



Nasza Izba ma już 25 lat!

A może tylko 25? Dużo osiągnęliśmy w tym czasie, czy stanowczo za mało? Czy pamiętamy ludzi, którzy byli „przy narodzinach” i raczkowaniu? Każdemu jubileuszowi towarzyszą takie pytania. Także 25. rocznicy odrodzenia samorządu lekarskiego. Bo przecież za chwilę – 14 listopada – „stuknie” już 25 lat od I Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Bydgoszczy, który burzliwie zapoczątkował istnienie naszej Izby.

Podsumowując – bo od tego nie uciekniemy – przypomnijmy sobie te wydarzenia, emocje i stawiane wówczas cele. Czekamy na Państwa teksty! Jak zawsze!

Redakcja „Primum”

W NUMERZE

Z BIL	2
TAK MYŚLĘ	
Dobro pacjenta – dobrem lekarza!	3
HOMEOPATIA – TAK CZY NIE?	4
WYDARZENIA I INFORMACJE	6
Z SALI OPERACYJNEJ	
Nowatorski zabieg w Juraszu	9
LEKARSKIE DZIECI NA OKŁADKI	1 okł., s. 10, 12, 13 (podpisy str. 19)
BEZPIECZNE WAKACJE	
Wypadek nurkowy! Co zrobić?	14
KOMUNIKACJA LEKARZ–PACJENT	
Udział pacjenta w podejmowaniu decyzji medycznych	15
RADCA PRAWNY BIL INFORMUJE	
Odpowiedzialność zawodowa lekarzy	16
LEKARZ W GĄSZCZU PARAGRAFÓW	
Klauzula usprawiedliwionego celu – to nie wszystko	17
FELIETON	19
W FIGUŁCE	20

Okładka i str. 10, 12, 13:
Lekarskie dzieci

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

W polskich mediach bardzo często swoje opinie na temat organizacji i finansowania sektora zdrowia wygłaszają ekonomiści oraz przedstawiciele pracodawców. W opiniach tych podkreśla się złą organizację pracy, przerost zatrudnienia oraz zbyt duże płace. Głównym tematem nie jest dostępność do lekarza, jakość i efekty leczenia, lecz wynik finansowy. Bardzo niepokojący jest fakt, że pieniądze stają się celem, a nie środkiem. Ostatnio miałem możliwość zapoznania się z organizacją i finansowaniem ochrony zdrowia w Belgii. Wydatki na opiekę zdrowotną w tym kraju wynoszą 10,5% PKB. Natomiast w Polsce 6,9% PKB. Na opiekę zdrowotną na mieszkańca w Belgii przeznaczają się 4061 USD, w Polsce – 1400 USD. Proszę Koleżanek i Kolegów! – zakładając, że koszty sprzętu medycznego i leków są podobne w obu krajach, to my w Polsce dokonujemy codziennych cudów prawie na miarę cudu w Kanie Galilejskiej. Jeśli jednak okaże się, że to nie cud, to coś mi się wydaje, że to my, lekarze i pielęgniarki, głównie partycypujemy w kosztach leczenia pacjentów. Sprzęt medyczny i najlepsze leki nie są w stanie wyleczyć chorego. Fachowa wiedza i umiejętności nie są dostatecznie doceniane. Pamiętając więc o obietnicy Pana Premiera, że nie będzie skraćć kolejek „dosypując więcej pieniędzy lekarzom”, będziemy prosić Opatrzność Bożą o dalszą opiekę nad nami i naszymi chorymi.



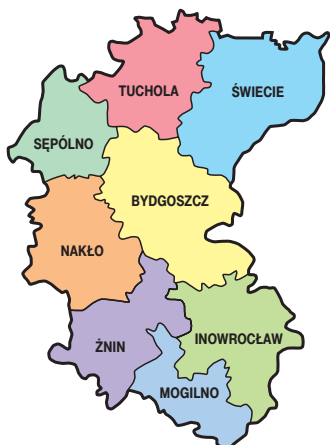
Zdjęcie: NIL

Koleżanki i Koledzy! Pamiętacie słynne w telewizji polskiej: „adin, dwa, tri, cztery...” sowieckiego hipnotyzyera i uzdrowiciela Anatolija Kaszpirowskiego. Setki, a może tysiące Polek i Polaków siadały przed swoimi telewizorami i wierzyły, że te seanse ich leczą. Wielu rodaków stawiało więc butelki z wodą z kranu przed telewizorem, aby ją namagnetyzować i potem z głęboką wiarą i przekonaniem w jej uzdrowicielską moc, pić. Zawarte w tej wodzie, w znikomej ilości i w znacznym rozcieńczeniu bakterie *Escherichia coli*, zgodnie z podstawowymi zasadami homeopatii, uchroniły wielu jej wyznawców przed ciężkimi schorzeniami, a niedowiarkom nie pomogły. Wielu polskich widzów głęboko wówczas wierzyło w efekty terapeutyczne Kaszpirowskiego i opowiadało przed kamerami o ustąpieniu objawów chorobowych. W czasach PRL-u, oprócz obowiązkowego materializmu dialektycznego, paradoksalnie panował powszechny niedostatek dóbr materialnych. Służba zdrowia, pod koniec panowania sekretarza PZPR, funkcjonowała często dzięki sprzętowi i lekom z darów wrogich nam krajów zachodnich. Telewizyjne „uzdrawiające” seanse Kaszpirowskiego miały stanowić i stanowiły rekompensatę powszechnych braków w służbie zdrowia. Wiara rodaków w skuteczność tego typu leczenia była poparta faktem, iż było ono proponowane przez telewizję rządową, a ta przecież nigdy nie kłamała. Paradoksalnie, Polakom nie przeszkadzał fakt, że uzdrowiciel przybywał ze Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich, w którym wprowadzono siłą, podczas rewolucji, materializm dialektyczny. Chorzy do chwili obecnej powszechnie korzystają z porad znachorów, nie zważając na negatywne skutki tego typu leczenia. Reaktywowany po wielu latach samorząd lekarski, w tym Bydgoska Izba Lekarska, wielokrotnie zgłaszał do organów ścigania osoby podejmujące leczenie, a nie posiadające odpowiednich uprawnień. Zdecydowana większość tych spraw była umarzana ze względu na znikomą szkodliwość społeczną. Dopiero śmierć dziecka i nagłośnienie jej w środkach masowego przekazu spowodowało odpowiednią, mam nadzieję, niejednostkową reakcję prokuratury i sądu.

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 dentyistów: lek. med. Wojciech Kosmowski tel. 605550017

RADA PROGRAMOWA: Przewodniczący: dr n. med. Wojciech Szczepny; członkowie Rady: prof. Aleksander Araszkiwicz, red. nac. Agnieszka Banach, Teodora Bogdańska, lek. Mieczysław Boguszyński, dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, red. Magdalena Godlewska, dr n. med. Marek Jurgowiak, 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, magodlewska@poczta.onet.pl
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania i poprawiania materiałów oraz zmian w tytułach. Za treść reklam nie odpowiadamy. Nakład: 4000 egzemplarzy

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

Problem techniczny...

Ostatni okręgowy zjazd lekarzy BIL zakończył się sformułowaniem między innymi apelu dotyczącego techników dentystycznych, skierowanego do Ministerstwa Zdrowia. W otrzymanej odpowiedzi, po raz kolejny, znaleźliśmy potwierdzenie obowiązującego stanu prawnego dotyczącego zakresu działań dozwolonych do wykonywania przez techników dentystycznych.

Technikowi dentystycznemu, w związku ze zdobytym wykształceniem, nie wolno pobierać wycisków, planować pracy protetycznej ani wykonywać żadnych procedur klinicznych. Wiadomą rzeczą jednak jest powszechność „przyjmowania pacjentów” przez techników. Oprócz przyczyn oczywistych takiego stanu rzeczy, należy wskazać również te mniej oczywiste, a będące winą nas samych – lekarzy dentystów. Scedowanie na technika niektórych etapów postępowania klinicznego jest w niektórych praktykach zjawiskiem równie powszechnym, co nagannym. Jeśli niedostaje nam wiedzy czy umiejętności, nie bójmy się zwrócić do koleżanki czy kolegi po pomoc. W sytuacji, w której nasze skrzynki mailowe są wręcz zasypywane informacjami o kursach doskonalenia zawodowego, wyręczanie się pracą technika jest postępowaniem niegodnym lekarza, dającym dodatkowo technikowi przekonanie o swego rodzaju przyzwoleniu na łamanie prawa. Nie wyklucza to oczywiście dobrze pojętej współpracy z technikiem, nawet przy pacjencie, ze zwróceniem jednakże uwagi na zakres czynności, który powinien pozostawać wyłączną domeną lekarza.

lek. dent. Marek Rogowski

■ Apel do Ministerstwa Zdrowia Sejmowej Komisji Zdrowia Krajowego Zjazdu Lekarzy

Zwracamy się z apelem o podjęcie działań mających na celu ograniczenie wykonywania zawodu lekarza stomatologa przez techników dentystycznych. Obecnie, mimo sankcji karnych przewidzianych w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, wykonywanie samodzielnie prac protetycznych przez techników dentystycznych bezpośrednio u pacjenta jest zjawiskiem powszechnym, stawiającym pod znakiem zapytania zasadność wymogów stawianych lekarzom stomatologom w związku z wykonywaną przez nich działalnością leczniczą.

Pragniemy również zwrócić uwagę na możliwości uzyskiwania przez techników dentystycznych tytułu doktora nauk medycznych. Osoby posługujące się tytułem doktora nauk medycznych nadal nie posiadają prawa wykonywania zawodu lekarza i nie są uprawnione do pracy z pacjentem, choć w odbiorze społecznym nie jest to odróżniane.

■ (Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na APEL nr 3/XXXIII/14 XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy BIL na stronie www.bil.org.pl)



Z Komisji Młodych Lekarzy

Głównym zadaniem KML jest szeroko pojęte reprezentowanie interesów zawodowych młodych lekarzy i lekarzy dentystów oraz integracja środowiska lekarskiego. Propagujemy udział w pracach samorządu lekarskiego oraz w życiu społeczności. Wiemy, jak bardzo istotne są wzajemne, pozytywne relacje w naszej grupie zawodowej, dlatego dokładamy wszelkich starań, by integrować środowisko młodych lekarzy zarówno w sferze zawodowej, jak i towarzyskiej. Komisja udziela pomocy w zakresie uzyskiwania informacji niezbędnych do rozpoczęcia kariery, a także związanych z dalszym rozwojem zawodowym i naukowym.

W ostatnim okresie Koleżanki i Koledzy zgłaszali szereg problemów, z którymi na co dzień spotykają się młodzi lekarze. Przy udziale Komisji została wyjaśniona kwestia otrzymywania świadczeń z funduszu socjalnego przez rezydentów oraz regulacji czasu pracy lekarzy pracujących na podstawie umowy o pracę. Wystosowano listy informujące, że lekarz stażysta nie może pełnić obowiązków poza miejscem pracy, m.in. nie może stanowić zabezpieczenia podczas transportu medycznego pacjenta pomiędzy placówkami medycznymi.

Jak co roku na prośbę Oddziału Bydgoszcz Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland zostało przygotowane spotkanie informacyjne dla studentów Collegium Medicum UMK odnośnie Lekarskiego Egzaminu Końcowego oraz stażu podyplomowego.

Ponadto Komisja może się pochwalić, że jeden z jej członków, Bartosz Kozłowski, zasiada w Okręgowej Radzie Lekarskiej.

Kolejne spotkanie KML odbędzie się 26.06.2014 o godzinie 15.00 w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Zapraszamy wszystkich lekarzy i lekarzy dentystów, którzy czują się młodzi duchem i ciałem do współpracy z Komisją. Nasze zaproszenie kierujemy także do lekarzy stażystów. Pozostajemy otwarci na wszelkie sugestie i pomysły. W przypadku pytań prosimy o kontakt z Bartoszem Kozłowskim (bbkzolowski@gmail.com) lub Piotrem Księżniakiewiczem (ksiezniakiewicz@gmail.com). Do zobaczenia!

Piotr Księżniakiewicz

Komisja ds. Młodych Lekarzy



Pamięć serca nazywa się wdzięcznością – Phil Bosmans

Z głębokim smutkiem zawiadamiam, że 18 kwietnia 2014 roku odeszła od nas

Śp. dr n. med. Ewa Wągrowa-Koski

Krajowy Konsultant w dziedzinie medycyny pracy, Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy Zastępca Dyrektora do spraw patologii zawodowej w Instytucie Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

Żadne słowa nie opiszą straty, jaką poniosła polska medycyna pracy. Pozostanie w naszej serdecznej i wdzięcznej pamięci jako Lekarz o dużej wiedzy, życiowej mądrości, doświadczeniu i szerokich horyzontach, wspaniała Koleżanka, życzliwy Człowiek, Przyjaciel.

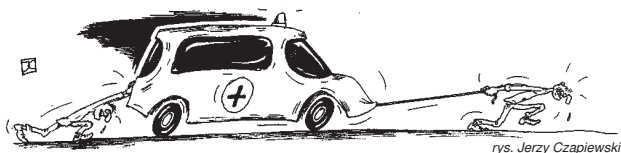
Ewa Kaczanowska-Burker – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny pracy Przewodnicząca Zarządu Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy

Z wielkim smutkiem żegnamy Naszego Kolegę

Dr. n. med. Aleksandra Świtońskiego

wybitnego ortopedę, ordynatora oddziału ortopedycznego, wychowawcę wielu pokoleń lekarzy, odznaczonego Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski i Złotym Krzyżem Zasługi.

W imieniu Samorządu Lekarskiego serdeczne wyrazy współczucia Rodzinie Zmarłego składa Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej – dr n. med. Stanisław Prywiński



Dobro lekarza – dobrem pacjenta!

Funkcjonowanie sektora usług/świadczeń medycznych jest zadaniem bardzo trudnym i złożonym. Jest to wyzwanie logistyczne i organizacyjne, ale przede wszystkim wymagające precyzyjnych rozwiązań prawnych, dotyka bowiem sfery bardzo wrażliwej i istotnej tak dla pojedynczej osoby, jak i dla funkcjonowania całego społeczeństwa.

Polski świadczeniodawca (podmiot leczniczy, praktyka lekarska) funkcjonuje w sieci licznych ustaw, rozporządzeń i zarządzeń, z konstytucją RP na czele.

