

meritum

nr 4 sierpień 2011

magazyn lekarzy kujawsko-pomorskiej oil

W dniach 26 - 29 maja br. gościliśmy 10-osobową
delegację samorządu lekarskiego z Getyngi.
Niemieccy lekarze gościli m.in. w Citomedzie.
Fotoreportaż z wizyty na str. 24 - 25
fot. Ze zbiorów KPOIL



W numerze m.in.:

- Uzależnienia wśród lekarzy str. 2
- Związki medycyny z historią str. 20



BMW 520d
Nowy Polski Pakietwww.bmw-
dynamicmotors.pl

Radość z jazdy



DLA TYCH, KTÓRZY WYPRZEDZAJĄ. I DLA TYCH, KTÓRZY PO PROSTU PROWADZĄ.

Jak zmierzyć wrażenie, które sprawisz, prowadząc BMW serii 5? W końcu w biznesie liczą się wymierne korzyści, a BMW 520d to dla biznesu idealna wizytówka. Dynamiczny silnik wysokoprężny o mocy 184 KM*, dwustrefowa automatyczna klimatyzacja, a do tego atrakcyjne wyposażenie dodatkowe, w tym reflektory bi-ksenonowe, 8-biegowa automatyczna skrzynia biegów i ogrzewanie foteli przednich. BMW serii 5 nie jest jedynie limuzyną – jest fuzją elegancji z wydajnością. Doświadcz tego już teraz na www.bmw.pl/seria5pakiet

BMW 520D Z NOWYM POLSKIM PAKIETEM. JUŻ OD 188 900 PLN BRUTTO.

BMW EfficientDynamics Mniejsza emisja. Większa radość z jazdy.

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

* Emisja CO₂ i zużycie paliwa w cyklu mieszanym według normy ECE dla BMW 520d Limuzyna: 129 g/km i 4,9 l/100 km.



Obiad w restauracji i hot-dogi, czyli oczekiwania i rzeczywistość

Idealnych systemów ochrony zdrowia nie ma. Ale dobre czy wręcz bardzo dobre już tak. Do tych najlepszych zaliczany jest system holenderski. Uważa się nawet, że po reformie z 2006 roku, jest to model wzorcowy, stanowiący udane połączenie rozwiązań rynkowych i kontroli państwa. O takiej ocenie decyduje wysoka jakość usług i ich dobra dostępność dla ubezpieczonych, czyli wszystkich, którzy w Holandii mieszkają na stałe albo tam pracują, odprowadzając podatki. Składka zdrowotna złożona jest z części stałej – ustalonej co roku przez rząd i zmiennej, zależnej od dochodów, odprowadzanej przez pracodawcę. Część stała, jednakowa dla wszystkich, to około tysiąca euro na rok. Składnik zmienny, przy średnich dochodach, to mniej więcej drugie tyle. Dzieci do 18. roku życia są zwolnione z obowiązku płacenia składki. Innych „świętych krów” nie ma. Jeśli ktoś jest zbyt biedny, by wykupić ubezpieczenie, może liczyć na pomoc państwa. W ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ma się dostęp do koszyka świadczeń gwarantowanych. Jest on bardzo obfity i obejmuje opiekę lekarzy rodzinnych, specjalistów, hospitalizację, opiekę pielęgniarską, porady dietetyków i logopedów, większość leków oraz – w razie takiej potrzeby – transport do placówek medycznych. Dzieci do 18. roku życia mają w ramach podstawowego ubezpieczenia dostęp do leczenia stomatologicznego. Dorośli mogą liczyć na sprawdzenie stanu uzębienia, a jeśli nie chcą płacić z własnej kieszeni za opiekę stomatologiczną, mają możliwość doubezpieczenia.

Odpowiednika NFZ w Holandii nie ma. Są prywatne ubezpieczalnie, które muszą przestrzegać reguł narzuconych przez państwo. Jedna z nich mówi, że ubezpieczyciel nie może nikomu odmówić prawa do ubezpieczenia. Nie ma więc mowy o dyskryminacji z uwagi na wiek i choroby. W praktyce nikt się przed tzw. trudnymi pacjentami nie broni, bo w zamian za objęcie ich opieką zdrowotną idą dodatkowe pieniądze. Pochodzą one z kontrolowanego przez państwo funduszu, utworzonego z zależnej od dochodów części składki. Warto zaznaczyć, że wyłącznie holenderskie firmy ubezpieczeniowe mogą liczyć na finansowanie ze wspomnianego funduszu. W oczywisty sposób faworyzuje to rodzimych ubezpieczycieli. Obecnie w Holandii dominują cztery firmy oferujące podstawowe i dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne, które konkurują przede wszystkim jakością usług, a w mniejszym stopniu wysokością składek. Raz w roku można zmienić ubezpieczyciela. Zapoznając się w Holandii z zasadami funkcjonowania tamtejszego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, pytałem jego twórców, co decyduje o powodzeniu – czy tylko pieniądze i perfekcyjna organizacja? Otóż jest jeszcze jeden bardzo ważny czynnik sukcesu. To wzajemne zaufanie. W Holandii lekarz ma zaufanie do pacjenta, pacjent do lekarza, lekarze i pacjenci ufają firmom ubezpieczeniowym i vice versa. Ale pieniądze też są ważne. Summa summarum 10% holenderskiego PKP jest przeznaczane na finansowanie opieki zdrowotnej. U nas, biorąc pod uwagę wydatki *out of pocket* to około 6% PKB. Ale nasz PKB stanowi zaledwie 60% holenderskiego, a mamy 2,5 raza więcej mieszkańców. Biorąc pod uwagę te proporcje, na ochronę zdrowia statystycznego mieszkańca Holandii przeznaczają się siedem razy więcej niż na przeciętnego Kowalskiego. Nie dwa, trzy – a siedem razy! Warto o tych liczbach pamiętać jeśli ktoś, oczarowany zachodnią opieką zdrowotną, będzie nas pytał, dlaczego u nas brakuje tego czy owego. Sam jednemu z takich oczarowanych zadałem niedawno pytanie, czy mając w kieszeni 30 złotych wybrałby się z rodziną na obiad do restauracji. – Za trzydzieści złotych to mógłbym najwyżej kupić żonę i dzieciakom po hot-dogu i coś do picia. – A za dwieście złotych? – dociekałem. – Panie, niech pan nawet nie pyta!

Sławomir Badurek
badurek@vp.pl

Nasz wywiad

- Lekarze uzależniają się z tych samych powodów co inni ludzie. str. 2, 3, 4

Seniorzy

- Potrzeby i problemy lekarzy Seniorów. str. 4, 5
- Sanatorium w Darłowie. str. 6
- Wizyta w Płocku. str. 6, 7

Komunikaty

- str. 7, 18, 22, 23

Z materiałów zjazdowych

- Z materiałów zjazdowych na XXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy i Lekarzy Dentystów KPOIL – część II. str. 8 - 17

Stomatologia

- 15 lat minęło, czyli małe koło wielkiego człowieka. str. 17, 18
- Z posiedzenia Komisji Stomatologicznej NRL. str. 19

Co mi w duszy gra

- Wbrew pozorom medycyna ma wiele wspólnego z historią. str. 20, 21

Historia jednej fotografii

- str. 22

Kęcik delegatury w Grudziądzu

- Już lato. str. 22

Toruń - Getynga

- 20-lecie programów partnerskich Toruń - Getynga. str. 24, 25

meritum

ZESPÓŁ REDAKCYJNY:

lek. Sławomir Badurek
(redaktor naczelny,
przewodniczący zespołu redakcyjnego)
dr n. med. Marian Łysiak
mgr Dominika Kisielewska

KOLEGIUM REDAKCYJNE

lek. Sławomir Badurek – redaktor naczelny,
lek. Stanisław Hapyn – przewodniczący
kolegium redakcyjnego,
lek. Anita Pacholec,
dr n. med. Andrzej Kunkel,
lek. Wiesław Umiński,
mec. Krzysztof Izdebski.

WSPÓŁPRACUJĄ

Agnieszka Lis
mgr Elżbieta Wierzbowska-Umińska
mgr Anna Zielaskiewicz

Numer zamknięto 13.08.2011
Redakcja zastrzega sobie prawo redagowania tekstów,
nie zwraca nadesłanych materiałów, nie odpowiada za
treść zamieszczonych ogłoszeń i reklam.

Lekarze uzależniają się z tych samych powodów co inni ludzie

Dr Jolanta Sobczyk – specjalista psychiatra – ukończyła Akademię Medyczną w Gdańsku. Pełni funkcję ordynatora Oddziału Odwykowego Całodobowego w Wojewódzkim Ośrodku Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu.

Uchwałą Okręgowej Rady Lekarskiej dr Jolanta Sobczyk została w marcu 2011 roku powołana na stanowisko Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów – członków Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej w Toruniu.



– **Co należy do obowiązków Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy?**

Na mocy uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej nr 7/07/V z 13 kwietnia 2007 roku powołano do życia funkcję Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy i Lekarzy Dentystów – ze wskazaniem, że taka funkcja powinna istnieć przy każdej okręgowej izbie lekarskiej. Od kwietnia bieżącego roku objęłam funkcję Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy przy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izbie Lekarskiej.

Rola Pełnomocnika polega przede wszystkim na organizowaniu pomocy lekarzom i lekarzom dentystom, którzy ze względu na uzależnienie od środków psychoaktywnych są zagrożeni utratą prawa wykonywania zawodu. Zadaniem Pełnomocnika jest opracowanie zaleceń profilaktycznych, służących możliwości wczesnego wykrywania zagrożeń wynikających z uzależnienia oraz przygotowanie wykazu placówek terapii uzależnień, które chcą współpracować przy leczeniu członków Izby Lekarskiej.

W przypadku stwierdzenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych u lekarza zadaniem Pełnomocnika jest pomoc w znalezieniu optymalnego miejsca terapii. Natomiast w przypadku braku zgody

na leczenie Pełnomocnik powiadamia Okręgową Radę Lekarską o zaistniałym problemie celem podjęcia decyzji o powołaniu komisji, która orzeka w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu lekarza. Zadaniem Pełnomocnika jest również prowadzenie monitoringu i statystyki ujawnionych spraw. Pełnomocnik w zakresie wypełniania swoich obowiązków współpracuje z Okręgową Radą Lekarską i innymi strukturami Izby. Oczywiście, wszystkie działania Pełnomocnika są realizowane w atmosferze poufności.

Osoba uzależniona – nawet wówczas, gdy jest lekarzem – ma przeważnie trudności z rozpoznaniem u siebie uzależnienia i nie jest w stanie sama sobie pomóc. Właśnie tym różni się ta choroba od innych chorób, z którymi każdy lekarz może z powodzeniem sobie poradzić. A naszym koleżeńskim obowiązkiem jest pomóc takiej osobie w powrocie do zdrowia, zanim dojdzie do poważnych konsekwencji zawodowych i prawnych, związanych z naszą szczególnie odpowiedzialną pracą.

– **Na którym z tych zadań zamierza się Pani Doktor w szczególny sposób skoncentrować?**

Ponieważ pełnię funkcję od niedawna, staram się rozpoznać i zaplanować działania dotyczące wszystkich zadań wynikających z tej funkcji.

Myślę, że obecnie najważniejsze jest rozpowszechnienie informacji o istnieniu funkcji Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy przy Okręgowej Izbie Lekarskiej i przedstawienie możliwości skontaktowania się ze mną. Moje wysiłki zmierzają również w kierunku nawiązania kontaktu z pełnomocnikami działającymi przy innych izbach lekarskich w celu skorzystania z ich doświadczeń w sprawowaniu funkcji Pełnomocnika.

– **Jednym z zadań jest podejmowanie działań profilaktycznych. Na czym będą one polegały?**

Profilaktyka jest to – najkrócej mówiąc – zespół działań mających na celu zapobieganie pojawianiu się, a także rozwojowi pewnego zjawiska w danej społeczności. Profilaktyka ma charakter ciągłego procesu, a rozpiętość jej procedur jest szeroka i obejmuje na przykład dostarczanie informacji i wiedzy dotyczących danego zjawiska.

W przypadku pełnienia funkcji Pełnomocnika moje działania będą dotyczyły profilaktyki II i III stopnia i będą obejmowały zarówno osoby zagrożone uzależnieniem – ponieważ według niektórych badań zawód lekarza jest zawodem należącym do grupy ryzyka – oraz osoby już uzależnione.

Profilaktyka II stopnia jest ukierunkowana na określoną społeczność. Ma na celu zapobieganie rozprzestrzenianiu się i wzrostowi zjawiska uzależnienia, wycofywanie się z pewnych ryzykownych zachowań. Elementem tej profilaktyki jest wiedza dotycząca na przykład tzw. bezpiecznego picia, zagrożeń, picia szkodliwego i ryzykownego, sygnałów ostrzegawczych czy wreszcie samego uzależnienia. Ważne jest, by tę wiedzę wykorzystać do wczesnego rozpoznania uzależnienia oraz leczenia, ponieważ moment rozpoczęcia leczenia przekłada się na efektywność terapii.

Ten poziom profilaktyki zawiera także wiedzę dotyczącą na przykład konstruktywnego radzenia sobie z napięciem czy ze stresem. Wiedza ta dotyczy również wypalenia zawodowego – zjawiska często dotykającego osoby, które w swojej pracy pomagają innym ludziom. Wiedza ta dotyczy również metod krótkiej interwencji, która służy osobom z otoczenia osoby uzależnionej i ma zmotywować tę osobę do podjęcia psychoterapii. Osobami z otoczenia może być rodzina, ale także – w przypadku lekarzy – koledzy z pracy czy przełożeni.

Profilaktykę II stopnia można realizować między innymi poprzez różne akcje informacyjne na łamach pism branżowych, jak chociażby „Meritum”. Mam pomysł na cykl artykułów dotyczących szeroko pojmowanej tematyki uzależnienia. Zamierzam także skierować pisma informacyjne do dyrektorów placówek ochrony zdrowia z informacją o funkcjonowaniu Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy przy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izbie Lekarskiej. Oprócz akcji informacyjnych istotne są również szkolenia – na przykład z zakresu metody krótkiej interwencji.

W przeciwieństwie do profilaktyki II stopnia, która obejmuje zarówno osoby zagrożone uzależnieniem, jak i już uzależnione, profilaktyka III stopnia jest skierowana do osób uzależnionych, które są już po terapii. Jej celem jest wzmocnienie efektów leczenia. Może być realizowana w placówkach służby zdrowia, w grupach samopomocowych, w klubach abstynentów. I myślę, że rola Pełnomocnika w tym zakresie będzie polegała na kierowaniu do takich placówek osób po terapii oraz na monitorowaniu ich dalszego leczenia.

W ramach profilaktyki III stopnia można byłoby rozważyć stworzenie grupy wsparcia oraz motywowanie do powstania – na wzór innych branżowych grup AA – grupy Anonimowych Alkoholików przeznaczonych specjalnie dla lekarzy, której liderem mógłby być lekarz będący trzeźwiejącym alkoholikiem.

