńskie straciły swój splendor. Wobec tego jako miejsce właściwe do szkolenia wybrałem Berlin, który – mimo występujących tam licznych zaburzeń społecznych i gospodarczych – utrzymywał jeszcze kliniki na wysokim poziomie. Do wyjazdu do Berlina zachęcał mnie również profesor i z listami polecającymi od niego wybrałem się w 1922 roku do berlińskiej kliniki dermatologicznej prowadzonej przez prof. Georga Arndta.

Henryk Mierzecki: *Czasy i klimaty – „pamiętnik lekarza.”* Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” R. 26: 1981 nr 3-4 s. 503-532.

RĘCE

Wykłady i ćwiczenia z chorób skórnych i wenerycznych prowadził profesor Henryk Mierzecki, zwany popularnie przez studentów „Syfilutkiem”. Niski, korpulentny pan z dużą, ładną brodą był wybitnym specjalistą w zakresie zawodowych chorób skóry, w szczególności dłoni.

Zbliżał się egzamin z tego przedmiotu. Waldek B. bał się bardzo tego egzaminu i wpadł na genialny pomysł. Pomyślał: jeśli profesor zainteresuje się moimi dłońmi, to poprzestanie na pytaniach dotyczących tej problematyki. Przez kilka dni nacierał ręce węglem, a przed egzaminem lekko je umył. Był 22 marca, piękny, słoneczny dzień 1950 roku. Zdawaliśmy w czwórkę. Waldek siadł na krześle nieco dalej od biurka i wyeksponował swoje dłonie na jasnych spodniach. Profesor zadał pytanie Starościńskiemu, ale nie słuchał uważnie jego odpowiedzi, tylko ciągle zerkał w stronę Waldka zafascynowany jego dłońmi.

Gdy Kazik skończył profesor powiedział: – Bardzo dobrze! – i podszedł do Waldka. Wziął jego dłonie, oglądał z jednej, potem z drugiej strony. Zdziwiony podszedł do biurka i wziął lupę, by z jej pomocą jeszcze raz obejrzeć ręce Waldka. Gdy siadł ponownie za biurkiem, zaśmiał się rubasznie i głaszcząc swoją długą siwą brodę powiedział:

– Myślałem początkowo, panie kolego B., że jest pan górnikiem, ale ma pan zbyt delikatne ręce i brak na nich odcisków. Po prostu miał pan kontakt z węglem i to przez okres bardzo krótki.

Waldek skruszony opowiedział całą prawdę i dzięki temu oraz dużemu poczuciu humoru profesora po kilku pytaniach egzamin wypadł nam bardzo pomyślnie.

Czesław Kempisty: *Przeżyć dzień. Wspomnienia z lat 1941-1951.* Wrocław 1989, s. 266-267.

EGZAMIN TO ŚWIĘTO

Egzamin z dermatologii. Mieliśmy wyznaczony termin na lipiec, a więc musieliśmy specjalnie przyjechać do Wrocławia z wakacyjnych praktyk szpitalnych. Nie każdy mieszkał w stolicy Dolnego Śląska i dlatego jeden z kolegów przyszedł na egzamin ubrany raczej sportowo – w barwną koszulkę kratę. Profesor Henryk Mierzecki tego nie znosił. Dla niego egzamin to była rzecz święta, a dla studenta miała być świętem. Nie zdziwiliśmy się, kiedy Profesor wchodząc do sekretariatu zlustrował nas bystrym wzrokiem i powiedział:

– Panowie, nikogo nie przyjmę na egzamin, dopóki kolega nie będzie odpowiednio ubrany.

W pośpiechu zrobiliśmy zrzutkę i nasz nieszczęsny „sportowiec” pojechał do sklepu po białą koszulkę i krawat. Po jego powrocie zameldowaliśmy Profesorowi, że wszyscy są już odpowiednio ubrani. Udobruchany Profesor nawet nie był taki groźny – po dwóch kolejkach pytań zdaliśmy egzamin. A przy okazji przypomniał nam o szacunku do macierzystej Uczelni. I miał rację – Uczelnia to nie freblówka.

Ryszard Orzeł: *Egzamin – to święto* (w:) *Szósty Rocznik* pod red. Jerzego Bogdana Kosa, Wrocław 1995, s. 117.

„SYFILUTEK”

Profesor Henryk Mierzecki – dermatolog i wenerolog, miał wśród studentów przezwisko „Syfilutek”. Było ono zbitką dwóch słów: „syfilis” i „Filutek”. „Syfilis” był aluzją do zawodu Profesora, zaś drugi człon przezwiska nawiązywał do bardzo popularnej w tym czasie postaci zabawnego Profesora Filutka z „Przekroju”. Z tym, że o ile dowcipy serwowane czytelnikom przez Profesora Filutka odznaczały się wdziękiem, finezją i inteligencją, o tyle próbki dowcipów, którymi starał się czasami ubarwić swoje wykłady profesor Mierzecki były najczęściej nie najwyższego lotu. Stąd też rzadko kiedy reagowano na nie śmiechem i aplauzem.