KONSTYTUCJA RP

1. Kodeks karny, Kodeks postępowania karnego
2. Kodeks cywilny, Kodeks postępowania cywilnego
3. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
4. Ustawa o działalności leczniczej
5. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty
6. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej
7. Ustawa o ratownictwie medycznym
8. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
9. Ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych
10. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego
11. I wiele innych, np. zarządzenia prezesa NFZ, NIK, ZUS, PIS, PIP, GIODO itd.

Niestety, nie wszystkie akty są ze sobą spójne, w wielu miejscach występuje niejasność, a nawet kolizja. Sztandarowym przykładem takiej kolizji jest limitowanie świadczeń przez NFZ przy konstytucyjnej gwarancji prawa do ochrony zdrowia, niezależnie od sytuacji materialnej obywatela (art. 68 Konstytucji RP z 2.04.1997 r.). Ponadto państwo zobowiązało się do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku (art. 68, pkt. 3 Konstytucji RP).

Od kilku lat przybiera nowym obowiązków, głównie o charakterze administracyjnym, na każdym etapie udzielania świadczeń zdrowotnych, np. pod postacią odpowiedniego kodowania usługi, oceny ryzyka powikłań zakrzepowo-zatorowych, stopnia odżywienia/niedożywienia, prowadzenia rozbudowanej dokumentacji medycznej, właściwego raportowania długości kolejki do danego świadczenia... i nie widać już naszego pacjenta.

Ten skomplikowany system funkcjonuje jednak – o czym mam wrażenie zapomnieli nasi (?) decydenci – na skutek podstawowej relacji: świadczeniodawca – pacjent, czyli **lekarz – pacjent** czy też inny **profesjonalny pracownik medyczny – pacjent**.

A więc z jednej strony społeczeństwo otrzymuje informacje na temat rosnącej jakości usług, stąd liczne certyfikaty i akredytacje, jakie zdobywają podmioty lecznicze, kolejne nowe akty i rozporządzenia, a z drugiej strony, pomimo podejmowanych przez rząd działań, dostęp do usług jest coraz trudniejszy. Stan te szczególnie uciążliwy jest dla pacjentów, których oczekiwania rosną, bowiem medycyna rozwija się i jednocześnie pada szereg zapewnień i obietnic ze strony rządowej. Wzrastają też niestety roszczenia pacjentów.

Dlatego też dużą uwagę przywiązuje się do przestrzegania praw pacjentów, którzy korzystają ze sfery usług/świadczeń medycznych.

Również w naszym kraju troska ta przyjęła kształt ustawy – Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku PP. Ustawa uchwalona w 2008 do praktyki weszła z początkiem 2009 r. Martwi jednak fakt braku podobnej troski o nasze środowisko.

Od nas oczekuje się dalszych wyrzeczeń i większego zaangażowania, jednak nie padają żadne konstruktywne propozycje. Nie wiem, jakiego zaangażowania oczekują politycy, skoro np. w wielu przychodniach przyszpitalnych pacjenci do specjalisty są rejestrowani co 10 minut, przy czym NFZ wymaga 20 minut na poradę! Prawdopodobnie podobne praktyki obecne są w POZ-cie. Niektóre palcówki regularnie przechodzą pozytywnie akredytacje, a nawet zdobywają laury. Jaki z tego płynie wniosek? Ważne są zapisy i regulacje na papierze, a to, co w życiu ...przecież to ci pazerni lekarze na kontrakcie. I w ten sposób można łatwo wskazać winnego.

Proszę zwrócić uwagę, że nie jest analizowana praca lekarzy, jej jakość, rzeczywiste obciążenie czy też organizacja czasu pracy, wide: jednoczesna praca w poradni i oddziale, a często i w izbie przyjęć.

A wracając do pracy w poradni – 10 minut obejmuje rozmowę z pacjentem (mam go wysłuchać i wykazać empatię), zbadanie go z pełnym skupieniem (a tu telefon z oddziału, zapytanie, czy jeszcze można się dorejestrować!), omówienie badania i zaleceń, wypełnienie skierowań (oczywiście poinformuję pacjenta, gdzie, kiedy i o jakiej godzinie), następnie w skupieniu wypiszę recepty, ale uwaga – co 2 miesiące może być niespodzianka! No i zajmę się dokumentacją. I to w 10 minut!!! Przestrzegając praw i wszystkich aktów prawnych! Nie wiem, jak moje koleżanki i koledzy, ale ja już tak nie mogę.

Na oddziałach praca wygląda podobnie, aczkolwiek mamy jeszcze więcej różnych papierów do wypełnienia. Bardzo męczący i absorbujący jest istniejący w niektórych szpitalach wymóg spisywania specjalnego raportu leków przyjmowanych przez pacjenta, które zostały przyjęte w depozyt celem kontynuacji leczenia na oddziale. W raporcie tym należy spisać serię i numer opakowania, datę ważności. Czy to naprawdę jest konieczne i należy tym obarczać lekarza???

I znów jak mantra powtarzane: „wykaż się empatią” (skąd ją czerpać??), „pochyl się z troską nad pacjentami”, „zaordynuj dobrą terapię”.

Zawód lekarza należy do zawodów wysokiego ryzyka. Oprócz typowych obciążeń, tj. chemicznych, biologicznych i fizycznych, szczególną rolę odgrywają te o charakterze psychofizycznym. O ile trzy pierwsze łatwo monitorować i im zapobiegać, to tym o charakterze psychofizycznym znacznie trudniej. Obejmują one obciążenia fizyczne i psychiczne, monotonię pracy, jej tempo, złą organizację, wydatek energetyczny i stres.

Problem ten wydaje się narastać, szczególnie wobec licznych zmian organizacyjnych w pracy sektora ochrony zdrowia, które zarówno generują problemy organizacyjne, jak i są źródłem stresu dla podmiotów leczniczych i w ostateczności dla relacji pacjent – lekarz czy inny wykwalifikowany pracownik medyczny (również samodzielne praktyki).

Na skutek wymienionych zagrożeń mogą występować różne dolegliwości, pośród nich najczęstsze to niedomagania ze strony układu mięśniowo-szkieletowego, przewlekłe zmęczenie, zespół wypalenia, choroby układu pokarmowego i sercowo-naczyniowego. Stres i wypalenie zawodowe mogą być również traktowane jako konsekwencja omawianych zagrożeń.

Wypalenie zawodowe stanowi więc ogromne zagrożenie dla osoby cierpiącej, ale także dla pacjenta. Lekarz dotknięty wypaleniem ma niestety trudności z koncentracją, problemy w relacji z pacjentem, staje się obojętny wobec jego problemów, często nawet cyniczny czy wręcz wrogo do niego nastawiony.

Powyższe obciążenia powodują, iż wzrasta ryzyko popełniania błędów oraz spada efektywność pracy. Już w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku w USA problem ten został zauważony w tamtejszych szpitalach, a wprowadzone programy antystresowe spowodowały spadek liczby błędów lekarskich o ok. 50%.

Uważam więc za niezmiernie ważne, aby omawiany problem został wreszcie dostrzeżony.

Dokończenie na str. 18

Homeopatia – tak czy nie?

Uruchomienie poddyplomowych studiów „Homeopatia w medycynie niekonwencjonalnej i farmacji” na Śląskim Uniwersytecie Medycznym sprawiło, że temat stosowania tej metody leczenia przez lekarzy powrócił. Natychmiast przeciwko nauczaniu i stosowaniu homeopatii w praktyce zaprotestowała Naczelna Rada Lekarska. Aktualnie trwają prace powołanego przez nią zespołu ekspertów, który ma m.in. ocenić dowody naukowe dotyczące działania produktów homeopatycznych. Wiadomo jednak, że w tej sprawie w środowisku lekarskim nie ma jednomyślności i wielu medyków tę metodę leczenia uznaje i stosuje w swojej praktyce. Dzisiaj oddajemy głos jednej i drugiej stronie, a Państwa zapraszamy do dyskusji...

Redakcja

TAK

Bezkrytyczna krytyka homeopatii

Homeopatia mogłaby być uznana za papierek lakmusowy współczesnej medycyny. Negowana przez materialistycznie nastawionych krytyków, może jawić się jako ostoją pacjentów, którzy nie godzą się, by zostać biomechanicznymi przypadkami medycznymi. Nawet jeśli ktoś traktuje ją jak placebo, to i wtedy stwarza ona doskonały kontrapunkt do rozważenia kierunku w jakim zmierza medycyna.

CZY LECZENIE JEST ZDROWE?

Od jakiegoś czasu trapi mnie wątpliwość – skoro mamy tak bardzo rozwiniętą medycynę, to dlaczego coraz więcej osób w coraz młodszym wieku przyjmuje coraz więcej leków? Alarmuje się też o fali epidemii chorób cywilizacyjnych w najbardziej rozwiniętych krajach. To, że dłużej żyjemy to fakt, ale czy jako społeczeństwo stajemy się rzeczywiście coraz zdrowsi? Czy obecny stan nie zaważy na przyszłych pokoleniach? Jaka jest przy tym właściwie ogólna koncepcja kierująca współczesną medycyną? Czy stosowane leczenie poprawia samodzielną samoregulację prowadzącą do zdrowia poprzez samozdrowienie? Czy nie warto by bardziej wspierać samozdrowienia niż leczenia?

HOMEOPATIA NIE LECZY...

W tym kontekście stają się jasne zarzuty krytyków homeopatii. Ona rzeczywiście tak nie leczy – w potencjonowanych lekach nie ma aktywnej, materialnej substancji, która wyręczałaby organizm. Jak zatem mogłaby działać? Czy mogłaby być oparta na informacji? Czy nauka logicznie dopuszcza taką możliwość? W istocie współczesna nauka nie przesądza, co leży u podłoża naszego świata. Czy rzeczywiście jest on tylko materialny, czy też jego osnową mogą być informacyjne wzorce? Istnieją całkiem poważne koncepcje wspierające informacyjną strukturę naszego świata (*Samoorganizujący się kwantowy wszechświat*, Świat Nauki 08/2008). Z drugiej strony – dwie najlepsze obecnie teorie opisujące świat są ze sobą sprzeczne i nie do pogodzenia (mechanika kwantowa i ogólna teoria względności). Dodając do tego fakt, że nie zdołaliśmy poznać czym jest 95% materii i energii naszego kosmosu, wydaje się, że ciągle wiele jest tu do odkrycia... Czy wierzymy, że takie głęboko humanistyczne pojęcia jak piękno, dobro czy miłość, stanowią odrębne platońskie byty? W materialistycznym świecie byłyby one tylko behawioralnymi opisami zachowań

ludzkich biomaszyn. Ale czy rzeczywiście taki świat chcemy akceptować? Czy nie istnieją prawdziwe, obiektywne wartości, które w swej istocie materializm odrzuca? Obecnie pozostaje to kwestią wiary. Jeśli jednak wolimy pozostać po stronie platońskich idealistów, to homeopatia okazuje się doskonałe w ten obraz wpisywać. Co więcej – jakby przybliżyła nam możliwość sięgania do tych wzorców. Nie wiemy, jak mechanicznie mogłyby być one zapisane – to prawda. Możemy jednak obserwować ich działanie u ludzi. Dobry środek homeopatyczny powoduje w pierwszym rzędzie przejściowe nasilenie objawów pacjenta (tzw. pogorszenie homeopatyczne). Przez analogię z fizyką moglibyśmy to określić jako interferencję dwóch falowych wzorców, które się wzajemnie wzmacniają. Organizm reaguje na to kontrreakcją, mającą na celu zniwelowanie tak nasilonego stanu. A więc nie tylko samodzielnie przywraca stan lepszej równowagi, ale usprawnia swoją samoregulację (oczywiście wszystko w miarę możliwości). Oprócz wieloletnich obserwacji homeopatów reszta jest teorią – czy jednak rzeczywiście brak jest jakichkolwiek badań potwierdzających skuteczność homeopatii?

HOMEOPATIA NA CENZUROWANYM

Znana od ponad 200 lat homeopatia dzięki zaskakująco pozytywnym efektom terapeutycznym stopniowo zaskarbiła sobie uznanie wśród pacjentów w Europie i na całym świecie. Praktykowana i badana była głównie przez lekarzy i oparta o niespotykaną wówczas obserwację kliniczną, której podmiotem był pacjent jako całość, a nie tylko jako zbiór przedmiotowo traktowanych poszczególnych organów. Homeopatia nigdy nie była przy tym medycyną ludową, co tak chętnie się jej dzisiaj przypisuje. Od samego początku metoda była jednak krytykowana przez środowisko medyczne. Oprócz nieracjonalności zarzucano jej odkrywcy walkę z popularnymi ówczesnie w medycy-

nie krwiopustami i „oczyszczaniem”, m.in. arsenikiem. Hahnemann poprzez wnikliwą obserwację pacjentów widział nie tylko efekty homeopatii, ale i szkodliwość ówczesnych metod. Nie zaprzeczył wynikom swoich dociekań ani wobec pozornej nieracjonalności powstawania środków homeopatycznych, której był świadom, ani wobec uprzedzonej krytyki ze strony kolegów broniących stosowania nieracjonalnych w istocie metod. Podobnie dzisiaj sprowadza się całe działanie homeopatii do placebo, jednak nie wnika się w szczegóły. Czy rzeczywiście potwierdzają to współczesne badania? Na pierwszy rzut oka wydaje się to wynikać z największej krytycznej metaanalizy poświęconej homeopatii, która ukazała się w piśmie „Lancet” w 2005 roku. Do mediów przeniknęły z niej dwa główne hasła: „koniec homeopatii” i „homeopatia to placebo”. Większość uwierzyła w to bezkrytycznie. Jednak homeopaci po długich staraniach uzyskali w końcu surowe dane, na jakich została oparta. W efekcie powstała jej reanaliza, z którą od kilku lat można zapoznać się także na stronie Polskiego Towarzystwa Homeopatycznego (www.homeopatia-ptp.pl). Wynika z niej, że w pierwotnej metaanalizie dokonano 8 subiektywnych wyborów, nie podejmowanych w takich publikacjach – nakierowanych najwyraźniej tak, by efekt końcowy nie był korzystny dla homeopatii. Zamiast 110 i 110 oficjalnie wybranych (i zadeklarowanych) badań, porównano w końcu tylko 8 i 6 z obu grup. Ostatecznie „klęskę” homeopatii przypieczętowało negatywne badanie zdrowych (sic!) maratończyków (u których nie było nic do leczenia). Tyle, że badanie to było negatywne zarówno dla medycyny konwencjonalnej, jak i homeopatii. Wybrano tylko to niekorzystne dla homeopatii. Dlaczego? Reanaliza ta nie została nigdy podważona przez autorów metaanalizy ani innych poważnych naukowców – a została opublikowana w indeksowanym piśmie medycznym *Journal of Clinical Epidemiology* w 2008 roku. Co ciekawe – nawet w tak zniekształconej pierwotnej metaanalizie autorzy zawarli wniosek, że *Osiem badań leków homeopatycznych w ostrych infekcjach górnych dróg oddechowych, które zostały włączone do naszej próby, daje połączony efekt wskazujący na istotnie dobroczynny efekt*. W medycynie konwencjonalnej osiem badań wystarczy dla wyciągnięcia wniosku według „Cochrane Collaboration”, a więc okazuje się, że home-

opatia wg tej metaanalizy jest Medycyna Opartą na Dowodach dla choroby najczęściej występującej w praktyce ogólnej!

