



PRIMUM NON NOCERE

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ ISSN 1234-7531 Nr 2 (271) 2014



VILLA MODERNA

MIESZKANIA DLA WYMAGAJĄCYCH

Specjalna oferta dla lekarzy



WINDA

GARAŻ

Bielawki, ul. Kozińskiego 27

 Moderator Inwestycje

tel. 668 894 781

tel. 502 085 643

Kiedy kolejne numery „Primum”?

Regularność wydawania i wysyłania „Primum”, której się dopracowaliśmy – została zmacona nowym harmonogramem wysyłki „Gazety Lekarskiej”, z którą łączy nas więź finansowa: po połowie pokrywamy koszty kolportażu.

Po styczniowej nieobecności, w lutym, poza teraz trzymany numerem pisma, **25 lutego** zostanie wysłany do Państwa drugi – już na marzec.

Kolejne numery „Primum”, no i oczywiście „Gazety Lekarskiej”, wysyłane będą do Państwa: nr 4 – 1 kwietnia, nr 5 – 29 kwietnia, nr 6 – 10 czerwca 2014 r.

W NUMERZE

Z BIL.....	2
WRACAMY DO SPRAWY	3
ZE SZPITALI.....	4
WYDARZENIA.....	5
TRANSPLANTOLOGIA	8
JUBILEUSZ	9
ROZMOWA Z... ..	10
KOMUNIKACJA LEKARZ-PACJENT	12
TAK MYŚLĘ.....	14
RADCA PRAWNY BIL INFORMUJE	15
LEKARSKI WOLONTARIAT.....	16
LEKARZ W GAŚZCZU PARAGRAFÓW	18
FELIETON	19
PIGUŁKA.....	20



Fot. Maciej Grzmieł

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Obserwując ostatnie wydarzenia w ochronie zdrowia zauważyłem dysocjacje w ocenie działań polityków. Z jednej strony bardzo krytycznie ocenia się ministra zdrowia i nakazuje likwidację lub zmniejszenie kolejek do lekarzy specjalistów, z drugiej, bardzo pozytywnie wyraża się na temat dotychczasowej działalności szefa rządu. Przecież to on decyduje o kierunkach podejmowanych działań i mianuje ministrów odpowiedzialnych za realizację wyznaczonych celów w poszczególnych resortach! Zbliżające się wybory do parlamentu europejskiego i wybory samorządowe gwałtownie zwiększyły liczbę obietnic i pomysłów związanych z poprawą doli chorego. Przyszli ozdrowieńcy prawdopodobnie z wielką ochotą poprą przy urnie wyborczej zdrowo myślących reprezentantów narodu – swoich dobroczyńców.

Proponuje się więc nie limitować procedur leczniczych już zdiagnozowanych chorych onkologicznych. Czas oczekiwania na wdrożenie leczenia nie będzie mógł przekroczyć 14 dni. Propozycja ze wszech miar słuszna i bardzo potrzebna. Wiadomo jednak, że podstawowym warunkiem poprawy wyników leczenia nowotworów jest ich wczesne wykrywanie. Wykrycie nowotworu jest bardzo kosztowne i praktycznie nie do zrealizowania tylko w centrach onkologicznych. Ewentualny sukces w tym zakresie będzie zależał przede wszystkim od lekarzy podstawowej opieki medycznej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Będzie to również zależało od ich uzbrojenia w odpowiednie możliwości diagnostyczne i korzystania z odpowiedniej aparatury medycznej. Należy też nie zapominać, że narzędzia diagnostyczne są tylko wtedy użyteczne, jeśli posługują się nimi doskonale wyszkoleni lekarze. Postępy w medycynie wymuszają ciągłe podnoszenie kwalifikacji. To kosztuje! Jeśli składka nie zostanie podniesiona, to kolejki na zabiegi nieonkologiczne i nieratujące życia, a tylko poprawiające jego jakość i zdolność do pracy, zostaną prawdopodobnie znacznie wydłużone. Nasuwa się pytanie, czy nie jest to znakomita okazja do zmonopolizowania i zcentralizowania procedur nielimitowanych, kosztem pozostałych zakładów opieki zdrowotnej. Z punktu widzenia doraźnych efektów wymienione działanie ma sens, lecz patrząc z innej perspektywy może dojść do obniżenia wskaźnika wczesnego wykrywania nowotworów. W konsekwencji doprowadzi to do znacznego wzrostu kosztów leczenia w centrach onkologicznych. Kosztów tych nie będą jednak ponosiły wymienione ośrodki, lecz płatnik i co najgorsze – chory.

Drugim sztandarowym programem ma być znaczna poprawa w leczeniu chorych w podeszłym wieku. Jak podają media znaczną poprawę uzyska się poprzez zwiększenie ilości klinik i oddziałów geriatrycznych. Poruszany problem, jak doskonale wiemy, dotyczy wielu specjalności: zarówno zabiegowych jak i zachowawczych. Z dnia na dzień obserwujemy i leczymy coraz więcej chorych w podeszłym wieku w oddziałach ortopedycznych, chirurgicznych i innych. Jednak nasze obserwacje nie są zbieżne z wyceną w katalogu świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia. Doskonale wiemy, że seniorzy po naszych operacjach wymagają szczególnej opieki pielęgniarskiej, ćwiczeń pod okiem fizykoterapeutów, pomocy psychologów i dietetyków. Mizeria finansowa większości szpitali nie pozwala na realizację tak kompleksowego leczenia. Mam nadzieję, że nie powtórzy się historia związana z kardiologią inwazyjną, której zapewniono znaczny dopływ środków finansowych, a nie zauważono, że brakuje pieniędzy na ambulatoryjną opiekę kardiologiczną.

Dr n. med. Stanisław Prywiński
Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

REDAKCJA e-mail: primum@bil.org.pl, agnieszka.banach@hipokrates.org, tel. 52 3460785

WYDAWCA: Bydgoska Izba Lekarska, 85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11; telefony: 52 3460084, 52 3460780;

Numer konta BIL: PKO BP II O/Bydgoszcz 95102014750000830200191197;

e-mail: bil@bil.org.pl; www.bil.org.pl

• Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: e-mail: rzecznik@bil.org.pl, tel. 52 3461257

• Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyści: lek. med. Włodzimierz Kasierski tel. 604406240

RADA PROGRAMOWA: Przewodniczący: dr n. med. Wojciech Szczepny; członkowie Rady: prof. Aleksander Araszkievicz, red. nac. Agnieszka Banach, lek. Mięczysław Boguszyński, dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, red. Magdalena Godlewska, dr n. med. Marek Jurgowiak, dr n. med. Andrzej Martynowski, lek. dent. Marek Rogowski, dr n. med. Maciej Socha.

CZEKAMY na Państwa opinie, uwagi i propozycje! Przewodniczący Rady Programowej: Wojciech Szczepny, tel. 602395654; redaktor naczelny: Agnieszka Banach tel. 696016262, agnieszka.banach@hipokrates.org; redaktor: Magdalena Godlewska, magdlewska@poczta.onet.pl

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i poprawiania materiałów oraz zmian w tytułach. Za treść reklam nie odpowiadamy.

■ DRUK: ABEDIK, Bydgoszcz tel. 52 3700710 ■ SKŁAD: MAGRAF s.c., Bydgoszcz tel. 52 3791435



Z Okręgowej Rady Lekarskiej BIL

Podczas posiedzenia 12 grudnia 2014 r. rozpatrywano m.in.:



● Posiedzenie rozpoczęło się jednogłośnie podjęciem uchwał dotyczących: przyznania ograniczonego pzw lekarza, wydania duplikatu pzw lekarza dentystry, zobowiązania lekarza do odbycia przeszkolenia w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu, wpisania do rejestru BIL i na listę członków BIL w związku z przeniesieniem z innej oł, uchylenia uchwały, wykreślenia z rejestru praktyk.

● Następnie obecni zajęli się sprawami finansowymi. Jednogłośnie zdecydowali o przyznaniu zapomogi (na wniosek Komisji Socjalnej) oraz zwolnieniu z obowiązku opłacania składki członkowskiej występującym o to lekarzom.

● Gremialnie uchwalili również: pokrycie kosztów udziału chóru BIL w Międzynarodowym Wrocławskim Festiwalu Chóralnym (7300 zł), wsparcie finansowe dla dr. Mieczysława Boguszyńskiego przy wydaniu książki „W kręgu Eskulapa” (7000 zł), zlikwidowanie, ze względu na koszty prowadzenia, dotychczas posiadanego konta i przeniesienie oszczędności do Alliorbanku, rezygnację z prenumeraty Rzeczypospolitej w roku 2014, rozliczenie dotacji NRL na or-

ganizację warsztatów „Komunikacja lekarz–pacjent”.

● Przy 6 głosach wstrzymujących się, po burzliwej dyskusji i wystąpieniu prof. W. Sinkiewicza, zaakceptowano również wniosek Komisji Bioetycznej o zarezerwowanie na organizację konferencji naukowej pt. „Bioetyczne, medyczne i psychologiczne aspekty tożsamości płci” 16 tys. zł.

● ORL odroczyła zakup defibrylatora do BIL, upoważniając prezesa do bliższego zapoznania się z ofertą na konwencie prezesów okręgowych izb lekarskich. Większością głosów odrzucono prośbę dr. Tadeusza Kowalewskiego o pomoc w sfinansowaniu wydania kolejnego tomu powieści „Jak feniks z popiołów”, argumentując że dr Kowalewski otrzymał już dwukrotnie dofinansowanie publikacji swoich książek.

● Następnie ORL, po zapoznaniu się z decyzją PPIS w Bydgoszczy, nakazującą zaprzestania udzielania świadczeń medycznych przez jedną z bydgoskich specjalistycznych praktyk lekarskich, oraz ze stanem faktycznym wynikającym z rejestru praktyk,

postanowiła jednogłośnie przekazać sprawę do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz wezwać osobę zainteresowaną do siedziby Izby w celu złożenia wyjaśnień.

● Jednogłośnie przyjęto wniosek o zgłoszenie do odznaczenia Meritus Pro Medici dr Haliny Grzybowskiej-Rogulskiej.

● Pozostawiono bez odpowiedzi pismo Departamentu Współpracy Międzynarodowej MZ w/s zgłaszania lekarzy, którzy mogliby przeprowadzać badania osób osadzonych w jednostce więziennej ONZ (po zapoznaniu się z jego treścią).

● Projekty przesłanych do BIL aktów prawnych rozpatrzyła mec. Jadwiga Jarząbkiewicz-Górniak.

● Na koniec członkowie ORL po zapoznaniu się z apelem ORL w Szczecinie o zmianę przepisów rozporządzeń w/s świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz z zakresu leczenia szpitalnego wyrazili chęć poparcia w/w stanowiska do Naczelnej Rady Lekarskiej.

Iwona Kosło

Klub Lekarza Seniora zaprasza!

Członkowie Bydgoskiej Izby Lekarskiej na listopadowym zjeździe wybrali kierownictwo naszego samorządu zawodowego na VII kadencję (lata 2014–2017). W ślad za zjazdem ukonstytuowały się poszczególne organy Izby, a obecnie trwa tworzenie komisji problemowych – do udziału w ich pracach uprawniony jest każdy członek naszej Izby.

Ósmego stycznia odbyło się pierwsze w nowej kadencji spotkanie Klubu Lekarza Seniora, który spełnia rolę Komisji ds. Lekarzy Emerytów i Rencistów. Na tym spotkaniu dokonano wyborów kierownictwa Klubu. Przewodniczącym został Maciej Borowiecki, zastępcami: Jolanta Kwaśniewska i Danuta Walter-Gaube, członkiem prezydium – Franciszka Protas-Drozd. Ustalono, że comiesięczne spotkania Klubu będą się odbywać w Bydgoskiej Izbie Lekarskiej w każdą pierwszą środę miesiąca (za wyjątkiem lipca i sierpnia). Z reguły będą się rozpoczynać o godzinie 14.30, chociaż na życzenie prelegenta możliwe są niewielkie odchylenia od tej godziny. Dotyczyć to będzie między innymi lutowego spotkania, które 5 lutego rozpocznie się o godzinie 14.00. Prof. dr hab. n. med. Władysław Sinkiewicz przedstawi na nim ciekawie brzmiący temat: „Czy wino jest dobre dla serca?”.

W marcu (też piątego, ale o godzinie 14.30) dr Maciej Socha zgodził się przedstawić swoje wrażenia z miesięcznego pobytu w Gwatemali, gdzie leczył tamtejszych mieszkańców w ramach projektu Medici Homini.

Warto wspomnieć, że również styczniowemu spotkaniu Klubu towarzyszył wykład prof. dr hab. n. med. Małgorzaty Pawłowskiej, która w bardzo ciekawym przekazie zapoznała zebranych z jednym z najpoważniejszych aktualnie zagrożeń zdrowotnych, jakie w Polsce i na świecie stwarzają wirusy hepatotropowe. Dość powiedzieć, że według epidemiologów wirusami wzw B i C zakażonych zostało milion Polaków.

Serdecznie zachęcam wszystkich lekarzy seniorów do udziału w kolejnych spotkaniach Klubu, które poza częścią referatową są zawsze okazją do przyjacielskich pogawędek przy kawie i ciasteczkach.

Warto przypomnieć, że klub Lekarza Seniora powstał z inicjatywy dr Haliny Grzybowskiej-Rogulskiej, która przewodniczyła mu przez blisko dwadzieścia lat i na długo pozostanie niedoścignionym wzorem aktywności i inwencji w pracach na rzecz seniorów.

Do wszystkich koleżanek i kolegów kieruję więc zaproszenie do kontynuacji Jej dzieła, do udziału w naszych comiesięcznych spotkaniach i zgłaszania pomysłów na ich uatrakcyjnienie.

Z serdecznymi pozdrowieniami – w imieniu kierownictwa Klubu Lekarza Seniora

Maciej Borowiecki

Zapraszamy do udziału w komisjach tematycznych działających przy Bydgoskiej Izbie Lekarskiej!

Można zgłaszać chęć działania w komisjach: finansowej, praktyk prywatnych i prywatyzacji, etyki, kształcenia, ds. lekarzy emerytów i rencistów, ds. młodych lekarzy, socjalnej, stomatologicznej, ochrony praw lekarzy i lekarzy dentystry. Zapisy do 8 marca.

Racja po stronie Fundacji

Szereg błędów formalnych dopuściła się Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia w postępowaniu odwoławczym prowadzonym w sprawie konkursu rozstrzygniętego na niekorzyść Fundacji „Zdrowie Dla Ciebie” przez regionalny oddział ubezpieczalni – stwierdził Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie i określił zaskarżoną przez Fundację decyzję ówczesnego prezesa Funduszu Agnieszki Pachciarz jako naruszającą przepisy prawa. Teraz dyrektor Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ma ponownie rozpatrzyć odwołanie „Zdrowia dla Ciebie”.

Przypomnijmy, że WSA rozpatrywał we wrześniu i październiku 2013 skargę Fundacji na decyzję prezesa NFZ odrzucającą jej odwołanie odnośnie konkursu przeprowadzonego przez Wojewódzki Oddział NFZ w Bydgoszczy w grudniu 2012 roku, na realizację nocnej i świątecznej opieki medycznej. „Zdrowie dla Ciebie” zgłosiło do niego swoje cztery placówki działające w różnych regionach miasta. Obok Fundacji do rywalizacji przystąpiły jeszcze: Szpital MSW, NZOZ „Medic” oraz „Ikar”. Po ogłoszeniu wyników konkursu okazało się, iż NFZ zadecydował, że od 1 stycznia 2013 Fundacja, która od 2007 roku zapewniała opiekę medyczną całej Bydgoszczy i okolicom, ma świadczyć usługi tylko w rejonie Wyżyn-Kapuścisk, a w pozostałych obszarach wybrano: w Fordonie-„Medic”, na Błoniach – „Ikar”, w Śródmieściu – MSW. „Zdrowie dla Ciebie” natychmiast odwołało się od decyzji NFZ. Dyrektor Oddziału skargę

odrzucił, to samo zrobiła prezes Centrali Agnieszka Pachciarz. „Przestałam wierzyć, że w naszym państwie obowiązuje prawo – mówiła wtedy rozgoryczona prezes Fundacji Krystyna Kopa – Dawaliśmy lepsze propozycje, mieliśmy wszelkie podstawy prawne, by wygrać, a stało się inaczej.”