– **Jak ocenia Pani Doktor skalę problemu, jakim jest uzależnienie lekarzy od substancji psychoaktywnych?**

Dotychczas nie przeprowadzono ogólnopolskich badań na temat rozpowszechnienia uzależnienia od substancji psychoaktywnych wśród lekarzy i lekarzy dentystów. Za Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przyjmuje się, że problem ten dotyczy od 2 do 3% populacji lekarzy, wśród których kobiety stanowią – w zależności od badania – 30 lub 50% osób uzależnionych.

Nieliczne wyjątki badań dotyczą uzależnionych lekarzy – pacjentów klinik

psychiatrycznych. I tak na przykład w latach 1977 - 1996 w II Klinice Psychiatrii Śląskiej Akademii Medycznej poddano analizie historie chorób hospitalizowanych tam lekarzy. Były to 124 osoby, z czego ponad 40% przebywało w klinice z powodu uzależnienia. Prawie połowa badanych była uzależniona od alkoholu, a prawie 70% – od leków. Według tych badań kobiety stanowiły prawie 30% uzależnionych.

Szukając danych dotyczących problemu uzależnienia lekarzy od substancji psychoaktywnych, natknęłam się na określenie, że jesteśmy świadkami zjawiska, które można nazwać piramidą lub górą lodową – przypadki uzależnienia, o których mówi się otwarcie, stanowią jedynie czubek góry lodowej, natomiast cała reszta takich przypadków jest schowana pod powierzchnią i stanowi uśpione zagrożenie. Dlatego tak ważne jest, aby profilaktyka zajmowała się całością – i tym wierzchołkiem, i tym, co jest ukryte pod powierzchnią.

Lekarze uzależniają się z tych samych powodów co inni ludzie. Jest to choroba demokratyczna, która nie omija także naszej grupy zawodowej, jednak istnieje szereg czynników, które popychają lekarzy w stronę uzależnienia. Do tych czynników należy przede wszystkim charakter pracy – przewlekły stres związany z pracą wysoce odpowiedzialną, często nieregularny czas pracy, przeciążenie i przemęczenie wynikające z pracy, częsty syndrom wypalenia zawodowego, a także łatwy dostęp do leków i do alkoholu – na przykład w postaci wciąż pokutującego w naszym społeczeństwie „dowodu wdzięczności” w formie butelki alkoholu.

Przeprowadzono ciekawe badania dotyczące nadużywania alkoholu wśród lekarzy poszczególnych specjalności. Według badań niemieckich, najwięcej alkoholu spożywają anestezjologowie i chirurdzy, czyli generalnie specjalności zabiegowe. Natomiast według badań polskich, które przeprowadził dr Bogusław Habrat z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, problem z nadmiernym piciem spotykany jest najczęściej u lekarzy anestezjologów, medycyn ratunkowej i psychiatrów.

Wśród lekarzy często są również spotykane uzależnienia mieszane – od alkoholu i aksjolitów, najczęściej od benzodwuzepin. Jest to najczęściej skutek samoleczenia zespołów abstynencyjnych, wiadomo bowiem, że benzodwuzepiny niwelują objawy zespołu abstynencyjnego. Natomiast często później lekarze sięgają po te leki, aby zredukować napięcie i niepokój, a stosując je regularnie, stopniowo się od nich uzależniają. Często dochodzi też do przypadków łączenia alko-

holu i leków. Na pewno takie uzależnienie jest trudniejsze do leczenia – w zasadzie łatwiej jest odstawić alkohol niż leki.

Lekarze jako grupa zawodowa – w odróżnieniu od innych profesji – stosunkowo późno zgłaszają się na leczenie. Jest kilka powodów takiego zachowania. Przede wszystkim lekarze wierzą w samoleczenie – wierzą w to, że skoro są lekarzami i znają objawy, to sami sobie poradzą z każdą chorobą. Niestety, nie jest to prawdą w przypadku choroby alkoholowej. Po drugie, lekarze mają czasem problem z przejściem na drugą stronę, czyli funkcjonowaniem w roli pacjenta.

Innym znaczącym problemem jest lęk i wstyd przed możliwością spotkania w trakcie terapii swoich pacjentów czy współpracowników, dlatego niezwykle istotnym zadaniem jest znalezienie dla lekarzy odpowiedniego miejsca do terapii – najczęściej poza miejscem pracy, na terenie innego województwa. Wśród społeczeństwa pokutuje także stereotyp, który zasadniczo wpływa na późne zgłoszenie się na leczenie u wszystkich pacjentów, a mianowicie przeświadczenie, że wstydem jest leczenie, a nie picie. Ten popularny stereotyp jest nieprawdziwy; wręcz przeciwnie: uważam, że podjęcie leczenia jest aktem dużej odwagi.

– **W jaki sposób będzie Pani Doktor docierać do uzależnionych lekarzy? Czy będzie Pani bazować wyłącznie na zgłoszeniach od samych lekarzy, ich rodzin, kolegów z pracy lub pracodawców czy też zamierza Pani wypracować własne metody monitorowania środowiska lekarskiego?**

Temat uzależnienia wśród lekarzy jest na pewno tematem drażliwym, wrażliwym i w pewnym stopniu kontrowersyjnym. Będę reagować na zgłoszenie samych lekarzy z problemem, ale także na zgłoszenia osób bliskich, współpracowników, kolegów czy przełożonych, którym będzie zależało na dobru pacjenta i którzy nie będą zwolennikami źle pojętej solidarności zawodowej.

Najtrudniejsza będzie sytuacja, w której będę musiała reagować na informacje zawarte w mediach dotyczące problemów wynikających z nadużywania alkoholu przez lekarza. Dlatego myślę, że długofalowa rola pełnomocnika przy wsparciu całego środowiska lekarskiego polega również na tym, by do takich sytuacji dochodziło jak najrzadziej.

Dlatego właśnie tak istotna jest profilaktyka i próba zmiany podejścia środowiska lekarskiego do problemu uzależnienia wśród lekarzy, aby nie zamiatać takich problemów pod dywan, tylko starać się po- >>

móc i podawać pomocną dłoń, a nie „niedźwiedzią łapę”. Powinniśmy pomagać sobie w kwestii uzależnienia, aby zdążyć zareagować przed konsekwencjami zawodowymi i prawnymi.

W Polsce mamy zaledwie kilkuletnie doświadczenie w funkcjonowaniu pełnomocników ds. zdrowia lekarzy, dlatego warto korzystać z metod wypracowanych przez bardziej doświadczonych kolegów z innych państw, na przykład ze Stanów Zjednoczonych czy Niemiec. Niemieccy lekarze, którzy zajmują się tą kwestią od lat 90. XX wieku, wypracowali już określony model pomagania uzależnionym lekarzom.

– *W jaki sposób można zgłaszać przypadki uzależnienia lekarzy?*

Najlepszym sposobem rozmowy o problemach związanych z uzależnieniem lekarzy jest spotkanie osobiste. Dlatego uważam, że dobrym pomysłem byłoby zorganizowanie mojego dyżuru w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej – być może już od września tego roku. Dobrym rozwiązaniem byłoby także umawianie się na spotkania w miejscu mojej pracy, czyli na Oddziale Odwykowym Całodobowym Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu, przy ulicy Włocławskiej 233. Jest to miejsce oddalone od miasta, a przede wszystkim znajdujące się poza Izbą Lekarską, co mogłoby zapewnić moim rozmówcom poczucie większego komfortu i intymności.

Można także kontaktować się ze mną telefonicznie (nr telefonu w miejscu pracy: **56 622-92-33**) lub drogą mailową (**ordynator_ooczdz@wotuiw.torun.pl**).

Myślę, że na koniec rozmowy warto przytoczyć zdanie angielskiego poety, Roberta Browninga, które często cytuję w swoich pracach dr Bohdan Woronowicz z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, uznany specjalista i autorytet w świecie terapeutów uzależnień: „Człowiek jest coś wart, gdy zaczyna walkę z samym sobą”.

– *Dziękuję bardzo za rozmowę.*

Rozmawiała: Dominika Kisielewska

Potrzeby i problemy lekarzy Seniorów

Dr Małgorzata Kędzierska (specjalista pediatra) jest delegatem na Okręgowy Zjazd Lekarzy oraz przewodniczącą Komisji Senioratu i Samopomocy Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izby Lekarskiej, która powstała w grudniu 2001 roku.

Na początku 2011 roku dr Kędzierska przejęła obowiązki po zmarłej nagle dr Annie Jassowicz – wieloletniej przewodniczącej Komisji Senioratu i Samopomocy, osoby niezwykle mocno zaangażowanej w pracę na rzecz lekarzy seniorów i całego środowiska lekarskiego.

– *Pani Doktor, jakie szczególne potrzeby i problemy mają lekarze seniorzy?*

Zacznę od tego, że jak ktoś mądry kiedyś powiedział – starość ma ten feler, że czujemy się młodszy. Mamy zatem potrzeby jak każdy inny człowiek, mamy marzenia i plany, niestety z racji upływu czasu nasze siły i nasze zdrowie w coraz mniejszym stopniu pozwalają nam na podejmowanie różnych rodzajów aktywności.

W związku z powyższym powiedziała bym, że najważniejszym problemem i potrzebą lekarzy seniorów jest konieczność czuwania nad swoim zdrowiem – tak, aby je w miarę możliwości jeszcze jak najdłużej zachować lub naprawiać tam, gdzie ono już często wymaga naprawy. Z tą potrzebą łączą się – zwłaszcza w obecnej strukturze służby zdrowia – częste problemy związane z ograniczoną dostępnością do świadczeń lekarskich. Trudność jest tym bardziej dokuczliwa, że nie zawsze możemy liczyć na koleżeńską solidarność czy na pewną atencję ze strony młodszych kolegów lekarzy.

Drugą kwestią problematyczną dla lekarzy seniorów jest bardzo często zaistnienie konieczności otrzymania pomocy

w sensie fizycznym czy materialnym. Problemy o podłożu finansowym są częstym problemem naszych kolegów seniorów, bo lekarские emerytury – pochodzące jeszcze z tak zwanego „starego portfela” – są czasem żenująco niskie. Staramy się docierać do osób, które są w trudnej sytuacji materialnej i wspierać je różnymi formami pomocy.

Kolejnym problemem jest to, że my, lekarze seniorzy, z wiekiem robimy się być może niemili dla otoczenia, bo to jest cechą starzenia się człowieka. Nie przeszkadza nam to jednak – mimo często swojej ułomności czy niepełnosprawności – ko-rzystać z uroków życia, cieszyć się pięknem przyrody, pragnąć doznań artystycznych oraz w miarę sił i możliwości podziwiać świat. Czasami ten świat ogranicza się tylko do małej przestrzeni wokół nas, tym niemniej staramy się korzystać ze wszelkich możliwości.

– *Czym się zajmuje Komisja Senioratu i Samopomocy?*

Najważniejszą sferą działania Komisji jest samopomoc koleżeńską, czyli udzielanie osobom potrzebującym pomocy

w sensie fizycznym i materialnym. Wnioskujemy do ORL o przyznanie zapomóg, pomagamy w zakupie sprzętu medycznego, pośredniczymy w kontaktach z pielęgniarkami z opieki społecznej czy też z ośrodkiem pomocy rodzinie. Reagujemy na konkretne potrzeby i staramy się pomóc w miarę naszych możliwości.

Z kolei w sytuacjach ekstremalnych, kiedy ktoś z naszych starszych kolegów nie jest już w stanie samodzielnie egzystować, staramy się albo zapewnić mu wsparcie w warunkach domowych albo pomóc mu w znalezieniu miejsca w ośrodku opiekuńczym. Tu pojawia się kolejny problem, który dotyczy nie tylko lekarzy, ale w ogóle seniorów w Polsce: takich ośrodków opiekuńczych jest zdecydowanie zbyt mało, a te, które są, często nie spełniają wymaganych standardów.

Niestety, bardzo często ci najbardziej potrzebujący lekarze – zwłaszcza jeśli chodzi o problemy finansowe – czują się skrzyżowani i nie mają odwagi zwrócić się do nas po pomoc. Warto zatem w tym miejscu zaapelować do kolegów lekarzy, którzy mają styczność w swoim najbliższym otoczeniu z osobami potrzebującymi po-

mocy, o sygnalizowanie nam takich przypadków.

Staramy się także dbać i troszczyć o to, aby w miarę możliwości ułatwiać naszym kolegom, lekarzom seniorom, dostęp do specjalistycznych konsultacji lekarskich i badań diagnostycznych, aby uniknąć nader często zdarzających się żenujących sytuacji. W zakresie dostępu lekarzy seniorów do opieki zdrowotnej zrodziła się ostatnio interesująca inicjatywa. Decyzją Rady Ordynatorów Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Toruniu **dr Paweł Wudarski, Ordynator Oddziału Chorób Płuc (nr telefonu: 601-648-310), został mianowany osobą odpowiedzialną za kontakty ułatwiające dostęp do diagnostyki i leczenia dla lekarzy seniorów.**

W ostatnim czasie zaszły spore zmiany – może nie tyle w zakresie obowiązków Komisji Senioratu i Samopomocy, co w sposobie ich wypełniania. Do tej pory większością zadań Komisji zajmowała się samodzielnie dr Anna Jassowicz, która zawsze chciała sama wszystko zrobić, wszystko zorganizować i wszystkiego dopilnować. Po jej nagłej śmierci uznaliśmy, że lepiej będzie podzielić się między sobą tymi obowiązkami.

I tak dr Anna Golińska-Zbucka oraz dr Janina Szampan zajmują się działalnością samopomocową, dr Marianna Szydłowska, dr Jerzy Hermanowski oraz ja zajmujemy się organizacją wyjazdów, natomiast dr Liliana Kulesza i dr Andrzej Kunkel są odpowiedzialni za kontakty z Naczelną Izbą Lekarską. Moim obowiązkiem jest także kontaktowanie się z Okręgową Radą Lekarską i uczestniczenie w jej posiedzeniach. Poza tym przewodniczę Komisji Senioratu i Samopomocy i zajmuję się dokumentacją związaną z naszą działalnością.

– *Jednym z zadań Komisji jest integracja środowiska lekarskiego. Jakie działania są podejmowane w tym zakresie?*

Przed wszystkim zajmujemy się organizowaniem imprez kulturalnych i wyjazdów krajoznawczych. Obok tradycyjnego spotkania noworocznego lekarzy seniorów, które zawsze jest połączone z występem artystycznym, organizujemy i uczestniczymy w wydarzeniach o charakterze kulturalnym, jak na przykład wystawa lekarzy malarzy albo wyjazdy do opery w Bydgoszczy, Poznaniu czy Warszawie.

Poza tym staramy się organizować liczne wycieczki turystyczne, zarówno do ciekawych miejscowości w Polsce, jak i poza granicami naszego kraju – teraz

akurat grupa seniorów pojechała na kilkudniową wycieczkę do Wilna. Zwiedzamy zabytkowe zamki i pałacyki, obiekty ciekawe z racji swojej architektury lub zgromadzonych zasobów muzealnych.