Trudność badań w homeopatii polega na tym, że w swej klasycznej postaci jest to terapia zindywidualizowana, gdzie lek musi być dobrany do stanu pacjenta. Z problemem tym zaczyna tak samo borykać się coraz bardziej personalizowana medycyna konwencjonalna. Opisuje to fragment artykułu „Terapia szyta na miarę” z „Gazety Lekarskiej” z lipca 2011 (<http://www.oil.org.pl/xml/nil/gazeta/numery/n2011/n201107/n20110703>): „Pacjent jest najważniejszy”.

Przez całe lata wyrocznią dla lekarzy była Evidence Based Medicine (EBM), czyli standardy postępowania terapeutycznego oparte na wiarygodnych i aktualnych danych uzyskanych w badaniach klinicznych. Dla medycyny personalizowanej nie one są najważniejsze.

NIE WARTO O TYM PODYSKUTOWAĆ?

Zamiast trawić to skromne miejsce na dywagacje poświęcone krytyce homeopatii, wolałbym Państwu po prostu więcej opowiedzieć o tej fascynującej sztuce. I nawet nie tylko o tym, dlaczego pacjenci homeopatów latami praktycznie nie muszą zażywać antybiotyków (co wobec ostatnich doniesień WHO wydaje się chyba warte uwagi). Najchętniej opowiedziałbym Państwu o tym, jak homeopatia idealnie wpisuje się w koncepcję „dezintegracji pozytywnej”, opracowaną przez polskiego psychiatrę prof. Kazimierza Dąbrowskiego. Opowiedziałbym tu, jak to może prowadzić do samozdrowienia i jakim głębokim przeżyciem jest wieloletnia homeopatyczna współpraca z pacjentami, którzy często nie tylko stają się coraz zdrowsi, ale przede wszystkim coraz bardziej dojrzały w głęboko humanistycznym znaczeniu tego

słowa. Oczywiście nie dotyczy to wszystkich, bo homeopatia ma swoje ograniczenia i na nikim zdrowia wymusić nie może. Tu zostaje wyręczające leczenie. Dodatkowo utrudnia sytuację fakt, że niektórzy lekarze próbują naginać ją do „homeopatycznego leczenia” objawów – stąd trudno się dziwić, że i ze strony osób stosujących środki homeopatyczne przekaz nie jest jasny. Osoby otwarte jednak już dziś z pewnością mogłyby skorzystać z homeopatii. Dziękuję za lekturę i zapraszam do osobistego kontaktu ze mną wszystkich, którzy są jej ciekawi i mają odwagę tę ciekawość wyrażać.



Tomasz Kokoszczyński
specjalista medycyny
rodzinnej, prezes
Polskiego Towarzystwa
Homeopatycznego

NIE Wstrząśnięte niez mieszane

Chciałem coś poczytać o homeopatii. Zacząłem od ogłoszeń. Bez trudu znalazłem bydgoskich lekarzy stosujących homeopatię (*nomina sunt odiosa*). Znam ich nawet osobiście...

Oto lekarze stosują coś, co zdaniem nauki nie działa. Nie ma do brych, opartych na EBM prac na temat działania homeopatii. Cytowana często przez apologetów praca z „The Lancet” z 1988 roku zebrala negatywne recenzje i w zasadzie jej tezy zostały obalone. Stosowanie homeopatii w leczeniu jest w zasadzie podobne do zapewnienia pacjenta przez lekarza: „będę się za Pana modlił”.

A jak jest naprawdę? To zależy, czy chcemy poważnie podchodzić do zawodu i uznawać metody potwierdzone przez EBM, czy zasadę *post hoc, ergo propter hoc*, czyli dałem gościowi do wypicia wodę wstrząsaną (pamięć wody!) i wyleczył się. Nie ważne, że organizm ma wielki potencjał immunologiczny i leczy się sam, a inni po wypiciu tej wody zmarli. Zdziałało i już! Pacjent poza tym brał jeszcze inne leki, ale to nieważne. Moja pamięć słabnie z wiekiem, ale o ile wiem fizycy nie potwierdzają zjawiska pamięci wody, chyba że stoi za nim ciemna materia i energia (nie, nie chodzi o diabła, Czytelniku, ale realnie istniejąca rzecz oddziałująca grawitacyjnie!). Nie wiem, czy są ludzie leczący poważne schorzenia (nie mówię o przeziębieniu i chorobach lokomoccyjnej, bo to wiara może sporo) np. raka płuc, homeopatią. Jeśli są (ponoć tak się leczył Jacek Kaczmarski), to efekty są oczywiste, jak w przypadku owego barda-poety. Ludzkie dążenie do zdrowia, a nawet (mimo jakże obiecujących obietnic religijnych) wydłużanie życia na tym ziemskim padole, usprawiedliwia nawet picie wody z kłozetu, że o szklance czystej z jedną cząstką substancji i pamięcią o pozostałych nie wspomnę. Ludzie robią tu o wiele gorsze rzeczy. Nie brak w roku 2014 egzorcystów, a nawet cudów w medycynie, choć wiemy, że zjawiska biologiczne mają rozkład gaussowski. Który z chirurgów nie widział ran gojących się per primam po kałowym zapaleniu otrzewnej i ropiejących czystych cięć po tarczycy czy chirurgii plastycznej. Kto z lekarzy nie widział czegoś, co go zaskoczyło? Ale czy zaraz musi to być cud lub działanie czystej wody? 100 tabletek Relanium zabija, 1000 cocillocośtam najwyższej spowoduje wymioty. Jeśli zapisuje je lekarz homeopata wypada ufać, że przy braku sukcesu skieruje chorego tam gdzie należy. Szarlatan tego nie robi.

W dalszych peregrynacjach homeopatycznych natknąłem się na portal „Adonai” i znalazłem takie cymelium. To co tam przeczytałem przeraziło mnie nie na żarty: „*Zażywanie leków homeopatycznych oraz wyrobów antropozoficznych (Weleda)¹ jest jak najbardziej nie-*

wskazane i odradzane. Niektórzy wierzący myślą, że leki homeopatyczne o bardzo niskim stężeniu (do D6) są duchowo nieszkodliwe. Nawet jeśli wziąć pod uwagę, że współcześnie leki homeopatyczne produkowane metodą przemysłową są dynamizowane mechanicznie, już samo przyjęcie i leczenie homeopatią jest owocem praktycznego uznania filozofii i religii hinduizmu. Kontakt z niematerialną istotą rzeczy, z niewidzialną siłą świata ezoterycznego działającego w leku, kala chrześcijanina. Tajemne, okultystyczne działanie w homeopatii przenosi się na osobę chorego, poddaje go (świadomego lub nie) działaniu złego ducha. Wielokrotnie rezultatem tego jest pewien związek z szatanem. Można zostać wyleczonym z choroby ciała, ale za to następuje w człowieku zachwianie równowagi psychicznej, a w życiu duchowym regres. Znaczącym jest fakt, że często w tych rodzinach, które stosują takie metody leczenia, spotkać można depresje. Ludzie wierzący nie powinni dać się skusić faktem zadziwiających uzdrowień przy pomocy homeopatii. Nie chodzi o to, by je zanegować, nawet jeśli medycyna naukowa nie znajduje wyjaśnień. Pismo Święte uczy nas, że szatan poprzez ludzi dolny jest czynić cuda i uzdrowienia: Powstaną bowiem fałszywi mesjasze i fałszywi prorocy i działać będą wielkie znaki i cuda, by w błąd wprowadzić, jeżeli to możliwe, także wybranych (2 Tes 2,9-10)”.

Byłażby homeopatia narzędziem Złego? Słusznie zatem chyba czyni NRL, chroniąc nas od mocy piekielnych. Choć w kraju, gdzie 97% ludzi to ponoć katolicy, nie powinno w ogóle jej (homeopatii) być, bo i ateści w nią też nie wierzą.

Ba, okazuje się jednak, że kościół zmienił ostatnio retorykę i tak na Kongresie Homeopatów ks. Norkowski (lekarz) stwierdził, że jest niezrozumienie problemu i tak w ogóle księża nie potępiają homeopatii, o ile nie ma związków z religiami wschodu i magią jako taką.

Samą homeopatią należy badać uczciwie jak każde zjawisko i trend w medycynie. Na razie nie ma dowodów na jej działanie i powinna być zabroniona. Jednak wolałbym, żeby mój kolega zapisywał naiwnym (nawet nabijając kabzę sobie i firmom) cocilla i oscilla produkowane w nowoczesnych fabrykach we Francji i płacił podatki, niż wzorem „sukcesu” ustawy antyaborcyjnej udawałobyśmy, że podziemie homeopatyczne (niezłe co?), które zapewne by wtedy powstało, nie istnieje. Po doświadczeniach z bydgoskimi szarlatanami i reakcją na to wymiaru sprawiedliwości zacząłem wyznawać zasadę „a leczyta się ludzie jak chceta”. Nawet ryzykując związek z samym Złym!



Wojciech Szczęśny

¹ Początkowo przeczytałem że zabronione są wyroby firmy E. Wedel (dawnej 22-go Lipca), co jako amatora słodyczy z nadwagą załamało mnie kompletnie.

In memoriam

W pierwszą rocznicę śmierci dr. Mieczysława Tomasika, 16 maja, odbył się w Klinice Stomatologii Estetycznej i Chirurgii „Alfa Med” wernisaż jego obrazów. Oprócz pejzaży, na ścianach Kliniki wyeksponowano zbiorowe portrety znajomych i przyjaciół autora, a tuż przy wejściu – jego autoportret.

„Pomysł zorganizowania pośmiertnej wystawy prac malarskich dr. Mieczysława Tomasika – lekarza, malarza i fotografa, człowieka o ścisłym umyśle, świetnego brydżysty – pojawił się rok temu. A lokalizację jakiś czas później zaproponował Piotr Niwiński, współwłaściciel Kliniki” – opowiada Bartłomiej Wodyński, długoletni przyjaciel artysty, założyciel i kustosz Muzeum Farmacji Apteki pod Łabędziem.

Wystawa w „Alfa Medzie” czynna będzie do 16 czerwca (ul. Pestalozzkiego 7). Obrazy dr. Mieczysława Tomasika można ogląda również w bydgoskim Muzeum Farmacji (ekspozycja stała).

mg



fol. Bolesław Godlewski



Laur Szwalbego dla Profesora!

Podczas koncertu z okazji 668. urodzin Bydgoszczy uroczystie wręczono Laur Andrzeja Szwalbego. Tegorocznym laureatem wyróżnienia przyznanego za zasługi, „które podniosły znaczenie Bydgoszczy na arenie krajowej lub międzynarodowej, dokonały otwarcia nowych perspektyw rozwoju lub uczyniły miasto atrakcyjniejszym oraz bardziej przyjaznym dla gości i mieszkańców” został **profesor Zygmunt Mackiewicz** – wybitny specjalista w dziedzinie chirurgii ogólnej i naczyniowej, prezes Stowarzyszenia Odbudowy Bydgoskiej Fontanny „Potop”.



Wyśpiewali nagrodę

W tym roku ponownie spróbowałyśmy swoich sił w Międzynarodowym Wrocławskim Festiwalu Chóralnym Vratislavia Sacra. W zmaganiach konkursowych udział wzięło 12 zespołów z Polski, Węgier, Czech, Litwy i Macedonii. Podobnie jak w latach poprzednich, chóry oceniano w 6 kategoriach, w zależności od wielkości i składu. Wszystkie zobowiązane były zaprezentować po cztery utwory. Chóry oceniało jury w międzynarodowym składzie: Romuald Twardowski, Alla Iastrebova (Rosja), Margrethe Ek (Norwegia), Artur Wróbel i Andrea Angelini (Włochy).

Udało nam się obronić III miejsce w kategorii chórów o głosach jednorodnych. Artur Wróbel, juror i dyrektor artystyczny Festiwalu, ocenił poziom przybyłych zespołów jako bardzo wysoki. Podkreślił fakt, że nie przyznano żadnego wyróżnienia. Wszystkie chóry zajęły konkretne miejsca, co nie zdarza się często. Grand Prix – nagrodę prezydenta Wrocławia wyśpiewał sobie chór Miraculum Children's Choir z Węgier.

W tym roku wydarzenia konkursowe spłoty się z uroczystościami z okazji kanonizacji naszego Rodaka. Gala finałowa festiwalu była częścią miejskich obchodów. Koncert laureatów odbył się na potężnej scenie usytuowanej w samym sercu Wrocławia, na Rynku, przed kilkudziesięciotysięczną publicznością. Na zakończenie potężne chóry polskie zaśpiewały wspólnie ulubioną pieśń Jana Pawła II – „Barok”.



Hanna Śliwińska

Gepard Biznesu dla Szpitala MSW



Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Bydgoszczy zdobył tytuł Geparda Biznesu 2014. Wartość rynkowa placówki w latach 2013–2014 wzrosła o 33 proc.!

Ogólnopolski Konkurs Gepardy Biznesu prowadzony jest od 2006 roku przez Instytut Nowoczesnego Biznesu. Głównym kryterium konkursu jest wzrost wartości rynkowej firmy. W Konkursie Efektywna Firma pod uwagę brany jest stosunek zysku netto do przychodów netto.