Podczas jednego z wykładów poświęconego kile i jej późnym następstwom Profesor mówił o trudnej decyzji, jaką musiał podjąć po przypadkowym skaleczeniu się i zakażeniu krwią pacjenta chorego na kiłę. Nie jestem wenerologiem i nie powtórzę wiernie – po wielu latach, jakie upłynęły od tamtego wydarzenia, co wtedy mówił Profesor. Problem sprowadzał się do tego, czy poddać się bezzwłocznie profilaktycznemu leczeniu przeciw kile, które było uciążliwe i nieobojętne dla organizmu, czy zaryzykować, że w określonych warunkach do zakażenia nie dojdzie i leczenia zapobiegawczego można nie zaczynać. Swoją opowieść Profesor zakończył radosnym stwierdzeniem:

– Jak państwo widzicie, decyzja ta była słuszna i żadne objawy kiły u mnie nie wystąpiły. Do dzisiaj zachowałem pełne zdrowie fizyczne i intelektualne!

A wtedy, gdzieś z głębi sali wykładowej, z ostatnich rzędów ławek rozległy się wypowiedziane tubalnym głosem dwa słowa:

– No, no!?

Na tle radosnej relacji Profesora, sposób w jaki zostały wypowiedziane, był tak zabawną mieszaniną podziwu i powątpiewania, że wiele osób parsknęło śmiechem, co nieco speszyło Profesora, który spojrzął na zgromadzonych i zapytał:

– Czy są jakieś wątpliwości?

A ponieważ nikt się nie odezwał – zakończył na tym wykład.

Roman Hajzik



Wiceprezesowi Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
dr. n. med. **Andrzejowi Wojnarowi**
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają

dr n. med. Igor Chęciński – prezes Dolnośląskiej
Rady Lekarskiej,
członkowie DRL oraz pracownicy biura Izby

Wiceprezesowi Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
dr. n. med. **Andrzejowi Wojnarowi**
wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają

koleżanki i koledzy z Komisji Bioetycznej przy
Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej

Dr. n. med. **Andrzejowi Wojnarowi**
wiceprezesowi Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci ukochanej

Mamy

składają

członkowie i Zarząd Oddziału Dolnośląskiego
Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich
Wspieramy Cię w modlitwie!

PS: „Niech Dobry Bóg, w swoim miłosierdziu, wybaczy jej
ludzkie ułomności
i przyjmie do Królestwa wiecznego pokoju i radości”.

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że odeszła od nas
nasza Koleżanka
śp.

**lek. dent. Bogusława
Mucha-Ciura**

Rodzinie i bliskim składamy wyrazy szczerego współczucia
w imieniu stomatologów ziemi wałbrzyskiej
lek. dent. Iwona Świątkowska – pełnomocnik DRL ds.
stomatologów

Zawiadamiamy o śmierci naszego Kolegi

lek. stom. Tomasza Pustulki

Rodzinie składamy szczerę kondolencję
koleżanki i koledzy dentyści
z Lubina i Delegatury Legnickiej

Naszej Koleżance lek. stom. **Marii Jagiello**
szczerę wyrazy współczucia z powodu śmierci

Taty

składają koleżanki i koledzy z Koła DIL w Lubinie



Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi

z głębokim żalem zawiadamiam, że 2 lipca 2013 r. zmarł

lek. Zbigniew Muszyński

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Łodzi

II, V i VI kadencji,

delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy OIL w Łodzi

wszystkich sześciu kadencji, delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy

dr n. med. Grzegorz Mazur, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi
w imieniu Rady

dr n. med. Grzegorz Krzyżanowski, wiceprezes ORL, przewodniczący Delegatury Łódzkiej OIL
lek. Maria Kozłowska-Kijewska, zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wraz
z gronem pozostałych Zastępców OROZ
w Łodzi

lek. Januariusz Kaczmarek, przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego
w Łodzi wraz z sędziami OSŁ w Łodzi
pracownicy Biura OIL w Łodzi



Naszemu Koledze **Marianowi Majchrowskiemu**
wyraży szczerego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają
koleżanki i koledzy
z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Legnicy

Panu Profesorowi **Leszkowi Szenbornowi**
i Jego Rodzinie
wyraży współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci

Ojca

składają lekarze, pielęgniarki
i pozostali współpracownicy z Kliniki Pediatrii
i Chorób Infekcyjnych we Wrocławiu