W tym roku pojawiła się zupełnie nowa idea wspólnych wyjazdów do sanatorium. Razem z dr Marianną Szydłowską zorganizowałyśmy dwutygodniowy pobyt w ośrodku rehabilitacyjnym w Darłównku, który łączył w sobie komfortowy wypoczynek z możliwością dłuższego przebywania w swoim towarzystwie, a jednocześnie zapewniał dostęp do zabiegów rehabilitacyjnych. Wyjazd cieszył się nadspodziewanie dużym zainteresowaniem – wzięło w nim udział czterdzieści osób i wszyscy byli bardzo zadowoleni, dlatego na pewno będziemy kontynuować ten rodzaj działalności. Być może jeszcze w tym roku uda się zorganizować kolejny taki wyjazd.

Nową inicjatywą było też spotkanie z kolegami z Komisji Seniorów przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Płocku. W maju gościliśmy lekarzy seniorów z Płocka w Toruniu, a w czerwcu wybraliśmy się z rewizytą do Płocka. Spotkania należy uznać za bardzo udane: wymieniliśmy się doświadczeniami i informacjami przydatnymi w naszej pracy oraz podzieleniśmy się pomysłami na dalszą współpracę. Mieliśmy także okazję poznać nasze miasta i spędzić czas w miłej atmosferze.

Warto przy okazji wspomnieć, że największym problemem w działalności Komisji Senioratu i Samopomocy jest brak skutecznej metody kontaktowania się między sobą i ogłaszania informacji o imprezach czy wyjazdach. Tylko część lekarzy seniorów korzysta z Internetu, a trudno jest przecież w każdej sprawie kontaktować się ze wszystkimi telefonicznie. Zamierzamy w najbliższym czasie przetestować system rozpowszechniania informacji, który polecili nam koledzy z płockiej Izby Lekarskiej. Zobaczymy, co z tego wyniknie.

– *Z inicjatywy Komisji Senioratu i Samopomocy powstało w 2004 roku Lekarskie Stowarzyszenie Senioratu. Czy jego działalność jest powiązana z działalnością Komisji?*

Zasadniczo Lekarskie Stowarzyszenie Senioratu jest tworem organizacyjnie odrębnym od Okręgowej Izby Lekarskiej. To jest organizacja pozarządowa, działająca non-profit, która podejmuje inicjatywy na rzecz lekarzy seniorów. Celem Stowarzyszenia jest gromadzenie środków finansowych, które w przyszłości miałyby zapewnić różne formy opieki samotnym lub nie w pełni sprawnym seniorom.

Kiedy wiele lat temu zakładaliśmy Lekarskie Stowarzyszenie Senioratu, przyświecała nam idea zbudowania – albo w sensie dosłownym, albo zaadaptowania – Domu Seniora dla lekarzy. Okazało się jednak, że jest to zamierzenie przekraczające nasze możliwości finansowe. Pozostaje nam zatem tworzenie przy pomocy Stowarzyszenia różnych form opieki i pomocy dla lekarzy seniorów.

– *W jakim zakresie Komisja Senioratu i Samopomocy współdziała z Uniwersytetem III Wieku?*

Uniwersytet III Wieku ma znacznie większe od naszego doświadczenie w zakresie organizowania wyjazdów turystycznych i imprez kulturalnych. Dlatego nasza współpraca opiera się z jednej strony na uczestniczeniu w organizowanych przez nich wydarzeniach, a z drugiej strony na korzystaniu z ich doświadczeń i kontaktów w celu organizowania własnych wyjazdów.

Oprócz tego lekarze seniorzy, którzy należą do Uniwersytetu III Wieku, regularnie uczestniczą w różnego rodzaju wykładach. Z drugiej strony często nasi koledzy są proszeni o prowadzenie takich wykładów, na przykład z zakresu problemów zdrowotnych dotyczących osób w starszym wieku.

– *A jak układa się współpraca z Komisją Młodych Lekarzy?*

Współpraca z Komisją Młodych Lekarzy była do tej pory właściwie symboliczna. Bardzo chciałabym zmienić ten stan rzeczy i nawiązać bardziej intensywne kontakty z naszymi młodymi kolegami, uważam bowiem, że taka współpraca mogłaby przynieść wymierne korzyści obu stronom.

– *Dziękuję bardzo za rozmowę.*

Rozmawiała: Dominika Kisielewska

INFORMACJA DLA SENIORÓW

Proponujemy **wyjazd do Sanatorium w Darłównku**, w dniach 7 - 20 września 2010 r. (14 dni, w cenie 1.340,00 zł. od osoby + transport, koszt zależny od wielkości zgłoszonej grupy). Osoby zainteresowane prosimy o pilny kontakt z Panią Agnieszką Lis, pok. nr 7 **tel. 56 655 41 60 w. 18**

Sanatorium w Darłowie

W dniach 11 - 25 maja br. przebywaliśmy w Zakładzie Rehabilitacyjnym „Gniewko” w Darłowie. Dotychczasowe bardzo liczne wyjazdy organizowane przez Komisję Senioratu i Samopomocy K-POIL miały charakter typowo turystyczny. Zwiedzaliśmy wiele ciekawych miast i zabytkowych obiektów w Polsce, jak też poza krajem. Wyjazdy często połączone były z udziałem w spektaklach operowych Poznania, Łodzi, Bydgoszczy.

Tym razem powstał projekt wyjazdu stacjonarnego o charakterze wypoczynkowo-rehabilitacyjnym. Nasza propozycja znalazła nadspodziewanie żywe zainteresowanie i w efekcie zorganizowaliśmy z dr M. Szydłowską 2-tygodniowy pobyt nad morzem dla 40 osób. Ośrodek ten „wypatrzyła” dr Szydłowska, a sprawdzaliśmy go osobiście w ubiegłym roku.

Pobyt nad morzem, w ładnej miejscowości w tzw. okresie poza sezonem ma wiele zalet – cisza, spokój, nie ma jeszcze nawału turystów, poza tym znacząco (o 1000,00 zł) niższa niż w sezonie cena!

Ośrodek „Gniewko” zapewnia naprawdę bardzo dobre warunki hotelowe, doskonałe, urozmaicone, smaczne wyżywienie, sprawną bazę rehabilitacyjną. Ponadto zorganizowano nam kilka dodatkowych atrakcji – bankiet powitalny, kolację przy grillu, ognisko oraz rejs w morze. Była więc okazja, by przez 2 tygodnie zadbać o swoje zdrowie, korzystając codziennie z dwóch zabiegów fizykoterapii, basenu, inhalacji.

Komu było jeszcze mało pływania mógł (za dodatkową opłatą) korzystać z sąsiadującego z Ośrodkiem Aqua-Parku.

Te 2 tygodnie były też po prostu miłym, beztroskim wypoczynkiem w gronie znajomych, a dla brydżystów okazją oddawania się codziennie tej przyjemności.

Dbaliśmy też o ruch na świeżym powietrzu, odbywając krótsze lub dłuższe spacer nad morzem, zwłaszcza, że i pogoda nadspodziewanie dopisała. Było dość ciepło jak na tę porę roku nad morzem, a deszcze lub burza „uprzejmie” zdarzały się nocami. Jednym słowem, pobyt był bardzo udany i wszyscy (jak wynika z przeprowadzonej ankiety) byli bardzo zadowoleni z pobytu oraz zainteresowani powtórzeniem takiego wyjazdu w przyszłym roku.

W ankiecie prosiliśmy też o sugestie dotyczące wyjazdów turystycznych w kraju i za granicami. Planując następne wyprawy, będą one dla nas cenną wskazówką.

Wszystkim Uczestnikom dziękuję za wspólne miło spędzone chwile.

Małgorzata Kędzierska



Wizyta w Płocku

Z inicjatywy Prezesów Izby Lekarskiej w Płocku Pana dr. Jarosława Waneckiego oraz Izby Lekarskiej w Toruniu Pana dr. Łukasza Wojnowskiego zostały nawiązane bliższe kontakty pomiędzy lekarzami emerytami obu izb.

W maju gościliśmy w Toruniu koleżanki i kolegów z Płocka, 16 czerwca kilkunastoposobowa grupa lekarzy z Torunia i Włocławka wybrała się z rewizytą do Płocka.

Przyjęto nas bardzo gościnnie w siedzibie Izby, gdzie mieliśmy okazję podzielić się swoimi doświadczeniami z pracy na rzecz środowiska lekarzy seniorów. Zdoby-

liśmy wiele cennych informacji i sugestii przydatnych w naszej pracy. Przekazaliśmy też nasze doświadczenia oraz ofertę udziału koleżanek i kolegów z Płocka w naszych przedsięwzięciach – np. w organizowanym turnusie rekreacyjno-rehabilitacyjnym w Darłówku. Spotkaliśmy się w Płocku z dużą życzliwością i serdecznością, mamy, więc nadzieję na owocną współpracę.

Następnie wspólnie zwiedzaliśmy Płock. Na wstępie odwiedziliśmy Muzeum Diecezjalne, gdzie podziwialiśmy duży zbiór XVI i XVII wiecznego malarstwa

i rzeźby sakralnej. Później obejrzelśmy imponującą zawartość skarbcza a więc arcydzieła złotniczej sztuki sakralnej – monstrancje, kielichy, pateny, relikwiarze, misternie wykonane ze złota, srebra i kamieni szlachetnych oraz przebogie, złotą i srebrną nicią tkane, ornaty.

W drugiej części Muzeum Diecezjalnego podziwialiśmy znaleziska archeologiczne z różnych epok z terenu Polski, ale też eksponaty pochodzące m.in. z Egiptu i Indii.

Na szczególną uwagę zasługuje unikatowe w skali europejskiej arcydzieło ręk-

piśmiennicze z najstarszą XI-wieczną Biblią, odzyskaną w 1990 r.

Pokazano nam też zbiór kilkudziesięciu pasów słuckich, a szczególną ciekawostką jest pierwszy wpis w księdze pamiątkowej Muzeum, z 1904 r. uczyniony przez Henryka Sienkiewicza: „Kościół jest stróżem przeszłości, piastunem teraźniejszości i siewcą przyszłości”.

W Katedrze podziwialiśmy urodę drzwi z brązu przedstawiających sceny biblijne. Oryginalne wprowadzie od ok. XVI wieku znajdują się w Nowogrodzie (nie wiadomo jak tam trafiły), ale te, które obecnie są w Płocku, to ich wierna kopia wykonana w latach 80. XX w. Oglądaliśmy też kaplicę

królewską z sarkofagami Władysława Hermana i Bolesława Krzywoustego.

Katedra posiada też bardzo wartościowe organy (firmy Zonner), odzyskane w ramach reparacji wojennych. Drugie podobne znajdują się w Wiedniu.

Na obiad zaproszono nas do Restauracji „Ester” serwującej kuchnię żydowską, co też było sporą atrakcją.

Pospacerowaliśmy jeszcze po pięknym, zadbanym Płocku, podziwiając ze wzgórz katedralnego panoramę Wisły, by na koniec nacieszyć oczy urodą secesji prezentowaną w Muzeum Mazowieckim. Bogactwo zbiorów tego muzeum, a także sposób ich ekspozycji wzbudza najwyższy podziw.

Dziękujemy serdecznie wszystkim Koleżankom i Kolegom z Płocka za przemilę wizytę, a w szczególności Pani dr Mariannie Rybickiej – Przewodniczącej Komisji Seniorów, Prezesowi Panu dr. Jarosławowi Waneckiemu, Wiceprezesowi Panu dr. Pawłowi Sobieskiemu za ogromną ilość cennych i ciekawych informacji na temat sztuki i architektury Płocka, jest imponującą kopalnią wiedzy na ten temat.

Mamy nadzieję, że ten wspaniały pomysł nawiązywania takich bezpośrednich kontaktów będzie w przyszłości kontynuowany z innymi izbami.

Małgorzata Kędzierska

• KOMUNIKATY •

Zarząd Lekarskiego Stowarzyszenia Senioratu w Toruniu informuje, że:

w okresie od stycznia do 30 czerwca 2011 r. Zarząd Stowarzyszenia zajmował się następującymi sprawami:

1. Sporządzono i wysłano obowiązujące sprawozdanie finansowe i merytoryczne do Urzędu Skarbowego i ministerstwa właściwego do spraw zabezpieczania społecznego w terminie, który pozwolił bez problemu zachować nadal status organizacji pożytku publicznego. Chociaż wiele organizacji zostało określonych.
2. Wysłano do KRS w Toruniu wniosek o zarejestrowanie, nowy skład zarządu i komisję rewizyjną i po dokonaniu ww. rejestracji nowe władze stowarzyszenia to: **Zarząd:** Prezes – Alicja Godlewska-Niezgoda, Wiceprezes – Andrzej Kunkel, Sekretarz – Liliana Kulesza, Skarbnik – Zofia Stankiewicz, Członek – Józef Moskalonek; **Komisja Rewizyjna:** Przewodniczący – Jerzy Hermanowski, Członkowie – Zenon Walinowicz, Elżbieta Krupińska.
3. Wysłaliśmy list intencyjny (pismo) do 10 domów seniora w Toruniu i w województwie kujawsko-pomorskim z chęcią nawiązania współpracy, w celu zorientowania się w możliwościach i warunkach korzystania z miejsc w ww. placówkach (w razie potrzeby). Odpowiedziało listownie 1 dom seniora, a telefonicznie 5 domów seniora. Uzgodniliśmy, że w miesiącu wrześniu nawiążemy dalszy kontakt, współpracę i odwiedzimy te placówki.
4. Istnieje możliwość korzystania 1 dzień w tygodniu (dzień i godzina do uzgodnienia) z kawiarni Damroka w Toruniu na spotkania towarzyskie ewentualnie połączone z programem artystycznym. W czwartki spotkają się np. nauczyciele. Czekamy na propozycje kolegów odnośnie dnia i godziny.
5. W następnym numerze „Meritum” umieścimy anonimową ankietę i prosimy o wypełnienie jej przez wszystkich lekarzy i lekarzy stomatologów rencistów i emerytów. Ankieta będzie opracowana przez młodego socjologa działającego w stowarzyszeniu, z którym nasza organizacja nawiązała kontakt i współpracę. Młodzi koledzy mają doświadczenie w opracowywaniu tego rodzaju analiz i przeprowadzania badań. Zrobią to bezpłatnie w ramach współpracy między organizacjami pozarządowymi. Otrzymany materiał da nam wiedzę o prawdziwych potrzebach środowiska lekarzy seniorów; tj.: mieszkaniowych, socjalnych, opiekuńczych, prozdrowotnych, intelektualnych, finansowych.
6. Informujemy kolegów że od 1 sierpnia 2011 r. w każdy poniedziałek w godzinach 11.00 - 14.00 będą stałe dyżury członków zarządu i pracownika biura. Będziemy na miejscu załatwiać wszystkie sprawy interesujące kolegów. Bardzo prosimy o bieżący kontakt osobisty lub telefoniczny: 518 958 503.

Czekamy na pomysły, wnioski i propozycje, które mogą uaktywnić i uatrakcyjnić działalność Lekarskiego Stowarzyszenia Senioratu w Toruniu.

W najbliższym „Meritum” przedstawimy Kolegom stan finansowy w Stowarzyszeniu i obowiązujące w tym zakresie przepisy.