„Zawsze warto wystać bilans firmy do oceny instytucji, które porównują wyniki różnych przedsiębiorstw – mówi dr n. med. Marek Lewandowski, dyrektor placówki. – Dla nas jednak jest cenne to, że firma potrafi nie zadłużyć się, wygenerować jakiś plus i że co roku powiększamy nasze przychody. Przez ostatnie kilka lat rozwijamy się – ciągle w ramach tego samego budynku. Tu są olbrzymie rezerwy, które trzeba wypełnić działalnością. Takie porównanie jest ważne, a kryteria niełatwo spełnić. Za rok 2012 po raz pierwszy dostaliśmy Geparda Biznesu, a rok później się nie udało. Nie jest tak łatwo za każdym razem zdobyć to wyróżnienie. Jednak poprzedni rok dobrze przepracowaliśmy”.

Gepardy Biznesu to konkurs, którego misją jest wspieranie rozwoju polskich firm. Nagradzane są te przedsiębiorstwa, których wartość rynkowa rośnie najszybciej.

me

Projekt dla branży medycznej



Turystyka medyczna, czyli podróże zagraniczne w celu korzystania z usług medycznych oferowanych w innym kraju, przeżywa boom na całym świecie. W ciągu najbliższych kilku lat może stać się jedną z najdynamiczniej rozwijających się gałęzi gospodarki.

Profesjonalna obsługa pacjentów zagranicznych wymaga przygotowania przez szpitale, kliniki i uzdrowiska unikalnej oferty medycznej, przeszkolenia kadry oraz skutecznego sposobu promocji.

Projekt „Branża medyczna siłą regionu kujawsko-pomorskiego” realizowany przez Kujawsko-Pomorską Organizację Pracodawców Lewiatan jest odpowiedzią na potrzeby podmiotów medycznych związane z chęcią rozwoju w zakresie turystyki medycznej i uzdrowiskowej.

W ramach projektu przewidziane jest specjalistyczne doradztwo dla przedsiębiorstw poważnie zainteresowanych eksportem usług medycznych. Starannie dobrani eksperci KPOP Lewiatana pomogą firmom uczestniczącym w projekcie przygotować ofertę skierowaną do klientów komercyjnych w Polsce i za granicą oraz opracować innowacyjną strategię rozwoju. Kadra przedsiębiorstw medycznych, sanatoriów i z branży Spa/wellness zostanie poddana szkoleniom z zakresu marketingu usług medycznych, technik sprzedażowych oraz specyfiki obsługi pacjenta zagranicznego. Wszystkim zainteresowanym udostępnione zostaną ekspertyzy rynków zagranicznych (niemieckiego i rosyjskiego) dotyczące ich funkcjonowania. Nabór do projektu trwa, wszystkich zainteresowanych uczestnictwem w projekcie serdecznie zapraszamy do kontaktu: www.branzamedyczna.kpoplewiatan.pl, bądź z panią Anną Wit pod numerem +48733027175.

Dombrowicz pomoże NZOZ-om?

W sprawie przychodni niewiele się zmienia. Właściciele placówek nadal próbują negocjować ceny wykupu dzierżawionych nieruchomości, ale efektów nie widać. Co prawda, Urząd Miasta Bydgoszczy ostatnio zmodyfikował swoje propozycje, ale, według przedstawicieli drugiej strony, różnice są jedynie kosmetyczne.

NZOZ-y, o których mowa, otrzymały w listopadzie 2012 r. prawną możliwość wykupu od miasta dotychczas dzierżawionych nieruchomości. Niestety, możliwość okazała się być wyłącznie prawna. Zaproponowane koszty były po prostu zbyt wysokie (wynikały przede wszystkim z nieodpowiedniej dla tego typu obiektów metody wyceny, a także z braku odliczenia kosztów przeprowadzonych przez dzierżawców inwestycji). Alternatywą dla kupna była dalsza dzierżawa zajmowanych budynków, tyle, że za wielokrotnie wyższy czynsz i nadal z obowiązkiem przeprowadzania remontów na własny koszt.

Podczas majowego spotkania właścicieli przychodni, gość – Konstanty Dombrowicz, jeden z inicjatorów przekształcenia w 2000 r. bydgoskich SPZOZ-ów w NZOZ-y, wyraził opinię, że „przejęcie obiektów przez obecnych dzierżawców leży w interesie miasta i pacjentów”. Stwierdził, że jeżeli chodzi o kluczową kwestię – wycenę, to należałoby przeprowadzić dwie. Jedną na zlecenie Urzędu Miejskiego, drugą właściciela przychodni. Następnie powinno się obliczać średnią, a od uzyskanej sumy odejmować zrewaloryzowane koszty wszystkich nakładów poniesionych na remonty i modernizacje.

Konstanty Dombrowicz zwrócił też uwagę, że „Decyzje podejmuje nie tylko prezydent”. I poradził, żeby właściciele przychodni wyznaczyli ze swego grona doświadczone osoby, które w listopadowych wyborach będą kandydować do Rady Miasta. „Dobrze – dodał – kiedy środowisko ma swojego reprezentanta”.

Magdalena Godlewska

NFZ podzielił 33 mln

Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy rozliczył 2013 rok i, jak informuje Jan Raszeja, rzecznik instytucji, podjął „decyzję o częściowej zapłacie za świadczenia wykonane w 2013 roku ponad limity określone umowami”.

Na nadwykonania we wszystkich rodzajach świadczeń przeznaczono 33 mln zł. W tym 6,3 mln zł (100% pokrycie) NFZ przekazał na świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, świadczenia stomatologiczne, profilaktyczne programy zdrowotne oraz tzw. świadczenia kontraktowane odrębnie. 16,4 mln zł ma pokryć część świadczeń szpitalnych, 5,4 mln zł wykonanych w obrębie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, 1,1 mln zł – świadczenia rehabilitacyjne a 3,4 mln zł świadczenia opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej.

a.b.

Co się zmieniło w bydgoskiej psychiatrii

Ostatnio media ponownie zainteresowały się szykowaną od kilku lat przeprowadzką Katedry i Kliniki Psychiatrii do nowego lokum. Powrót tematu sprowokowało wystawienie przez UMK na sprzedaż nieruchomości aktualnie zajmowanej przez Katedrę. Ogłoszenie przetargu ofertowego na sprzedaż budynku i trzech działek położonych przy Kurpińskiego 19 nie ulega wątpliwości, ale kilka towarzyszących tej informacji wzmianek wymaga wyjaśnienia.

W jednej z gazet codziennych pojawiła się na przykład wiadomość, że budynek na nową siedzibę psychiatrii już został oddany do użytku – we wrześniu zeszłego roku. To pomyłka. W tym terminie uroczyście otwarto w Juraszu zupełnie inny obiekt – dobudówkę przeznaczoną na zespół sal operacyjnych, oddział intensywnej terapii, centralną sterylizatornię, szpitalny oddział ratunkowy i lądowisko dla helikopterów. A nowa siedziba psychiatrii wciąż jest w budowie. Jej ukończenie planuje się na rok 2015. Oprócz Kliniki i Katedry Psychiatrii (ze 118 łózkami), ma mieścić również Klinikę Geriatrii, Klinikę Dermatologii

oraz Oddział Opieki Paliatywnej i Długoterminowej. Całkowity koszt inwestycji przekroczy wcześniej szacowany (30 mln), ponieważ – jak informuje dr hab. Marcin Czyżniewski, rzecznik prasowy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika – „pierwszy wykonawca zbankrutował w trakcie inwestycji i trzeba było ogłosić nowy przetarg na dokończenie prac”.

Pojawiła się też obawa, że pieniądze za nieruchomość zlokalizowaną przy Kurpińskiego 19 (cena wywoławcza to 4 mln 400 tys. zł) mogą nie zostać przekazane na potrzeby Collegium Medicum (choćby na remont przeznaczonego na oddział stomatologii bu-

dynku przy ul. Dworcowej), lecz trafić do kasy UMK. Marcin Czyżniewski uspokaja: Pieniądze ze sprzedaży na pewno nie trafią do innej kasy niż budżet CM. Z prostego powodu – CM i reszta UMK są autonomiczne finansowo, CM ma swój własny budżet z własnymi przychodami i wydatkami. Wszystko, co zarobi CM, może być wydane tylko przez CM. Jednak, czy będzie to wyłącznie remont budynku przy ul. Dworcowej, nikt dziś nie odpowie”.

Mylące jest też sformułowanie użyte w ogłoszeniu przetargowym, że UMK nieruchomość położoną przy Kurpińskiego 19 wystawia na sprzedaż. Tymczasem tylko jedna z trzech wchodzących w skład nieruchomości działek jest własnością Uniwersytetu. W przypadku dwóch pozostałych UMK posiada jedynie prawo użytkowania wieczystego. Mimo że w 2012 r. UKW wystąpiło z wnioskiem o nabycie do nich prawa własności, a Rada Miasta wyraziła zgodę (uchwała z 27 czerwca 2012 r. nr XXX/625/12), transakcja nie doszła do skutku. Zatem, jeżeli o nie chodzi, uczelnia będzie mogła sprzedać wyłącznie prawo użytkowania wieczystego.

Magdalena Godlewska

Przestępstwa przeciw wolności seksualnej a tajemnica lekarska...

Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności od 27 stycznia br. (na mocy ustawy z 13 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy Kodeks karny oraz ustawy Kodeks postępowania karnego) ścigane są w naszym kraju z urzędu. Konsekwencją zmiany trybu ścigania tego typu zdarzeń, jak wynika z komunikatu Ministerstwa Zdrowia z 7 kwietnia 2014 r., jest nałożenie na członków personelu medycznego, którzy podczas udzielania świadczeń powzięli podejrzenie, iż pacjent jest ofiarą przemocy seksualnej, obowiązku zawiadomienia prokuratury lub policji.

Wniosek, jaki Ministerstwo Zdrowia wyciągnęło ze zmiany trybu ścigania przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności – konieczność powiadomienia przez członka personelu medycznego organów ścigania – nie jest oczywisty. Dr n. prawnych Tomasz Sroka z Uniwersytetu Jagiellońskiego dowodzi (<http://prawo.gazeta-prawna.pl>, 7 maja 2014), że postępowanie zgodne z wytycznymi zawartymi w komunikacie może zostać uznane za niedochowanie tajemnicy zawodowej i w konsekwencji narazić lekarza na odpowiedzialność karną.

Przekazanie zdobytej przez członka personelu medycznego podczas udzielania świadczeń medycznych informacji o podejrzeniu, że

pacjent jest ofiarą przestępstwa, nie jest bowiem złamaniem tajemnicy zawodowej tylko w dwóch przypadkach. Gdy pacjent (lub jego przedstawiciel ustawowy) wyraził na takie działanie zgodę albo gdy mocą ustawy nałożone zostały przepisy, które w tej konkretnej, jednoznacznie zdefiniowanej sytuacji zwalniają personel medyczny z tajemnicy i obligującą do przekazania organom ścigania informacji o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. Jednak w przypadku przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, według dr. Tomasza Sroki, takie przepisy nie istnieją. A na pewno: „wymogu tego nie spełnia art. 304 par. 1 Kodeksu postępowania karnego, nakładający na każdego jedynie społeczny obowiązek zawiadomienia prokuratora lub policji o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu”.

Lekarz, który bez zgody pacjenta zawiadamia policję lub prokuraturę o podejrzeniu popełnienia na jego szkodę przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, nie naraża się na odpowiedzialność karną za przestępstwo z art. 266 par. 1 Kodeksu karnego jedynie wówczas, gdy, jak stwierdza dr Tomasz Sroka „popeźnie podejrzenie, że przestępstwo to, ścigane z urzędu, zostało popełnione z użyciem przemocy w rodzinie”. ■

CENTRUM ONKOLOGII im. prof. F. Łukaszczyka w BYDGOSZCZY i URZĄD MIASTA BYDGOSZCZY

zapraszają PANÓW – mieszkańców Bydgoszczy

na badania profilaktyczne w kierunku wykrywania raka: **GRUCZOŁU KROKOWEGO – pobranie krwi**

na marker nowotworowy PSA + badanie lekarskie bez skierowania (preferowany zakres wieku od 40. roku życia wzwyż)



Kryterium wykluczające: badaniami nie mogą być objęci mężczyźni, u których już wcześniej zdiagnozowano zmiany nowotworowe o charakterze złośliwym w gruczole krokowym. **Badania odbędą się:** w Zakładzie Profilaktyki i Promocji Zdrowia (budynek „D”), ul. Izabeli Romanowskiej 2, Bydgoszcz. **Rejestracja pod nr telefonu:** (52) 374 32 38, od poniedziałku do piątku, w godz. od 8.00 do 15.00. Program finansowany jest przez Miasto Bydgoszcz.

Nowatorski zabieg w Juraszu

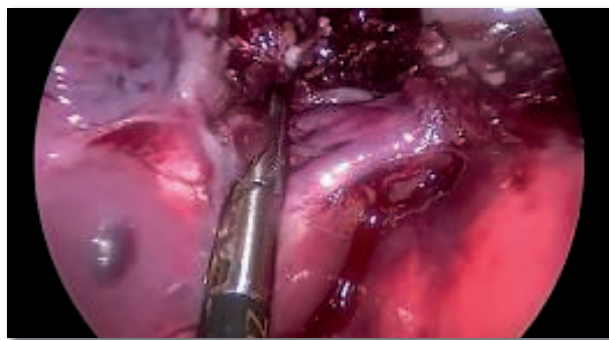
Niemowlę z bardzo poważną wadą rozwojową – wrodzoną malformacją gruczołakowatą dolnego płata prawego płuca – z powodzeniem zostało zoperowane w Klinice Chirurgii Dziecięcej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy (zabieg odbył się w maju). Już w trzeciej dobie po leczeniu operacyjnym w dobrym stanie 13 miesięczną dziewczynkę wypisano do domu. Mała pacjentka wymaga teraz tylko okresowych kontroli pediatrycznych i pulmonologicznych.