W tej sytuacji „Zdrowie dla Ciebie” postanowiło odwołać się do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. Ten uchylił zaskarżoną przez organizację decyzję prezesa NFZ, stwierdzając, że „narusza przepisy prawa” i wytknął Centrali, że podczas rozpatrywania odwołania popełniono wiele nieprawidłowości. W uzasadnieniu wyroków czytamy m.in., że „prezes NFZ nie odniósł się przekonująco do ściśle skonkretyzowanych zarzutów podnoszonych przez Fundację, poprzestając na ogólnikowych rozważaniach. Wydając zaś zaskarżoną decyzję organ odwoławczy naruszył art. 7, art.77. art.107 par 3 k.p.a. albo-

wiem nie wyjaśnił podnoszonych przez skarżącą kwestii dotyczących wadliwości postępowania konkursowego przeprowadzonego przez Kujawsko-Pomorski OW NFZ, nie dokonał rzeczywistego porównania ofert skarżącej oraz podmiotu, z którym zawarta została umowa, a także nie odniósł się w uzasadnieniu swojej decyzji w sposób precyzyjny do wszystkich zarzutów strony skarżącej.”

A zarzutów dotyczących przeprowadzonego przez oddział NFZ konkursu było wiele i to bardzo konkretnych. Przypomnijmy np., że wyłonione w spornym konkursie jednostki, które wygrały z Fundacją nie posiadały w momencie udziału w nim wymaganej rejestracji w urzędzie wojewódzkim na realizację nocnej i świątecznej opieki medycznej, brakowało im stosownych pozwoleń Sanepidu, co – zgodnie z przepisami – natychmiast powinno wykluczyć ich oferty.

Tymczasem wypowiedź Jana Raszei rzeczownika Kujawsko-Pomorskiego Wojewódzkiego Oddziału NFZ sprawia wrażenie, że Fundusz nie ma sobie prawie nic do zarzucenia. „Z orzeczenia WSA wynika jedynie tyle, że dyrektor Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ powinien ponownie rozpatrzyć odwołanie złożone przez Fundację. Mogę zapewnić, że z pewnością zostanie ono wnikliwie i rzetelnie przeanalizowane. Warto dodać, że uwagi, jakie znalazły się w orzeczeniu sądu dotyczą pewnych uchybień formalnych, natomiast w swej istocie nie podważają rozstrzygnięć natury merytorycznej – twierdzi rzecznik.”

Dokończenie na str. 4

Co dalej z najnowocześniejszym obiektem medycznym w regionie?

„Nowe skrzydło na terenie Szpitala A. Jurasza!”, „obłądnie nowoczesny”, „przy każdym łóżku dwa monitory”, „w lampach kamery umożliwiające konsultację podczas operacji z każdym specjalistą na świecie” – pisała prasa we wrześniu zeszłego roku o budynku z Zespołem Sal Operacyjnych, Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii Medycznej, Centralną Sterylizatornią i Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym, gdy CM UMK z hukiem przekazywało go Szpitalowi Uniwersyteckiemu nr 1 i uroczyste otwierało jego podwoje dla pacjentów.

Niestety, entuzjazm szybko opadł, okazało się bowiem, że otwarcie miało charakter wyłącznie symboliczny. Dopiero ponad dwa miesiące później budynek zajmujący obecnie miejsce dawnego, głównego wejścia do Jurasza formalnie stał się własnością szpitala. Jeszcze dłużej – prawie do końca roku – trzeba było czekać, żeby pojawili się w nim pierwsi pacjenci.

Obecnie działa już Szpitalny Oddział Ratunkowy i Centralna Sterylizatornia. Nie wiadomo natomiast, kiedy lekarze i pacjenci będą mogli korzystać z pozostałych obiektów nowego szpitalnego skrzydła. Na pytanie o uruchomienie Zespołu Sal Operacyjnych (wyposażonych m. in. w śródoperacyjne: rezonans magnetyczny, tomograf

komputerowy, angiograf i aparat RTG)“ Marta Laska z Działu Organizacji i Nadzoru SU nr. 1. odpowiada: „Zespół Sal Operacyjnych oraz oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Medycznej uruchomiony zostanie po usunięciu awarii 2 dźwigów. Czekamy aż główny wykonawca, Budimex, usunie usterki”.

Nie działa też usytuowane na szczycie gmachu ładowisko. Pytana o powody opóźnienia Marta Laska mówi: „Nowe ładowisko dla śmigłowców Lotniczego Pogotowia Ratunkowego zostanie uruchomione na przełomie stycznia i lutego. Obecnie trwają ostatnie ustalenia z jednostkami Straży Pożarnej dotyczące zabezpieczenia obiektu”. I wyjaśnia: „Szpital chce mieć opracowane i prze-

ćwiczone wszelkie możliwe scenariusze dotyczące sytuacji kryzysowych, jakie w przyszłości ewentualnie mogą się wydarzyć. Szpital musi być przygotowany na wszelkie warianty”.

Nie funkcjonuje też nowa komora hiperbaryczna. Na pytanie, dlaczego jeszcze nie działa, Marta Laska odpowiada: „Komora jest sprawna. Obecnie realizowane są staże i specjalistyczne szkolenia personelu, umożliwiające uzyskanie uprawnień niezbędnych do jej obsługi”.

Czekamy na koniec szkoleń, napraw i doposażenia, by obiekt jak najszybciej zaczął pełnić funkcję, do której został przeznaczony. Bo, póki co, jest tylko „obłądnie nowoczesny”...

Magdalena Godlewska

Walka o szpital

Powiat mogileński (liczba mieszkańców – 47 tys. osób) dysponował dotychczas dwoma lecznicami (a formalnie – dwoma filiami jednego szpitala). W zeszłym roku władze powiatowe opowiedziały się za przekształceniem jednej z nich, strzeleńskiej, w Centrum Opieki nad Osobami Starszymi i przeniesieniem miejscowych oddziałów (chorób wewnętrznych, chirurgicznego, ginekologiczno-położniczego i pediatrycznego) do szpitala w Mogilnie. Strzelno nie zaakceptowało takiego rozwiązania. Pojawiła się nawet propozycja wystąpienia gminy z dotychczasowej jednostki administracyjnej i przyłączenia jej do powiatu inowrocławskiego. Obecnie jednak burmistrz Strzelna Ewaryst Matczak plany te ocenia jako ostateczność. „Zmodyfikowaliśmy kierunek działania – mówi – Chcielibyśmy najpierw, jako gmina, przejąć od powiatu zadanie prowadzenia służby zdrowia i szybko połączyć nasz szpital z inowrocławskim”. I dodaje „Przy takim rozwiązaniu gmina Strzelno zostałaby w granicach powiatu mogileńskiego”.

Autor projektu przekształceń powiatowej służby zdrowia – Michał Ogródowicz, nowy dyrektor mogileńskiego SPZOZ (w skład którego wchodzi obie filie) liczy, że „dzięki realizacji przedstawionej koncepcji zwiększy się dostępność do usług medycznych w powiecie, rozszerzony zostanie zakres oferowanych usług medycznych, a działalność SPZOZ stanie się stabilna”. Jego koncepcja zakłada, oprócz zmiany profilu strzeleńskiej placówki i wzbogacenia lecznicy w Mogilnie (dotychczas dysponującej jedynie oddziałem dla przewlekłe chorych i chorób wewnętrznych) oddziałami wyprowadzonymi ze Strzelna, również rozbudowę i modernizację szpitala w Mogilnie.

Zwolennicy projektu dyrektora SPZOZ – przede wszystkim zarząd powiatu oraz mieszkańcy i władze gminy Mogilno – uzasadniają konieczność likwidacji strzeleńskiego szpitala (bo tym jest *de facto* przekształcenie go w Centrum Opieki nad Osobami Starszymi) podwójnym obciążeniem finansowym, jakim jest dla powiatu

utrzymywanie obu filii, w sytuacji gdy kontrakty z NFZ nie pokrywają w 100% kosztów ich działalności. Mówi się również o podwojonych kosztach, które trzeba byłoby ponieść, dostosowując do standardów MZ i NFZ dwa szpitale pełnoprofilowe. Tymczasem placówka opiekuńczo-lecznicza nie musi spełniać tak wygórowanych wymagań. Podkreśla się poza tym, że filie o różniących się profilach mogą liczyć na podpisanie korzystniejszych kontraktów.

Reprezentujący Strzelno Ewaryst Matczak na argumenty finansowe adwersarzy odpowiada: „Powiatu z budżetem ok. 50 mln. zł nie stać na budowę nowego szpitala. Koszt takiej budowy szacuje się na ok. 45 mln. Jeżeli nie pojawi się inwestor chcący sfinansować to przedsięwzięcie, to budowa może ślimaczyć się od kilku do kilkunastu lat, co spowoduje, że nie będzie ani szpitala w Strzelnie, ani w Mogilnie”. I dodaje: „Natomiast szacowane koszty dostosowania szpitala w Strzelnie do standardów NFZ to kwota około 15 mln”.

Jednak, nawet jeżeli przyjmijemy ekonomiczne argumenty stronników dyrektora SPZOZ, nadal nie jest oczywiste, dlaczego w imię wspólnego dobra trzeba poświęcić akurat strzeleńską placówkę. Burmistrz Strzelna przypomina: „W wieloletnich działaniach i planowaniu rozwoju służby zdrowia w powiecie mogileńskim oraz po wykonaniu na zlecenie starostwa powiatowego w Mogilnie audytu, to właśnie filia szpitala w Strzelnie miała nadal być tą wiodącą oraz miała zostać dostosowana do standardów NFZ”.

Natomiast według Michała Ogródowicza, nowego dyrektora mogileńskiego SPZOZ, rozbudowa i modernizacja właśnie filii z Mogilna jest rzeczą oczywistą. Przemawiają za tym między innymi: „optymalne położenie Mogilna oraz uwarunkowania natury techniczno-architektonicznej”. Jest on ponadto przekonany, że: „Realizacja koncepcji w zaproponowanym kształcie nie wpłynie na zmniejszenie, ani też nie utrudni dostępu do opieki medycznej mieszkańcom gminy Strzelno”. Strzelnianie nie podzielają tego przekonania.

Jak cała sytuacja się zakończy, nie wiadomo. Na razie, informuje burmistrz Strzelna Ewaryst Matczak, „Gmina stoi na stanowisku, by dostosować filię szpitala w Strzelnie do obowiązujących standardów, a szpital w Mogilnie rozbudować (jeśli powiat ma na to pieniądze) o oddziały, których w Strzelnie nie ma”. Czy rada powiatu pójdzie na kompromis? Możliwe. Szczególnie, że sprawa szpitala generuje wysokie koszty społeczne i ekonomiczne – poważnie skonfliktowała społeczność regionu, a realizacja projektu ma kosztować prawie 45 mln (32 mln 458 tys. zł za przebudowę, rozbudowę i wyposażenie obiektu w Mogilnie i 11 mln 728 tys. zł za przebudowę szpitala w Strzelnie). Na razie – podaje dyrektor SPZOZ – „formalnie decyzja w sprawie zaakceptowania proponowanych zmian nie zapadła”.

*Magdalena Godlewska
Na zdjęciu: szpital w Strzelnie*

Racja po stronie Fundacji

Dokończenie ze str. 3

Wyrok WSA zaakceptowała Centrala NFZ i już realizuje jego postanowienia. Na razie zwróciła skarżącej stronie koszty postępowania sądowego, udostępniła też materiały zgromadzone w toku postępowania konkursowego i odwoławczego. „Następny krok Centrali, to wydanie dyspozycji dyrektorowi oddziału wojewódzkiego o przywróceniu nam kontraktu”. – uważa Szymon Kopa, sekretarz „Zdrowia dla Ciebie” – Na pewno nie będzie tak, jak informuje pan Raszeja, że oddział

wojewódzki rozpatrzy teraz nasze rok temu złożone odwołanie. Jedynym rozwiązaniem jest wykonać krok po kroku zalecenia WSA, czyli przywrócić nam kontrakt.”

Pytamy w Centrali NFZ, jakie wskazania zostaną przekazane oddziałowi Fundusz oraz czy wyrok sądu oznacza, że Fundacja wróci do świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej? „Uchylenie wydanej decyzji oznacza, iż dyrektor OW powinien ponownie rozpatrzyć odwołanie Fundacji „Zdrowie dla Ciebie” w Bydgoszczy zgodnie z wytycznymi zawartymi w wyroku WSA.” – zdawko-

wo odpowiada Sylwia Wądrzyk-Bularz, główny specjalista z biura komunikacji społecznej Centrali NFZ.

Na razie nocna i świąteczna opieka w Bydgoszczy wygląda tak samo jak w poprzednim roku. Oddział NFZ podpisał aneksy z tymi samymi świadczeniodawcami. Jest to więc nadal: – NZOZ „Ikar” na Błoniu, NZOZ „Zdrowie dla Ciebie” na Wyżynach, Szpital MSW w Śródmieściu i „Medic” w Fordonie.

Fundacji „Zdrowie dla Ciebie” nie satysfakcjonuje wygrany przed WSA proces. „Zamierzamy pociągnąć nasz oddział NFZ do odpowiedzialności karnej za poświadczanie nieprawdy w postępowaniu konkursowym.” – zapowiada Szymon Kopa.

Agnieszka Banach

Bydgoscy lekarze aniołami medycyny

Podczas tegorocznego XIV Charytatywnego Noworocznego Koncertu Aptekarzy (12 stycznia 2014) w Filharmonii Narodowej w Warszawie uhonorowano laureatów ogólnopolskiego konkursu „Anioły Farmacji, Anioły Medycyny 2013”. Spośród prawie 100 tys. zgłoszonych przez pacjentów aptekarzy i lekarzy najpierw wyłoniono 100 osób z każdej kategorii z największą ilością głosów. Wśród nominowanych znalazło się 12 lekarzy z Bydgoszczy! Zwycięskich laureatów – 10 farmaceutów i 10 lekarzy, „którzy w swojej pracy zawodowej wyróżniają się wyjątkowo troskliwym, przyjaznym i wspierającym podejściem do pacjentów” wybrała Kapituła Honorowa Nagrody. W uhonorowanej medycznej „anielskiej” dziesiątce mamy dwóch bydgoskich lekarzy: specjalistę chorób wewnętrznych i alergologii dr n. med. Barbarę Kowalewską oraz dr n. med. Stanisława Frankowskiego specjalistę chirurgii oraz ortopedii i traumatologii.

Anioł doktor Barbara Kowalewska, która niestety okazała się dla nas nieuchwytna – urlop, jest od kilkunastu lat dyrektorem NZOZ „Jachcice”, przyjmuje też w poradni Alergologicznej w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim w Bydgoszczy.

W tej samej lecznicy pracuje drugi Anioł Medycyny – doktor Stanisław Frankowski, który od 13 lat prowadzi tam stworzoną przez siebie poradnię ortopedyczną. Przez wszystkie dni w tygodniu przyjmuje około 50 pacjentów dziennie. O tym, że został Aniołem Medycyny dowiedział się dopiero od organizatorów konkursu. „Zadzwoniono do mnie 7 stycznia, zapraszając na finałową galę. (od. red.: statuetki wręczano już 12) – mówi – Byłem bardzo zaskoczony, bo nawet nie wiedziałem, że taki plebiscyt istnieje”. Wyróżnienie, jak twierdzi, to nie tylko jego sukces, ale praca całego zespołu. „Po prostu pomagamy ludziom” – mówi skromnie. I jak się okazuje nie tylko tym z problemami ortopedycznymi... „Ostatnio trafiła do mnie nawet dziewczyna z pytaniem, czy jest w ciąży. Miała ze sobą test ciążowy i chciała się upewnić jak zinterpretować jego wynik – opowiada – Nie jestem ginekologiem, odpowiedziałem, ale spojrzałem na przyniesiony przez nią test. Okazało się, że jest w ciąży i tę dobrą wiadomość, na którą jak mówi-



ła, długo czekała, poszła przekazać mężowi.” Doktor Frankowski podkreśla, że najważniejsze w kontakcie z pacjentem jest poświęcenie mu czasu, wysłuchanie go i, co bardzo ważne ... anielska cierpliwość.