Za Zarząd LSS w Toruniu
Alicja Godlewska-Niezgoda

Z ŻAŁOBNEJ KARTY



Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w dniu 24 czerwca 2011 r. zmarł Pan Doktor

JANUSZ WIŚNIEWSKI

Wiceprezes Okręgowej Rady Lekarskiej, wieloletni członek Okręgowej Rady Lekarskiej i Delegat na Okręgowy Zjazd Lekarzy Kawaler Tytułu i Odznaczenia PRO GLORIA MEDICI.

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie Pana Doktora oraz Przyjaciółom składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska

Z materiałów zjazdowych na XXVIII Okręgowy Zjazd Lekarzy i Lekarzy Dentystów KPOIL – część II

SPRAWOZDANIE
z działalności Okręgowego
Rzecznika Odpowiedzialności
Zawodowej K-POIL
za okres 01.03.2010 - 01.03.2011

W okresie od 1 marca 2010 r. do 1 marca 2011 r. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Toruniu zakończył 50 spraw, w tym:

- w 23 sprawach odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego;
- 23 sprawy zostały umorzone;
- skierowano 4 wnioski o ukaranie do OSL.

W 23 sprawach odmówiono wszczęcia postępowania wyjaśniającego:

1. Sprawa, w której skarżąca domagała się odszkodowania za uszkodzenie nerwu twarzowego po stronie lewej w wyniku złe przeprowadzonego zabiegu ucha lewego w 1976 roku. OROZ odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego na podstawie art.64 pkt. 1 ustawy o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r. (nie można wszcząć postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, jeżeli od chwili popełnienia czynu upłynęły 3 lata), wyjaśniając ponadto, że do kompetencji OROZ nie należy rozstrzyganie kwestii finansowych, tj. żądania zwrotu sumy za wykonane badanie/zabieg czy odszkodowania.

2. Sprawa, w której skarżący zarzucał lekarzowi dyżurnemu z Zakładu Karnego nieudzielenie pomocy medycznej. Skarżący udał się do lekarza w celu uzyskania leków oraz zwolnienia z prac społecznych, zgłaszając takie dolegliwości, jak duszący kaszel i bóle w klatce piersiowej. Według relacji skarżącego lekarz w sposób wulgarny odmówił udzielenia mu pomocy medycznej. Po przeprowadzeniu czynności sprawdzających i zapoznaniu się z dokumentacją medyczną skarżącego, okazało się, że zadaniem w/w lekarza dyżurnego w Zakładzie Karnym było zabezpieczenie prawidłowego funkcjonowania oddziału ginekologiczno-położniczego, natomiast do udzielania pomocy medycznej pozostałym skazanym jest zobowiązany tylko na podstawie art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 5 grudnia 1996 r. Dolegliwości zgłaszane przez skarżącego nie były na tyle poważne, aby zastosować się do powyższego przepisu, wobec czego

ZESTAWIENIE: RODZAJ PRZEWINIENIA	ŁĄCZNA LICZBA PROWADZONYCH SPRAW
Śmierć	7
Uszkodzenie ciała, powikłania chorobowe	23
Eksperyment nielegalny	0
Korzyść materialna	0
Poświadczenie nieprawdy	2
Nieetyczne zachowanie lekarza	6
Konflikt między lekarzami	1
Naruszenie praw psychicznie chorych	0
Inne przyczyny	11
RAZEM	50

ZESTAWIENIE: SKARGI DOTYCZĄ	ŁĄCZNA LICZBA PROWADZONYCH SPRAW
Interna – dzieci	2
Interna – dorośli	18
Chirurgia – dzieci	1
Chirurgia – dorośli	8
Ginekologia i położnictwo	4
Psychiatria	2
Stomatologia	5
Inne	10
RAZEM	50

został poinformowany, że powinien zgłosić się do lekarza ambulatorium. Skarżący tego nie uczył, co potwierdziło fakt, iż jego stan nie był tak poważny jak sugerował w skardze. Wobec powyższych ustaleń, OROZ uznał, iż skarga nie zawiera dostatecznych informacji o przewinieniu z zakresu lekarskiej odpowiedzialności zawodowej i odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

3. Sprawa, w której skarżąca domagała się od lekarza stomatologa bezpłatnego przyklejenia odłamek korony. Skarżąca podała, że lekarz wykonał koronkę na zębie. Po ok. dwóch tygodniach wadliwie wykonana, jak twierdziła skarżąca, koronka wypadła. Lekarz dokonał naprawy, ale sytuacja powtórzyła się i w związku z tym ponownie udała się do gabinetu. Wówczas stomatolog odmówił wykonania naprawy. W toku czynności sprawdzających, po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną pacjentki okazało się, że skarżąca podała nieprawdziwe daty wizyt. Ponadto nie miała założonej koronki, lecz ze względów

finansowych, zgodziła się na licowanie. Lekarz uprzedził pacjentkę, że poprzedzające je szlifowanie osłabi strukturę zęba, ta jednak nie zgodziła się na jego wzmocnienie. Kiedy ząb odłamał się, lekarz dokonał naprawy. Z żądaniem kolejnej bezpłatnej naprawy zgłosiła się dopiero po 14 miesiącach (faktu tego nie ujawniła w swoim piśmie). Po przeanalizowaniu dokumentacji oraz skargi OROZ uznał zarzuty skarżącej za bezpodstawne i odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

4. Sprawa, w której skarżąca zarzucała lekarzom brak należytej staranności w postępowaniu diagnostyczno-leczniczym u jej matki. Skarżąca utrzymywała, iż w wyniku wypadnięcia z niezabezpieczonego barierką łóżka szpitalnego bądź upadku z niedowładem połowicznym prawostronnym, oraz że jedna z pielęgniarek dopuściła się przemocy wobec jej matki. W toku czynności sprawdzających OROZ zapoznał się z obszerną dokumentacją medyczną pacjentki, z której wynikało, iż była ona

często hospitalizowana, m.in. z powodu odwodnienia, niewydolności serca, przewlekłej choroby wieńcowej, miażdżycy, cukrzycy typu II, utrwalonego migotania przedsionków i zaburzeń elektrolitowych przemijających oraz z objawami zapalenia płuc i infekcji dróg moczowych. OROZ nie dopatrzył się żadnych uchybień w prowadzonym przez lekarzy postępowaniu leczniczym. Ponadto rzekomo zaistniałe zdarzenia (wypadnięcie z łóżka bądź upadek) miały mieć miejsce w 2002 r. Biorąc pod uwagę wszystkie zebrane informacje, OROZ uznał skargę za bezpodstawną i odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

5. Sprawa, w której skarżąca zarzuciła lekarzom niestaranność w prowadzeniu postępowania diagnostyczno-leczniczego w trakcie hospitalizacji na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym po wypadku komunikacyjnym. Skarżąca podała, iż w wyniku wypadku doznała złamania kręgosłupa, jednak lekarze ignorowali zgłaszane przez nią dolegliwości, takie jak silny ból w klatce piersiowej. W toku czynności sprawdzających OROZ zapoznał się z dokumentacją medyczną pacjentki oraz ze zdjęciami RTG kręgosłupa dołączonymi do skargi, wykonanymi przed i po wypadku. Wynikało z nich, że już przed wypadkiem skarżąca miała zmiany osteoporotyczne. W trakcie hospitalizacji pacjentka była badana ortopedycznie, wykonano zdjęcie RTG i nie stwierdzono cech świeżego urazu powstałego w wyniku wypadku. Natomiast zdjęcia wykonane pół roku po wypadku wykazały jedynie obniżenie kręgów Th6 i Th7 z podejrzeniem złamania. Reasumując, OROZ nie dopatrzył się podstaw do kwestionowania działań podjętych przez lekarzy i odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Skarżąca złożyła zażalenie do Okręgowego Sądu Lekarskiego, który utrzymał w mocy decyzję OROZ.

6. Sprawa, w której skarżąca zarzuciła lekarzowi oddziału urologii działanie na szkodę pacjenta – jej męża, poprzez zlecenie wykonania choremu zastrzyku, w wyniku którego jej zdaniem został sparaliżowany. W toku czynności sprawdzających zgromadzono i przeanalizowano bardzo obszerną dokumentację medyczną pacjenta. Ustalono, że chorujący na astmę oskrzelową i odtętoniową POChP 63-letni pacjent trafił do szpitala ze skierowaniem od lekarza PR z rozpoznaniem zatrzymania moczu. Po zabiegu cewnikowania u chorego wystąpiły objawy duszności. Ponieważ pacjent nie miał przy sobie żadnych leków przeciwastmatycznych, lekarz urolog, widząc narastającą duszność, zaaplikował pacjentowi lek o nazwie Fenicid, w dawce 25 mg i był to jedyny lek zaordynowany

przez tego lekarza. Stan pacjenta na chwilę poprawił się, jednak przed opuszczeniem gabinetu lekarskiego duszność gwałtownie nasiliła się, doszło do zatrzymania oddechu i krążenia, w wyniku – jak wykazały badania – świeżego zawału mięśnia sercowego. Reanimacja okazała się skuteczna, jednak stan pacjenta nadal był poważny. OROZ odmówił skarżącej wszczęcia postępowania, wyjaśniając, że obecny stan jej męża wynika z ciężkiego niedotlenienia mózgu spowodowanego zatrzymaniem krążenia, a nie jak sugeruje skarżąca po zastrzyku wykonanym przez lekarza.

7. Sprawa, w której skarżąca domagała się 15 tys. odszkodowania od lekarza stomatologa, za wyrwanie zęba, który miał zostać tylko wyleczony. Sprawę przekazała Okręgowemu Rzecznikowi jedna z Delegatur, do której wpłynęły również wyjaśnienia lekarza stomatologa, całkowicie sprzeczne z wersją wydarzeń skarżącej. Ponadto w toku czynności sprawdzających zaszło podejrzenie, że skarżąca chce uzyskać pieniądze na sfinansowanie leczenia u siebie wady zgryzu aparatem stałym. W związku z tym OROZ skierował do skarżącej pismo z wyjaśnieniem, iż nie prowadzi spraw związanych z odszkodowaniami oraz z zapytaniem, czy mimo to nadal chce wyjaśnienia sprawy na drodze postępowania wyjaśniającego. Ponieważ skarżąca nie odpowiedziała na zapytanie OROZ, uznało, że przyczyną złożenia skargi była wyłącznie chęć uzyskania odszkodowania i odmówiono wszczęcia postępowania.

8. Sprawa, w której skarżący, kuracjusz sanatorium, zarzucił lekarzowi brak dołożenia należytej staranności w prowadzeniu postępowania diagnostyczno-leczniczego, co w konsekwencji doprowadziło do znacznego pogorszenia się jego stanu zdrowia. Skarżący podał, że dzień przed wyjazdem z sanatorium poczuł się źle (stan podgorączkowy, silny kaszel), w związku z tym został zbadany przez lekarza dyżurnego, który zlecił leki (Sebidin, Apap), a które skarżący uznał za niewystarczające, ponieważ chciał otrzymać antybiotyki. Skarżący chciał również, aby pozwolono mu pozostać w sanatorium do czasu całkowitego powrotu do zdrowia, jednak lekarz nie widział takiej potrzeby. Po powrocie do domu (klika godzin pociągami) stan skarżącego pogorszył się i w ostateczności doszło do zapalenia oskrzeli. Skarżący uznał, że wszystkiemu był winien lekarz z sanatorium. Po przeprowadzeniu czynności sprawdzających i zapoznaniu się z dokumentacją, okazało się, że lekarz, na którego skarga wpłynęła, w ogóle nie miał kontaktu z skarżącym, ponieważ w trakcie jego pobytu w sanato-

rium przebywał na urlopie. W dokumentacji medycznej znajdowały się wpisy dwóch innych lekarzy, o których skarżący nie wspomniał w swojej skardze. Z wpisów tych wynikało, że skarżący przed opuszczeniem sanatorium był badany dwukrotnie. Zgłaszał gorsze samopoczucie. Pacjent nie gorączkował, a jego stan nie był wskazaniem do antybiotykoterapii. Ponadto w dniu wyjazdu pacjent nie kontaktował się z lekarzem. W związku z powyższym Okręgowy Rzecznik uznał skargę na niezasadną i odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Skarżący złożył zażalenie do OSL, a ten utrzymał w mocy decyzję OROZ.

9. Sprawa, w której skarżąca zarzuciła lekarzom ortopedom nieprawidłowe przeprowadzenie postępowania diagnostyczno-leczniczego w stosunku do jej małoletniego syna, który doznał urazu ręki lewej w postaci zwichniętego stawu łokciowego oraz złamania nadgarstka. Według skarżącej, w konsekwencji złe przeprowadzonego leczenia jej syn do chwili obecnej cierpi z powodu niedowładu ręki, został też orzeczeniem komisji lekarskiej uznany za osobę niepełnosprawną. Po przeprowadzeniu czynności sprawdzających okazało się, że Okręgowy Rzecznik był zmuszony odmówić wszczęcia postępowania wyjaśniającego w przedmiotowej sprawie, ponieważ zarzuty stawiane lekarzom uległy przedawnieniu.

10. Sprawa, w której skarżąca zarzuciła lekarzowi Pogotowia Ratunkowego błędy w sztuce lekarskiej i przyczynienie się do znacznego pogorszenia stanu jej zdrowia. W swojej skardze pacjentka podała, że lekarz dwukrotnie (w odstępie roku czasu) podał jej zastrzyk, którego nazwy nie zna, ale jest pewna, iż przyczynił się tym do jej kłopotów zdrowotnych, skutkujących operacją wszczęcia rozrusznika serca i kilkoma hospitalizacjami. Po przeprowadzeniu czynności sprawdzających i przeanalizowaniu dokumentacji medycznej okazało się, że skarżąca od wielu lat leczy się z powodu nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2 oraz choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. U chorej stwierdzono również zespół psychoorganiczny i depresję. Jedynym zastrzykiem, jaki podał jej lekarz PR był lek noszący nazwę Hydroxyzynum, który zresztą pacjentka już wcześniej przyjmowała w postaci tabletek. Poza tym od czasu wizyty PR do czasu operacji wszczęcia u chorej rozrusznika minęło 10 miesięcy. Dodatkowo z dokumentacji medycznej prowadzonej przez lekarza rodzinnego wynikało, że skarżąca mimo wysokich wartości RR wielokrotnie nie zażywała przepisanych leków lub odstawiała je w trakcie przyjmowania twierdząc, że

>>

jej szkodzą. W związku z tym Okręgowy Rzecznik uznał, iż żaden z pobytów skarżącej w szpitalu nie mógł mieć związku z zastrzykiem podanym przez lekarza Pogotowia, a pogorszenie stanu zdrowia skarżącej wynikało najprawdopodobniej z zaawansowania i postępu chorób podstawowych oraz w szczególności z nie przyjmowania przepisanych przez lekarzy leków i odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

11. Sprawa, w której skarżąca zarzuciła personelowi sanatorium uzdrowskiego zastraszanie i bardzo złe traktowanie, szczególnie w dniu przyjęcia do grona kuracjuszy, a powodem złośliwości i niechęci w stosunku do jej osoby miał być fakt, iż jest osobą niewidomą. Po przeanalizowaniu skargi okazało się, że nie dotyczy ona żadnego z lekarzy, a kierowniczk/recepcjonistki sanatorium. Skarżąca nie zgłaszała też żadnych zastrzeżeń do postępowania leczniczo-rehabilitacyjnego. W związku z tym Okręgowy Rzecznik odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego, ponieważ zgodnie z ustawą o izbach lekarskich z dnia 2 grudnia 2009 r. OROZ prowadzi postępowanie w sprawach naruszenia zasad etyki oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza członków izb lekarskich, czyli tylko lekarzy.