WADY PŁUCA tego typu są zwykle wykrywane w okresie prenatalnym i zgodnie z obowiązującymi standardami już w okresie rozwoju płodowego odbywają się też wstępne konsylia położników, neonatologów i chirurgów dziecięcych, w których bierze się pod uwagę dostępne dane kliniczne. Następnie rodzice dziecka zapraszani są na spotkanie, gdzie przedstawia się im prawdopodobny typ wady, wstępne plany co do postępowania po porodzie, możliwości leczenia operacyjnego i ewentualne następstwa dla przyszłego życia dziecka. Przyszli rodzice mają szansę na uzyskanie informacji o wadzie wrodzonej, wymagającej często diagnostyki i leczenia chirurgicznego zaraz po urodzeniu. Inne najczęstsze przyczyny konsultacji to podejrzenie wrodzonego wodogłowia i inne wady OUN, defekty przedniej ściany jamy brzusznej (*omphalocele lub gastroschisis*), atrezje przewodu pokarmowego czy wady nerek. Poradnictwo prenatalne w takim kształcie prowadzi kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej.

SUKCES W LECZENIU PACJENTKI z wadą budowy mięszu płucnego (CCAM) polegał na wykonaniu operacji dającej pełne wyleczenie, a wykonanej drogą wyłącznie torakoskopową. Anatomiczna resekcja

mięszu płucnego u niemowlęcia, czy to segmentectomia, czy lobectomy, cechuje się najwyższym stopniem trudności technicznych i wymaga doświadczenia całego zespołu w zakresie zaawansowanych procedur endoskopowych u noworodków. Trudność polega na tym, że – z uwagi na masę ciała dziecka – anestezjolog nie ma możliwości prowadzenia znieczulenia z wyłączeniem wentylacji operowanego płuca i pole operacyjne cały czas się porusza zgodnie z biciem serca oraz ruchami oddechowymi. Przestrzeń robocza do przeprowadzenia operacji jest bardzo ograniczona, naczynia i drogi oddechowe, by zyskać na ich długości, preparuje się w obręb mięszu płuca. Konieczność perfekcyjnej znajomości anatomii jest więc tu oczywista.

Na całym świecie nie ma wątpliwości, że taka operacja jest konieczna: po pierwsze z uwagi na rozwijające się u dziecka nawrotowe zapalenia płuc, a przede wszystkim ryzyko nowotworu – możliwe jest wystąpienie mięsaka, blastomy lub raka. Z uwagi na to, że końcowe rokowanie zależy od stopnia niedorozwoju płuc i ewentualnego powstania nadciśnienia płucnego zaleca się jak najwcześniejsze usunięcie nieprawidłowego mięszu płuca. W wiodącym ośrodku endo-



Obraz śródoperacyjny etapu torakoskopowej anatomicznej lobectomii – preparowanie odgałęzień tętnicy płucnej w obrębie mięszu płuca.

skopowej torakochirurgii dziecięcej – Rocky Mountain w Denver, Colorado – prof. Steve Rothenberg wykonuje takie zabiegi już między 2 a 6 miesiącem życia. Zalety endoskopii to mniej zrostów, bólu i szybszy powrót do zdrowia. Najważniejsze, że unika się odległych skutków torakotomii takich jak: skolioza, deformacja obręczy barkowej i klatki piersiowej.

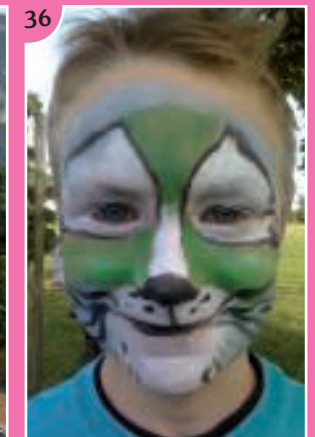
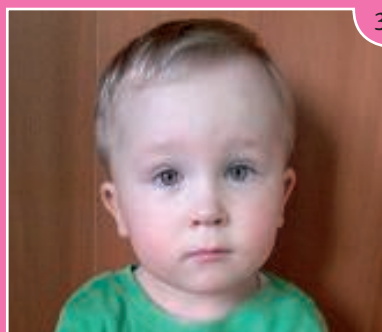
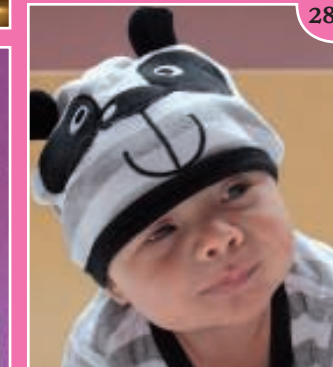
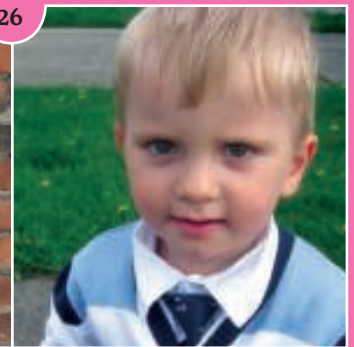
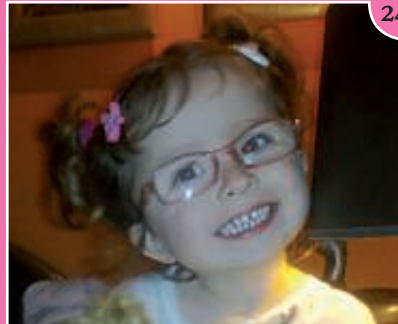
NASZA KLINIKA mogła rozwinąć chirurgię endoskopową noworodków i niemowląt dzięki wyposażeniu w odpowiedni sprzęt (3- i 5-mm narzędzia endoskopowe i optyka HD) oraz ściślejszej współpracy z doświadczonym zespołem anestezjologicznym (możliwość hospitalizacji pacjentów w Oddziale Klinicznym Intensywnej Terapii dla Dzieci), a także dzięki ciągłemu doskonaleniu technik operacyjnych podczas intensywnych szkoleń organizowanych przez wiodące ośrodki chirurgii dziecięcej w Gdańsku (prof. Piotr Czauderna) i we Wrocławiu (prof. Dariusz Patkowski), również z udziałem światowej sławy specjalistów w zakresie dziecięcej chirurgii endoskopowej, m. in. Pascala de Lagausie z Kliniki Chirurgii Dziecięcej Szpitala Roberta Debré w Paryżu oraz Steva Rothenberga z Kliniki Chirurgii Dziecięcej Rocky Mountain w Denver, Colorado. Aktualnie w Klinice standardowo już wykonuje się operacje torakoskopowego zespolenia zarośniętego przełyku u noworodków (najmniejszy zoperowany torakoskopowo z powodu zarośnięcia przełyku pacjent ważył niespełna 1400 g!).

KONIECZNOŚĆ DALSZEGO PODNOSZENIA KWALIFIKACJI i poszerzenia oferty zabiegowej spowodowała, że aktualnie zespół Kliniki kończy przygotowania do wprowadzenia zabiegów korekcji deformacji lejkowatej klatki piersiowej minimalnie inwazyjną techniką wg Donalda Nussa. W 2013 roku w Szpitalu Klinicznym w Saint Etienne we Francji odbyły się warsztaty, gdzie szkolono się pod okiem autora tej popularnej już na świecie i w Polsce metody.

*Lek med. Przemysław Gałżka,
specjalista chirurg dziecięcy
Katedra i Klinika Chirurgii Dziecięcej,
Szpital Uniwersytecki nr 1
Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy*



Zespół Katedry i Kliniki Chirurgii Dziecięcej SU nr 1 w Bydgoszczy. Od lewej: lek Małgorzata Pacholska, lek Jarosław Rogacki (aktualnie Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej UM w Poznaniu), lek. Estera Rodziewicz, dr n med. Irena Daniluk-Matras (p.o. Kierownika Kliniki), lek. Przemysław Gałżka, lek Edyta Zwolińska, lek Krzysztof Dymek oraz lek Marika Reszczyńska-Domagala.





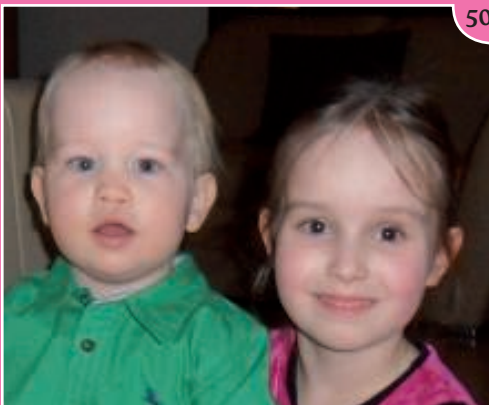
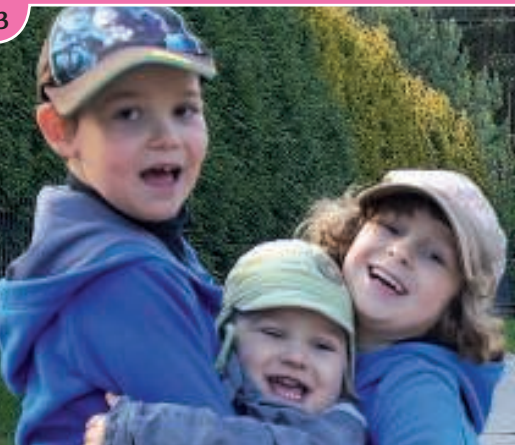
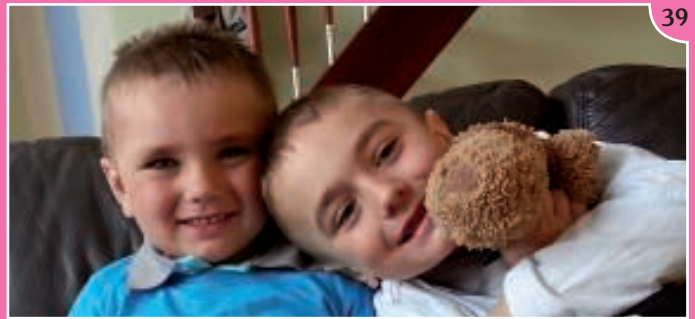
Przywileje dla wymagających

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

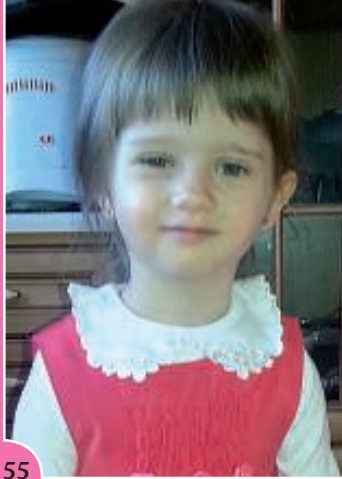




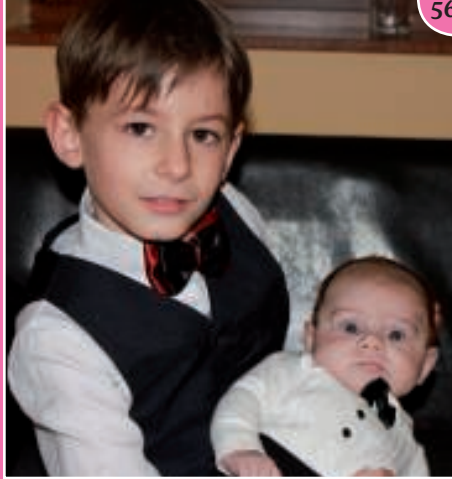
54



57



55



56



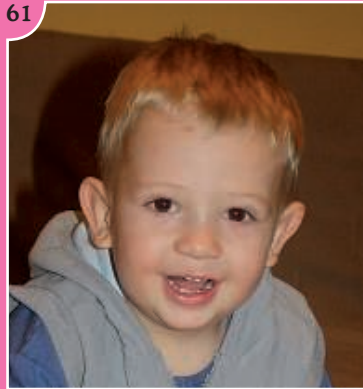
58



59



60



61



62



63



64



65



66



67



68

Wypadek nurkowy! Co robić?

Według szacunkowych danych liczba osób przeszkolonych przez różne organizacje nurkowe sięga w Polsce 160 tysięcy. Połowa z nich nurkuje rekreacyjnie z różną częstotliwością. Zaczynają się wakacje, co sprzyja uprawianiu sportów wodnych. Może się zatem zdarzyć, że na dyżurze przywiozą nam pacjenta, który podczas nurkowania uległ wypadkowi.

CZY TO JEST WYPADEK NURKOWY?

Najważniejszym pytaniem, jakie należy zadać pacjentowi lub świadkom zdarzenia, jest to, czy uszkodzony oddychał pod wodą sprężonym powietrzem. Jeśli otrzymamy negatywną odpowiedź, to znaczy, że na pewno nie mamy do czynienia z wypadkiem nurkowym. Może się przecież zdarzyć, że odziany w sprzęt nurek (przed pierwszym zejściem pod wodę) zachłyśnie się, dozna urazu lub zawału mięśnia sercowego.

URAZ CIŚNIENIOWY

Z uwagi na nagłe zmiany ciśnienia w przestrzeniach powietrznych, przy nagłym wynurzeniu może dojść do urazu ciśnieniowego. Dotyczy to przede wszystkim płuc i ucha środkowego, ale także zatok obocznych nosa, przewodu pokarmowego, twarzy i skóry (u nurkujących w suchych skafandrach). Uraz ciśnieniowy płuc jest, po utonię-



Symulowana akcja ratunkowa

ciu, drugą co do częstości przyczyną śmierci nurków. Objawy występują najczęściej do 5 minut po wynurzeniu (84% przypadków). Efektem barotraumy jest pęknięcie pęcherzyków płucnych z towarzyszącym krwiopłuciem i obecnością powietrza w przestrzeniach pozapęcherzykowych (odma opłucnej, rozedma śródpiersia, rozedma podskórna i zatory gazowe). Najmniejsza udokumentowana głębokość, po wynurzeniu z której doszło do urazu ciśnieniowego płuc i zatoru gazowego, to 1,1 m. W związku z tym nawet nurkowanie z akwalungiem na basenie może okazać się niebezpieczne.