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci naszego Kolegi

lek. Adama Psarskiego

Rodzinie i Bliskim składamy
wyraży szczerego współczucia
koleżanki i koledzy z grupy XXI, Rocznik 1983

Z głębokim smutkiem zawiadamiamy, że 27 lipca
2013 r. zmarła

dr Anna Rypniewska-Rachal

lekarz okulista
Córkom i Rodzinie
składamy wyraży szczerego współczucia
koleżanki i koledzy z rocznika 1969

Z głębokim smutkiem zawiadamiam,
że 18 maja 2013 r.
zmarła moja nieodżałowana pamięci

dr Sabina Łopuch

lekarz, który nie szczędził sił i zdrowia,
by ratować
ludzkie życie oraz niezawodna przyjaciółka.
Twój brak jest bardzo dotkliwy!
Stella Kovacz-Malinowska

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że 17 lipca 2013 r.
zmarł

Marek Feliks

lekarz laryngolog
Wyraży szczerego współczucia Rodzinie i Bliskim
składają koleżanki i koledzy z Delegatury DIL
w Jeleniej Górze

Z żalem zawiadamiamy, że 2 lipca 2013 r.
odeszła nasza Koleżanka

Barbara Lichnowska

lekarz pediatra

Wyraży szczerego współczucia Rodzinie i Bliskim
składają koleżanki i koledzy z Koła Seniorów
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że 1 sierpnia 2013 r.
zmarł

dr Adam Psarski

lekarz laryngolog

Wyraży szczerego współczucia Rodzinie i Bliskim
składa Dolnośląska Rada Lekarska

Reklama

ultrasonografy.pl
ECHOSON



III Międzynarodowa Konferencja

Okulistyka - kontrowersje



WROCLAW
17-19.10.2013

Wrocławskie Centrum Kongresowe
HALA STULECIA



www.okulistyka-kontrowersje.pl



Dyrektor:
Prof. Marek Miciuk-Majło
Katedra i Klinika Diagnostyki i Leczenia Chorób Oczu
im. Profesora Sędzińskiego Wrocław
www.okulista.um.wroc.pl



Biuro Organizacji Konferencji:
InspireCongress Sp. z o.o.
50-315 Wrocław, ul. Powstańców 29
tel. +48 71 798 92 20, fax +48 71 798 92 54
biuro@inspirecongress.pl | www.inspirecongress.pl



Współorganizator:
Fundacja Na Rzecz Rozwoju
Nauki i Medycyny
www.fundacjaonauki.pl

Terminy dyżurów

Prezes DRL **Igor Chęciński**

przyjmuje codziennie

po uprzednim uzgodnieniu z sekretariatem

tel. 71 798 80 52.

Wiceprezes DRL **Andrzej Wojnar**, pon.-czw., 12.30-15.30

Wiceprezes DRL **Paweł L. Wróblewski**, wt., 14.00-15.00

Wiceprezes DRL **Bożena Kaniak**, czw., 15.15-16.00

Wiceprezes DRL **Alicja Marczyk-Felba**, czw., 12.05-13.40

Sekretarz DRL **Jacek Chodorski**, pon., wt., czw., pt., 14.00-15.00

Skarbnik **Małgorzata Niemiec**, wt., czw., 15.15-16.00

Przewodniczący Komisji Rewizyjnej

Piotr Laska, 3. czwartek miesiąca 12.00-13.00

Delegatura Wrocław

Wiceprezes **Jakub Trnka**,

w dniach posiedzeń Komisji Etyki, 12.30-13.30

Delegatura Jelenia Góra:

wiceprezes **Barbara Polek**, wt., 10.00-11.00

Delegatura Legnica:

wiceprezes **Ryszard Kępa** wt., 15.00-16.00

Delegatura Wałbrzych:

wiceprezes **Dorota Radziszewska**, wt., 15.00-16.00

Przewodniczący Okręgowego Sądu Lekarskiego

Jan Spodzieja czw., 12.00-15.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Pior Piszko czw., 14.00-17.00



OŚRODEK
OKULISTYKI
KLINICZNEJ



CENTRUM
JASKRY
prof. dr hab.
Maria Hanna Niżankowska

OD 5 SIERPNI ZAPRASZAMY DO
NOWEJ SIEDZIBY w centrum Wrocławia

ul. Zaolziańska 4

(naprzeciw hotelu „Wrocław”)

Rejestracja: 71 345 31 81 71 345 31 88

Usługi prywatne: 725 777 333



CHIRURGIA OKA

- ZAĆMA - najnowocześniejsze metody
- CHIRURGIA REFRAKCYJNA
- KOREKCJA LASEROWA WAD WZROKU
- PROFILAKTYKA I LECZENIE JPZK metodą otwarcia naturalnej drogi odpływu przez kąt przesączania
- OPERACJE SIATKÓWKI - wszystkie wskazania
- WITREKTOMIA - usuwanie krwotoków, otwory plamki
- LECZENIE LASEROWE
 - siatkówka, jaskra, cyklofotokoagulacja
- LECZENIE AMD, obrzęki plamki
- OPERACJE ZEZA