12. Sprawa, w której skarżąca zarzuciła lekarzowi okuliście niedokładne i zbyt szybkie przeprowadzenie postępowania diagnostycznego u jej córek, które odbyły wizyty kontrole w zakładzie optycznym. Zdaniem skarżącej wyniki badań były niedokładne, a zgłaszane przez córki dolegliwości zbagatelizowane. W związku z tym skarżąca udała się pacjentkami do dwóch innych niezależnych okulistów i jak podała w skardze, ich wyniki (dołączone do skargi) znacząco różniły się od tych podanych przez pierwszego lekarza. Okręgowy Rzecznik sprawdził dokumentację medyczną i wyniki badań przeprowadzonych przez wymienionych lekarzy. Okazało się, że wszystkie wyniki różniły się między sobą, jednak były to różnice niewielkie. Nie można było zatem jednoznacznie stwierdzić, że akurat badania wykonane przez pierwszego lekarza były błędne, natomiast dwa pozostałe prawidłowe. Poza tym należy podkreślić, że pierwsze badanie zostało przeprowadzone z użyciem najnowocześniejszego sprzętu. OROZ uznał, że skarga nie zawierała wiarygodnej informacji o przewinieniu z zakresu lekarskiej odpowiedzialności zawodowej i odmówił wszczęcia postępowania.

13. Sprawa, w której skarżący stwierdził, że jest nieprawidłowo leczony przez dwóch lekarzy – psychiatrę i androloga. Skarżący podał, że mimo iż u psychiatry

leczy się od 1986 r. to nadal słyszy głosy i że są one wynikiem świadomego działania lekarzy. Ponadto skarżący prosił OROZ o wyjaśnienie przyczyn jego impotencji. Okręgowy Rzecznik przeprowadził czynności sprawdzające i po zapoznaniu się z dokumentacją medyczną pacjenta ustalił, że w Poradni Zdrowia Psychicznego leczył się on już od wielu lat z powodu schizofrenii paranoidalnej. Jednak w 2004 r. przerwał leczenie. W Poradni Andrologicznej skarżący odbył tylko 3 wizyty, po czym chciał kontynuować leczenie korespondencyjnie z powodu braku pieniędzy na dojazd. Wielokrotnie tłumaczono pacjentowi, że taka forma leczenia jest niedopuszczalna. W związku z powyższymi ustaleniami OROZ postanowił odmówić wszczęcia postępowania wyjaśniając skarżącemu, że jego pismo nie zawiera informacji o przewinieniu z zakresu lekarskiej odpowiedzialności zawodowej, a poza tym nie zmieścił się w 3-letnim terminie na złożenie skargi.

14. Sprawa, w której skarżący zarzucił lekarzowi z Zakładu Karnego nieetyczne postępowanie. Skarżący podał, że przebywając w zakładzie, lekarz odmówił mu przepisania leku na ból kręgosłupa, bez podania przyczyny. Okręgowy Rzecznik przeprowadził czynności sprawdzające i jak się okazało skarżący podał w swoim piśmie nieprawdę. Z dokumentacji wynikało, że skarżący otrzymywał leki przeciwbólowe, a także dwukrotnie został zwolniony z prac społecznych z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa. OROZ uznał więc, że skarga zawiera nieprawdziwe informacje i po przeanalizowaniu dokumentacji medycznej i niedopatrzaniu się żadnych uchybień, odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

15. Sprawa, w której skarżący zarzucił lekarzowi sanatorium uzdrowskiego poświadczenie nieprawdy w zaświadczeniu lekarskim, w którym oświadczył, że skarżący może być transportowany do Zakładu Karnego i nie wymaga hospitalizacji. Skarżący z powodu cukrzycy został przyjęty do sanatorium na 21-dniowe leczenie zachowawcze. W trzecim dniu leczenia został zatrzymany przez Policję. Lekarz sanatorium (chirurg) wydał zaświadczenie stwierdzające, że pacjent może być konwojowany i że w chwili zatrzymania nie wymaga leczenia szpitalnego. Lekarz ZK, do którego trafił skarżący, skierował go jednak do innego ZK z oddziałem szpitalnym. W związku z tym skarżący stwierdził, że lekarz z sanatorium w zaświadczeniu podał nieprawdę. Okręgowy Rzecznik przeanalizował dokumentację medyczną skarżącego i ustalił, że lekarz z ZK skierował pacjenta do innego zakładu z lepszym

zapleczem medycznym z uwagi na zaawansowaną cukrzycę. Ponadto OROZ uzyskał świadectwo lekarskie wydane na wniosek sądu, że skarżący może być leczony w warunkach więziennej służby zdrowia. Biorąc powyższe pod uwagę OROZ uznał, że nie ma podstaw do kwestionowania treści zaświadczenia wystawionego przez lekarza sanatorium i odmówił wszczęcia postępowania. Skarżący złożył zażalenie do OSL, który utrzymał w mocy decyzję OROZ.

16. Sprawa dotycząca konfliktu między lekarzami. Składający skargę lekarz Pogotowia Ratunkowego, zarzucił lekarzowi rodzinnemu, że ten działając na niekorzyść skarżącego, podważał jego decyzje o pozostawieniu pacjentki w domu, i podburzał rodzinę tejże pacjentki przeciwko niemu. Skarżący podał również, że od tego czasu rodzina pacjentki notorycznie go nachodzi i oskarża o błąd w sztuce, co wpływa negatywnie na opinię środowiska, w jakim żyje i pracuje. Ponieważ skarżący podał zbyt mało informacji w swoim piśmie (brak nazwiska pacjentki, dat) Okręgowy Rzecznik dwukrotnie zwracał się do niego z prośbą o ich uzupełnienie, jednak skarżący na żadne pismo nie odpowiedział i nie kontaktował się z biurem OROZ telefonicznie. Rzecznik postanowił odmówić wszczęcia postępowania z braku dostatecznej informacji oraz zaproponował lekarzowi zwrócenie się do Rzecznika Praw Lekarza działającego przy OIL.

17. Sprawa, w której skarżący nie zgadzał się z opiniami biegłych (trzech) sporządzonymi na zlecenie Sądu Okręgowego (Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych). Zdaniem skarżącego wnioski zawarte w opiniach uniemożliwiły jemu oraz jego rodzinie uzyskanie renty inwalidzkiej z powodu całkowitej głuchoty z tytułu wypadku przy pracy. OROZ zapoznał się z opiniami biegłych oraz z bardzo obszerną dokumentacją dołączoną do skargi. Rzecznik uznał, że opinie sporządzone zostały we właściwy sposób, natomiast ocena części merytorycznej nie należy już do jego właściwości. Wszczęcia postępowania odmówiono i poinstruowano skarżącego, że w przypadku wątpliwości powinien być w trakcie postępowania sądowego zwrócić się do sądu z odpowiednim pismem wskazując dokładnie wszystkie zastrzeżenia, co do wydanych opinii.

18. Sprawa, w której skarżący zarzucił lekarzowi urologowi brak staranności podczas prowadzenia procesu diagnostyczno-leczniczego. Skarżący twierdził, że urolog leczył go przez 4 lata tylko zachowawczo, nie kierował na odpowiednie badania i dlatego obecnie zmagą się z rakiem prostaty. Ponieważ zarzuty wobec

lekarza dotyczyły leczenia w latach 2000-2004 OROZ zmuszony był odmówić wszczęcia postępowania na podstawie art. 64 ustawy o izbach lekarskich. Skarżący złożył odwołanie do OSL, który utrzymał w mocy postanowienie OROZ.

19. Sprawa, w której skarżąca zwróciła się do Okręgowego Rzecznika z prośbą o interwencję. Skarżąca podała, że będąc pod wpływem alkoholu, straciła równowagę i upadła w swoim mieszkaniu w skutek czego doznała złamania kości udowej prawej z przemieszczeniem. Pacjentka przebywała w szpitalu przez 7 dni. W tym czasie wykonano u niej zabieg repozycji złamanej kości udowej i otwartą stabilizację gwoździem śródszpikowym podkolanowym z ryglowaniem proksymalnym i dystalnym dwupłaszczyznowo w znieczuleniu PP. Po wyjściu ze szpitala skarżąca otrzymała rachunek za usługi medyczne w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym. W związku z tym zwróciła się do OROZ z prośbą o wyjaśnienie, z jakiego powodu musi płacić za leczenie i czy Dyrektor szpitala, będący również lekarzem, postąpił zgodnie z prawem. Rzecznik przeprowadził czynności sprawdzające i ustalił, że postępowanie diagnostyczno-lecznicze przeprowadzono prawidłowo, zresztą pacjentka nie zgłaszała co do tego żadnych zastrzeżeń. Skarżąca trafiła do szpitala mając 1,58‰ alkoholu we krwi. Opłatę za leczenie pobrano zgodnie z prawem w oparciu o wyniki badań, bowiem zgodnie z art. 33 ust. 4 i 5 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 31 sierpnia 1991 r. za świadczenia zdrowotne udzielone osobie znajdującej się w stanie nietrzeźwości publiczny zakład opieki zdrowotnej pobiera opłatę niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, jeżeli jedyną i bezpośrednią przyczyną udzielenego świadczenia było zdarzenie spowodowane stanem nietrzeźwości tej osoby. Na podstawie zebranych informacji Okręgowy Rzecznik odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Skarżąca złożyła zażalenie do OSL, a ten utrzymał w mocy decyzję OROZ.

20. Sprawa, w której skarżąca zarzuciła stomatologowi niefachowe przeprowadzenie postępowania leczniczego, nieetyczne zachowanie, świadome działanie na szkodę pacjenta i naciąganie na wysokie koszty. Pacjentka zgłosiła się do stomatologa na leczenie kanałowe zęba 6. Według skarżącej leczenie to nie przyniosło żadnej ulgi i wciąż odczuwała dolegliwości bólowe tego zęba, ale została zmanipulowana przez stomatologa i zgodziła się na leczenie innych zębów. Ponadto skarżąca podała, że musiała zapłacić za usługi stomatologiczne, chociaż była przekonana,

że wizyty były refundowane z NFZ. Skarżąca zażądała zwrotu kosztów zarówno tych już poniesionych, jak i tych, które poniesie w związku z koniecznością usunięcia błędów stomatologa. Okręgowy Rzecznik zapoznał się z dokumentacją medyczną, z której wynikało jednoznacznie, że pacjentka była zadowolona z przeprowadzonego leczenia, nie zgłaszała żadnych dolegliwości i przed każdą wizytą była informowana, że dana wizyta nie będzie odbywała się w ramach NFZ. Dokumentacja zawierała odpowiednie wpisy, z wyszczególnieniem użytych materiałów i kosztów leczenia. Opisano w niej również fakt, że skarżąca nie uściślała należności za jedną z wizyt i że zrobiła awanturę, oskarżając stomatologa o uszkodzenie dzieł, do czego skarżąca nie przyznała się w swoim piśmie. Wobec powyższego Okręgowy Rzecznik uznał, że nie dopatruje się w postępowaniu lekarza błędu medycznego oraz że skarżąca, składając skargę, kierowała się chęcią uzyskania od stomatologa pieniędzy. W związku z tym odmówiono wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

21. Sprawa, w której skarżąca zarzuciła dwóm stomatologom niepoinformowanie o kosztach leczenia i zażądała zwrotu pieniędzy za implanty. Skarżąca uzasadniała swoje żądanie tym, że w innym województwie mogłaby mieć je zrobione tańszym kosztem. Ponieważ skarga nie była jasno sformułowana, Okręgowy Rzecznik zapoznał się z dokumentacją medyczną pacjentki, z której wynikało, że została ona zapoznana z planem leczenia endodontycznego, implantologicznego i protetycznego oraz otrzymała rozpisę kosztów leczenia. Obszerne wpisy do karty choroby pacjentki zakończono zdaniem, że pacjentka zadeklarowała zainteresowanie leczeniem oraz zgłoszenie się za kilka miesięcy. Kiedy faktycznie zgłosiła się na rozpoczęcie leczenia, zrezygnowała w jego trakcie z powodów finansowych. Wobec ustalonych faktów Okręgowy Rzecznik odmówił wszczęcia postępowania, uznając, że skarga nie zawiera dostatecznie wiarygodnej informacji o przewinieniu z zakresu lekarskiej odpowiedzialności zawodowej. Skarżąca złożyła zażalenie do OSL, który utrzymał w mocy decyzję OROZ.

22. Sprawa, w której skarżący zarzucił dwóm lekarzom szpitala nieetyczne zachowanie. Skarżący uznał, że nie okazano mu należytego szacunku, kiedy przebywając na Oddziale Dializ został potraktowany na równi z pacjentem, który wszczął awanturę. Ponadto skarżący uznał, że jeden z lekarzy bezprawnie zatelefonował do jego żony z prośbą o uspokojenie męża i z propozycją skierowania go do psychologa. Skarżący podał, że telefon ten bardzo zde-

nerwował jego żonę, tym bardziej, że lekarz wspominał o przeszczepie nerki, a skarżący doskonale wie, że już się do takiego zabiegu nie kwalifikuje ze względu na wiek. Pacjent zgłaszał też zastrzeżenia co do transportu szpitalnego pacjentów po dializach oraz oskarżył jednego z lekarzy o kradzież funduszy przeznaczonych na wyżywienie pacjentów leczonych ambulatoryjnie (twierdził, że ma dowody, ale ich nie przedstawił). W skardze nie brakowało również słów powszechnie uznawanych za obraźliwe. Okręgowy Rzecznik po przeanalizowaniu skargi uznał, że nie kwalifikuje się ona do wszczęcia postępowania wyjaśniającego, jednak poinformował skarżącego, że jeśli posiada on dowody na popełnienie przestępstwa, powinien złożyć zawiadomienie do Prokuratury. Skarżący złożył zażalenie do OSL na postanowienie OROZ o odmowie wszczęcia postępowania. OSL uchyliło decyzję OROZ ze względu na fakt, iż jeden z lekarzy jest członkiem ORL i nakazał przekazać sprawę do NROZ.