CHOROBA DEKOMPRESYJNA (DECOMPRESSION SICKNESS – DCS)

Dekompresja może spowodować powstanie pęcherzyków gazu obojętnego (zazwyczaj azotu). Pojawiają się one we krwi żyłnej, powodując żyłne zatory gazowe (Venous Gas Embolism – VGE) objawiające się najczęściej obrzękiem płuc. W układzie tętniczym pęcherzyki powstają w związku z dekompresją krwi tętniczej lub przechodzą z układu żylnego przez przetrwały otwór owalny. Pęcherzyki

gazu mogą również pochodzić z układu żylnego w związku z wyczerpaniem się tak zwanego filtra płucnego. Konsekwencją są tętnicze zatory gazowe (Arterial Gas Embolism – AGE), z głównymi objawami ze strony ośrodkowego układu nerwowego. Ponadto pęcherzyki mogą tworzyć się bezpośrednio w tkankach o relatywnie słabej perfuzji, takich jak substancja biała rdzenia kręgowego, tkanka tłuszczowa, tkanki okołostawowe (teoria pęcherzyków autochtonicznych).

Efektom działania pęcherzyków gazu jest uszkodzenie śródbłonna naczyń, reakcja zapalna z aktywacją układu dopełniacza, niszczenie surfaktantu, aktywacja układu krzepnięcia, a także wzrost ciśnienia lokalnego w tkankach z limitem podatności (rdzeń kręgowy).

DCS może objawiać się zaburzeniami mięśniowo-szkieletowymi (typ I wg Goldinga) lub zaburzeniami neurologicznymi i ze strony układu sercowo-naczyniowego do wstrząsu włącznie (typ II). U 40% poszkodowanych objawy występują w ciągu 5 minut od wynurzenia, u 56% w ciągu 10 minut, a u 14 % w ciągu godziny lub później.

Czynnikami predysponującymi do DCS są: odwodnienie, alkohol, pleć żeńska, nadwaga, starszy wiek i oczywiście błędy podczas nurkowania (nagłe wynurzenie, przekroczenie czasu nurkowania bezdekompresyjnego, nurkowania powtarzane) lub po nurkowaniu (wysiętek fizyczny, nagłe ogrzanie organizmu, lot samolotem).

NA MIEJSCU ZDARZENIA

Jak w każdym nagłym przypadku, podczas udzielania pomocy poszkodowanemu nurkowi postępujemy zgodnie z zasadami BLS, dbając w pierwszej kolejności o nasze bezpieczeństwo. Zespół nurków zawsze jest przeszkolony w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Dodatkowo, wiele miejsc nurkowych ma opracowane tak



Uratowany nurek – autor tekstu

zwane plany ewakuacyjne ze szczegółowym sposobem postępowania przy wypadku. W każdej sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia podczas nurkowania lub bezpośrednio po nim, nawet przytomnej i wydolnej oddechowco osobie, zgodnie z rekomendacjami ECHM (European Consensus Conference for Hyperbaric Medicine), należy niezwłocznie **podać tlen w największym możliwym do uzyskania stężeniu**. Mimo że tlen jest gazem medycznym, wielu instruktorów nurkowania i wiele miejsc nurkowych posiada butlę z tlenem z odpowiednim oprzyrządowaniem. Ponadto na miejscu zdarzenia osobie poszkodowanej należy **podać płyny doustne lub dożyłne** i zawsze mieć na uwadze możliwość wystąpienia hipotermii.

DIAGNOSTYKA

Decydujące znaczenie ma **wywiad i badanie przedmiotowe** bazujące na informacjach podanych powyżej (czas wystąpienia objawów, profil nurkowy, problemy podczas nurkowania, urazy).

Dokończenie na str. 18

Udział pacjenta w podejmowaniu decyzji medycznych

Czy pacjent powinien decydować o wyborze stosowanej u niego terapii? To pytanie jest w rzeczywistości pytaniem o podmiotowość pacjenta i granice jego autonomii. W wielu sytuacjach klinicznych pojawia się dylemat: autonomia woli pacjenta czy jego zdrowie. Im bardziej paternalistyczna jest relacja między lekarzem a pacjentem, tym częściej gwarancją wyboru optymalnej terapii jest osoba lekarza i tym mniejszy udział pacjenta w dokonywanych wyborach. Wątpliwości odnośnie słuszności podejmowanych przez lekarzy decyzji są jednym z zarzutów wobec paternalizmu w medycynie. Ciągły postęp nauki, który zmienia często pogląd o zasadności wyboru określonej metody czy miejsca leczenia, oraz współczesne dążenie do stopniowego przyznawania autonomii pacjentowi przyczyniają się do ewolucji relacji między lekarzem a pacjentem oraz zamiany modelu podejmowania decyzji.

UŚWIADOMIONA ZGODA PACJENTA

Prawny wymóg uzyskania świadomej zgody pacjenta jest przywróceniem mu możliwości samostanowienia. Wprowadzenie go było pod wieloma względami momentem przełomowym. Aktualnie w całej Europie tę kwestię regulują podobne przepisy. Konieczność uzyskania zgody chorego na podejmowane wobec niego czynności medyczne jest realizacją postulatów: autonomii, prawa do decydowania o samym sobie oraz poszanowania integralności cielesnej każdego człowieka.

Zgoda oznacza dobrowolną decyzję podjętą przez osobę zdolną do świadomego wyrażenia woli po uzyskaniu odpowiednich informacji.

Największą trudność w prawidłowej realizacji procedury uzyskania zgody na leczenie stanowi przekazanie pacjentowi odpowiedniego zasobu informacji. Jaki powinien być poziom wiedzy pacjenta, żeby wyrażona zgoda była zgodą świadomą? W praktyce ujawniają się kolejne trudności: osoby nastawione ugodowo lub uległe często wyrażają zgodę, przyjmując bezwarunkowo punkt widzenia lekarza i nie starając się uzyskać informacji o planowanej procedurze. Cel świadomej zgody jest realizowany, gdy nie opiera się ona tylko i wyłącznie na zaufaniu wobec lekarza. Jej podstawy powinna stanowić wiedza pacjenta na temat jego obecnego stanu zdrowia, możliwości leczenia i szans na poprawę i możliwych komplikacji oraz działań niepożądanych stosowanej metody.

Wyrażenie przez pacjenta zgody na leczenie jest nie tylko etycznym wymogiem wynikającym z respektowania prawa pacjenta do samostanowienia, ale również wymogiem prawnym.

WSPÓLNE PODEJMOWANIE DECYZJI (SHARED DECISION MAKING)

Źródłem aktualnie wprowadzanej w życie w wielu krajach europejskich Stanach, Zjednoczonych i Kanadzie koncepcji shared decision making (SDM) jest potrzeba zwiększenia udziału chorego w podejmowaniu decyzji medycznych dotyczących jego zdrowia, wobec rosnącego od lat siedemdziesiątych zainteresowania opieką medyczną zorientowaną na pacjenta. Postępowanie zgodne z koncepcją SDM pozwala na, pożądaną ze względów etycznych i prawnych, zachowanie autonomii pacjenta.

Zasady współudziału pacjenta w podejmowaniu decyzji medycznych są bardzo dobrze udokumentowane. Mimo że celowość widziana z perspektywy etyki i prawa nie budzi wątpliwości, praktyczna realizacja tego modelu wiąże się z wieloma trudnościami. W praktyce część pacjentów nie chce brać udziału w podejmowaniu decyzji medycznych, a wyniki badań nad akceptacją tego modelu przez lekarzy są niejednoznaczne. W codziennej pracy lekarskiej, przy istniejących ograniczeniach czasowych, bardzo trudne jest pełne i bezstronne przekazanie informacji o metodach leczenia.

Warto jeszcze podkreślić, iż wspólne decydowanie to nie to samo, co świadoma zgoda (*informed consent*), która oznacza prawne zobowiązanie lekarza do udzielenia pacjentowi wyczerpującej informacji na temat proponowanej procedury medycznej przed udzieleniem przez niego prawnie wymaganej zgody.

UDZIAŁ PACJENTÓW W PROCESACH USTALANIA WYSOKOŚCI I ZASADNOŚCI REFUNDACJI LEKÓW I OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH

Często decyzja o możliwym sposobie leczenia zapada jeszcze zanim pacjent przekroczy próg gabinetu lekarskiego. Ocena i wybór refundowanych technologii medycznych bywają najważniejszymi decyzjami dotyczącymi życia pacjenta, na które ten często nie ma żadnego wpływu. Pojawia się coraz więcej projektów, których celem jest przyznanie chorym prawa wpływu na istotne decyzje o akceptacji terapii. W 2010 roku Health Equality Europe (HEE) – nieformalna koalicja osób, których misją jest usytuowanie pacjenta w centrum wszystkich decyzji medycznych, przygotowała przewodnik *Understanding Health Technology Assessment* (Ocena technologii medycznych – jak ją rozumieć). Przewodnik zawiera jasne instrukcje, jak zbierać i dokumentować dane na temat przebiegu choroby widzianej z perspektywy wpływu, jaki ma dana technologia medyczna na życie chorych. Celem opracowania przewodnika jest pomoc organizacjom pacjentów w uzyskaniu wpływu na wybór refundowanych technologii medycznych.

Przedstawione powyżej trzy modele uczestniczenia pacjenta w procesie decyzyjnym, który go dotyczy, dają mu prawo do samostanowienia, niosąc jednocześnie obciążenie współodpowiedzialnością za podjęte decyzje.

Aldona Katarzyna Jankowska

Klinika Pediatrii Hematologii i Onkologii CM UMK
Członek grupy roboczej Assessment w European
Association for Communication in Healthcare



I PRYWATNE GIMNAZJUM i I PRYWATNE LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE

szkoły z uprawnieniami szkół publicznych

ul. Jagiellońska 27 (Pałac Młodzieży) • 85-097 Bydgoszcz • szkola@palac.bydgoszcz.pl



*Lekarze często wybierają naszą szkołę dla swoich dzieci.
Wybierz i Ty.*

ZAPRASZAMY KANDYDATÓW DO KLAS PIERWSZYCH

Wszelkie informacje można uzyskać pod numerami telefonu: 52 3493033, 52 3493048, 697 816 614

Odpowiedzialność zawodowa lekarzy (część I)

W poprzednich artykułach było już wyjaśniane, że lekarze wykonując swój zawód podlegają różnym rodzajom odpowiedzialności. W niniejszym opracowaniu zostaną omówione podstawowe zagadnienia związane z odpowiedzialnością zawodową lekarzy.

Kwestie dotyczące odpowiedzialności zawodowej lekarzy uregulowane zostały w szczególności w rozdziale 5 (art. 53 – 112) ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708 ze zm.), zaś w sprawach nieuregulowanych w tej ustawie, do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy: ustawy z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (dotyczące postępowania uproszczonego, oraz rozdziałów I-III i art. 53 ustawy z 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

Postępowanie to przebiega niezależnie od postępowania karnego lub postępowania dyscyplinarnego dotyczącego tego samego czynu.

PODSTAWA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Członkowie izb lekarskich ponoszą odpowiedzialność zawodową za przewinienia zawodowe. Przewinienie zawodowe polega na naruszeniu zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Zasady etyki lekarskiej zostały określone w Kodeksie Etyki Lekarskiej, który zobowiązuje lekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu lekarskiego, wskazując, że naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie lekarza, które podważa zaufanie do zawodu.

Nie można przy tym wszcząć postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, jeżeli od chwili popełnienia czynu upłynęły 3 lata, z tym zastrzeżeniem, że bieg przedawnienia do wszczęcia postępowania przerywa każda czynność rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Karalność przewinienia zawodowego ustaje natomiast, jeżeli od czasu jego popełnienia upłynęło 5 lat, chyba że czyn stanowi jednocześnie przestępstwo – wówczas ustanie karalności przewinienia zawodowego następuje nie wcześniej niż ustanie karalności przestępstwa.

STRONY POSTĘPOWANIA

Stronami postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy są: lekarz, którego dotyczy postępowanie, który po przedstawieniu mu zarzutów lub po skierowaniu przeciwko niemu do sądu lekarskiego wniosku o karanie staje się obwinionym, oraz pokrzywdzony, którym jest osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe. Natomiast w postępowaniu przed sądem lekarskim stroną jest również rzecznik odpowiedzialności zawodowej.

PRAWA LEKARZA W TOKU POSTĘPOWANIA

Z ogólnej zasady wynika, iż nie można pociągnąć do odpowiedzialności zawodowej obwinionego dopóki popełnienie przewinienia zawodowego nie zostało udowodnione i stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu lekarskiego. Wszelkie wątpliwości, których w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy nie da się usunąć, należy tłumaczyć na korzyść obwinionego.

W toku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza, lekarzowi przysługuje wiele uprawnień i gwarancji procesowych. W szczególności obwiniony ma prawo ustanowić obrońców spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych (nie więcej niż dwóch), przy czym, na uzasadniony wniosek obwinionego, właściwy sąd lekarski może ustanowić mu obrońcę z urzędu. Może on również składać wnioski dowodowe, a także ma prawo do przeglądania akt sprawy. Jeżeli istnieją podstawy do sporządzenia wniosku o ukaranie, rzecznik odpowiedzialności zawodowej zawiadamia obwinionego i jego obrońców o terminie końcowego zaznajomienia z materiałami postępowania wyjaśniającego oraz poucza o możliwo-

ści uprzedniego przejrzania akt, a w terminie 14 dni od dnia zaznajomienia obwinionego z materiałami postępowania wyjaśniającego może on składać wnioski o uzupełnienie postępowania.

FAZY POSTĘPOWANIA

CZYNNOŚCI SPRAWDZAJĄCE

Celem czynności sprawdzających jest wstępne zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. W trakcie czynności sprawdzających nie przeprowadza się dowodu z opinii biegłego ani czynności wymagających spisania protokołu, z wyjątkiem możliwości przesłuchania w charakterze świadka osoby składającej skargę na lekarza.

Co do zasady, rzecznik odpowiedzialności zawodowej niezwłocznie po otrzymaniu informacji wskazującej na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego jest obowiązany wydać postanowienie o wszczęciu bądź o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Postanowienie doręcza się stronom. Jeżeli jednak zachodzi potrzeba, rzecznik odpowiedzialności zawodowej może zażądać uzupełnienia w określonym terminie danych zawartych w informacji lub dokonać sprawdzenia faktów w tym zakresie.