DIAGNOSTYKA

- Obrazowanie Przedniego Odcinka Oka AS OCT VISANTE
- Diagnostyka obrazowa Pierwotnie Zamkniętego Kąta
- Nowoczesne badania pola widzenia
- Diagnostyka jaskry HRT, OCT
- OCT siatkówki
- Angiografia fluoresceinowa
- Zdjęcia barwne dna oka
- USG oka i oczodołu
- Topografia rogówki
- Badanie grubości rogówki (pachymetria)
- Ocena śródbłonna rogówki
- IOL - bezdotykowa biometria optyczna oka

• PEŁNE SPEKTRUM DIAGNOSTYKI I LECZENIA OKULISTYCZNEGO •

PRYWATNA DORAŻNA POMOC OKULISTYCZNA
OPIEKA OKULISTYCZNA NAD WCZEŚNIAKAMI

KONSULTACJE Z ZAKRESU REHABILITACJI WZROKU
DOBÓR SOCZEWEK KONTAKTOWYCH TWARDYCH

www.spektrum.wroc.pl

APARTAMENTY

na sprzedaż

Balti
Cliff

> Inwestuj

> Wypoczywaj

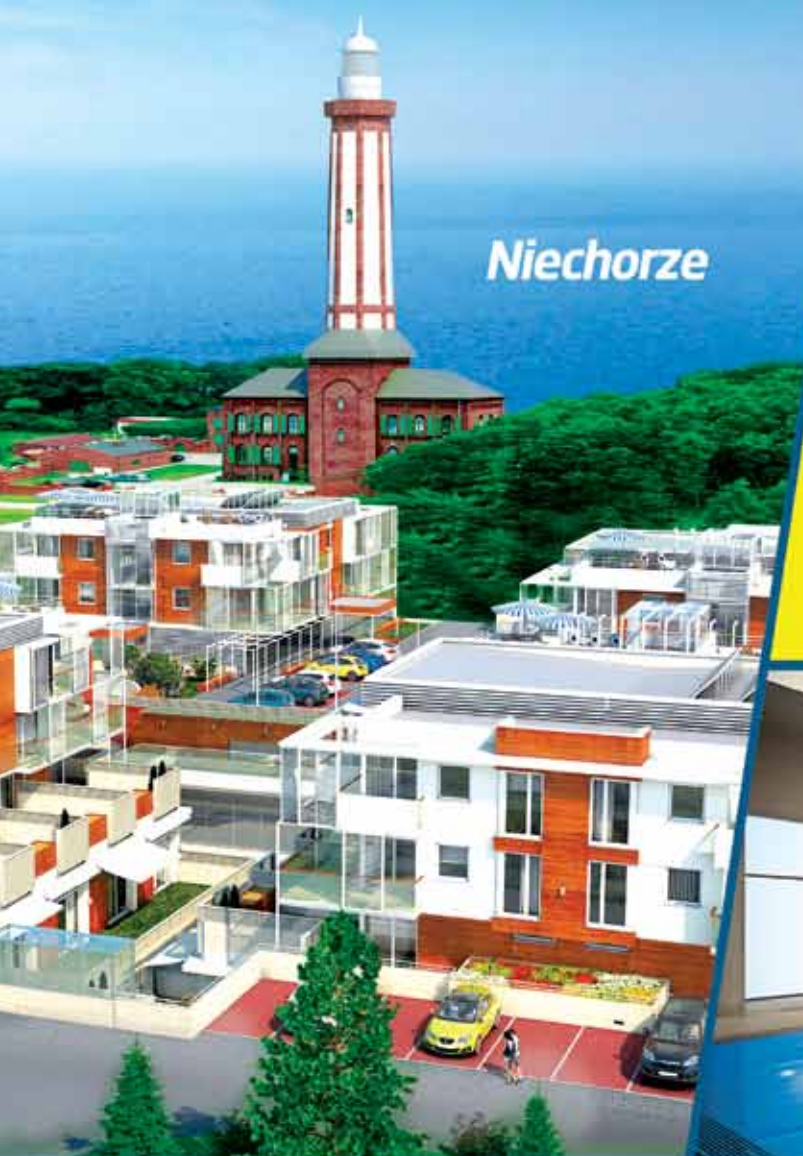
> Zarabiaj

GWARANTOWANE

ROCZNIE
10%

ZWROTU Z INWESTYCJI

Niechorze



tel. 725 777 888

www.DomyNadMorzem.pl