23. Sprawa, w której skarżący obwiniał lekarza Pogotowia Ratunkowego o lekceważący stosunek do jego stanu zdrowia i nieetyczne zachowanie oraz żądał odszkodowania w wysokości 1000 zł. Skarżący podał w swoim piśmie, że wezwał Karetę Pogotowia ponieważ pokąsały go komary i chciał dostać zastrzyk przeciwzęcowy. Lekarz uznał wezwanie za bezpodstawne i nakazał skarżącemu głosić się do lekarza rodzinnego, co pacjentowi się nie spodobało. Wobec tego złożył skargę na lekarza w Komendzie Policji, skąd została przekazana Rzecznikowi OIL w Toruniu. OROZ po zapoznaniu się ze skargą uznał, że nie zawiera ona wiarygodnej informacji o przewinieniu z zakresu lekarskiej odpowiedzialności i odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

23 sprawy zakończono umorzeniem postępowania wyjaśniającego:

1. Sprawa, w której skarżąca zarzuciła lekarzowi rodzinemu oraz lekarzowi szpitalnej Izby Przyjęć niestaranność w prowadzeniu postępowania diagnostyczno-leczniczego, która miała objawiać się wmawianiem pacjentce choroby serca, niewykonaniem specjalistycznych badań, o które prosiła, przepisywaniem nieodpowiednich leków ignorowaniem zgłaszanych objawów oraz nie udzielaniem w sposób wyczerpujący informacji na temat stanu jej zdrowia. To wszystko zdaniem skarżącej naraziło ją na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia. OROZ wszczął postępowanie wyjaśniające w przedmiotowej sprawie i na podstawie zeznań lekarzy oraz dokumentacji medycznej pacjentki ustalił, że chora była leczona w sposób

>>

prawidłowy, zgodny ze zgłaszanymi objawami. Miała wykonywane badania, otrzymywała skierowania do specjalistów oraz do szpitala, z których jednak nie korzystała; zalecanych leków często nie zażywała, ponieważ – jak tłumaczyła – dużo czytała na temat ich skutków ubocznych i obawiała się, że mogą przyczynić się do jej śmierci. Kiedy pacjentka, po długich namowach lekarza rodzinnego udała się do Szpitala, lekarz IP zlecił podanie leków na nadciśnienie oraz na uspokojenie. Jak później zeznał, podanie Hydroxyzyny w dawce 25 mg sprawiło, że zgłaszane dolegliwości ustąpiły. Po przeanalizowaniu materiału zbranego w trakcie postępowania OROZ uznał, że lekarze nie zlekceważyli skarg pacjentki i w sposób kompetentny udzielili chorej pomocy lekarskiej. Nie dopatrując się naruszenia przepisów ustawy o zawodzie lekarza oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej sprawę umorzył.

2. Sprawa, w której skarżący zarzucał lekarzom Oddziału Okulistycznego brak staranności w trakcie prowadzenia procesu diagnostyczno-leczniczego. Skarżący trafił na oddział z rozpoznaniem zaćmy oraz krótkowzroczności obu oczu. Najpierw pacjentowi usunięto zaćmę OL i wszczepiono sztuczną soczewkę. Zabieg i gojenie przebiegało bez powikłań. Następnie ten sam zabieg wykonano na OP. Według dokumentacji medycznej oraz zeznań pacjenta, po zabiegu czuł się dobrze. Jednak po miesiącu pacjent zaczął odczuwać silny ból oka prawego, suchość i pieczenie. Stwierdzono podwyższone ciśnienie w oku oraz obrzęk rogówki. Pacjentowi zalecono odpowiednie leki oraz przyjęto do szpitala na leczenie zachowawcze. Ze szpitala został wypisany z poprawą stanu miejscowego, ostrości wzroku, jednakże nadal odczuwał pewne dolegliwości. Ostatecznie uznał, że oba zabiegi zostały źle przeprowadzone. OROZ w trakcie postępowania wyjaśniającego przesłuchał lekarzy, mających kontakt z pacjentem, zapoznał się z dokumentacją medyczną pacjenta oraz uzyskał opinię biegłego okulisty, który ocenił, że zarówno zabiegi, jak i leczenie pooperacyjne przeprowadzono właściwie. Uznał również, że przyczyną kłopotów rogówkowych była niewydolność śródbłonkowa rogówki, co zdarza się nawet po prawidłowo przeprowadzonej operacji zaćmy. Ponadto czynnikiem sprzyjającym tego typu powikłaniu mogła być wysoka krótkowzroczność chorego oka. Biorąc pod uwagę zebrany w sprawie materiał dowodowy, OROZ umorzył postępowanie.

3. Sprawa, w której skarżący zarzucili lekarzom oddziału położniczego niewłaściwe przeprowadzenie zabiegu cięcia cesarskiego, czego skutkiem było złamanie

obojczyka u ich dziecka oraz brak udzielenia dostatecznej informacji na temat stanu jego zdrowia. W trakcie postępowania wyjaśniającego przesłuchano skarżących, lekarzy, zapoznano się z dokumentacją medyczną oraz dopuszczono dowód z opinii biegłego. Ustalono, że pacjentka trafiła na oddział w 39 tyg. ciąży drugiej: stan po przebytym cięciu cesarskim, położenie poprzeczne płodu, cukrzyca ciężarnych Gl. Poród przeprowadzony drogą cesarskiego cięcia z położenia poprzecznego, masa urodzeniowa dziecka powyżej 4000 g, stan ogólny dobry (10 pkt Apgar), jednakże z powodu niskich wartości cukru we krwi musiała przebywać na oddziale noworodkowym. Z ustaleń OROZ wynika, że matka była na bieżąco informowana o stanie zdrowia dziecka, również o fakcie uszkodzonego obojczyka, które w tym przypadku było uszkodzeniem typu I, bez przemieszczenia odłamów i bezobjawowe, dlatego nie rozpoznano go w pierwszej dobie. Podczas przesłuchania skarżąca sama przyznała, że nie miała żadnych problemów z uzyskiwaniem informacji o stanie zdrowia dziecka, które było otoczone troskliwą opieką ze strony personelu przez cały okres pobytu w szpitalu. Ponadto biegły orzekł, że zaistniała sytuacja nie jest wynikiem błędu w sztuce lekarskiej, ponieważ istnieje ścisły związek między dużą masą urodzeniową dziecka a urazami okołoporodowymi, których ryzyko wzrasta wraz wagą dziecka, zwłaszcza w przypadku nieprawidłowego ułożenia płodu. Biegły uznał, że postępowanie lekarzy było prawidłowe i zgodne z obowiązującymi standardami. Biorąc pod uwagę całością zebranego w sprawie materiału, OROZ umorzył postępowanie wyjaśniające w przedmiotowej sprawie nie stwierdzając naruszenia przepisów ustawy o zawodzie lekarza oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej.

4. Sprawa, w której skarżąca zarzucała lekarzom Szpitala Powiatowego przyczynienie się do śmierci pacjenta – jej brata. Skarżąca wskazywała na zbyt długi czas oczekiwania na przyjazd karetki Pogotowia Ratunkowego oraz na opóźnioną i niewłaściwie udzieloną choremu pomoc medyczną. W trakcie postępowania wyjaśniającego przeanalizowano dokumentację medyczną, z której wynikało, że pacjent był uzależniony od alkoholu. Wielokrotnie trafiał na Izbę Przyjęć, nie chciał współpracować i nie wyrażał zgody na leczenie, a mimo to lekarze, poruszając się w granicach prawa, robili co w ich mocy, by chorego zbadać i opatrzyć obrażenia, jakich doznawał, będąc pod wpływem alkoholu. W dniu wezwania karetki PR pacjent upadł przed domem i trafił do Szpitala z rozpoznaniem: ostra niewydolność nerek, hipo-

glikemia oraz z podejrzeniem zatrucia glikolem lub metanolem. Przez kilka godzin nie wyrażał zgody na właściwe leczenie. Dopiero późnym popołudniem po usilnych namowach rodziny i personelu zgodził się na leczenie. Trafił na Oddział Intensywnej Terapii, ale mimo intensywnego leczenia zmarł. Skarżąca podczas przesłuchania przyznała, że brat częściowo sam przyczynił się do swojej śmierci. Zarzut skarżącej odnośnie późnego przyjazdu karetki OROZ również uznał za bezzasadny. Z dzienników wezwań i elektronicznego zapisu rozmów wynikało, że PR dotarło na miejsce wezwania w ciągu 8 min. Reasumując, OROZ, biorąc pod uwagę art. 32 ustawy o zawodzie lekarza, jak i art. 15 Kodeksu Etyki Lekarskiej, a także zebrane w sprawie informacje, postanowił umorzyć postępowanie wyjaśniające uznając, że nie dopatrywał się w postępowaniu lekarzy Szpitala Powiatowego naruszenia przepisów z zakresu lekarskiej odpowiedzialności zawodowej.

5. Sprawa, w której skarżąca zarzucała lekarzowi z Poradni Chirurgiczno-Ortopedycznej, że zaniedbał jej leczenie, przyczynił się do pogorszenia stanu jej zdrowia, a przede wszystkim zlekceważył dolegliwości, które zgłaszała podczas wizyt i nie zapisywał ich w historii choroby, a to z kolei spowodowało, że zarówno komisja lekarska PZU oraz lekarz orzecznik ZUS wydali negatywne decyzje i skarżąca nie otrzymała odszkodowania z tytułu wypadku w pracy (skarżąca spadła ze schodów). W toku postępowania ustalono, że leczenie prowadzone przez lekarza z Poradni było prawidłowe. Pacjentka miała zlecane zdjęcia RTG, które nie wykazywały niczego niepokojącego. Otrzymała również skierowanie do Poradni Ortopedycznej z powodu zgłaszanego bólu biodra. W trakcie przesłuchania lekarz podał, że podczas ostatniej wizyty pacjentka zrobiła mu awanturę, że na druku N9 nie wyszczególnił dolegliwości kręgosłupa i głowy, których, jak twierdził, nigdy mu nie zgłaszała. Należy wziąć pod uwagę fakt, iż lekarze orzecznicy ZUS-u czy PZU wydają swoje decyzje na podstawie badania fizykalnego po zakończeniu leczenia, a dokumentacja lekarska z okresu leczenia dostarczana przez pacjenta stanowi jedynie dodatkowe źródło informacji o jego przebiegu. A zatem wątpliwym jest, by orzecznicy uzależniali swoje decyzje o odszkodowaniu wyłącznie w oparciu o dokumentację chirurga. Biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności sprawy, OROZ postanowił umorzyć postępowanie wyjaśniające uznając, że nie dopatrywał się w postępowaniu lekarza naruszenia przepisów z zakresu lekarskiej odpowiedzialności zawodowej.

6. Sprawa, w której skarżący zarzucił lekarzowi nieetyczne, aroganckie zachowanie. W swoim piśmie skarżący wyjaśnił, że zgłosił się po godz. 20.00 do lekarza ze spuchniętą i bolącą raną ciętą lewej dłoni (zaopatrzoną dzień wcześniej przez chirurga) w celu uzyskania porady medycznej oraz zwolnienia lekarskiego. Skarżący podał, że lekarz pełniący nocny dyżur nie był zainteresowany dokumentacją medyczną ze Szpitala ani stanem jego chorej ręki, tylko w sposób bardzo niegrzeczny zadawał pytania. Między pacjentem i lekarzem doszło do ostrzejszej wymiany zdań i ostatecznie lekarz zlecił pielęgniarkę zmianę opatrunku oraz wypisanie zwolnienia lekarskiego, które jednak nie usatysfakcjonowało skarżącego. OROZ wszczął postępowanie wyjaśniające w przedmiotowej sprawie i ustalił, że dyżur nocny, jaki wówczas pełnił ów lekarz był dyżurem ostrym na okoliczność wypadków w pobliskim zakładzie pracy. Pacjent został poinformowany, gdzie powinien się udać w celu uzyskania pomocy medycznej, ale jak zeznał świadek zdarzenia nie przyjmował tego do wiadomości. Ponadto po wizycie świadek odebrał telefon od żony pacjenta, która wzburzona stwierdziła, że lekarz jest niekompetentny i złoży na niego skargę. Po przeanalizowaniu całości zgromadzonego w sprawie materiału OROZ uznał, że brak jest dostatecznych danych potwierdzających prawdziwość zarzutów stawianych przez skarżącego i umorzył postępowanie wyjaśniające.

7. Sprawa, w której skarżąca zarzucała lekarzowi rodzinemu, że nie zbadał należycie pacjentki – jej matki – podczas wizyty domowej, co miało skutkować zaskłaniem i upadkiem pacjentki po wizycie u innego lekarza. Skarga zawierała mało szczegółów, a opisanie zdarzenia przedstawione zostało w sposób chaotyczny, OROZ postanowił wyjaśnić sytuację w toku postępowania wyjaśniającego. Zarówno z dokumentacji, jak i zeznań lekarza wynika, że pacjentka podczas wizyty domowej została dokładnie zbadana, a skarżąca w ogóle nie była przy tym obecna. Ponadto w trakcie przesłuchania skarżącej okazało się, że u źródła skargi leży konflikt między małżonkami (matką a ojcem skarżącej) dotyczący braku porozumienia w sprawie ich pożycia, wynikający z nadmiernej pobudliwości seksualnej męża pacjentki po przebytym udarze mózgu. Skarżąca uznała, że lekarz rodzinny powinien był zakazać ojcu współżycia z matką. Reasumując, OROZ stwierdził, że zarzuty skarżącej są bezpodstawne, a rozwiązywanie tego typu konfliktu przez lekarza pierwszego kontaktu wykracza poza jego kompetencje. Nie dopatrując się w postę-

powaniu lekarza naruszenia przepisów z zakresu lekarskiej odpowiedzialności zawodowej OROZ umorzył postępowanie wyjaśniające.

8. Sprawa, w której skarżąca zarzucała lekarzowi orzecznikowi KRUS nieetyczne zachowanie. Skarżąca podała, że w trakcie badania w sprawie o ustalenie prawa do zasiłku chorobowego, lekarz w obraźliwy sposób wyraził się o jej chorej nodze i używał wobec niej podniesionego głosu. OROZ wszczął postępowanie w przedmiotowej sprawie, w trakcie którego ustalono, że skarżąca nie chciała udzielać odpowiedzi na pytania lekarza, była negatywnie, awanturniczko nastawiona do badającego, reprezentowała postawę roszczeniową. W dokumentacji widniał wpis lekarza orzecznika, że pacjentka odmówiła badania, więc poproszono pracownika KRUS o skierowanie pacjentki na Komisję Lekarską do innego miasta, wówczas skarżąca zmieniła zdanie i lekarz dokończył badanie. Decyzja lekarza w sprawie o zasiłek chorobowy była negatywna, i tym prawdopodobnie skarżąca kierowała się składając skargę, ponieważ wezwana na przesłuchanie nie stawiała się (wezwanie odebrała, przyczyny niestawiennictwa nie usprawiedliwiła). Wobec powyższego OROZ uznał skargę za bezpodstawną i umorzył postępowanie wyjaśniające.