Etap przeprowadzania czynności sprawdzających nie powinien trwać dłużej niż 3 miesiące od dnia otrzymania informacji wskazującej na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego. Po upływie tego okresu rzecznik odpowiedzialności zawodowej powinien wydać postanowienie o wszczęciu albo o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

POSTĘPOWANIE WYJAŚNIAJĄCE

Celem postępowania wyjaśniającego jest ustalenie, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy, a w przypadku stwierdzenia znamion przewinienia zawodowego ustalenie obwinionego oraz zebranie, zabezpieczenie i w niezbędnym zakresie utrwalenie dowodów dla sądu lekarskiego. Postępowanie wyjaśniające powinno zostać zakończone w ciągu 6 miesięcy od dnia otrzymania informacji wskazującej na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego. W uzasadnionym przypadku Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej może przedłużyć okres postępowania wyjaśniającego na dalszy czas określony, nie dłuższy niż 6 miesięcy. W przypadku niezakończenia postępowania wyjaśniającego w czasie roku, akta sprawy przekazuje się Naczelnemu Sądowi Lekarskiemu, który może przedłużyć postępowanie wyjaśniające na dalszy czas określony. Stronom postępowania przysługuje jednak prawo złożenia do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej zażalenia na przewlekłość postępowania prowadzonego przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

W toku postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej powinien dążyć do szczegółowego wyjaśnienia sprawy. W tym celu może przesłuchiwać pokrzywdzonego i inne osoby w charakterze świadków, powoływać i przesłuchiwać biegłych lub specjalistów, jak również przeprowadzać inne dowody. W przypadkach niecierpiących zwłoki, w szczególności wtedy, gdy mogłyby to spowodować zatarcie śladów lub dowodów przewinienia zawodowego, rzecznik odpowiedzialności zawodowej może przesłuchać lekarza w charakterze obwinionego przed wydaniem postanowienia o przedstawieniu zarzutów, jeżeli zachodzą warunki do sporządzenia takiego postanowienia.

Jeżeli zebrany w postępowaniu wyjaśniającym materiał dowodowy wskazuje na fakt popełnienia przewinienia zawodowego, rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o przedstawieniu lekarzowi zarzutów. Z tą chwilą lekarz staje się obwinionym.

W przeciwnym wypadku, jeżeli postępowanie wyjaśniające nie dostarczyło podstaw do sporządzenia wniosku o ukaranie, rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania.

W przypadku, gdy zebrane dowody wskazują z dużym prawdopodobieństwem, że lekarz, którego dotyczy postępowanie, lub obwiniony popełnił ciężkie przewinienie zawodowe, a rodzaj tego przewinienia wskazuje, że wykonywanie przez obwinionego zawodu lekarza zagraża bezpieczeństwu pacjentów lub grozi popełnieniem kolejnego przewinienia zawodowego, sąd lekarski, na wniosek rzecznika odpowiedzialności zawodowej, wydaje postanowienie o tymczasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu albo o ograniczeniu zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza przez obwinionego na okres do roku, a postanowienie to jest natychmiast wykonalne.

Jeżeli po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego istnieją podstawy do sporządzenia wniosku o ukaranie, rzecznik odpowie-

dzialności zawodowej wydaje postanowienie o zamknięciu postępowania wyjaśniającego, a następnie, w terminie 14 dni od dnia wydania postanowienia o zamknięciu postępowania wyjaśniającego, składa do sądu lekarskiego wnioski o ukaranie.



Kwestie dotyczące postępowania przed sądem lekarskim oraz zagadnienia związane z wykonaniem orzeczonej kary zostaną omówione w kolejnym artykule.

Jadwiga Jarząbkiewicz-Górnica
Radca prawny BIL

W naszym cyklu „Lekarz w gąszczu paragrafów” zajmujemy się bieżącą problematyką prawną związaną ze złożonością procedur, niejasnością przepisów oraz ich częstymi zmianami – poza omawianiem ciekawych zagadnień prawnych znajdą tu Państwo przegląd aktualnej legislacji i orzecznictwa, a także odpowiedzi na zgłaszane do nas wątpliwości oraz przesłane pytania.

Czekamy na Państwa opinie, pytania i kontakt z nami: agnieszka.banach@hipokrates.org; primum@bil.org.pl



SĄD KWESTIONUJE LEGALNOŚĆ DZIAŁANIA RANKINGÓW INTERNETOWYCH
OCENIAJĄCYCH PRACĘ LEKARZY

Klauzula usprawiedliwionego celu – to nie wszystko

Portale internetowe publikujące opinie o lekarzach w powszechnej ocenie medyków naruszają ich dobra osobiste. Stanowią doskonałe narzędzie dla różnego rodzaju frustratów, którzy z uwagi na zapewnioną im anonimowość w niewybredny sposób dają upust swoim negatywnym emocjom, często niezwiązanym z merytoryczną oceną pracy lekarza. Bywa, że rujną wieloletni dorobek zawodowy swoich ofiar.

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie wyrokiem z 29 stycznia 2014 r. (II SA/Wa 1819/13) otworzył nowy rozdział w walce lekarzy z tego rodzaju zachowaniami. Główny Inspektor Ochrony Danych Osobowych będzie musiał zbadać, czy do przetwarzania danych osobowych medyka nie jest wymagana jego zgoda. W rozpatrywanej sprawie lekarz złożył wniosek do GIODO wnosząc o:

1) spowodowanie zaprzestania przetwarzania jego danych osobowych i usunięcie wyników z tego skutków przez Sp. z o.o. – administratora danych;

2) wszczęcie z urzędu postępowania wobec Spółki, ze względu na masowość tego zjawiska wobec ludzi pracujących w służbie zdrowia;

3) przekazanie sprawy w razie podejrzenia naruszenia prawa karnego i/lub handlowego do rozpatrzenia przez inne właściwe organy;

4) zabezpieczenie dla celów dowodowych zgromadzonych danych osobowych oraz korespondencji z systemu informatycznego Spółki.

Wydaną decyzją Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych odmówił uwzględnienia wniosku. Wskazał, że materialną podstawą przetwarzania danych osobowych skarżącego stanowi art. 23 ust. 1 pkt 5 ustawy o ochronie danych osobowych.

Uznał, że informacje udostępniane na stronie internetowej Spółki dotyczą wyłącznie życia zawodowego wnioskodawcy. Nie sposób zatem uznać, iż doszło do naruszenia jego prawa do ochrony życia prywatnego, rodzinnego czy też prawa do decydowania o życiu osobistym. Ponadto GIODO podkreślił, iż zawód lekarza uznawany jest za zawód zaufania publicznego, którego wykonywanie jest istotne z punktu widzenia interesu publicznego. Z tego względu udzielający świadczeń zdrowotnych musi liczyć się z tym, iż jego dane osobowe – w zakresie dotyczącym wykonywanego przez niego zawodu – podlegają słabszej ochronie. W ocenie organu, nie ulega wątpliwości, iż świadczona przez skarżącego praca, w szczególności sposób jej wykonywania i uzyskane efekty, podlegają społecznej kontroli. Natomiast serwis internetowy umożliwiający użytkownikom zamieszczanie opinii i komentarzy dotyczących lekarzy jest jednym z narzędzi, za pomocą którego pacjenci mogą wykonywać tę społeczną kontrolę.

Lekarz zaskarżył decyzję GIODO. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie, rozpoznając skargę, uznał, że zasługuje ona na uwzględnienie, gdyż zaskarżona decyzja narusza prawo w stopniu uzasadniającym wyeliminowa-

nie jej z obrotu prawnego. W uzasadnieniu orzeczenia Sąd podał, że organ orzekający przyjął, iż w sprawie zaistniała przesłanka legalizująca przetwarzanie danych wymieniona w art. 23 ust. 1 pkt 5 ustawy. Zgonie z jej brzmieniem przetwarzanie danych jest dopuszczalne, gdy jest niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów realizowanych przez administratorów danych albo odbiorców danych, a przetwarzanie nie narusza praw i wolności osoby, której dane dotyczą. Za prawnie usprawiedliwiony cel organ przyjął tu wyłącznie fakt wykonywania przez skarżącego zawodu zaufania publicznego, przy czym była to jedyna podstawa odmowy uwzględnienia jego wniosku.

W ocenie Sądu, okoliczności sprawy nie pozwalają na uznanie powyższej oceny za prawidłową. Pierwszym istotnym uchybieniem, jakiego dopuścił się organ orzekający, był fakt pominięcia okoliczności, że dane osobowe skarżącego są przetwarzane w rejestrze o charakterze strictly komercyjnym. Przy czym, w przypadku skarżącego nie uzyskano na to jego zgody, a na stronie internetowej Spółki znajdują się także dane lekarzy, którzy zawarli stosowne umowy z podmiotem prowadzącym portal jako przedsiębiorca.

Dokończenie na str. 18 **17**

Dokończenie ze str. 17

Tym samym, w ocenie Sądu, organ nie ustalił, czy właściciel portalu, jako administrator, zapewnia należytą ochronę danych osobowych skarżącego, już choćby w zakresie obowiązków informacyjnych wymienionych w art. 24 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych. Nadto GIODO nie wziął również pod uwagę, że przetwarzanie własnych danych osobowych jest możliwe wyłącznie po zarejestrowaniu się lekarza na portalu, w sytuacji gdy jego profil już istnieje. Wobec tego, dla zapewnienia ochrony swoich dóbr musi on spełnić dodatkowe, i to pozaustawowe, obowiązki, w postaci zawarcia z administratorem (właścicielem portalu) stosownej umowy cywilnoprawnej. Do tego zaś czasu uprawnień takich nie posiada. Drugie uchybienie polegało na nieuwzględnieniu okoliczności związanych z faktem, że regulowanym przez prawo rejestrem lekarzy, którzy uzyskali prawo wykonywania zawodu, jest rejestr prowadzony przez właściwą okręgową izbę lekarską w oparciu o art. 8 ust. 1 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Zgodnie z tym przepisem, lekarz, który uzyskał prawo wykonywania zawodu albo

ograniczone prawo wykonywania zawodu, podlega tam wpisowi. W ocenie Sądu, to ten rejestr związany jest ściśle z istotą wykonywania zawodu lekarza. Wpis do niego jest dokonywany dopiero po złożeniu przez lekarza stosownych dokumentów i oświadczeń, a następnie po potwierdzeniu prawa lekarza do wykonywania zawodu, czyli potwierdzeniu posiadania przez określoną osobę wymaganych kwalifikacji. Jak wskazał Sąd, to ów rejestr pełni zarówno funkcję informacyjną, jak też ochronną, i to nie tylko dla osób korzystających ze świadczeń medycznych, ale i samych lekarzy. Taką też rolę odgrywa odrębnie uregulowany (art. 9 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry) rejestr dla lekarzy nieposiadających prawa wykonywania zawodu na terytorium RP, a będących obywatelami UE i posiadających prawo do wykonywania zawodu w innym państwie członkowskim UE. Wskazane rejestry nie mają zatem charakteru prywatnego i komercyjnego, nie służą celom marketingowym (reklamowym) usług medycznych. Natomiast z częściowo poczynionych ustaleń GIODO w sposób bezsporny wynika, że tego rodzaju charakter ma portal znanylekarz.pl.

W ocenie Sądu GIODO nie zbadał zatem, czy w sprawie rzeczywiście mamy do czynienia z przesłanką legalizującą określoną w art. 23 ust. 1 pkt 5 ustawy o ochronie danych osobowych, a w rezultacie, czy dla przetwarzania danych nie jest konieczne uzyskanie zgody skarżącego. Tym samym rzeczą organu będzie ponowne rozpatrzenie sprawy w jej całości, z uwzględnieniem powyższych wskazań i procedury administracyjnej, oraz usunięcie popełnionych błędów i niedokładności, które spowodowały, iż Sąd skarżoną decyzję wyeliminował z obrotu prawnego.

Z codziennej praktyki wiem, że lekarze w sytuacji, gdy zmuszeni są do obrony swoich praw naruszanych za pośrednictwem portali internetowych, często traktują tego rodzaju starcie jak walkę z wiatrakami. Wskazany wyrok daje w tego rodzaju sporach bardzo istotne merytoryczne wsparcie.

Justyna Straka – prawnik

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

Wypadek nurkowy! Co robić?

Dokończenie ze str. 14

Warto również zastanowić się, czy osoba, która jest ofiarą wypadku nurkowego, nie miała wcześniej schorzeń będących przeciwwskazaniem do nurkowania [Zanurz się... **BEZPIECZNIE**, Primum Non Nocere Nr 8/9 (265/266) 2013, 18–19]. Wśród badań dodatkowych znaczenie mają: CT i MR głowy przy objawach AGE, RTG klatki piersiowej przy urazie ciśnieniowym i VGE, badanie echokardiograficzne i badanie dopplerowskie (stwierdzenie pęcherzyków gazu), a także badanie dna oka w związku z możliwością wystąpienia zatorów gazowych w naczyńkach siatkówki.

LECZENIE

Leczeniem z wyboru DCS jest terapia hiperbaryczna (Hyperbaric Oxygen Therapy – **HBO**), nawet przy braku stwierdzonych pęcherzyków w badaniach obrazowych OUN (przy dodatnim wywiadzie i wykluczeniu innych przyczyn). Oczywiście pacjent po urazie ciśnieniowym płuc powinien mieć w pierwszej kolejności odbarczoną odmě opłucnej (drenaż). Zgodnie z zaleceniami ECHM wskazana jest również płynoterapia (unikanie roztworów glukozy), opcjonalne jest również leczenie przeciwkrzepliwe. W przypadku DCS nie zaleca się natomiast sterydoterapii.

TRANSPORT

Należy dążyć do jak najszybszego wdrożenia HBO. Największe korzyści uzyskują pacjenci, u których wdrożono leczenie tlenem hiperbarycznym w czasie **5–6 godzin od wypadku**. Podczas transportu należy stosować tlenoterapię i płynoterapię. W przypadku transportu lotniczego wskazany jest lot na niskim pułapie (często potrzebna jest specjalna zgoda) lub przelot w kabinie presuryzowanej (normobarycznej). Najbliższym ośrodkiem specjalizującym się w leczeniu nurków jest Krajowy Ośrodek Medycyny Hiperbarycznej w Gdyni (KOMH). W sytuacji wypadku nurkowego warto skontaktować się z lekarzem dyżurnym **KOMH** (numer alarmowy: **58 622 51 63**). Na miejscu zdarzenia prawie każdy instruktor nurkowania ma ten numer telefonu i na pewno go udostępni. Niestety mimo posiadania w Bydgoszczy nowoczesnej komory hiperbarycznej, leczenie nurków w naszym mieście nadal jest niemożliwe.

dr n. med. Przemysław Bławat

Lekarz nurkowy KDP/CMAS, PADI Rescue Diver

Oddział Kliniczny Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

Dobro lekarza – dobrem pacjenta!