Organizatorem przedsięwzięcia był dostępny w aptekach miesięcznik „Moda na Zdrowie”, Polskie Towarzystwo Lekarskie i Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne. W tegorocznej, drugiej edycji konkursu obok preferowanego farmaceuty można było głosować także na ulubionego lekarza. Poszukiwane anioły, o czym informowali organizatorzy konkursu, musiały spełnić szereg warunków: dysponować szeroką wiedzą, dostarczać rzetelnych informacji, być doradcami w zdrowym stylu życia, poprawiać samopoczucie i mieć wyjątkowe podejście do swoich pacjentów.

a.b.

Honorową Kapitułę Nagrody stanowili: prof. dr hab. n. med. Jerzy Woy-Wojciechowski – prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, przewodniczący Kapituły, Katarzyna Miller – psycholog, psychoterapeuta, prof. dr hab. n. med. Witold Zatoński – kierownik Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii w Warszawie, dr n. farm. Romualda Lange – laureatka I edycji konkursu Anioły Farmacji, prof. dr hab. farm. Roman Kaliszan – kierownik Katedry i Zakładu Biofarmacji i Farmakodynamiki UM w Gdańsku, członek PAN, prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela – Krajowy Konsultant w Dziedzinie Chorób Wewnętrznych, prof. dr hab. n. med. Grażyna Rydzewska – Krajowy Konsultant w Dziedzinie Gastroenterologii, Jacek Santorski – psycholog i psychoterapeuta, prof. dr hab. n. med. Jacek Szepletowski – kierownik Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Adam Górczyński – redaktor naczelny „Mody na Zdrowie” i „Mody na Farmację”, inicjator nagród „Anioły Farmacji” i „Anioły Medycyny”.

Jacek Kryś dyrektorem Jurasza



Sprawujący od 2010 r. obowiązki dyrektora ds. technicznych i logistyki Szpitala Uniwersyteckiego nr 1, a po odwołaniu 2 września przez rektora UMK dyrektora naczelnego Jarosława Kozery, pełniący jego obowiązki – nowy dyrektor został powołany na stanowisko 19 grudnia przez prof. Andrzeja Tretyna. Jego kandydaturę, wyłonioną spośród 18 osób, rekomendowała rektorowi komisja konkursowa.

Jacek Kryś jest z wykształcenia cybernetykiem, ukończył studia w Wojskowej Akademii Technicznej w Warszawie oraz studia podyplomowe z zakresu organizacji i zarządzania dla kadry kierowniczej przedsiębiorstw na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika. Przed podjęciem pracy w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 od 2005 r. pracował w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy. a.b.

Zmiana na stanowisku prezesa centrali NFZ

Marcin Pakulski zastąpił odwołaną w grudniu przez ministra zdrowia Bartosza Arłukowicza Agnieszkę Pachciarz.

Pełniący obowiązki prezesa Centrali Funduszu jest lekarzem pulmonologiem, absolwentem Akademii Medycznej we Wrocławiu. Ukończył studia podyplomowe na Politechnice Częstochowskiej w zakresie zarządzania i marketingu, specjalizacja – zarządzanie w ochronie zdrowia. Obecnie jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z zakresu zdrowia publicznego. W 1995 roku podjął pracę w Zespole Szpitali Miejskich SPZOZ w Częstochowie, gdzie w latach 1995–2003 pracował kolejno na stanowisku młodszego asystenta i asystenta. Następnie objął stanowisko zastępcy naczelnika Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych w Urzędzie Miasta Częstochowy. Od 2004 roku pełnił funkcję dyrektora naczelnego SPZOZ w Lublińcu, a w 2007 został dyrektorem naczelnym SPZOZ Miejskiego Szpitala Zespółonego w Częstochowie. 7 lutego 2008 r. został powołany na stanowisko p.o. dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach. Funkcję tę sprawował do marca 2008 r., wtedy został zastępcą dyrektora ŚOW NFZ do spraw medycznych. Od lipca 2012 do 16 września br. pełnił obowiązki dyrektora Oddziału NFZ w Katowicach.

Jest żonaty. Interesuje się historią Polski, turystyką, motoryzacją, posiada patent sternika jachtowego.



Biziel najlepszym szpitalem według Forbsa

W rankingu finansowym prestiżowego biznesowego magazynu „Forbes” Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Bizieła w Bydgoszczy znalazł się na pierwszym miejscu w kategorii szpitali resortowych i klinicznych!

Tworząc swoją klasyfikację „Forbes” brał pod uwagę takie parametry jak efektywność aktywów, rentowność sprzedaży oraz dynamikę kontraktów z NFZ. Oceniane placówki podzielono na trzy kategorie – resortowe i kliniczne, wojewódzkie oraz gminne i powiatowe. Punkty przydzielano w zależności od osiągniętych wyników. Biziel uzyskał ich aż 56, osiągając najlepszy wynik ze wszystkich weryfikowanych szpitali i oczywiście najlepszy w swojej grupie (tu oceniano 61 jednostek). Trzeci w tej samej kategorii był inny szpital z naszego regionu – Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Bydgoszczy (50 pkt), dwunasty – Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza.

Laureat tegorocznego rankingu „Forbsa” dysponuje rocznym budżetem sięgającym 200 mln zł, 600 łóżkami i zatrudnia około 1700 osób. „Od trzech lat się bilansujemy, nasza kon-

dycja jest coraz lepsza” – podkreśla na łamach magazynu, kierująca Bizielem od 2010 r. Wanda Korzycka-Wilińska. „Forbes” komentując sukces Szpitala Uniwersyteckiego nr 2, zaznacza, że „droga do sukcesu prowadzi przez procedury nieosiągalne dla innych placówek” i wyciąga: „W połowie roku oddział urologii przeprowadził – jako pierwszy w regionie i jeden z pierwszych w Polsce – zabiegi z użyciem laparoskopu umożliwiającego uzyskanie trójwymiarowego obrazu. W październiku szpital Bizieła wykonał zabiegi wszczepienia implantów protezy małżowiny usznej z unikatowym zaczepekem.”

Szpital oceniano biorąc pod uwagę informacje podawane w sprawozdaniach statutowych za 2012 r. Autorem metodologii i obliczeń rankingu „Forbsa” był Magellan. Dane finansowe weryfikowała spółka Deloitte Polska.

a.b.



W Warszawie odbyły się I Warsztaty Lipidologiczne w ramach Ogólnopolskiego Forum Leczenia Zaburzeń Lipidowych.

Jest to cykl obejmujący pięć specjalistycznych szkoleń, pod patronatem Polskiego Towarzystwa Lipidologicznego, dla sześćdziesięciu lekarzy zajmujących się w swojej codziennej praktyce leczeniem pacjentów z zaburzeniami lipidowymi.

Ideą warsztatów jest stworzenie grupy ekspertów leczenia zaburzeń lipidowych w Polsce, wystąpienie do Ministerstwa Zdrowia o wpisanie lipidologii jako umiejętności medycznej i docelowo utworzenie regionalnych centrów leczenia zaburzeń lipidowych oraz wystąpienie do Narodowego Funduszu Zdrowia o dodatkowe środki finansowe na procedury i leczenie dla takich pacjentów.

O powadze problemu i konieczności zastanowienia się nad odpowiednią diagnostyką, leczeniem i edukacją zarówno pacjentów jak i lekarzy, świadczy fakt, że około 19 mln osób w Polsce ma zaburzenia lipidowe, z czego blisko 65% nie zdaje sobie z tego sprawy, a zaledwie 8% jest leczonych skutecznie i osiąga docelowe wartości poszczególnych parametrów lipidowych! Szacuje się również, że w Polsce żyje około 200–300 tysięcy osób z hipercholesterolemią rodzinną, która zazwyczaj nie jest odpowiednio wcześniej rozpoznawana, kierowana do specjalistycznych ośrodków i leczona.

dr n. med. Paweł Rajewski

Lekarze tenisiści nowy rok rozpoczęli na kortach

III Halowe Mistrzostwach Lekarzy Kujaw i Pomorza w Tenisie Ziarnym odbyły się 4 stycznia 2014 roku. Zawody rozegrano na kortach Klubu Tenisowego „Centrum” w Bydgoszczy pod honorowym patronatem i wsparciem finansowym BIL.

W Mistrzostwach uczestniczyło 18 lekarzy. Aby rywalizacja przebiegała sprawnie i każdy mógł rozegrać kilka meczów, zawody przeprowadzono w czterech grupach. Zwycięzcy grup walczyli o pierwsze miejsca. Najliczniejszą, 5 osobową ekipę stanowili lekarze Centrum Onkologii w Bydgoszczy.

Jednak najwyższe umiejętności ponownie potwierdzili dr Aleksander Skop i dr Piotr Danielewicz. Zwycięzcy otrzymali dyplomy, puchary i nagrody rzeczowe.

O naszym polskim tenisie jest coraz głośniejsze. Mecze Agnieszki Radwańskiej czy też Jerzego Janowicza ogląda cały świat. Dla tenisa ziemnego ma to duże znaczenie promocyjne. Potwierdza to frekwencja i zacięta walka na naszych zawodach. Bardzo cieszy, że także nasze spotkania lekarskie na kortach zachęcają innych do uprawiania tej pięknej dyscypliny sportu.

Wyniki

Grupa I:

1. Aleksander Skop, Toruń
2. Andrzej Wronczewski, Bydgoszcz
3. Witold Włodarczyk, Bydgoszcz
4. Piotr Kubalski, Grudziądz

Grupa II:

1. Piotr Danielewicz, Grudziądz
2. Michał Migda, Toruń
3. Krzysztof Kubacki, Bydgoszcz
4. Tomasz Kuss, Żnin

Z koleżeńskim pozdrowieniem
Zbigniew Kula



Finaliści I grupy: dr Aleksander Skop i dr Andrzej Wronczewski



Zwycięzca II grupy: dr Piotr Danielewicz



Koledzy przy operacji i na kortach: prof. Wojciech Zegarski i dr Jerzy Siekiera

Lekarskie świętowanie

Dzieńce Mikołajki (8 grudnia 2013 r.)



Fot. Agnieszka Banach

Wigilia Lekarzy Seniorów (14 grudnia 2013 r.)



Fot. Iwona Kosito



Międzynarodowe Gimnazjum i Liceum SOKRATES



CAMBRIDGE International School

ul. Staszica 4, Bydgoszcz (budynek VI LO) ☎ 519 841 449

www.sokrates-gimnazjum.pl

*Ucz się w szkole
CAMBRIDGE!*

Przyjmujemy uczniów do klas I - III



- ✓ Klasa z programem Cambridge 
- ✓ Klasa profilowana z programem Cambridge:
 - ✓ Klasa informatyczna
 - ✓ Klasa medyczna
 - ✓ Klasa przyrodniczo-turystyczna
- ✓ Międzynarodowe certyfikaty Cambridge
- ✓ Native speakers i visiting guests
- ✓ Egzaminacje Cambridge ESOL
- ✓ Możliwość kształcenia za granicą
- ✓ Intensywne obozy językowe w Anglii
- ✓ Bogata oferta sportowa, turystyczna i artystyczna



Na XI Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego (28–30 listopada) do Bydgoszczy przyjechało prawie 700 uczestników z całej Polski. Zgłoszono rekordową liczbę ponad 350 prac, z których powyżej 300 zakwalifikowano do prezentacji, w tym 180 do prezentacji plakatowych, a ponad 100 do krótkich prezentacji ustnych. Zebrani wysłuchali wielu bardzo ciekawych wykładów (szczegółowy program wydarzenia na www.kongresptt.pl), a wykład inauguracyjny profesora Jerzego Vetulaniego zyskał wyjątkową uwagę słuchaczy. Niedługo będzie można wziąć udział w „wirtualnym” Kongresie – materiał video ze spotkania transplantologów zostanie bowiem umieszczony na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego (www.p-t-t.org). Podczas Kongresu (29.11.) dokonano też wyboru nowych władz Towarzystwa. Funkcję prezesa, w miejsce ustępującego prof. Zbigniewa Włodarczyka (fot. 1), objął prof. dr hab. Bolesław Rutkowski (fot. 2), prezesem-elektem wybrano profesora Krzysztofa Zieniewicza.

Transplantologia polska w XXI wieku Skąd przyszliśmy, dokąd idziemy?

Transplantologia – dziedzina medycyny budząca tyle samo nadziei, ile kontrowersji. Tak samo łatwo wynoszona przez media na piedestał, jak i bezpodstawnie oczerniana. Stanowiąca wyraz postępu medycyny, ale i świadcząca o jej ograniczeniach. Historia transplantologii to historia pionierów i nadziei, spektakularnych sukcesów i równie dramatycznych porażek, oczekiwań i rozczarowań.

Zawsze żywiłem głęboki szacunek i podziw dla pionierów, którzy wstępowali na nowy, nieprzetarty jeszcze szlak. Drogę, na końcu której mogło czekać zarówno zwycięstwo, jak i gorzka porażka. Historia jest łaskawa dla zwycięzców i bezlitosna dla przegranych. Wszyscy pamiętają nazwisko Hillary, zdobywcy Mount Everestu, czy Lindbergha, który przeleciał samotnie Atlantyk. A Mallory, który 29 lat wcześniej prawdopodobnie też stanął na szczycie Everestu, ale zginął w czasie zejścia, czy Alcock i Brown, którzy przelecieli Atlantyk wcześniej niż Lindbergh, ale lądowali nie na kontynencie, ale w Irlandii? Czy ich zasługi są mniejsze? Bez ich wysiłku, nadziei i porażki nie byłoby późniejszych zwycięstw.

Kiedy przed 48 laty zespół kierowany przez profesorów Jana Nielubowicza i Tadeusza Orłowskiego przystępował do zabiegu przeszczepienia nerki, wchodził na nieznaną drogę. Co prawda nie był to zabieg pionierski w skali globu, bowiem już na początku lat pięćdziesiątych wykonywano takie zabiegi w Stanach Zjednoczonych, a za pierwsze w pełni udane przeszczepienie nerki uważana jest transplantacja wykonana przez Murray'a Merril'a i Harrisona w grudniu 1954

roku, a więc 12 lat wcześniej, ale była to ciągle nowa metoda leczenia nerkozastępczego, a na całym świecie wykonano nie więcej niż kilkaset takich zabiegów. Możliwość porażki, która skazała na zapomnienie pierwszy w Polsce zabieg przeszczepienia nerki wykonany rok wcześniej przez profesora Wiktora Brossa, nie powstrzymała zespołu przed podjęciem wyzwania. Biorczyni, młoda słuchaczka szkoły pielęgniarskiej, przeżyła z przeszczepioną nerką osiem miesięcy. Powodzenie tego zabiegu – bowiem w tamtym czasie nawet kilkumiesięczne przeżycie po transplantacji uważane było za sukces – nie było przypadkowe. Poprzedzone kilkuletnimi przygotowaniem w Zakładzie Chirurgii Doświadczalnej Polskiej Akademii Nauk, we współpracy z Merillem z Bostonu, było naturalną konsekwencją nie tylko determinacji i pasji zespołu lekarskiego, ale przede wszystkim wynikiem rzetelnego przygotowania naukowego i technicznego. Było również – i to chyba najistotniejsze – początkiem stałego programu transplantacyjnego: początkowo prowadzonego w Warszawie, później w innych ośrodkach w Polsce.

Trzy lata później, w 1969 roku, inny wielki polski chirurg, profesor Jan Witold Moll,

wykonał pierwsze w Polsce przeszczepienie serca. Ile odwagi trzeba było, aby podjąć się wykonania takiego zabiegu zaledwie 13 miesięcy po pierwszym przeszczepieniu serca na świecie, i ile siły, żeby przyjąć porażkę, bowiem biorca zmarł. Trzeba było następnych 16 lat, żeby inny pionier, profesor Zbigniew Religa, ponownie podjął to wyzwanie.

Lata osiemdziesiąte, to – pomimo zgrzesności ówczesnego ustroju i systemu gospodarczego – lata intensywnego rozwoju polskiej transplantologii. 1987 – pierwsze udane przeszczepienie wątroby, rok później nerki i trzustki. Transformacja ustrojowa otworzyła nowe możliwości – wymiany naukowej, współpracy z ośrodkami zagranicznymi, dostęp do nowych technologii i leków immunosupresyjnych. Powstawały nowe ośrodki transplantacyjne, procedury typowania biorców i ważne akty prawne. W 1995 roku Sejm przyjął ustawę transplantacyjną, która opisywała podstawowe zasady działań transplantacyjnych. Ustawa, kilkakrotnie nowelizowana, jest obecnie jednym z najlepszych aktów prawnych tego typu na świecie. To dzięki regulacjom prawnym wypracowaliśmy transparentną, jasno opisaną i opartą na kryteriach medycznych procedurę wyboru biorcy.