9. Sprawa, w której skarżąca zarzucała lekarzowi specjalście II stopnia z protetyki stomatologicznej brak należytej staranności w prowadzeniu leczenia protetycznego. Skarżąca podała, że w wyniku źle wykonanych prac protetycznych odczuwała ciągły ból i dyskomfort podczas ich użytkowania, pokarm może spożywać tylko w postaci płynnej i musi zdejmować protezę na noc. Ponadto skarżąca uznała, że prace protetyczne od początku były wadliwe, a stomatolog nie dość, że nie rozwiązywał problemów, z którymi się do niego zgłosiła, to nie pomógł w usunięciu dolegliwości bólowych, do których powstania sam się przyczynił. OROZ wszczął postępowanie wyjaśniające w przedmiotowej sprawie, w trakcie którego przesłuchał zarówno lekarza, na którego wpłynęła skarga, jak i dwoje innych stomatologów, u których skarżąca wcześniej się leczyła. Ponadto wysłano skarżącą na konsultację do niezależnego specjalisty. Ustalono, że skarżąca już raz korzystała z leczenia protetycznego i przerwała je w tej samej fazie, co u lekarza, na którego złożyła skargę. Ponadto żądała zarówno od pierwszego jak i od drugiego lekarza zwrotu kosztów odszkodowania. Podczas konsultacji u biegłego nie stwierdzono błędów w postępowaniu protetyka, nie wykazało go również postępowanie prowadzone przed Rzecznikiem.

W związku z tym OROZ umorzył postępowanie. Skarżąca odwołała się do OSL, który utrzymał w mocy decyzję Rzecznika.

10. Sprawa, w której skarżący zarzucił lekarzowi rodzinemu, że nie poinformował go o możliwych powikłaniach zapalenia przyusznic w przypadku zachorowania w późniejszym wieku. Skarżący zgłosił się do lekarza rodzinnego z powodu opuchlizny i dolegliwości bólowych prawej strony oraz złego samopoczucia. Lekarz stwierdził wirusowe zapalenie przyusznic, zalecił okłady, leki przeciwbólowe i pobyt w domu. Poinformował również pacjenta o powikłaniach. Opuchlizna stopniowo ustępowała, ale pacjent nadal czuł się źle. Dopiero po 2 miesiącach od stwierdzenia świnki skarżący udał się do Przychodni, gdzie inny lekarz rodzinny zlecił badania i skierował pacjenta do Szpitala. Okazało się, bowiem, że skarżący ma cukrzycę de novo, ostre zapalenie trzustki, prawostronne zapalenie płuc, zapalenie żołądka i dwunastnicy oraz owrzodzenie dwunastnicy w stadium gojenia. Wezwany na przesłuchanie świadek (lekarz szpitala) zeznał, że nie da się jednoznacznie stwierdzić, że w/w choroby powstały u pacjenta w wyniku zachorowania na świnkę. Również specjalista w dziedzinie otorynolaryngologii poproszony o opinię stwierdził, że powikłania zapalenia przyusznic mogą pojawić się w trakcie trwania tej choroby lub krótko po niej oraz że nigdy nie spotkał się z przypadkiem wystąpienia tak poważnych powikłań w tak odległym odstępie czasie. Po przeanalizowaniu całości zebranego w sprawie materiału dowodowego OROZ uznał, że nie można wykluczyć, iż w następstwie przebytej świnki doszło do jej powikłań, jednak nie znajduje dowodów na taki stan rzeczy, jak również nie znajduje w postępowaniu lekarza nieprawidłowości, które wskazywałyby na popełnienie błędu lekarskiego, tym bardziej, że pacjent nie zgłosił się na kontrolę i pomimo złego samopoczucia zgłosił się do Przychodni dopiero po 2 miesiącach. Postępowanie wyjaśniające umorzono.

11. Sprawa, w której skarżąca zarzucała lekarzom Oddziału Położniczo-Ginekologicznego, że w wyniku niestannego przeprowadzonego zabiegu hysterectomii, przyczynili się do utraty przez skarżącą nerki lewej, poprzez zaszycie moczowodu. OROZ wszczął postępowanie wyjaśniające w przedmiotowej sprawie. Ustalono, że pacjentka trafiła na Oddział z powodu mięśniaków macicy oraz nieprawidłowych, nawracających krwawień macicznych i została zakwalifikowana do zabiegu usunięcia macicy wraz z przydatkami drogą brzuszną. Zabieg przebiegał rutynowo, bez powikłań. Okres pooperacyjny

>>

ny bezgorączkowy, bilans płynów prawidłowy. Pacjentka uskarżała się na ból kręgosłupa, wykonano więc USG jamy brzusznej, które nie wykazało żadnych nieprawidłowości, zwłaszcza w obrębie nerek, moczowodów i pęcherza. Skarżąca nie zgłaszała też żadnych dolegliwości w trakcie wizyty kontrolnej. Po 9 miesiącach pacjentka ponownie wykonała kontrolne USG, które wykazało wodonercze nerki lewej, mimo to pacjentka nie odczuwała dolegliwości. Podjęto leczenie, ale ostatecznie po kolejnych 7 miesiącach stwierdzono marskość nerki lewej, którą operacyjnie usunięto. Po przeanalizowaniu zebranego w sprawie materiału dowodowego, OROZ stwierdził, że faktycznie podczas zabiegu usunięcia macicy mogło dojść do podwiązania moczowodu nerki lewej. Jednak przez cały okres – od zabiegu hysterectomii do stwierdzenia wodonercza – nic nie wskazywało na taki stan rzeczy. Wobec tego lekarze nie byli niczego świadomi, a to, co się wydarzyło nie było wynikiem zaniedbania ze strony lekarzy czy braku staranności w procesie diagnostyczno-leczniczym lub w okresie pooperacyjnym. Ponadto, jak stwierdził biegły powołany w tej sprawie, podwiązanie moczowodu w trakcie usunięcia macicy jest klasycznym niezbyt rzadkim powikłaniem. Ponadto skarżąca przed zabiegiem podpisywała Formularz świadomej zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego w postaci wycięcia macicy drogą brzuszną, w którym wyszczególniono możliwe powikłania i wśród nich znajduje się właśnie śródoperacyjne uszkodzenie pęcherza moczowego lub moczowodu. OROZ umorzył postępowanie wyjaśniające.

12. Sprawa, w której skarżąca zarzucała lekarzowi ginekologowi nieprawidłowe przeprowadzenie zabiegu elektrokoagulacji nadżerki szyjki macicy w jego prywatnym gabinecie. Zdaniem skarżącej lekarz w trakcie zabiegu doprowadził do rozległego poparzenia pochwy, skutkiem czego pacjentka była kilkakrotnie hospitalizowana w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym. Wszczęto postępowanie wyjaśniające w przedmiotowej sprawie, wysłuchano wszystkich powołanych w sprawie świadków, lekarza oraz skarżącą, uzyskano też opinię biegłego sporządzoną na zlecenie Prokuratury. Ustalono, że zarzut skarżącej, jakby po zabiegu doszło do rozległego oparzenia pochwy, które ujawniło się po 3 tygodniach, jest bezpodstawny. Objawy kliniczne występujące u pacjentki nie mogły być wynikiem nieprawidłowego przeprowadzenia zabiegu elektrokoagulacji z wykorzystaniem wizernika plastikowego, a takiego właśnie użył lekarz. Ponadto po-

między zabiegiem w gabinecie prywatnym a stwierdzeniem w oddziale szpitalnym rozległego oparzenia pochwy, pacjentka była dwukrotnie badana, zarówno przez lekarza z prywatnego gabinetu, jak i w szpitalu. Wówczas nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości. OROZ uznał, iż brak jest podstaw do stwierdzenia, że postępowanie lekarza wypełniło znamiona przewinienia z zakresu lekarskiej odpowiedzialności zawodowej i pod koniec 2009 r. umorzył postępowanie. Skarżąca odwołała się od decyzji OROZ, która została uchylona ze wskazaniem na konieczność uzyskania jeszcze jednej opinii wykonanej na zlecenie Rzecznika. Po uzyskaniu opinii, która tylko potwierdziła to, co już wcześniej wykazało postępowanie, Okręgowy Rzecznik ponownie umorzył postępowanie.

13. Sprawa, w której skarżąca zarzucała dwóm lekarzom szpitalnej Izby Przyjęć leceważenie pacjentki będącej w poważnym stanie przez ok. 4 godz. i bezpodstawną odmowę jej hospitalizacji, co wg skarżącej skutkowało śmiercią pacjentki. OROZ wszczął postępowanie wyjaśniające w przedmiotowej sprawie i ustalił, że pacjentka trafiła do szpitala na chirurgiczną IP z rozpoznaniem: ból w nadbrzuszu. Została zbadana przez chirurga, przeprowadzono szereg badań w tym RTG i USG jamy brzusznej oraz RTG płuc, ponieważ pacjentka od lat chorowała na POChP. Poproszono również o konsultację lekarza specjalistę chorób wewnętrznych, który stwierdził infekcję górnych dróg oddechowych i zaordynował odpowiednie leki. Wobec braku wskazań do hospitalizacji pacjentkę wypisano do domu i zalecono kontrolę w POZ. Dwa dni później pacjentka ponownie trafiła do szpitala z powodu zaostrenia POChP, niewydolności krążenia, nadciśnienia tętniczego i z hiponatremią. Włączono antybiotykoterapię, wyrównano zaburzenia elektrolitowe, uzupełniono KKCz. Niestety pacjentka zmarła z powodu niewydolności krążeniowo-oddechowej. Skarżąca nie wyraziła zgody na badanie sekcyjne. Przeprowadzone postępowanie wykazało, że postępowanie lekarzy IP było prawidłowe i adekwatne do stwierdzonych objawów chorobowych, co potwierdza dokumentacja medyczna. Stanowisko OROZ potwierdziły również opinie biegłych. Wobec powyższego OROZ umorzył postępowanie wyjaśniające.

14. Sprawa, w której skarżąca zarzucała lekarzowi specjalście chorób płuc i chorób wewnętrznych niewłaściwe postępowanie diagnostyczno-leczne, podawanie nieprawdziwych informacji dotyczących stanu zdrowia oraz wyników przeprowadzonych u pacjentki badań podczas wizyt w poradni pulmonologicznej, co zdaniem

pacjentki opóźniło diagnostykę i leczenie nowotworu płuc. Skarżąca zarzucała również, że podczas pobytu pacjentki w oddziale pulmonologicznym szpitala prowadzono niewłaściwe postępowanie diagnostyczno-leczne, co zdaniem skarżącej opóźniło postawienie prawidłowej diagnozy i leczenia nowotworu płuc. W toku postępowania wyjaśniającego zgromadzono i przeanalizowano dokumentację medyczną pacjentki, przesłuchano również lekarzy, których dotyczyło postępowanie oraz dopuszczono dowód z opinii biegłego. Ustalono, iż biorąc pod uwagę objawy występujące u pacjentki, zarówno lekarz poradni, jak i lekarze oddziału dołożyli należytej staranności w trakcie diagnozowania pacjentki, przeprowadzając wszelkie badania, które mogły doprowadzić do ustalenia właściwego rozpoznania. Powołany w sprawie biegły ocenił, iż zarówno postępowanie w poradni pulmonologicznej jak i w oddziale chorób płuc szpitala było prawidłowe. Potwierdził również, że diagnostyka przeprowadzana była w prawidłowym trybie i czasie. W związku z powyższym postanowiono o umorzeniu postępowania wyjaśniającego. Skarżąca wniosła zażalenie na postanowienie OROZ, które uchylono i wskazano na konieczność ponownego przesłuchania lekarza, powołania drugiego biegłego i uzupełnienia opinii będącej już w posiadaniu OROZ. Okręgowy Rzecznik zastosował się do założeń. Zeznania lekarza nie wniosły niczego nowego do postępowania, powołany biegły orzekł, że postępowanie lekarza było prawidłowe i na ówczesnym etapie pacjentka została prawidłowo zdiagnozowana, także panel zleconych badań był adekwatny do objawów zgłaszanych przez chorą. Wobec powyższego OROZ ponownie umorzył postępowanie.

15. Sprawa, w której skarżąca zarzucała lekarzom urologom brak dołożenia należytej staranności w trakcie prowadzenia postępowania diagnostyczno-leczniczego pacjenta, u którego rozpoznano guz pęcherza moczowego, co wg skarżącej doprowadziło do śmierci pacjenta. Skarżąca zarzucała lekarzom bezczynność i rażące zaniedbania. OROZ wszczął postępowanie wyjaśniające w przedmiotowej sprawie, w trakcie którego ustalono, że u pacjenta rozpoznano guz pęcherza w przebiegu nawracającego krwimoczku; na drodze endoskopowej wykonano przezcewkową elektroresekcję. Wynik badania histopatologicznego wskazywał na raka naciekającego mięśniówkę pęcherza moczowego. Wynik ten zweryfikowano w Centrum Onkologii, wobec tego odstąpiono od leczenia radykalnego. Pacjent był regularnie wysyłany na kontrolne cy-

stoskopie. Wielokrotne zabiegi operacyjne TURT nie potwierdziły naciekającego raka pęcherza. Ponadto OROZ ustalił, co potwierdził biegły, że nowotwór pęcherza, jaki wystąpił u pacjenta, cechował się wysokim stopniem złośliwości, miał skryty, endoreiczy przebieg. Mimo podjęcia heroicznej próby wytrzeźwienia miednicy mniejszej, wynik był niepomyślny. W postępowaniu lekarzy nie dopatrzone się błędu medycznego i OROZ umorzył postępowanie wyjaśniające.

16. Sprawa, w której skarżąca zarzucała lekarzowi okuliście, że w wyniku złe przeprowadzonego badania przyczynił się do znacznego pogorszenia jej wzroku. Skarżąca stwierdziła, że przed badaniem nie miała kłopotów ze wzrokiem, natomiast po badaniu musiała zacząć korzystać z okularów o bardzo mocnych szklach. Poza tym po badaniu czuła pieczenie i ból oczu, miała zaburzenia widzenia. OROZ wszczął postępowanie wyjaśniające w przedmiotowej sprawie i ustalił, że skarżąca z powodu świeżo wykrytej cukrzycy trafiła do szpitala na Oddział Chorób Wewnętrznych, gdzie została skierowana na konsultację okulisty. Oczy pacjentki zostały zakropione 1% roztworem tropikamidu, co potwierdza dokumentacja, natomiast pacjentka twierdziła, że z całą pewnością pomyłono krople i stąd te kłopoty ze wzrokiem. Ustalono, że nic takiego nie mogło mieć miejsca. Po opuszczeniu szpitala pacjentka była badana przez innego okulistę, który nie stwierdził żadnego stanu zapalnego. Najprawdopodobniej pacjentka nie badała wzroku przed hospitalizacją i nawet nie zdawała sobie sprawy z faktu pogarszającego się wzroku. Natomiast opisywane przez nią dolegliwości, takie jak pieczenie oczu po badaniu, wskazują ewidentnie na typowe objawy zakropienia oczu tropikamidem. Wobec powyższego OROZ umorzył postępowanie wyjaśniające.