Dokończenie ze str. 3

W aktualnym przekazie dominuje obwinianie naszego środowiska za wszelkie zło dziejące się w sektorze ochrony zdrowia. Proszę przypomnieć sobie apel pana Ministra z 2013 r. do NASZEJ EMPATII! Czy nastąpiły jakieś konkretne rozwiązania? A może zapowiedzi pana Premiera, że czeka nas okres wytężonej pracy? Tzn. jakiej? 5 minut na pacjenta, praca ponad siły? Czas pracy lekarza może przekraczać nawet 300 godzin na miesiąc (dane z 2014)! Oczywiście problem ten jest niewidzialny, bowiem duża część lekarzy i innych pracowników sektora jest na kontrakcie, a więc nie „u nas”. Ten problem sygnalizowałam już we wcześniejszym artykule.

Obowiązująca Dyrektywa UE 89/391/EWG oraz art. 226 Kodeksu pracy nakładają na pracodawcę obowiązek dokonywania analizy i oceny zagrożeń pracy lekarza. Czy są one wykonywane? A jeżeli, czy są rzetelne? To kolejny problem. Któż z nas bowiem przyzna się do zmęczenia i niedawania sobie rady przed pracodawcą? Nasuwa się więc wniosek, iż badanie tych zagrożeń powinno być prowadzone przez czynnik zewnętrzny. Ale o tym może w następnym artykule.

I tak dochodzimy do tytułu – w moim przekonaniu dbanie o nasze środowisko pracy bardzo jasno przekłada się na efektywność i jakość leczenia. Literatura na ten temat nie jest zbyt obszerna, niemniej dostępne prace wskazują na znamieny udział stresu i wysoki odsetek wypalenia zawodowego u lekarzy i innych pracowników sektora ochrony zdrowia.

Tak więc, w szeroko pojętym interesie pacjenta, oczywiście dla nas, ale też dla menadżerów, (zmniejszenie kosztów pracy – niższa absencja chorobowa, lepsza efektywność, mniej błędów) istnieje potrzeba tworzenia przyjaznych i bezpiecznych warunków pracy dla naszego środowiska.

MD

(dane autora znane redakcji)

Lekarskie dzieci na okładki!

1. Julia (5 lat) i Zosia (1,5 miesiąca) Bartel;
2. Adela Sadowska (20 miesięcy); 3. Tomasz Kafarski (12 miesięcy); 4. Franciszek (2,5 roku) i Jan (1,5 roku) Biegus; 5. Wiktoria Duda (3 lata); 6. Alan (9 lat) i Lena (6 lat) Nowak; 7. Krzys Kamiński (5 lat), 8. Agnieszka Włodarczyk (3,5 roku); 9. Antosia (21 miesięcy), Jaś (21 miesięcy) i Staś (5 lat) Meller; 10. Alicja Kamińska (4 lata); 11. Iza Kozłowska (2 lata); 12. Julia (5 lat) i Tymon (2 lata) Kryszak; 13. Zosia (5 lat) i Marta (7 lat) Lewandowskie; 14. Ignacy Dalke (lat 3); 15. Bartek (8 lat) i Natalka (4 lata) Słupscy; 16. Anna Romanowska (7 lat); 17. Jakub Wilczyński (11 miesięcy); 18. Aleksandra Popławska (8 lat); 19. Kubuś Maciejewski (2 lata); 20. Jan Krzysztof Dzwoniarkiewicz (2 miesiące); 21. Tymek (7 lat) i Kuba (5 lat) Mazurkiewicz; 22. Łukasz (2,5 miesiąca) i Bartos (4 lata) Kęsiak; 23. Mateusz Górski-Bachorski (6 lat); 24. Julia Zegarska (5 lat); 25. Kuba Bartoszewski (3 lata); 26. Agatka (4 lata) i Karolek (2 lata) Rekiel; 27. Maja Eliza Wiśniewska (2,5 roku); 28. Wiktor Mysze (5 miesięcy); 29. Mateusz Drogowski (5 lat); 30. Michalinka Gardziel (14 miesięcy); 31. Marek (3,5 roku), Karol (1 rok) i Wanda (7 lat) Sowa; 32. Natalsza Grduszek (10 miesięcy); 33. Emilia Ciemniak (11 miesięcy); 34. Michał (22 miesiące) i Rafał (6 lat) Soboń; 35. Michał (12 lat) i Piotr (8 lat) Jaroszewicz; 36. Jakub Malinowski (8 lat); 37. Mikołaj Drabik (18 miesięcy); 38. Franciszek (5 lat) i Jan (4 lata) Talkowscy; 39. Szymon (2,5 roku) i Jakub (4 lata) Rutkowscy; 40. Piotrek Sikorski (8 lat); 41. Izabela Szafrąnska (2 lata); 42. Lena (2,5 roku) i Maja (2,5 roku) Brudnoch; 43. Basia (4 miesiące), Wojtuś (6,5 roku), Grzesiu (2,5 roku) i Kubuś (4 lata) Gierach; 44. Filip Wileński (3 lata); 45. Kacper Tomczyk (3,5 roku); 46. Mikołaj (4 lata), Marta (7 lat) i Marysia (1 rok) Olechnicy; 47. Franciszek Fuks (3 lata); 48. Lena (2 lata) i Laura (6 lat) Żurawskie; 49. Filip (1,5 roku) i Kuba (5 lat) Gawrońscy; 50. Konrad (1,5 roku) i Lena (5 lat) Manerowscy; 51. Ewa Woźniak (2,5 roku); 52. Martyna (4 lata) i Mateusz (1 rok) Walukiewicz; 53. Nina Jeneralaska (6 lat); 54. Marysia (8 lat), Laura (6 lat) i Adaś (4 lata) Pujanek; 55. Zosia Baranowska (4 lata); 56. Nawaf (8 lat) i Ibrahim (7 tygodni) Sousak; 57. Paweł (8 lat) i Michał (13 lat) Rogala; 58. Zuzia (3,5 roku) i Zosia (4 miesiące) Prątnickie; 59. Adam (3 lat) i Paulina (1 rok) Lorek; 60. Oliwia Pawluczuk (6 lat); 61. Tadeusz Gruszczynski (2,5 roku); 62. Sasza Pogoriła (4 lata); 63. Olimpia Chodkiewicz (15 miesięcy); 64. Witold Kobajto (17 miesięcy); 65. Jaś (4 lata) i Gabrysia (8 lat) Tworkiewicz; 66. Weronika (3,5 roku) i Paweł (2 lata) Cemel; 67. Wiktor (9 miesięcy) i Adam (3 lata) Wieczór; 68. Tymoteusz (5 lat), Zuzanna (1,5 roku) i Jakub (3 lata) Bieliński.

Mój jest ten kawałek podłogi!...

Ludzie – mgły, ludzie – jaskry i ludzie – jabłonie,
Rozwiniście się w słońcu, boć na pewno płońie!
Dla mnie – rosa, dla mnie – zieleń,
Dla was – nagłość rozweseleń,
A kto pieśni wystuchał – niech mi poda dłońie!

Bolesław Leśmian



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Przymierzając się do tego „kawałka”, posurfowałem trochę po sieci, aby znaleźć jakiś lekki motyw, taki w sam raz na lato, jako że ten numer naszego biuletynu trafi do Waszych rąk w przededniu lata. Szukałem, szukałem i wyłowilem wiersz Bolesława Leśmiana (tak, tak – tego od „malinowego chruśniaku”), którego to fragment cytuję wyżej.

Jak się jednak po pewnym czasie temu fragmentowi dokładniej przyjrzałem, to zauważyłem, że ma on typowy dla limeryku układ: „aabba”, nawet z zachowaniem tego, że „b” jest krótsze od „a! No, ale chyba na tym wszelkie podobieństwa do klasycznych limeryków się kończą. Brakuje w tym wierszu tego, z czego limeryki styną, a mianowicie świntuszenia!!

Kto nie wierzy, niech przeczyta limeryki Macieja Stomczyńskiego (znanego być może bardziej pod pseudonimem Joe Alex)! Tego samego, który tłumaczył dzieła Szekspira i „Ulissesa” Jamesa Joyce’a! Tu przyznam się, że ten wspomniany opasty tom kupiony spod lady (tak, tak – był taki okres w naszych dziejach, kiedy dobre książki można było kupić tylko w ten sposób) stoi u mnie na półce niedoczytany. Nie zdzierżyłem! Wstyd?!

Strasznie mi się ten „kawałek” literackim zrobił! Może to dlatego, że za oknem kwitną kasztany (na mojej ulicy rośnie ich sporo), a maturzyści są już po pisemnym egzaminie z języka polskiego. Na tegorocznej maturze było „Wesele” i „Potop”! Chyba zdałbym, bo znam dobrze te dwa dzieła! Z tego drugiego najbardziej mi się podobają słowa Oleńki. Tu cytuję: „Jędrus, ran twoich niegodnam całować”. Koniec cytatu! Przyznacie, Mili, czytający te słowa, że dla kogoś, kogo imię było czasami tak pieszczotliwie wypowiedziane, taki cytat to „miód na serce”.

Kończę, wracając do Leśmiana! Szanowne Koleżanki i Koledzy, jeżeli wystuchaliście tej mojej „pieśni” to – chociaż w myślach – podajcie mi swoje dłońie. Zapewniam, że na pewno będę je czuł.

Wasz jak zawsze

A. Martynowski

Zapraszamy lekarzy seniorów!

● Na pierwszym powakacyjnym spotkaniu (**3 września 2014 r., godz. 14.30**) gość Klubu Lekarza Seniora – prezes BIL dr n. med. Stanisław Prywiński przedstawi wykład „Leczenie przepuklin brzusznych”.

terMedia z a p r a s z a

- **18–20 września 2014 r. – IV Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej 2014**
- **10–11 października 2014 r. – Ophthalmology In Practice**

TERMEDIA sp. z o.o., ul. Kleeberga 2 • 61-615 Poznań
tel./faks +48 61 6562200
e-mail: szkolenia@termedia.pl • www.termedia.pl

Ogólnopolski Plener Ceramiki Artystycznej dla Lekarzy

Plener odbędzie się w dniach **od 10 do 12 października br.** w Wiśle – „Villa Japónica”. Jego organizatorem jest Śląska Izba Lekarska w Katowicach.

Wpisowe **100 zł** prosimy wpłacać na konto Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach nr konta: **PKO 43 1020 2313 0000 3102 0020 0246** z dopiskiem „Plener Ceramiki”. Organizator zapewnia noclegi ze śniadaniem oraz materiały plastyczne.

Termin zgłoszeń upływa 31.08.2014 r. Ilość miejsc ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń.

Szczegółowych informacji udziela: lek. stom. Stanisław Mysiak, tel. (32) 252 97 51; kom. 605 256 335.

Olympic Bowling Centre

14 czerwca 2014 roku o godzinie 14.00 w „Olympic Bowling Centre” (Łuczniczka) odbędą się 3 Mistrzostwa Pomorza i Kujaw Lekarzy i Lekarek w Bowlingu. Wszystkim uczestnikom gwarantujemy wspaniałą zabawę. Zwycięzcy otrzymają puchary i pamiątkowe dyplomy.

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 Raman Guggiet

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

S E N S O N E T

SYSTEM MONITOROWANIA TEMPERATURY PRZECHOWANIA SZCZEPIONEK I LEKÓW

Całkowicie automatyczny pomiar i generacja raportów

Wbudowany serwer sieciowy - raporty on-line

Powiadamianie - temperatura, zasilanie lodówek

Realizacja wymogów SANEPID i ISO 9001

Wdrożony w Przychodniach w Bydgoszczy i okolicy

PARTA LABS e-mail: sensonet@zdalnie.pl tel. 602315884

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**

PRACA

Przychodnia PW „MSU”, ul. Plac Piastowski 3, 85-012 Bydgoszcz (52) 3223728, 519 339 442 zatrudni **lekarza medycyny pracy**.

Przychodnia stomatologiczna w centrum Bydgoszczy poszukuje do współpracy **stomatologa** (własna działalność). Tel. 604 796 594.

Przychodnia na Szwederowie pilnie zatrudni **lekarza ze specjalizacją w zakresie chorób wewnętrznych, lub medycyny rodzinnej** albo w trakcie tych specjalizacji do POZ w godzinach popołudniowych tj. w poniedziałek, czwartek i piątek w godzinach od 14.00 lub 15.00 do 18.00. Kontakt osobisty w siedzibie Przychodni w gabinecie dyrektora lub telefonicznie na numer (52) 3795047/81.

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 lub e-mail: gabinet@lux-dent.net

Nowy Szpital w Świeciu, ul. Wojska Polskiego 126, poszukuje **lekarzy internistów, lekarza pulmonologa** do pracy na oddziałach szpitalnych, a także **lekarza do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej** do Przychodni w Pruszczu. Oferujemy pracę w młodym prężnym zespole, wsparcie w dalszym rozwoju zawodowym oraz stabilne warunki zatrudnienia. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt: (52) 3334555; e-mail: sekretariat.swiecie@nowyszpital.pl

Oddział Chorób Wewnętrznych w Nakle n/Notecią zatrudni **lekarza internistę** (lub w trakcie specjalizacji). Praca codzienna w oddziale i/lub dyżury. Tel. (52) 3852744 (sekretariat zarządu), e-mail: msmolinska@nowyszpital.pl

Klinika Alfa-Med w Bydgoszczy poszukuje do współpracy **lekarza stomatologa**. Kontakt: 600 262 738, www.alfa-med.pl., e-mail: kariera@alfa-med.pl.

NZOZ Przychodnia Rodzinna w Trzszczyźnie zatrudni **lekarza do pracy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej**. Warunki pracy i płaca do uzgodnienia. Tel. 604 164 148.

Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu zatrudni pilnie **lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej** – praca w Przychodni Przeszpitalnej – Poradni Rehabilitacyjnej. Telefon kontaktowy: kierownik Lecznictwa Specjalistycznego 52 3545325.

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