Gdzie jesteśmy dzisiaj? Niewątpliwie, polska transplantologia stała się istotną częścią transplantologii europejskiej. Wyniki przeszczepiania narządów, zarówno te bezpośrednie, jak i odległe, są porównywalne, a w niektórych aspektach nawet lepsze niż w wielu uznanych ośrodkach transplantacyjnych. Polski program przeszczepienia wątroby należy do najaktywniejszych w Europie, z równie dobrymi wynikami klinicznymi. Mamy do dyspozycji nowoczesne leki immunosupresyjne, bierzemy udział w europejskich i światowych badaniach klinicznych. W ostatnich latach Polska dołączyła do elitarnego klubu państw, w których przeszczepia się kończyny i twarz, a przeszczepienie twarzy wykonane z nagłych wskazań życiowych było pierwszym tego typu zabiegiem na świecie. Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej, ze wsparciem finansowym budżetu państwa, przyczynił się do poprawy warunków wykonywania procedur transplantacyjnych, ale – wbrew oczekiwaniom – nie zwiększył w sposób przełomowy liczby wykonywanych transplantacji. W latach 1966–2012, czyli od początku historii transplantacji w Polsce, dokonano łącznie 24 tys. przeszczepów narządów. Najwięcej – 18,6 tys. – przeszczepiono nerek, 2 tys. serc, dokonano 2,8 tys. operacji wszczepienia wątroby, 365 przeszczepów trzustki i nerki oraz 77 przeszczepów płuc.

To wiele, ale ciągle, każdego roku, na przeszczep oczekuje ponad 2500 chorych, a część z nich umiera. Niestety, nadal w wielu regionach Polski liczba rozpoznawanych przypadków śmierci mózgu i pobrań narządów jest wielokrotnie niższa niż w krajach Europy Zachodniej, a w niektórych szpita-

lach, pomimo technicznych możliwości, nie przeprowadza się diagnostyki śmierci mózgu. Jednym z powodów może być fakt, że transplantologia jest dziedziną medycyny wymagającą szczególnej akceptacji społecznej. Bez społecznego przyzwolenia na rozpoznawanie śmierci mózgu i pobieranie narządów od osób zmarłych rozwój transplantologii jest niemożliwy. Jeżeli, jak wynika z badań opinii publicznej, prawie 90 % Polaków jest pozytywnie nastawionych do transplantacji, to trudny do wytłumaczenia jest fakt, że mimo jasnego i pozytywnego stanowiska Kościoła, precyzyjnych regulacji prawnych oraz niewątpliwych korzyści medycznych, społecznych i finansowych z przeszczepienia, liczba wykonywanych transplantacji wzrasta niewspółmiernie wolno nie tylko w stosunku do potrzeb, ale również do możliwości pobierania narządów od osób zmarłych.

Dokąd idziemy? Cóż, odpowiedź na to pytanie nie jest prosta. Rozwój medycyny potrafi zaskakiwać, próby prognozy mogą być obarczone dużym błędem, a opinie wygłaszane przez uznane autorytety – mylne. Jeszcze trzydzieści lat temu wydawało się, że ksenotransplantacja, czyli przeszczepianie narządów pobranych od zwierząt, będzie istotną drogą rozwoju transplantologii i rozwiąże problem niedoboru narządów pobieranych od osób zmarłych. Dzisiaj wiemy, że były to złudne nadzieje, a desperackie próby ratowania życia człowieka narządami pobranymi od zwierząt nigdy się nie powiodły. Ciągle jedynym sposobem pozyskania narządu do przeszczepienia jest pobranie nerki, serca czy wątroby od zmarłego człowieka lub – w przypadku jednej nerki lub fragmentu wątroby – od żywego dawcy.

W perspektywie kilku lat transplantologia zapewne nie zmieni się diametralnie. Obecnie prowadzone badania kliniczne nie dają wielkiej nadziei na przełomowe odkrycia w zakresie leków immunosupresyjnych czy uzyskanie stanu stałej tolerancji przeszczepu, tego „Świętego Graala” transplantologii. Jeżeli jednak polska transplantologia ma dalej się rozwijać, to konieczne jest już teraz podjęcie badań, które w przyszłości wyeliminują konieczność pobierania narządów od zmarłych. Biotechnologia daje możliwość hodowania linii komórkowych i prostych tkanek, ale dopiero opracowanie metody hodowli złożonych struktur tkankowych i narządów otworzy przed transplantologią zupełnie inne perspektywy. Pojawiające się doniesienia o „wyhodowaniu” struktur tak złożonych jak wątroba czy serce – ciągle jeszcze w warunkach laboratoryjnych, na modelach zwierzęcych, ciągle jeszcze niedoskonałych – dają uzasadnioną nadzieję, że dalszy rozwój technologii wykorzystania komórek macierzystych do hodowli narządu „na zamówienie”, identycznego genetycznie z biorcą, rozwiąże problem dostępności narządów, etycznych dylematów pobierania narządów od człowieka, odrzucania i powikłań leczenia immunosupresyjnego.

To, czy dołączymy do tego marszu ku przyszłości, zależy od determinacji polskich transplantologów, biotechnologów i – a może przede wszystkim – od tych, którzy decydują o kierunkach i finansowaniu rozwoju nauki polskiej.

Zbigniew Włodarczyk

Prof. Zbigniew Włodarczyk jest kierownikiem Katedry Transplantologii i Chirurgii Ogólnej w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. A. Jurasza CM UMK, do Kongresu PTT pełnił funkcję prezesa PTT.

Poradnia Stomijna – czynna od 20 lat

Poradnia przy Szpitalu im. dr. Jana Bizuela rozpoczęła działalność w styczniu 1994 r. Na początku przyjmowała pacjentów 3 razy w tygodniu, a pracowało w niej 3 lekarzy (dr n. med. Zbigniew Banaszkiewicz, dr n. med. Krzysztof Tojek, lek. med. Wojciech Kuliński) oraz 2 pielęgniarki (mgr Elżbieta Kozłowska, Ewa Kuliszewska). Obecnie poradnia czynna jest we wszystkie dni powszednie, udziela średnio 85 porad na tydzień, a jej personel stanowi 6 lekarzy i tyle samo wyształconych pielęgniarek stomijnych.



Zespół Poradni Fot. K. Wicińska

Pracownicy poradni stale podnoszą swoje kwalifikacje. Biorą udział w krajowych i zagranicznych konferencjach naukowych, uczestniczą w szkoleniach zespołów terapeutycznych. Są autorami ponad 80 doniesień w czasopismach naukowych dotyczących problematyki stomijnej. W listopadzie zeszłego roku byli organizatorami zebrania naukowego „Quo vadis stomio”, stanowiącego podsumowanie 20-letniej działalności.

Poradnia, stanowiąca integralną część Klinicznego Oddziału Chirurgii Ogólnej, powstała z inspiracji prof. dr. hab. med. Arkadiusza Jawienia, kierownika Kliniki Chirurgii Ogólnej. Zwrócił on uwagę, że specyficzne problemy związane z opieką kooperacyjną osób, u których wytłaniano stomię jelitową, powodują konieczność powołania odrębnej przychodni specjalistycznej. Jednak celu nie udało się zrealizować, gdyby nie pomoc Bogusława Jasika (wtedy dyrektora naczelnego szpitala), Leszka Kowalika (zastępcy dyrektora d/s administracyjno-technicznych) i Czesława Formankiewicza (wówczas dyrektora firmy POFAM-Poznań).

U nas pokutuje przekonanie, że chirurg jest omnibusem

Z dr. hab. n. med. Maciejem Słupskim rozmawia Magdalena Godlewska

► **Specjalizował się Pan z chirurgii wątroby, trzustki i dróg żółciowych. We Francji, bo w Polsce takiej możliwości nie ma. Jakie są różnice w kształceniu specjalizacyjnym między obydwojema krajami?**

We Francji do chirurgii dokomponowuje się tzw. podspecjalizacje. Specjalizacja z chirurgii ogólnej trwa tam 6 lat, a później chirurgidzy kształcą się w kierunku takim, w jakim chcą, mogą lub na który jest zapotrzebowanie. Jedną z takich poddziedzin jest właśnie *chirurgie hepato-biliaire*, czyli chirurgia wątroby, trzustki i dróg żółciowych (kurs trwa 3 lata). Dzięki konsumpcji win rozwija się ona we Francji rzeczywiście gwałtownie.

► **Jakie warunki należy spełnić, żeby rozpocząć specjalizację we Francji?**

To tylko kwestia znajomości języka i znalezienia miejsca specjalizacyjnego. Chociaż w tej chwili nie jest to takie proste, bo Francja jest przeciążona nadmiarem specjalizujących się.

Żeby kształcić się w jednej z poddziedzin chirurgicznych, konieczna jest też oczywiście zrobiona nowym trybem specjalizacja z chirurgii ogólnej lub dziecięcej.

► **Jak doszło do tego, że zajął się Pan chirurgią wątroby, trzustki i dróg żółciowych?**

W drugiej połowie lat 90. udało mi się – dzięki prof. Zygmuntowi Mackiewiczowi, mojemu mentorowi i przewodnikowi, oraz dr. Andrzejowi Kapale, genialnemu chirurgowi (takich chirurgów, a byłem w wielu miejscach na świecie, nie widziałem zbyt wielu) coś tam w chirurgii osiągnąć. Zacząłem wówczas szukać czegoś, w czym mógłbym się zrealizować. Wtedy dr Jerzy Tujakowski, znakomity onkolog, zapytał mnie wprost: „Maciej, dlaczego ty nie robisz wątroby?”. A ja stwierdziłem, że dlaczego nie. Dokładnie 3 stycznia 1997 r., tu, w tej klinice, zrobiłem pierwszą resekcję wątroby.

► **A specjalizacja z tej dziedziny?**

Podczas stażu z ultrasonografii w Montpellier, czytając medyczną prasę francuską, natrafiłem na kilka artykułów z Centre Hepato-Biliaire w Villejuif – ośrodka specjalizującego w dziedzinie chirurgii wątroby, trzustki i dróg żółciowych. A że duża chirurgia narządowa strasznie mnie frapowała, zwłaszcza te ziemie dotąd nieznanne, czyli wątroba, chirurgia rekonstrukcyjna dróg żółciowych i wielkie operacje trzustki, to zacząłem w tej klinice odbywać staże (od 1998 r.).

Do tej pory z nią współpracuję. Początkowo przyjeżdżałem tam jako stażysta, jeden z wielu,

potem zacząłem być rozpoznawalny, a po kilku latach zacząłem wraz z nimi operować.

► **Jak przebiegało szkolenie?**

Brałem aktywny udział (teoretycznie jako pierwsza asysta, praktycznie jako operator) w bardzo wielu operacjach. Wykonałem ponad 20 transplantacji wątroby i bardzo wiele operacji onkologicznych. Zrealizowałem więc cały program specjalizacji, tyle, że w moim przypadku trwało to 14 lat – spędzałem tam co roku od 4 do 6 tygodni. Zdałem też egzamin testowy i ustny

Równolegle rozwijałem program z chirurgii wątroby w Juraszu.

► **Jakie osiągnięcia w dziedzinie chirurgii wątroby mają polskie placówki?**

Jest kilka ośrodków w Polsce, które zajmują się serio chirurgią wątroby. Prym wie-dzie prof. Marek Krawczyk z warszawskiej Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby. Jest to placówka, która w zeszłym roku przeszczepiła największą wątrobę w Europie. Również chirurgia onkologiczna stoi tam na wysokim poziomie. Ośrodek bydgoski natomiast zajmuje 3 miejsce w Polsce pod względem liczby resekcji wątroby. Razem z prof. Wojciechem Zegarskim – kierownikiem Kliniki Chirurgii Onkologicznej – na najbliższym Kongresie Chirurgii Onkologicznej (17–20.05.2014, Bydgoszcz) przedstawimy nasz wspólny materiał, który obejmuje ponad 1000 przypadków resekcji wątroby.

Niestety, mimo propozycji współpracy ze strony Kliniki prof. Marka Krawczyka, nie udało nam się otworzyć programu transplantacji wątroby. Przez niezwykle zmiany organizacyjne, jakie Jurasz przechodził w zeszłym roku, wszystko nadal stoi w miejscu. Szkoda – byłoby to dogodne przede wszystkim dla pacjentów (rocznie około 30 chorych z naszego regionu jedzie na przeszczep wątroby), dodatkowo stymulowałoby dalszy rozwój ośrodka transplantacji (są nerki, szpik, rogówki – byłibyśmy jeszcze bardziej liczącym się ośrodkiem w kraju) i przynosiło wymierne efekty ekonomiczne.

Uważam, że w ciągu roku byłibyśmy w stanie – w oparciu o istniejącą bazę i po wyszkoleniu zespołu – otworzyć w Juraszu program transplantacji wątroby (Ltx), ale nie jestem do tego ośrodka uwiązany i mogę to zrobić w innym miejscu.

► **Dlaczego w Polsce jest tak niewiele chirurgicznych specjalizacji dodatkowych? Dlaczego nie ma specjalizacji z chirurgii wątroby? Czy to jedynie kwestia braku ośrodków referencyjnych?**



Dr hab. Maciej Słupski

Studia na Akademii Medycznej w Gdańsku ukończył w 1984 r., doktorat obronił w 1995, habilitował się w 2011. Uzyskał specjalizację z dziedziny chirurgii ogólnej, transplantologii (w Polsce) oraz

chirurgii wątroby, trzustki i dróg żółciowych (we Francji). Jest autorem ponad 100 publikacji (KBN-300, IF-10.8), członkiem Towarzystwa Chirurgów Polskich, Polskiego Towarzystwa Transplantologicznego i Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego.

Obecnie zajmuje stanowisko koordynatora chirurgii ogólnej w Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantologii Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza i adiunkta w Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Specjalizuje się w rozległych resekcjach wątroby, których powodem są nowotwory pierwotne i przerzutowe, (zwłaszcza w operacjach dwuetapowych oraz z wyłączeniem naczyniowym wątroby), w leczeniu obrażeń wątroby, resekcjach trzustki, naprawczych operacjach dróg żółciowych, (przede wszystkim po uszkodzeniu jatrogennym), transplantacjach nerek, ultrasonografii interwencyjnej.

Planuje wdrożyć w placówce program transplantacji wątroby i kontynuować rozwój chirurgii hepatobiliarniej. Zamierza też nadal prowadzić badania nad wpływem niedokrwienia i reperfuzji na wyniki wczesne i odległe resekcji wątroby oraz nad reaktywnością ludzkich tętnic krezkowych podczas doświadczalnego niedokrwienia i reperfuzji (badania na tętnicach izolowanych), jak również nad wczesnymi i odległymi wynikami zespolenia żółciowo-jelitowego w modyfikacji własnej.

Jego hobby to turystyka rowerowa, żeglarstwo, wędkarstwo, turystyka górską i spływy kajakowe.

Specjalizacja z chirurgii wątroby, trzustki i dróg żółciowych wymaga oprócz odpowiedniej liczby ośrodków referencyjnych również specyficznego instrumentarium oraz czegoś, co się nazywa z angielska *mdt*, czyli multidyscyplinary team, a więc współpracy wielu specjalistów.

U nas nie tylko nie ma chirurgii wątroby, dróg żółciowych i trzustki. Nie ma również czegoś takiego, jak chirurgia gastroenterologiczna, chirurgia bariatryczna, chirurgia endokrynologiczna, a to wszystko być powinno. Wynika to z tego, że u nas cały czas pokutuje przekonanie (może nie u wszystkich, ale u wielu, nawet u luminarzy chirurgii), że chirurg jeszcze nadal jest omnibusem. Że ten sam chirurg otworzy czaszkę, kłatkę piersiową, jamę brzuszną, zoperuje tętniaka aorty, amputuje nogę, robi przepuklinę, wyleczy otyłość, wytnie tarczycę. Oczywiście, że każdy doświadczony chirurg robi to lepiej lub gorzej, ale mnogość tych dziedzin służyć ma temu, żeby każdy specjalizował się w tym, co jest najlepiej dostosowane do jego możliwości, mentalnych i manualnych.



Przywileje dla wymagających

Dla najbardziej wymagających klientów stworzyliśmy wyjątkową ofertę. Modele Audi, które wyróżnia pionierska technika, szlachetna stylistyka oraz niezwykle bogate wyposażenie, są teraz dostępne w specjalnej ofercie skierowanej do lekarzy. Szczegóły w salonie. Zapraszamy.

Specjalna oferta dla lekarzy

Konarzewski

ul. Nowotoruńska 15, Bydgoszcz
tel. 52/320 88 13
salon_audi@konarzewski.com.pl
www.konarzewski.audi.pl

Rozmowa jest częścią procesu leczenia

We współczesnej medycynie relacja lekarz–pacjent ma istotny wymiar medyczny, moralny, etyczny i ekonomiczny. Dobre porozumienie z pacjentem jest warunkiem skutecznej terapii i ma podstawowe znaczenie dla wysokiej jakości opieki medycznej. W rozmowach z chorym istnieje również płaszczyzna określana jako „pozamedyczna”, lecz ściśle związana z leczeniem i towarzyszeniem w cierpieniu. W tej płaszczyźnie rozmowa z pacjentem jest spotkaniem człowieka z człowiekiem. W obu aspektach cel nawiązania porozumienia z chorym jest ten sam, lecz istnieje między nimi subtelna odmienność.

Rozmowa z chorym jest więc częścią procesu leczenia i czynnikiem wspólnoty międzyludzkiej w trudnej sytuacji choroby.

Wobec socjologicznych zmian społecznych, zjawiska agresji w opiece zdrowotnej, ogromnej ilości obowiązków lekarzy i przerostu biurokracji – właściwe porozumienie z chorym staje się coraz trudniejsze i obciążające emocjonalnie. Fakty te powodują wzrost zainteresowania praktyczną wiedzą na temat komunikacji klinicznej. Edukacja w zakresie kompetencji komunikacyjnych jest od kilkunastu lat integralną częścią wykształcenia klinicznego w większości europejskich i amerykańskich uczelni medycznych. Od kilku lat dużym zainteresowaniem cieszą się prowadzone w naszej izbie szkolenia z tego zakresu, publikujemy też informacje i artykuły temu poświęcone. Zamierzamy tematykę tę poszerzać i kontynuować.

Celem przygotowanego cyklu z zakresu komunikacji klinicznej jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy i narzędzi, które mogą być pomocne lekarzom we współpracy z pacjentami.

Przekazywanie niepomysłnych wiadomości w praktyce lekarskiej

Dobre porozumienie między lekarzem a pacjentem pozwala na prawidłową realizację terapii.

Pierwsze rozmowy dotyczące rozpoznania poważnej choroby zazwyczaj stają się jednymi z najtrwalej zapisanych w pamięci pacjentów i ich rodzin zdarzeń, wyznaczając charakter dalszej relacji lekarza z pacjentem. Zapamiętany zostaje zwłaszcza ich emocjonalny kontekst oraz stosunek lekarza do pacjenta.

Właściwe przekazanie pacjentowi złych wiadomości jest jednym z najtrudniejszych i najbardziej obciążających emocjonalnie zadań lekarza.

Istotnego znaczenia właściwego rozpoczęcia współpracy z chorym dowiodły badania F. Fanga, w których wykazano, że przyczyną samobójstw u pacjentów onkologicznych jest diagnoza, a nie niekorzystny przebieg choroby. Wykazano bardzo silny związek między uzyskaniem informacji o rozpoznaniu choroby nowotworowej i datą zgonu z powodu samobójstwa [Fang F, Fall K, Mittleman M, Sparen Pet al., Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis The New England Journal of Medicine 2012, 366,14, s. 1310–1318].

W protokołach medycznych procedur takich jak resuscytacja krążeniowo-oddechowa lub postępowanie w kwasicy ketonowej każdy krok musi zostać właściwie przeprowadzony, a udana realizacja kolejnego etapu zależy od prawidłowego przeprowadzenia i zakończenia etapu poprzedzającego. Postępowanie lekarza w czasie przekazywania informacji o rozpoznaniu poważnej choroby wymaga podobnej świadomości znaczenia poszczególnych etapów tego procesu oraz delikatności, precyzji, czujności i konsekwencji.

Istotne jest nie tylko werbalne przekazanie treści wiadomości, ale również umiejętność pozawerbalnego wsparcia pacjenta, umiejętność radzenia sobie ze stresem wywołanym przez oczekiwania pacjentów i zaangażowanej rodziny, stworzenie możliwości udziału pacjenta w podejmowaniu decyzji medycznych, odpowiedź na emocjonalne reakcje pacjenta oraz znalezienie odpowiedzi na pytanie: jak dać nadzieję, gdy sytuacja jest trudna

EMPATIA, na kanwie tego słowa – klucza, powstał przemyślany i łatwy do zapamiętania kilkietapowy protokół, ułatwiający lekarzowi przekazywanie niepomysłnych informacji w sposób pozwalający na zbudowanie – na tej trudnej podstawie – dalszej współpracy medycznej z pacjentem.

Stworzone narzędzie powstało na podstawie doświadczeń Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz analizy danych zaczerpniętych z literatury.

EMPATIA – PROTOKÓŁ PRZEKAZYWANIA INFORMACJI O ROZPOZNANIU CHOROBY NOWOTWOROWEJ

E – Emocje

Głęboki kontekst emocjonalny pozostaje nieodłącznym elementem przekazania diagnozy poważnej choroby. Kontekst ten obejmuje zarówno emocje pacjenta, jak i lekarza.

Otrzymanie wiadomości o poważnej chorobie jest z natury odbierane przez pacjenta jako wrogie, bywa opisywane jako – „uderzenie w głowę” albo „wybuch bomby”.

Lekarz przekazujący informacje o poważnym zagrożeniu dla zdrowia i życia również doświadcza wielu negatywnych emocji. Istnieją różne strategie obronne stosowane przez pracowników opieki medycznej w takich sytuacjach. Niektóre z nich pozwalają na budowanie zaufania pacjenta a inne mogą być przyczyną zaprzepaszczenia szansy na dobrą współpracę. Błędna strategia w sytuacji przekazywania złych wiadomości to np. maksymalne skracanie rozmowy, nadmierna medykalizacja języka, utrudniająca pacjentowi pełne zrozumienie jego sytuacji, lub zupełnie inny biegun w postaci używania pseudo żartobliwych określeń typu: „ma pan kalafiora w d...”. Takie postępowanie w trakcie rozmowy pogłębia w pacjencie poczucie uprzedmiotowienia i lekceważenia.

Ze względu na silne emocje, które zwykle wiążą się z tą rozmową – przed przystąpieniem do niej zawsze należy poświęcić kilka chwil na przygotowanie jej planu, uwzględniającego treść i kolejność przekazywanych pacjentowi informacji.

Stworzenie planu obejmuje: staranną znajomość szczegółowego rozpoznania, dotychczasowego przebiegu choroby, jej aktualnego stadium, planów leczenia i rokowania.

M – Miejsce, osoby i czas

Konieczne jest znalezienie odpowiedniego, spokojnego miejsca, które pozwalałoby na przeprowadzenie rozmowy na siedząco i bez ingerencji osób trzecich.

Do pacjenta należy decyzja, czy w czasie tej rozmowy chce być sam z lekarzem czy chciałby, żeby uczestniczyła w niej jeszcze jakaś inna osoba wspierająca go. W przypadku, kiedy rozmowa dotyczy dzieci kluczowa jest obecność obojga rodziców. Natomiast kwestię obecności dziecka w trakcie tej rozmowy rozstrzygają rodzice i lekarz, kierując się między innymi wolą pacjenta, jego wiekiem i dojrzałością emocjonalną.

Czas tej rozmowy powinien być przeznaczony wyłącznie na nią. Lekarz nie powinien w jej trakcie odbierać telefonu ani rozwiązywać innych problemów.

P – Perspektywa pacjenta

Przed przekazaniem wiadomości trzeba wysłuchać krótkiej opinii pacjenta o jego stanie zdrowia oraz zapytać o towarzyszące mu obawy. To pozwala poznać poziom wiedzy chorego i jego nastawienie. Wysłuchanie pacjenta pozwala uniknąć omawiania faktów, które są dla niego jasne, dostosować formę i język rozmowy do potrzeb i gotowości do przyjęcia informacji oraz poznać jego perspektywę widzenia choroby. Pacjent w trakcie tej wypowiedzi przekazuje lekarzowi wiele informacji pozawerbalnie, dlatego w tym czasie szczególnie istotny jest kontakt wzrokowy z nim.

A – Adekwatny język

W trakcie udzielania informacji należy dołożyć starań, aby używany język był dostosowany i zrozumiały dla pacjenta. Ważne jest unikanie żargonu medycznego.

T – Treść wiadomości

Bezpośrednio przed podaniem złej wiadomości warto powiedzieć tak zwane zdanie ostrzegające, pozwalające pacjentowi „podnieść gardę”. Może być to zdanie w rodzaju: „Wolałbym, żeby ta wiadomość była lepsza.” lub „Bardzo mi przykro, że nie mogę mieć dla pana lepszych informacji.”. Treść wiadomości należy przekazać bezpośrednio i jak najprościej. Po przekazaniu wiadomości należy unikać pokusy natychmiastowego pocieszenia pacjenta. Chwila milczenia po jej przekazaniu jest odbierana przez pacjentów jako szacunek dla nich.

I – Informacje dodatkowe

Kolejnym etapem rozmowy jest przedstawienie planu leczenia, planu postępowania, szczegółów rokowania, zapewnienie o dalszej opie-

ce i stałej gotowości wsparcia oraz udzielenie odpowiedzi na pytania pacjenta.

Pacjent, ze względu na przeżywany stres, zwykle jest w stanie zapamiętać tylko część z przekazywanych mu w trakcie tej rozmowy informacji. Z tego powodu warto przedstawić mu konkretny termin kolejnej rozmowy, w trakcie której będzie mógł uzyskać odpowiedź na pojawiające się pytania. Czas między tymi dwoma rozmowami pozwoli pacjentowi sprecyzować wątpliwości. Warto zaproponować mu zapisanie pytań. Taki plan pozwala uniknąć poczucia niedoinformowania oraz wielokrotnych, nie satysfakcjonujących pacjenta i zabierających czas lekarza, rozmów.

Szczególnie trudne są rozmowy w sytuacji poważnego rokowania czy wyczerpania możliwości terapeutycznych. Nawet wtedy w trakcie rozmów z pacjentem nie powinny pojawiać się sformułowania w rodzaju: „nic nie można zrobić” lub „nie ma już żadnej nadziei”. Ważne jest, żeby mówić prawdę i jednocześnie niezależnie od sytuacji zdrowotnej pacjenta pozostawiać mu nadzieję. W niektórych przypadkach będzie to nadzieja na czas bez bólu, pozwalający na realizację jakichś marzeń chorego, lub nieokaleczające leczenie, a w innych na całkowite wyzdrowienie. Istotne jest udzielenie emocjonalnego wsparcia pacjentowi.

A – Adnotacje w dokumentacji

Wskazane jest sporządzenie krótkiej notatki z treści rozmowy oraz podpisanie jej przez lekarza i pacjenta. Pacjent powinien otrzymać kopię dokumentu.

Każda sytuacja kliniczna jest inna i każdy pacjent jest inny, dlatego rozmowy lekarzy z pacjentami nigdy nie są takie same. Protokół EM-PATIA jest ogólnym szkicem, stworzonym jako wsparcie dla lekarza stojącego przed jednym z trudniejszych zadań w swojej praktyce.



dr n. med. Katarzyna Jankowska

*Klinika Pediatrii Hematologii i Onkologii CM UMK
Członek grupy roboczej Assessment w European Association
for Communication in Healthcare; aktualne
zainteresowania badawcze: komunikacja w opiece medycznej*

MOJE OBSERWACJE Z POZYCJI PACJENTA

Dlaczego nas nie lubią?



Jestem lekarzem, ale jestem też człowiekiem i czasami, jak każdy, potrzebuję pomocy lekarskiej. Mam pewien problem zdrowotny, który wymaga leczenia operacyjnego. Zostałam zakwalifikowana do leczenia przez p.o. ordynatora jednego ze szpitali klinicznych w Bydgoszczy i umówiona na konkretny dzień do przyjęcia oraz do operacji na dzień następny.

Trafiam przed drzwi pana doktora na pół godziny przed czasem, aby przypadkiem się nie spóźnić. Miał być o 9. Przyszedł o 10.30. Rozumiem, że mogło się wydarzyć coś nagłego, co to spóźnienie spowodowało, ale można chyba powiedzieć: „dzień dobry państwu (bo czekało już ok. 30 osób), przepraszam za spóźnienie”. Następnie wezwał aroganckim tonem pana i władcy wszystkich, którzy mieli być tego dnia przyjęci do operacji na dzień następny, i oznajmił, rozwalając się na fotelu, ludziom karnie stojącym wokół biur-

ka, że jutro operować nie będzie z jakichś tam powodów organizacyjnych. Wszyscy stojący z rzeczami w torbach oniemieli. To kiedy, pytałam? Może w styczniu, odpowiada. Ludzie nieśmiało tłumaczą, że musieli zorganizować na różne sposoby życie, ja mało nie płaczę, że mój chory kawałek ciała potrzebny jest mi do wykonywania zawodu lekarza. Groch o ścianę. Byłam tak zdenerwowana samym faktem pójścia do szpitala, czekaniem, arogancją pana i boga w jednej osobie, że powiedziałam tylko „ja już panu doktorowi dziękuję” i wyszłam. Żałuję, że na odchodne nie powiedziałam mu czegoś w jego stylu, na co zasłużył.

Rozumiem, że mogło się wydarzyć coś, co spowodowało niemożność operowania następnego dnia, ale chyba po to szanowny pan doktor zapisywał telefony kontaktowe, aby w odpowiednim czasie powiadomić pacjentów o komplikacjach, a nie kazać im czekać z piżamami kilka godzin na siebie, aby oznaj-

mić – do widzenia, nie wiem kiedy. Każdy z nas wie, że obecnie nawet o odłożeniu wizyty w przychodni, pacjent musi być powiadomiony. Przecież to wymóg NFZ.

Abstrahuję od faktu, że jestem lekarzem i chyba zasługuję na elementarną solidarność zawodową, nie mówiąc o kulturze. Panu p.o. ordynatorowi wydaje się, że jest strasznie zabawny, gdy zwraca się do pacjentów po imieniu (do mnie też).

Finał jest taki, że idę na komercyjną operację do jednej z prywatnych klinik. Wolę zapłacić i nie narażać się na zwyczajne, nie boję się tego słowa, chamstwo. Jak mają lekarzy lubić pacjenci, skoro ktoś taki patrzy na ludzi jak na zwierzęta kopytne? Odium takiego zachowania przenosi się na całe środowisko. Muszę przyznać, że tą sytuacją byłam zdruzgotana. Skoro postępuje się tak z lekarzem, to jak traktuje się innych pacjentów, spoza środowiska? Mam nadzieję, że opisany pan p.o. ordynator przeczyta te słowa, choć nie sądzę, aby go zawstydziły. Tacy ludzie są nierreformowalni.

Wierzę, że większość z nas taka nie jest i tych wszystkich, o których nie trzeba takich listów pisać, serdecznie pozdrawiam.

(dane autora znane redakcji)

Skalane nieskalane sumienia

Z radością powitałem informację, że Komitet Bioetyki Polskiej Akademii Nauk uznał, iż „Klauzula sumienia jest nadużywana i służy narzucaniu pacjentom przekonań moralnych lekarzy”. Zawsze byłem takiego zdania, zaś pomysł poszerzenia klauzuli na farmaceutów uznawałem za co najmniej dyskusyjny, jeśli nie chory. Z całym szacunkiem – to lekarz leczy, a pacjent ma prawo do zakupu każdego legalnego środka bez konieczności wysłuchiwania religijnego widzimisie aptekarza.

Niestety, jak się można było spodziewać, reakcja była szybka. Prezes NRL skrytykował „tych panów” za, jak rozumiałem, wtrącanie się w niezależność lekarską. W rzeczonyj materii wypowiadali się też w prasie luminarze bydgoskiej medycyny, grając na jedną nutę z NRL. Nie czytałem głosów odmiennych. Ciekawe czemu, bo wiem, że ich nie brakuje.

Ustalmy na początku, żeby była jasność: jestem częściowo zwolennikiem możliwości odmowy wykonania takiej czy innej czynności lekarskiej lub pielęgniarskiej, jeśli koliduje to z moim sumieniem czy poglądami (nie wspominam w ogóle o czynnościach zakazanych prawem, co jest oczywiste), ale powinno to mieć miejsce już przy wyborze specjalizacji czy miejsca pracy. To po pierwsze. Po drugie – jednak poglądy lekarza muszą zawsze, ale to zawsze, ustąpić przed życzeniem pacjenta odnośnie sposobu i zakresu leczenia, używanych środków farmakologicznych, sposobu rozrodu, dokonania legalnej aborcji, czy cze- gokolwiek innego.

Przejdźmy zatem do rozważań teoretyczno- praktycznych na temat klauzuli sumienia. Jak dotąd, poruszony przykładowo obrzydliwym żądaniem wydania recepty na środki antykoncepcyjne (nie zawsze stosowane w owym celu, pomijam środki wczesnoporonne i implantację spirali domacicznej), lekarz mógł odmówić, lecz musiał niezwłocznie wskazać kogoś, kto taką receptę wypisze. Obecnie proponuje się, aby nie obciążał swego sumienia nawet przekazem informacji, że Iksiński wypisuje owe wra- że leki, a już broń Boże nie informował, jaki

zakład wykonuje legalne aborcje. Pacjencie, szukaj sobie sam, lub też (to dopiero jest kurio- zum) udaj się do organu założycielskiego pla- cówki medycznej, w której ci odmówiono, i tam może łaskawie ktoś wskaże ci odpowiedni adres, gdzie dokonasz zbrodni otrzymania recepty na Yasminelle na przykład.

Pracuję w zawodzie prawie 30 lat. Miałem wspaniałych nauczycieli, którzy przekazali mi jedną prawdę, na której opiera się całą medycyna europejska, a także pochodząca od niej medycyna obu Ameryk – *Salus aegroti suprema lex*. Pierwsze i niezbywalne prawo medycyny. *Salus aegroti, non conscientia medici*. Co oznacza *salus*? Zdrowie – odpowie każdy. Tak, ale zdrowie w sensie definicji WHO, czyli: „stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa”, a także „prowadzenie produktywnego życia społecznego i ekonomicznego”. WHO bierze także pod uwagę zdrowie duchowe, u niektórych ludzi związane z wierzeniami i praktykami religijnymi, u innych osobiste *credo*, zbiór zasad, zachowań i sposobów osią- gania wewnętrznego spokoju i równowagi.

I tu zaczyna się pewien problem. Jak wiadomo Świadkowie Jehowy odmawiają przetoczenia krwi nawet w sytuacjach zagrożenia życia. Sam byłem świadkiem co najmniej dwóch zgonów stosunkowo młodych ludzi, których z pewnością dałoby się uratować przetoczeniami. I teraz powiem, że moje sumienie buntowało się. Otóż widzę bezsensowną śmierć, której powodem jest swoista egzegeza Pisma Świętego, które obok Koranu, z którego

inni wywodzą (*toutes proportions gardées*) potrzebę wysadzenia się w powietrze w trolejbu- sie, stanowi jedną z wielu tzw. świętych ksiąg. Czy powinienem zatem zastosować klauzulę sumienia i po utracie przytomności przetoczyć choremu krew, lub wykonać to po przywiązaniu go do łóżka, ratując mu życie? Jak zatem postąpić z moim sumieniem w tym przypadku? Szanować zdanie chorego – powie ktoś. Jasne, i tak zrobiłem. Jednak gdyby położyć na wadze, jaką miał Ozyrys, niewypisanie środka antykoncepcyjnego niedopuszczającego do zapłodnienia i niemą zgodę na śmierć młodego człowieka, często w towarzystwie braci w wierze (decyzyje, mówię tu z całą odpowiedzialnością, nie są autonomiczne), zastanawiam się, która szala byłaby cięższa.

Uważam że:

1. Lekarz nie powinien w żadnym przypadku kierować się w leczeniu swoimi poglądami religijnymi.

2. Nie wolno mu w jakikolwiek sposób namawiać chorego do określonych zachowań wynikających z jego przekonań religijnych, ale mieć na uwadze zdrowie pacjenta, zgodnie z wielowątkową definicją WHO.

3. Każdy dopuszczony prawnie do obrotu środek farmaceutyczny musi być zaordynowa- ny, a stosowany zgodnie z prawem zabieg musi być wykonany zgodnie z życzeniem pacjenta.

4. Jeśli lekarz mimo to odmawia wypisania recepty lub wykonania określonego zabiegu, gdyż jest on niezgodny z jego sumieniem, musi wskazać taką drogę realizacji żądań pa- cjenta, aby czynności te zostały wykonane w ciągu tej samej wizyty bez żadnej zwłoki.

5. Lekarz, który odmówi dozwoleń- nych czynności medycznych i nie wskaże innych możliwości ich wykonania bez zbęd- nej zwłoki, powinien być ukarany przez Sąd Lekarski ostrzeżeniem, zaś w przypadkach powtarza- nia się owych zdarzeń – odebraniem Prawa Wyko- nywania Zawodu.

Wojciech Szczęsny



Agencja Ubezpieczeniowa Tomasz Czajkowski

www.czajkowski-ubezpieczenia.pl

zajmujemy się obsługą ubezpieczeń:

- od odpowiedzialności cywilnej lekarzy,
- NZOZ i innych podmiotów,
- pakietowych OC/AC/NW,
- gabinetów lekarskich,
- domów i mieszkań.

Tomasz Czajkowski

ul. Opławiec 48 • 85-469 Bydgoszcz

Najniższe
ceny!

Zadzwoń!

Ubezpiecz się w PZU

Pomyśl o bezpieczeństwie
swoim i swojej rodziny



tel. 601 672 559 • 52 581 66 33

Prawa i obowiązki lekarzy w postępowaniu przed sądem i organami ścigania Część II



Wykonując swój zawód, lekarze podlegają różnym rodzajom odpowiedzialności. Może to być odpowiedzialność karna, cywilna czy też zawodowa. W związku z tym lekarze mogą stać się uczestnikami postępowania przed organami ścigania, sądami powszechnymi lub sądami lekarskimi. Zwykle dochodzi do zbiegu tych odpowiedzialności.

Dlatego warto zwrócić uwagę na istotne aspekty zachowania lekarza w toku poszczególnych etapów postępowania, ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia tajemnicy lekarskiej.

Niniejsze opracowanie nie obejmuje zagadnień związanych z odpowiedzialnością zawodową lekarzy, która zostanie omówiona w odrębnym artykule.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA

Lekarz w związku z wykonywaniem czynności zawodowych, jak każdy inny obywatel, może zostać pociągnięty również do odpowiedzialności karnej. Odpowiedzialność karna uzależniona jest od zaistnienia następujących przesłanek: popełnienie czynu zabronionego, istnienie związku przyczynowego pomiędzy czynem a skutkiem, który nastąpił w wyniku popełnienia przestępstwa oraz winy sprawcy. Zwykle tego typu procesy są związane z zaniechaniem udzielenia pomocy przez lekarza, czy też błędem w sztuce medycznej, a ściganie przestępstw następuje z oskarżenia publicznego.

Pierwszą fazą procesu karnego jest postępowanie przygotowawcze, które wszczynają się, jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie popełnienia przestępstwa. Może być ono prowadzone w formie śledztwa lub dochodzenia. W wypadkach niecierpiących zwłoki, w granicach koniecznych dla zabezpieczenia śladów i dowodów przestępstwa przed ich utratą, zniekształceniem lub zniszczeniem, prokurator albo Policja może w każdej sprawie, jeszcze przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa lub dochodzenia, przeprowadzić w stosunku do osoby podejrzanej w niezbędnym zakresie czynności procesowe, a zwłaszcza dokonać oględzin, w razie potrzeby z udziałem biegłego, przeszukania lub innych czynności, a także przedsięwziąć wobec niej inne niezbędne czynności, nie wyłączone pobrania krwi, włosów i wydzielin organizmu.

Jeżeli dane istniejące w chwili wszczęcia postępowania przygotowawczego lub zebrane w jego toku uzasadniają dostatecznie podejrzenie, że czyn popełniła określona osoba, niezwłocznie przedstawia się jej zarzuty i przesłuchuje. Osobę tę od chwili rozpoczęcia przesłuchania uważa się za podejrzanego.

Stronom postępowania przygotowawczego przysługuje wiele uprawnień, m.in. uprawnienia wiążące się z szeroko pojętym prawem do informacji (dostęp do akt postępowania, zawiadamianie stron o rozstrzygnięciach procesowych oraz pouczenia), możliwość wnioskowania o przeprowadzenie czynności w postępowaniu przygotowawczym, możliwość udziału w czynnościach postępowania przygotowawczego, jak również możliwość składania środków odwoławczych od rozstrzygnięć lub działań/zaniechań organów prowadzących postępowanie przygotowawcze. Dodatkowo podejrzany ma prawo do żądania przesłuchania go w obecności obrońcy.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że obronę w procesie karnym należy podjąć już na etapie postępowania przygotowawczego, gdyż może to mieć decydujące znaczenie dla dalszego przebiegu postępowania przed sądem. Może się zdarzyć, że obrona podjęta przez podejrzanego na etapie postępowania przygotowawczego będzie na tyle skuteczna, że postępowanie to nie wejdzie w fazę postępowania przed sądem, a postępowanie przygotowawcze zostanie umorzone.

Dlatego ze względu na istotną wagę procesu karnego, warto już na etapie postępowania przygotowawczego ustanowić obrońcę, którym – inaczej niż w procesie cywilnym – może być jedynie adwokat. Obroń-

ca posiadający wiedzę prawniczą i doświadczenie będzie potrafił odpowiednio ustalić linię obrony i we właściwy sposób korzystać z uprawnień przysługujących oskarżonemu, tak aby go uniewinnić lub zminimalizować skutki ewentualnego wyroku skazującego.

Etap postępowania przygotowawczego, jeżeli nie zostało wydane postanowienie o umorzeniu takiego postępowania, kończy się z chwilą wniesienia przez organ ścigania aktu oskarżenia do sądu, a dotychczas podejrzany lekarz staje się oskarżonym.

W toku postępowania karnego przed sądem zasadą jest, że obecność oskarżonego w toku rozprawy jest obowiązkowa. W związku z podstawową zasadą procesu karnego – zasadą domniemania niewinności, oskarżonemu, podobnie jak na etapie postępowania przygotowawczego, przysługuje prawo składania wyjaśnień, a także do odmowy składania wyjaśnień, lub odpowiedzi na określone pytania. Będzie on miał również prawo zadawania pytań osobom przesłuchiwanym oraz składania wyjaśnień co do każdego z przeprowadzanych dowodów.

Jak zostało omówione powyżej, lekarz zobowiązany jest do zachowania tajemnicy lekarskiej. W piśmiennictwie wskazują się jednak, że ujawnienie przez oskarżonego w wyjaśnieniach tajemnicy podlegającej ochronie prawnej jest zgodne z normami prawnymi i nie może być uznane za czyn zabroniony, o ile okoliczności objęte tajemnicą mają jakikolwiek związek z meritem sprawy.¹ Nie można bowiem stosować do oskarżonych w drodze analogii przepisów dotyczących świadków. Oskarżony ma prawo do składania wyjaśnień, w których może mówić wszystko to, co przyczyni się do polepszenia jego sytuacji w procesie, gdyż znajduje się w bardzo niekorzystnej dla siebie roli procesowej. To jemu zarzuca się popełnienie czynu zabronionego, a taka sytuacja powoduje, że powinno się dać priorytet zasadzie prawa do obrony.²

Inaczej sytuacja przedstawia się, gdy lekarz w procesie karnym występuje w roli świadka. Generalną zasadą jest, że zwolnienie od obowiązku zachowania tajemnicy związanej z wykonywaniem zawodu może nastąpić w drodze decyzji sądu lub prokuratora. W art. 180 § 2 K.p.k.³ wprowadzone zostały jednak dodatkowe przesłanki zwolnienia osób obowiązanych do zachowania tajemnicy notarialnej, adwokackiej, radcy prawnego, doradcy podatkowego, lekarskiej lub dziennikarskiej. Mogą być one bowiem przesłuchiwane co do faktów objętych tą tajemnicą tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu. W postępowaniu przygotowawczym w przedmiocie przesłuchania lub zezwolenia na przesłuchanie w takim wypadku decyduje sąd a nie prokurator. Zwalniając od zachowania tajemnicy, sąd wydaje postanowienie, na które stronom nie przysługuje zażalenie. Nadto sąd przesłuchuje takie osoby na rozprawie zawsze z wyłączeniem jawności.

Zakazem dowodowym o charakterze bezwzględny objęta jest natomiast tajemnica lekarska w wypadku określonym w art. 199 K.p.k., zgodnie z którym złożone wobec lekarza udzielającego pomocy medycznej oświadczenia oskarżonego, dotyczące zarzucanego mu czynu, nie mogą stanowić dowodu.

PODSUMOWANIE

Powyższe rozważania jedynie w skróty przedstawiają najważniejsze elementy postępowania sądowego związanego z odpowiedzialnością cywilną oraz karną lekarzy. Należy przy tym pamiętać, że warto w takich sytuacjach skorzystać z profesjonalnej pomocy prawnej radcy prawnego lub adwokata oraz przestrzegać obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej



Jadwiga Jarząbkiewicz-Górnika
Radca prawny BIL

¹ M. Klejnowska Monika, Ujawnienie w wyjaśnieniach oskarżonego tajemnicy chronionej prawem, *Ius et Adm.* 2004.4.111, Lex nr 102657/1

² M. Kucharczyk, Kwestia ujawniania tajemnicy państwowej, służbowej, zawodowej i funkcyjnej w wyjaśnieniach oskarżonego, *Państwo i Prawo*, 2005.2.78 LEX nr 46669/1-5

³ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. Nr 89, poz. 555 ze zm.), dalej K.p.k.

Gwatemala ma wszystko!

To wrażenie pierwszych dni towarzyszyło nam przez cały czas pobytu w tym niezwykłym kraju Ameryki Środkowej. W przeciwieństwie do poprzedniej wyprawy medycznej, do Czadu, gdzie brakowało wszystkiego, tutaj mieliśmy wrażenie, że Gwatemala to raj do życia, w którym wszyscy powinni być szczęśliwi. Ta cała gama kolorów w tradycyjnych i od wieków niezmiennych stylistycznie strojach... Różnorodne smaki i zapachy w ogromnym bogactwie dostępnych owoców, warzyw i lokalnego jedzenia... No i te niezwykle pejzaże – od Oceanu Spokojnego i Atlantyckiego, przez pasma górskie (ze zmieniającym się diametralnie klimatem, w zależności od miejsca, gdzie się znajdziemy), aż po szczyty wulkanów...

Niestety, ten sielski obraz zaburza mniej optymistyczna „różnorodność” życia społecznego Gwatemalczyków, ujawniająca się w kontrastach życia mieszkańców w zależności od ich pochodzenia. Prawie połowa mieszkańców Gwatemali to potomkowie hiszpańskich konkwistadorów, którzy żyją w sposób typowy dla krajów rozwiniętych i ani swoim zachowaniem, wyglądem czy sposobem życia nie różnią się znacząco od nas. Drugą połowę społeczeństwa stanowią Indianie, będący potomkami i spadkobiercami kultury Majów. To oni pochodzą od rdzennych mieszkańców tych terenów z czasów prekolumbijskich i to z nimi mieliśmy zaszczyt mieszkać i pracować.

Nasza pomoc medyczna skierowana była głównie do Indian Kekczi, żyjących w górach Gwatemali, którzy oddzieleni są od mieszkańców stolicy nie tylko geograficznie, ale także społecznie i kulturowo. Z mieszkańcami rozwiniętych miast nie łączy ich właściwie nic, ponieważ inaczej wyglądają, inaczej się ubierają i przede wszystkim zupełnie inaczej żyją. Objęci są też praktycznie innym systemem ochrony zdrowia. Założenia generalne są bardzo dobre i sprawdzają się w dużych miastach, ale funkcjonujący system jest zupełnie niewydolny, jeśli chodzi o mieszkańców górskich terenów. Do tych zamkniętych społeczności często nie dociera w ogóle żadna pomoc medyczna, a społeczne uwarunkowania życia decydują, że ludzie ci nie przemieszczają się i żyją w swoich niszach społecznych. Szacunkowe dane dotyczące zachorowalności i umieralności na tych terenach biją na alarm i są skrajnie różne od danych dotyczących nie-rdzennych mieszkańców Gwatemali.

Podstawową jednostką ochrony zdrowia jest CAP, czyli Centro de Atención Perma-

nente, które ma zapewnić wszechstronną opiekę mieszkańcom terenu, na którym się znajduje, ale... w życiu codziennym nie zapewnia niczego poza przystanymi z ministerstwa banerami z nazwami darmowych leków, (których i tak nie ma) oraz propagandowymi plakatami przypominającymi, że ciąża u dziewcząt poniżej 14. roku życia to przestępstwo i nie powinna się zdarzyć (ale co z tego, skoro większość mieszkańców i tak nie zna hiszpańskiego, aby cokolwiek przeczytać).

Miejsce, w którym spędziliśmy najwięcej czasu, to Szpital Regionalny w La Tinta, będący jednostką medyczną zapewniającą opiekę na terenie, gdzie mieszka kilkaset tysięcy osób. To duży i jak na tamte warunki nowoczesny ośrodek, w którym pracuje kilku kubańskich lekarzy kontraktowych.

Dyscyplinę, jaką jest ginekologia, wprowadziliśmy do kilku pojęć: duży brzuch i ból brzucha, nieprawidłowe krwawienie z pochwy i wypadanie macicy oraz ciąża i poród. Poprosiliśmy, aby osoby, które zajmują się „położnictwem w terenie” i najlepiej znają problemy kobiet, poinformowały je o tym, że możemy im pomóc. To w zupełności wystarczyło, aby następnego dnia zjawił się tłum kilkudziesięciu kobiet z problemami ginekologicznymi do rozwiązania. Każdy kolejny dzień przynosił coraz więcej pracy, ponieważ pacjentek przybywało, a wstępny plan operacyjny modyfikowaliśmy, dopisując do niego kolejne pacjentki. Czuliśmy, że każda z tych konsultacji i operacji jest ważna, ale największym sukcesem była chyba sama zmiana świadomości kobiet, które do tej pory w ogóle nie zgłaszały się z problemami ginekologicznymi. Lokalna ginekolog, która wcześniej zajmowała się tylko powikłanym

położnictwem, zaczęła przyjmować zgłaszające się kobiety ze schorzeniami ginekologicznymi.

Pacjentki, które operowaliśmy w pierwszej kolejności, to głęboko zanemizowane kobiety z powodu nawracających krwawień macicznych – wiedzieliśmy, że im musimy pomóc w pierwszej kolejności. Operowaliśmy przede wszystkim ogromne guzy jajnikowe i mięśniaki olbrzymie, które rosły od kilku lat i powodowały, że brzuch przypominał trzydziestoparotygodniową ciążę. Rozpoznanie raka odbywało się, niestety, tylko na podstawie kliniki, gdyż marzenie o patomorfologii jest w tamtym rejonie ekstrawagancją mżonką. Wielokrotnie były to pacjentki w ciężkim stanie i z zaawansowaną chorobą. Problemem jednak nie jest tam tylko niska świadomość potrzeby medycznej, ale właśnie brak miejsca, gdzie tę pomoc można otrzymać. Uwarunkowania kulturowe i taki a nie inny sposób myślenia i życia decydują, że Kekczi nie mają szansy na pomoc, ponieważ nie decydują się na odległą podróż w jej poszukiwaniu. Wbrew temu, czego się obawialiśmy, pomimo hermetyczności wspólnot społecznych, lekarz, który chce pomóc chorym kobietom przyjmowany jest bardzo serdecznie i z ogromną ufnością.

Zwykle w pamięci pozostaje jeden szczególny przypadek, ale tym razem los połączył dwie pacjentki, które dla mnie były zobrazowaniem tego, jak przewrotna jest czasem medycyna. Pierwszą była Amalia, która leżała w szpitalu od kilku dni z prawdopodobnie obumarłą ciążą, na oko w 34. a może 36./37. tygodniu. Poproszono nas żebyśmy coś zrobili, ponieważ krwawi od dawna i pomimo nasilenia krwawienia i podawania oksycytyny



nie następuje poród, a obawiają się robić coś zabiegowego, ponieważ nie mają krwi do ewentualnej transfuzji. Diagnostyka była stosunkowo łatwa i szybko okazało się, że to nie ciąży, ale zmieniona mięśniakowato macica, a pacjentka wymaga pilnej operacji. Największym problemem był opór pacjentki (bo nie miała dzieci i bała się stracić macicę), rodziny (bo jak można operować w tak ciężkim stanie) i personelu (bo przecież nie ma krwi, więc jak tu usunąć macicę). Koniec końców doszło do operacji i wbrew zdrowemu rozsądkowi, ale w „asyście” szczęścia udało nam się wyłuszczyć mięśniaki i stosując tamponadę Loruossa odtworzyć macicę. Pacientka przestała krwawić z pochwy, a nasze nerwowe utrzymanie kciuków, aby nie zakrwawiła teraz z ran macicy, poskutkowało. Wiem, że może łatwiej i bezpieczniej było usunąć macicę, ale... cieszę się, że udało się tego nie zrobić.

Drugą pacjentką była żywiotowa staruszka, która wymagała funkcjonalnej operacji plastycznej pochwy i krocza ze względu na zaburzenia statyki narządów miednicy i problemy z nietrzymaniem moczu. Oczywiście mówiono jej, że tak to już jest w tym wieku i tak być musi. W natłoku niby ważniejszych przypadków też chciałem ją zostawić „na później”, ale... niby dlaczego (?). Postanowiliśmy, że pomożemy. Operacja nie była łatwa, ale zrekonstruowaliśmy przednią część dna miednicy mniejszej i przywróciliśmy prawidłową topografię pęcherza moczowego, a pacjentka zaczęła kontrolować oddawanie moczu. Zwykle to u młodszych pacjentek stosujemy operacje plastyczne, a kłopoty zdrowotne częściej dotyczą starsze pacjentki. W tych przypadkach obie operacje skrajnie się różniły, w przypadku obu pacjentek nie chciano ich operować, ale i obie operacje skończyły się sukcesem. Czasem warto powalczyć, by móc później zobaczyć zadowolenie na twarzy pacjentów!

Pacjentki ze schorzeniami uroginekologicznymi stanowiły ważną grupę operowanych kobiet. Ale, pomimo wysokiej rodności, zaburzenia statyki narządów miednicy i nietrzymanie moczu zdarzały się i tak dużo rzadziej niż byśmy się tego spodziewali. Najczęściej operacje z zakresu uroginekologii przeprowadza-

liśmy u tych „nowocześniejszych” pacjentek, które rodziły w szpitalu i miały szanse doświadczyć zmedykalizowanego porodu. Dane z publikacji jasno pokazują, że każde odstępstwo od naturalnego toru przebiegu porodu skutkuje późniejszymi wypadającymi macicami i nietrzymaniem moczu oraz zaburzeniami seksualnymi. Dzięki wcześniejszym doświadczeniom w Czadzie i obserwacjom w Gwatemali mieliśmy tę niezwykłą i namacalną szansę zobaczyć dowód, że to nie tylko sama rodność (w sensie liczby porodów), ale przede wszystkim jakość tych porodów decyduje o zaburzeniach statyki narządów miednicy. Co typowe dla krajów rozwiniętych, istotny odsetek pacjentek uroginekologicznych stanowiły te, u których objawy pojawiły się w wyniku wcześniejszych operacji ginekologicznych. Operacje rekonstrukcji dna miednicy mniejszej i leczenie zaburzeń statyki po przebytych operacjach stanowią problem i wyzwanie dla chirurgii ginekologicznej także w krajach rozwiniętych. Chociaż aktualnie stosuje się już techniki, które powodują zmniejszenie ryzyka tych następstw, to w tak specyficznych warunkach, jak praca w kraju rozwijającym się, pokazuje to jeszcze dobitniej, jak ważna jest dbałość o jakość swojej pracy. Uczty do pokory, bo nawet w najlepszej wierze zastosowane leczenie ma swoje następstwa i co zrobić, kiedy nie ma nikogo, kto mógłby je naprawić(?)

Co najciekawsze (i smutne zarazem...), rozpoznanie kliniczne i kwalifikacja do zabiegu wspomagane były dzięki zabranemu z Polski, wysokiej klasy aparatowi USG, którego pozazdrościć mógłby niejedyn Polski

oddział szpitalny. Podobnie, operacje odbywały się z użyciem przywiezionego przez nas nowoczesnego aparatu do elektrochirurgii, którego sam sobie zazdrościłem, ponieważ na co dzień nie mam takiego w pracy. Zabraliśmy też ze sobą zupełnie nowe narzędzia operacyjne, całą gamę nici, najlepszych obłożań chirurgicznych i mnóstwo sprzętu topowych marek, które uzyskaliśmy od sponsorów. W Gwatemali mieliśmy wszystko!

Maciej Socha

Lek. Katarzyna Gieryn, rezydentka w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii, młodszy asystent na Oddziale Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. Ludwika Rydygiera w Tonuniu

Lek. Monika Szambelan, specjalistka anestezjologii i intensywnej terapii, starszy asystent na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Regionalnego Szpitala Specjalistycznego

*im. Władysława Biegańskiego w Tonuniu
Dr n. med. Maciej W. Socha (autor tekstu), lekarz specjalista położnictwa i ginekologii, adiunkt w Katedrze i Klinice Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy, w trakcie specjalizacji z ginekologii onkologicznej w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 w Bydgoszczy*

Tomasz Pohaba jest lek. spec. anestezjologii i intensywnej terapii, w trakcie specjalizacji z urologii w Woj. Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Jastrzebiu-Zdroju

Lukasz Leksowski jest mgr. fizjoterapii w www.fizjo-terapia.eu

Fundacja Medici Homini działa jako Projekt Pomocy Humanitarnej przy Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy. Inicjatorką powstania fundacji była charyzmatyczna studentka kierunku lekarskiego Katarzyna Gieryn, która uczestniczyła w wielu wyjazdach mających na celu udzielanie podstawowej pomocy medycznej mieszkańcom krajów rozwijających się. Wyprawa do Gwatemali jest bezpośrednim wynikiem prośby o pomoc z jaką do Medici Homini zwróciła się kanadyjska kompania górnicza Mayanikiel, widząc ogromne potrzeby medyczne i biedę wiejskiej ludności. Celem kolejnej polskiej wyprawy specjalistycznej stała się bardzo uboga społeczność indiańska, będąca potomkami rdzennych Majów i stanowiąca prawie 50% mieszkańców Gwatemali. Główny profil pomocy stanowiła chirurgia ginekologiczna i urologia a także pomoc z zakresu położnictwa oraz anestezjologii intensywnej terapii.



Szanowni Państwo!

Wiemy, że zaangażowanie w sferę cudzego życia i zdrowia – wartości najbardziej chronionych przez system prawny – skazuje lekarzy na bezustanny z nim kontakt. Nie zawsze łatwy, ale ... konieczny i wymagający wiedzy i jej stałego uzupełniania. Na naszych łamach od kilku lat o meandrach prawa medycznego informuje Państwa radca prawny BIL – Jadwiga Jarząbkiewicz-Górniak. Informacji o zagadnieniach prawnych, jakie towarzyszą lekarzom w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych, nigdy za wiele. Zdecydowaliśmy się więc skorzystać z jeszcze jednej możliwości jej poszerzenia. Tak więc będziemy zajmować się bieżącą problematyką prawną, związaną ze złożonością procedur, niejasnością przepisów oraz ich częstymi zmianami – korzystając ze stałej rubryki prawnej, w której obok poza omawianiem ciekawych zagadnień prawnych znajdzie się przegląd aktualnej legislacji i orzecznictwa, a także odpowiedzi na zgłaszane do nas wątpliwości oraz przesłane pytania. Dzisiaj zajmujemy się podziałem odpowiedzialności na sali operacyjnej...

Czekamy na Państwa opinie, pytania i kontakt z nami (primum@bil.org.pl)

*W imieniu Rady Programowej i Redakcji
Przewodniczący Rady Programowej „Primum non nocere” – Wojciech Szczęśny*

NA SALI OPERACYJNEJ

Kto za co odpowiada

Niedawno uczestniczyliśmy w konferencji, której tematem były „Problemy współczesnego anesteziologa”. Ogromne zainteresowanie uczestników spotkania wzbudziła m.in. problematyka odpowiedzialności lekarzy pracujących na sali operacyjnej, a w szczególności anesteziologa oraz lekarza kierującego zespołem zabiegowym. Ponieważ problem z uwagi na swoją wielopłaszczyznowość stał się tematem ożywionej dyskusji – zainspirowani tym wydarzeniem przedstawiamy prawne aspekty tej szczególnej relacji.

Jednym z warunków powodzenia zabiegu operacyjnego jest odpowiednia współpraca lekarza chirurga i lekarza anesteziologa. Praktyka ujawnia jednak szereg wątpliwości dotyczących zakresu obowiązków obu specjalistów oraz rodzaju odpowiedzialności, jaka może zostać im przypisana, gdy pojawią się negatywne skutki bądź powikłania związane z wykonanym zabiegiem. Analizując niniejsze zagadnienie należy przede wszystkim określić, czy lekarz anesteziolog jest członkiem zespołu operacyjnego

Doktryna i orzecznictwo definiują rolę lekarza anesteziologa dość jednoznacznie – jako podmiotu współuczestniczącego w zabiegu operacyjnym, którego obecność i umiejętności są niezbędne do wykonania danej procedury. Nie jest on natomiast członkiem zespołu operacyjnego w ścisłym znaczeniu tego słowa. Uważa się bowiem, że lekarz anesteziolog to wysoko kwalifikowany specjalista, który ponosi autonomiczną odpowiedzialność za negatywne następstwa działań lub zaniechań, których dopuścić się podczas wykonania czynności leczniczych wchodzących w zakres jego specjalności. Anesteziolog jest zobowiązany do zapoznania się z historią choroby pacjenta, jego stanem zdrowia oraz proponowaną metodą operacyjną. Na podstawie analizy uzyskanych informacji określa rodzaj znieczulenia i związane z nim ryzyko. Obowiązki anesteziologa nie ustają z chwilą zakończenia operacji, lecz trwa-

ją jeszcze w okresie pooperacyjnym, tak długo jak wymaga tego stan pacjenta. Istotną ich część stanowi monitoring jego parametrów życiowych. Tym samym niedopuszczalne jest obciążenie odpowiedzialnością lekarza chirurga np. za niepobranie zgody na znieczulenie, odstępnie od identyfikacji pacjenta poddawanego znieczuleniu, nieprawidłowy dobór rodzaju i sposobu znieczulenia do potrzeb określonego pacjenta, błędne prowadzenie czynności z zakresu intensywnej terapii (obowiązki lekarza anesteziologa zostały określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą).

Lekarz kierujący zespołem operacyjnym ma natomiast obowiązek sprawowania ogólnego nadzoru nad czynnościami poszczególnych członków zespołu medycznego. Oznacza to, że do powstania jego odpowiedzialności dojdzie wówczas, gdy będzie można skutecznie postawić mu zarzut niedołożenia należytej staranności w tym zakresie.

Jak zatem należy interpretować relację lekarza kierującego oraz anesteziologa, który – jak wskazano – jest autonomicznym podmiotem nie wchodzącym w skład zespołu operacyjnego sensu stricto?

Otóż – z uwagi na konieczność ścisłego współdziałania lekarza anesteziologa z zespołem operacyjnym oraz bezpośredni wpływ jego czynności na pracę tego zespołu – lekarz chirurg ma obowiązek sprawowania nadzoru także nad przebiegiem czynności anesteziologicznych od momentu wykonania znieczulenia do chwili jego ustąpienia, a także w okresie pooperacyjnym. Przy czym nadzór ten ma charakter ogólny związany z odpowiedzialnością za prawidłowy przebieg wykonania całej procedury mającej miejsce na sali operacyjnej w taki sposób, by uniknąć jakiegokolwiek zaniedbania. Ów nadzór nie dotyczy natomiast wyboru czy sposobu wykonania określonych działań do których podjęcia wymagana jest specjalistyczna wiedza z zakresu anesteziologii i intensywnej terapii.

Nieprawidłowości we wskazanym zakresie są winą chirurga i stanowią źródło jego odpowiedzialności wobec pacjenta za wyrządzoną szkodę niezależnie od odpowiedzialności indywidualnej anesteziologa. Można zatem skutecznie wywieść tezę, że odpowiedzialność chirurga jest nieco szersza, bowiem występuje tu zbieżność odpowiedzialności jego i anesteziologa, natomiast anesteziolog nie poniesie odpowiedzialności za działania czy zaniedbania chirurga, np. gdy ten nie uwzględnił jego uwag lub pominął opinie.

Reasumując: *neglegentia culpa est* – co oznacza, że zaniedbanie jest winą. Owym zaniedbaniem, które może doprowadzić do powstania odpowiedzialności lekarza kierującego zespołem operacyjnym jest niedołożenie należytej staranności w nadzorze nad czynnościami podejmowanymi przez poszczególnych jego członków; anesteziologa natomiast – zaniedbanie w ramach obowiązków, wynikających z wykonania czynności leczniczych wchodzących w zakres jego specjalności.

Zdaniem praktyka – lekarza na co dzień kierującego zespołem operacyjnym –

wskazana relacja nasuwa następujące refleksje...

„Niewątpliwie w przypadku samej procedury operacyjnej, po wszelkiego rodzaju konsultacjach i kwalifikacji pacjenta, osobą koordynującą działania całego zespołu w niej uczestniczącego jest lekarz prowadzący zabieg – operator. Zarówno anestezjolog, jak i reszta personelu medycznego są zobowiązani do szerokiej współpracy z koordynatorem w celu uzyskania jak najlepszego wyniku przeprowadzanego zabiegu. Na sali operacyjnej nie ma miejsca na wyodrębnianie roli kogokolwiek. Współpraca musi się odbywać na płaszczyźnie wzajemnego zrozumienia i szacunku, tak aby wykluczyć implikacje nieporozumień w zakresie odpowiedzialności. Należy pamiętać, że niewłaściwe współdziałanie ma swoje konsekwencje zarówno bezpośrednio w trakcie zabiegu, jak i w okresie pooperacyjnym czy dalszym postępowaniu terapeutycznym.” (Kierownik Kliniki Ortopedii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy, dr n med. Marek Jedwabiński.

Opisana wyżej problematyka wielokrotnie była przedmiotem orzekania w procesach lekarskich. Jednym z przykładów uznania winy zarówno lekarza kierującego zespołem operacyjnym oraz anestezjologa jest wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 29 IX 2005 r. (I ACa 510/05, PIM 2006, nr 3), gdzie przyjęto odpowiedzialność szpitala za poważną i trwałą szkodę (w postaci przewlekłych i ostrych bólów popunkcyjnych), powstałą na skutek braku odpowiedniego nadzoru pooperacyjnego i monitorowania organizmu pacjentki przez anestezjologa oraz braku konsultacji pomiędzy lekarzami. Przykład uwzględnienia powództwa pacjenta z uwagi na winę anestezjologa stanowi wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 18 II 1998 r. (I ACa 715/97, OSA 1999/2/7). Skład orzekający uznał, że powikłania jakich doznał powód po prawidłowo wykonanym zabiegu usunięcia wyrostka robaczkowego polegające na trwałym uszkodzeniu nerwu piszczelowego strzałkowego i kulszowego oraz niedowładzie lewej nogi i paraliżu od pasa w dół, były wynikiem niewłaściwie wykonanego znieczulenia.

Justyna Straka – prawnik

Autorka pracuje w Kancelarii Prawniczej „Krislex” w Bydgoszczy, www.facebook.com/krislex.bydgoszcz

Mój jest ten kawałek podłogi!...

Zimo dobra, bielą otul nas,
Bo każda nasza chwila przebudzenia czeka,
Z dawnych smutków oczyść naszą twarz,
Bo mamy jechać razem, a droga daleka.
I niech się spełni złotej taski czas.

Czesław Miłosz



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Niestety, to sama prawda zawarta jest w cytowanym wyżej wierszu poety! Bo przed nami rzeczywiście droga daleka! Droga, która będzie trwała aż 365 dni zaczynającego się roku i która nie wiadomo gdzie nas zaprowadzi. Droga z niespodziankami niekiedy przyjemnymi, ale, niestety, także takimi, które zburzą nasze dobre samopoczucie. Czuję w tym momencie zdziwienie w Waszych myślach, Mili Czytający te słowa. Czemuż to w chwili, kiedy wszyscy radośnie witają Nowy Rok, zasiewa on w naszych głowach niepokój? Przyznam szczerze, że sam nie wiem, dlaczego to robię. Bo przecież poeta w wierszu, który wyszedł spod jego pióra przed 75 laty, każe nam zapomnieć o smutkach, które pozostały za nami. I z nadzieją mówi o drodze, którą pokonamy wspólnie! Tak, wspólnie! I tu wracam do mego ulubionego konika to jest naszej lekarskiej wspólnoty. Wspólnoty, którą winiśmy utożsamiać z naszym Samorządem! Moi Drodzy to w tym roku minie 25 lat od jego odrodzenia i powstania na nowo! Pamiętam to dobrze, jeszcze to czuję, z jaką radością przykładałem ręce do zbudowania podwalin naszej Izby Lekarskiej. Przed ćwierćwieczem na pytanie dziennikarki, co będzie dalej z powstającym samorządem, z entuzjazmem odpowiedziałem „to się musi udać!”. Lata upłynęły, a ja, niestety, mam wątpliwości, „czy to na pewno się udało”?

No, ale ze smutków mam oczyścić twarz, jak zaleca poeta, i mieć nadzieję, że mimo dalekiej drogi przed nami, to jednak pokonamy ją razem.

Razem, bo przecież: „Jednostka! Co komu po niej?! Jednostki głosik cieńszy od pisku”! Na marginesie: wiecie, kto to napisał i na czyją cześć?

A smutki nasze niech otuli bielą dobra zima.

Tego Wam z całego serca życzę, jak zwykle Wasz

A. Martynowski

WYNAJMĘ GABINETY LEKARSKIE

przy ulicy **Jagiellońskiej 36a w Bydgoszczy**
(atrakcyjna lokalizacja, komfortowe warunki, cena do uzgodnienia).

Możliwość obejrzenia gabinetów na stronie

www.gabinetymarinahouse.bydgoszcz.pl

NAROL-DENTAL sp. z o.o.

polski producent instrumentów stomatologicznych
zaprasza PT. Lekarzy do odwiedzania
naszej klinicznej strony informacyjnej:

www.narol-dental.pl

Lucyna Zuchowska lek. dent.

SPRZEDAM mieszkanie 3-pokojowe

52m², 1-piętro, z pełnym wyposażeniem, miejscem garażowym i komórką lokatorską. Udogodnienia: osiedle strzeżone, monitorowane, balkon narożny, rolety zewnętrzne, 5 minut od obu szpitali uniwersyteckich.

Tel. 505 827 799

Zapraszamy lekarzy seniorów!

● **W lutym (5 lutego 2014 r. tym razem o godz. 14.00!)** gościem seniorów będzie prof. dr hab. n. med. Władysław Sinkiewicz z wykładem: „Czy wino jest dobre dla serca?”.

● **W marcu** wszystkich zainteresowanych zapraszamy na wykład dr. Macieja Sochy „Daleko stąd, ...blisko medycyny”. Spotkanie odbędzie się **5 marca 2014 r. o godz. 14.30.**

Wolontariusze fundacji „Bezpieczny świat” służą doradztwem prawnym, wsparciem psychologicznym i pomocą w nauce wychowankom domów dziecka (oraz innym uczniom, którzy zgłoszą problemy w nauce).

Osoby zainteresowane uzyskaniem pomocy, jak i niesieniem jej, prosimy o kontakt: mailowy na adres fundacja@bezpiecznywiat.pl lub telefoniczny 52 33 94 111.

Fundację Bezpieczny Świat można wspomóc finansowo przekazując na jej poczet 1% swojego podatku lub dokonując przelewu na nr konta **PKO BP 31 1020 1462 0000 7602 0189 3908.**



Konferencja naukowo-szkoleniowa

NIEDOŻYWIENIE: ŻYWIENIE KLINICZNE 2014

W dniach **21–22 marca 2014 r.** w pięknym zespole pałacowym Turzno, powitamy wiosnę podczas konferencji naukowo-szkoleniowej **NIEDOŻYWIENIE: ŻYWIENIE KLINICZNE 2014** (<http://www.palac-romantyczny.com>). Organizatorem spotkania jest Polskie Towarzystwo Żywności Klinicznej

Konferencja poświęcona będzie pamięci niedawno zmarłego profesora Marka Pertkiewicza. Gościć będziemy wykładowców z całej Polski, praktyków leczenia żywieniowego; od Wrocławia po Lublin, od Poznania po Gdańsk. Nie zabraknie autorytetów z Warszawy, Olsztyna, czy z naszego regionu. Wszyscy pragniemy uczcić pamięć naszego Mistrza i Przyjaciela.

Tematyka konferencji będzie bardzo obszerna. Myślę, że tak szerokie spektrum tematów związanych z leczeniem żywieniowym czy po prostu metabolizmem nie było jeszcze poruszone w naszym regionie. Znajdzie się miejsce na sesje związane z leczeniem dzieci, będą poruszone też codzienne i niezmiernie ważne problemy: prowadzenia żywienia pozajelitowego, dostępu do przewodu pokarmowego, zakażeń i innych powikłań. Przedstawione będą tematy, o których dotychczas nie mówiło się wcale, lub mówiło niewiele: leczenia żywieniowego w podeszłym wieku czy niedożywienia ambulatoryjnego. Przedstawiony zostanie program walki z niedożywieniem realizowany w województwie dolnośląskim przy finansowym wsparciu Dolnośląskiego Urzędu Marszałkowskiego. Planujemy zwrócić uwagę na leczenie ran przewlekłych, jako problemu często ściśle związanego z niedożywieniem.

Zapraszamy lekarzy, pielęgniarki, dietetyków. Planujemy umożliwić bezpłatny udział w sesjach studentom naszej uczelni medycznej. Uczestnikom przysługiwać będą punkty edukacyjne.

Szczegółowy program, formularz rejestracyjny i pozostałe szczegóły znajdą się w najbliższym czasie na stronie Polskiego Towarzystwa Żywności Klinicznej www.ptzk.pl

W imieniu komitetu organizacyjnego – lek med. Maciej Matczuk

DO WYNAJĘCIA pomieszczenia pod działalność medyczną – gabinety lekarskie, gabinety zabiegowe, blok operacyjny przy ul. Pestalozziego 7 (ALFA-MED) w Bydgoszczy.

Możliwość obsługi rejestracji, pomoc administracyjna, indywidualne warunki najmu, parking dla pacjentów.

Zainteresowane osoby proszę o kontakt telefoniczny pod numerem **600 262 738**

DO WYNAJĘCIA LOKAL o powierzchni 139 m² w Bydgoszczy, ul. Jagiellońska 70.

Lokal posiada dwa wejścia, duże witryny, podjazd dla osób niepełnosprawnych oraz parking.

Telefon: **606 109 730**

WYNAJMĘ DWA GABINETY LEKARSKIE W PILE

CENA DO UZGODNIENIA

Zainteresowane osoby proszę o kontakt pod nr tel:

603 619 621

PRACA

NZOZ nawiąże współpracę z **lekarzem stomatologiem i lekarzem ortodontą** wykonującym aparaty stałe. Kontakt tel.: 502 029 249.

NZOZ w Wągrowcu poszukuje **diabetologa i neurologa** do pracy w poradni, tel. 501 621 515 lub 67 268 52 40.

Położna środowiskowo-rodzinna podejmie pracę przy praktyce **lekarza rodzinnego** w Bydgoszczy lub okolicy. Mile widziana też praca w gabinecie ginekologiczno-położniaczym. Kontakt: telefon: 721 633 993, e-mail: poloznarodzinna@wp.pl

Stomatologa do współpracy poszukujemy. Kontakt: Tel. 604 796 594.

Dobrze prosperujący prywatny gabinet stomatologiczny w Chojnicach podejmie współpracę z **lekarzem dentystą**. Oferujemy nowoczesny sprzęt, praca na 4 ręce, mikroskop, radiowizjografia, panorama 3D. Tel. 606 254 626, e-mail: gabinet@lux-dent.net

SANITAS Lekarze Specjaliści Spółka z o.o., ul. Dworcowa 110, 85-010 Bydgoszcz zatrudni **lekarza stomatologa**. Warunki pracy do uzgodnienia. Kontakt: 52 322 40 72, 508 355 447, sanitas@sanitas.pl

Zapraszamy



do BIURA RACHUNKOWO-PODATKOWEGO

- ▶ Specjalizujemy się w rozliczaniu podatkowym podmiotów świadczących **USŁUGI MEDYCZNE**.
- ▶ Nasze Biuro łączy **TRADYCYJNĄ KSIĘGOWOŚĆ Z NOWOCZESNYMI TECHNOLOGIAMI**, opartymi m.in. na komunikacji online/ e-mail/sms/tel.
- ▶ **SZANUJĄC PAŃSTWA CZAS**, wychodzimy naprzeciw, dojeżdżamy i odbieramy dokumenty bezpośrednio u zainteresowanego.

mgr Roman Grzybiej

☎ **508303873 • 52 5243584**
www.bigbiuro.pl
Bydgoszcz, ul. Szajnochy 11

BMW
Oferta Specjalna

www.bmw-
dynamicmotors.pl



Radość z jazdy



WYMARZONE BMW Z ROCZNIKA 2013.

Marzysz o nowym BMW? Czas urzeczywistnić marzenia. Odwiedź Salon Dealera BMW Dynamic Motors i wybierz jeden z doskonałych modeli z rocznika 2013. Radość z jazdy jest bliżej niż myślisz.

SPRAWDŹ WYJĄTKOWO ATRAKCYJNĄ OFERTĘ MODELI BMW.

BMW
320d xDrive Limuzyna
połyskujący brąz metalizowany
207 059 PLN

BMW
420d Coupé
szafirowoczarny metalizowany
235 152 PLN

BMW
520d Limuzyna
jatoba metallic
240 072 PLN

Dealer BMW
Dynamic Motors
ul. Fordońska 264
85-790 Bydgoszcz
Tel.: +48 52 339 51 10
www.bmw-dynamicmotors.pl

Dealer BMW
Dynamic Motors
ul. Olimpijska 8
87-100 Toruń
Tel.: +48 56 645 21 70
www.bmw-dynamicmotors.pl



Innovation
that excites

PORYWAJĄCO DOBRA OFERTA NIE MOŻESZ JEJ PRZEOCZYĆ.



NISSAN MICRA
OD 32 900 ZŁ

NISSAN JUKE
OD 49 900 ZŁ

NISSAN MICRA I JUKE Z ROCZNIKA 2013, TERAZ Z RABATEM DO **9 000 ZŁ!**

ZAREZERWUJ JAZDĘ PRÓBNĄ U NASZEGO DEALERA.

Autoryzowany Dealer Nissana Yama Sp. z o.o.

86-031 Osielesko, ul. Szosa Gdańska 28, tel. 52 360 53 10

Zdjęcia są jedynie ilustracją. Dane i fakty podane w niniejszej reklamie służą wyłącznie celom informacyjnym i nie stanowią oferty zawarcia umowy. Oferta jest ważna dla umów podpisanych z klientami w okresie od dnia 06/01/2014 do dnia 28/02/2014. Wskazana cena odnosi się do klasy Micra 1.2 Visia, Juke 1.6 Visia 94 KM (16" felgi stalowe). Micra: zużycie paliwa w cyklu mieszanym 4.3-5.4 l/100 km, emisja CO₂: 99-125 g/km; Juke: 4-7.4 l/100 km, 104-169 g/km. Rozszerzona Gwarancja oznacza ubezpieczenie pojazdu, które można dodatkowo zakupić, dając łącznie z okresem standardowej gwarancji maksymalnie 5-letnią ochronę pojazdu.