17. Sprawa lekarza Pogotowia Ratunkowego przekazana przez Prokuraturę, która wprawdzie sama umorzyła prowadzone postępowanie, jednak podejrzewając lekarza o błąd lekarski „decyzyjny”, zwróciła się do OROZ z prośbą o wszczęcie postępowania. Sprawa dotyczyła udzielenia pomocy medycznej nietrzeźwemu mężczyźnie i odesłania go po zaopatrzeniu do Izby Wyrzeźwień, co miało skutkować jego śmiercią. Okręgowy Rzecznik ustalił, że do pacjenta znalezionej na ulicy funkcjonariusze Policji wezwali PR, ponieważ mieli zamiar przewieźć go do Izby Wyrzeźwień, ale potrzebowali zaświadczenia lekarskiego. Przybyły na miejsce lekarz stwierdził, że z powodu późnej pory i słabej widoczności chce zbadać pacjenta w Izbie Przyjęć. W szpitalu lekarz stwierdził powierzchow-

ny uraz okolicy potylicy głowy, czaszka opukowo niebolesna, upojenie alkoholowe. W badaniu neurologicznym źrenice równe z prawidłową reakcją na światło i pełną wydolność krążeniowo-oddechową. Ranę zdezynfekowano i założono opatrunk. Następnie pacjenta odwieziono do IW, niestety w drodze pacjent czuł się coraz gorzej i po dotarciu na miejsce lekarz IW zdecydował o natychmiastowym przewiezieniu pacjenta do Szpitala. Po wykonaniu badań stwierdzono krwiak przymózgowy i obrzęk mózgu. Przeprowadzono zabieg trepanacji, ale pacjent zmarł. Okręgowy Rzecznik po przeanalizowaniu całości zebranego w sprawie materiału dowodowego uznał, że postępowanie lekarza nie nosiło znamion naruszenia przepisów z zakresu lekarskiej odpowiedzialności zawodowej. Lekarz zabrał nietrzeźwego pacjenta do szpitala z miejsca wezwania przez funkcjonariuszy. Zbadał pacjenta na Izbie Przyjęć i nic nie wskazywało na to, iż powierzchowna rana głowy może zagrażać jego życiu i, że wymaga on dalszej diagnostyki. To jak poważny był stan pacjenta wykazało dopiero badanie TK głowy wykonane w innym szpitalu po tym, jak stan pacjenta uległ pogorszeniu na krótko przed dotarciem do IW, natomiast szpital, w którym pracuje lekarz nie dysponuje tomografem. Postępowanie umorzono.

18. Sprawa, w której skarżąca zarzucała lekarzom szpitala niewłaściwe postępowanie w stosunku do pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu, którego doznał w trakcie zabiegu przeprowadzania badania koronarografii. Skarżąca miała żal do lekarzy, że w trakcie hospitalizacji przewozili go do szpitala psychiatrycznego, uznając, że jest agresywny i chory psychicznie, przez co przyczynili się do pogorszenia jego stanu zdrowia. Okręgowy Rzecznik wszczął postępowanie wyjaśniające. Ustalono, że pacjent cierpiał na miażdżycę uogólnioną niewydolność serca, trzepotanie przedsionków nadciśnienie tętnicze, przeżył dwa zawały mięśnia sercowego, udar mózgu, przeszedł operację wszczęcia bypassów, miał hiperlipidemię. Do szpitala został przyjęty z powodu narastającej duszności spoczynkowej i braku poprawy ambulatoryjnego leczenia zapalenia płuc. Stwierdzono także cechy zaostrenia niewydolności krążenia, a w EKG trzepotanie przedsionków z szybką czynnością komór. W badaniu echokardiograficznym pogorszenie kurczliwości mięśnia serca z frakcją wyrzutową 30%. Wykonano koronarografię, jednak zabieg był powikłany wystąpieniem udaru niedokrwiennego mózgu z porażeniem połowiczym prawostronnym, afazją i zaburzeniami oddychania. Po zastosowaniu leczenia fibrynoli-

tycznego uzyskano ustąpienie afazji i porażenia kończyn prawych, ale od czasu wystąpienia udaru pacjent stał się pobudzony, wręcz agresywny, zdezorientowany, wymagał stosowania środków uspokajających oraz środków przymusu bezpośredniego. Po konsultacji z psychiatrą i po rozpoznaniu zaburzeń świadomości typu pomrocznego został zakwalifikowany do leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Początkowo spokojny, po kilku godzinach pobytu w szpitalu psychiatrycznym stał się agresywny, kopał personel, wyrwał cewnik dożylny, wychodził z łóżka. Wymagał zapięcia w pasy. Z powodu zaburzeń oddychania oraz spadku ciśnienia tętniczego i akcji serca przekazano pacjenta ponownie na Oddział Kardiologiczny. Po wypisaniu do domu stan pacjenta ulegał stopniowej poprawie, jednak po miesiącu ponownie trafił na Oddział Kardiologiczno-Internistyczny z podejrzeniem zapalenia płuc. Pod wpływem włączonego leczenia uzyskano poprawę stanu klinicznego, jednak psychicznie pacjent nie czuł się najlepiej. Był agresywny, błędził po szpitalu itp., leki uspokajające pomagały na krótko. Zdecydowano o przekazaniu pacjenta do szpitala psychiatrycznego, gdzie miał kontynuowanie leczenia zlecone przez internistów. Niestety ponownie wrócił do oddziału kardiologicznego z powodu duszności. Po ustabilizowaniu, pacjenta wypisano do domu. Miesiąc później ponownie trafił do szpitala, ponieważ nie chciał przyjmować pokarmów ani płynów, był w stanie ciężkim, odwodniony z cechami ostrej niewydolności nerek. Mimo intensywnego leczenia pacjent zmarł. Postępowanie wyjaśniające nie wykazało, że przekazywanie pacjenta ze szpitala do szpitala psychiatrycznego miało wpływ na pogorszenie jego stanu zdrowia. Pacjent był obciążony wieloma poważnymi schorzeniami, a postępowanie lekarzy było zgodne z obowiązującymi standardami. Ciężkie zaburzenia psychiczne, które wystąpiły u pacjenta po udarze stanowiły wskazanie do przeniesienia chorego do oddziału psychiatrycznego. Wobec powyższego OROZ umorzył postępowanie.

19. Sprawa, w której skarżąca zarzucała pediatrze brak dołożenia należytej staranności przez podczas prowadzenia procesu diagnostyczno-leczniczego u dziecka i nie rozpoznanie objawów obustronnego, odoskrzelowego zapalenia płuc. OROZ wszczął postępowanie wyjaśniające w przedmiotowej sprawie. Ustalono, że dziecko było dwukrotnie badane przez lekarza z powodu kataru, kaszlu i gorączki. Po drugiej wizycie skarżąca udała się z dzieckiem do szpitala, gdzie nie chciano jej przyjąć bez skierowania, ale jak zeznała, kiedy zo-

>>

baczono w jak ciężkim stanie jest dziecko, przyjęto je natychmiast. Świadcowie zeznali natomiast, że stan dziecka po przybyciu do szpitala był dobry, bez cech duszności, bez gorączki, bez objawów typowych dla zapalenia płuc. Lekarz Izby Przyjęć zlecił jednak RTG płuc w związku z wywiadem gorączkowym. Dziecko było badane również przez innego lekarza, który stwierdził w badaniu przedmiotowym cechy zapalenia oskrzeli. Rozpoznanie zapalenia płuc postawiono dopiero w oparciu o wynik RTG („nieliczne zagęszczenie około oskrzelowe”). OROZ poprosił o opinię lekarza specjalistę pediatrii i pneumonologia, który stwierdził, że przebieg infekcji u pacjenta pediatrycznego mogą narastać w czasie. Zmiany osłuchowe niesłyszalne dla jednego lekarza, mogą być wysłuchane przed innego po kilku godzinach. W tym przypadku zmiany wykazało dopiero RTG i nie były to zmiany charakterystyczne dla ciężkiego zapalenia płuc jak podawała skarżąca. Stan dziecka również nie był tak ciężki jak to opisywała matka zarówno w skardze, jak i w trakcie przesłuchania. Ostatecznie OROZ umorzył postępowanie wyjaśniające.

20. Sprawa, w której skarżąca zarzuciła lekarzom szpitala, że w wyniku błędu lekarskiego nie zdiagnozowali u jej męża, który uległ wypadkowi komunikacyjnemu, złamania miednicy, przyczyniając się tym do śmierci pacjenta. Skarżąca stwierdziła, że jej mąż chociaż trafił do szpitala po ciężkim wypadku, to miał duże szanse na przeżycie, ale zanim wykryto u niego złamanie miednicy, był wielokrotnie i nieumiejętnie przesuwany; nie wykonano unieruchomienia i w ten sposób doszło do krwotoku wewnętrznego, którego źródła lekarze nie umieli znaleźć i powstrzymać. Okręgowy Rzecznik wszczął postępowanie wyjaśniające w przedmiotowej sprawie i ustalił, że pacjent w wyniku wypadku komunikacyjnego doznał bardzo poważnych obrażeń. Dzięki fachowo udzielonej pomocy przez Pogotowie Ratunkowe na miejscu wypadku, do szpitala przywieziono go przytomnego w dobrym stanie ogólnym. Na miejscu został zbadany, wykonano szereg niezbędnych badań diagnostycznych. W trakcie wykonywania diagnostyki radiologicznej stan pacjenta uległ gwałtownemu pogorszeniu i pacjenta przeniesiono na Oddział Intensywnej Terapii. Tam pacjenta konsultowano ortopedycznie z powodu złamania kończyny dolnej. Ortopeda stwierdził również złamanie miednicy. Jednak w tym samym czasie z powodu wystąpienia wstrząsu u pacjenta z wyraźnym powiększaniem się obwodu jamy brzusznej konsultowano go już z chirurgiem i podjęto decyzję o laparotomii zwiadowczej. Stwier-

dzono krwiak tętniczy powłok brzusznych. Rokowania były niepomyślne. Pomimo włączenia intensywnego leczenia pacjent zmarł. Lekarze nalegali na badanie sekcyjne, jednak skarżąca nie wyraziła zgody (osobiście była w tej sprawie u prokuratora). Mimo to OROZ badając sprawę stwierdził, że wszystkie działania lekarzy prowadzone były zgodnie z powszechnie przyjętymi standardami. Niczego nie zaniedbano i do końca walczone o życie pacjenta wszelkimi dostępnymi sposobami. Wobec powyższego OROZ umorzył postępowanie wyjaśniające, nie dopatrując się w działaniu lekarzy naruszenia przepisów z zakresu lekarskiej odpowiedzialności zawodowej.

21. Sprawa, w której skarżąca zarzuciła lekarzowi pediatrze, że w wyniku błędnego postępowania diagnostyczno-leczniczego, jej mała córka zachorowała na zapalenie płuc. Skarżąca podała, że dwukrotnie zgłaszała się do lekarza z dzieckiem, które było osłabione, miało kaszel, nie miało apetytu i gorączkowało. Zalecenia lekarza nie pomagały. Ostatecznie skarżąca udała się do innego lekarza, który stwierdził zapalenie płuc u dziecka. Skarżąca domagała się zwrotu kosztów leczenia w prywatnym gabinecie oraz wykupionych lekarstw. OROZ wszczął postępowanie wyjaśniające w tej sprawie. Ustalono, że po pierwszej wizycie lekarz zalecił leki przeciwgorączkowe i przeciwkaszlowe. Dziecko przestało gorączkować, ale wzmógł się wilgotny kaszel, więc po dwóch dniach skarżąca ponownie udała się do pediatry, który stwierdził drobne zmiany infekcyjne w gardle, a biorąc pod uwagę fakt, że dziecko bardzo często chorowało na infekcje górnych dróg oddechowych podejrzewał alergię, zalecił zgłoszenie się na kontrolę w ciągu 2 - 3 dni. Włączył kolejny lek. Kilka godzin później skarżąca uznała, że nie ma poprawy i udała się prywatnie do pediatry otolaryngologa. W trakcie przesłuchania podała, że lekarz ten po usłyszeniu kaszlu dziecka od razu stwierdził, że to zapalenie płuc, a osłuchując dziecko słyszał szmer i przemieszczający się płyn w lewym płucu. Ponadto lekarz zlecił wykonanie badania RTG. Na przesłuchaniu otolaryngolog zeznał, że słyszał delikatny szmer oskrzelowy nad lewym płucem bez zmian osłuchowych. Zmiany zapalne wykazało dopiero RTG. Dziecko otrzymało antybiotyki i po kilku dniach jego stan wrócił do normy. Otolaryngolog również dopatrywał się u dziecka alergii. Po przeanalizowaniu materiału dowodowego OROZ uznał, że dziecko było za każdym razem dokładnie badane i osłuchiwane przez pediatrę, co potwierdziła sama skarżąca. Powszechnie wiadomo, że zmiany osłuchowe nad płucami pojawiają się u dzieci w odstępie zaledwie kilku godzin. Gdyby lekarz

(z wieloletnim doświadczeniem) słyszał takie zmiany, z pewnością włączył by odpowiednie leczenie. Nie było żadnych przesłanek wskazujących na zaniedbanie czy błąd lekarski. Postępowanie umorzono.

22. Sprawa, w której skarżąca zarzuciła lekarzowi Centrum Dializ, że nie kierował się dobrem pacjenta, tylko najważniejsze były dla niego wyniki badań, jakie prowadził, robiąc specjalizację. Skarżąca stwierdziła, że mąż bał się jeździć na hemodializy, był traktowany instrumentalnie, lekarz nie reagował, kiedy pacjent zgłaszał, że źle reaguje na lek. Skarżąca obarczyła lekarza również winą za śmierć pacjenta. OROZ wszczął postępowanie w tej sprawie. Ustalono, że był to pacjent przewlekłe chory z niewydolnością nerek w stadium V, z wtórną niedokrwistością w przebiegu cukrzycy, z nadciśnieniem tętniczym, z zespołem nerczycowym i został zakwalifikowany do przewlekłego leczenia nerkozastępczego metodą hemodializ. Wielokrotnie hospitalizowany. Nie wyrażał zgody na diagnostykę kardiologiczną (koronarografię). Zalecanych leków często nie przyjmował, inne brał nieregularnie (m.in. obniżające ciśnienie, poprawiające pracę serca, przeciwzakrzepowe). Trzy razy w tygodniu pacjenta dowożono na hemodializy. Od początku leczenia pacjent również nie przestrzegał reżimu płynowego. Wielokrotnie przyjeżdżał przewodniony 4 - 5 kg. Dwukrotnie zdarzyło się, że pacjent nie stawiał się na dializę i nie można się było z nim w żaden sposób skontaktować. Pacjent miał duże problemy z utrzymaniem higieny wokół cewnika. Opatrunki zakładane przez w Stacji Dializ były wielokrotnie naruszane, brudne. Po kilku miesiącach rodzina pacjenta poprosiła o zmianę leczenia na dializę otrzewnową. Lekarze wyrazili zgodę. W czasie tego leczenia ponownie proponowano pacjentowi wykonanie koronarografii, ale nie zgodził się. Pacjent nie wyrażał też zgody na dializy trwające dłużej niż 3,5 godz., mimo że nie osiągnięto adekwatnych wyników. Pacjent nie wyraził również zgody na przyjęcie do szpitala celem wykonania hemofiltracji. Na ostatnią hemodializę pacjent przywieziony w stanie ciężkim, z nasilającą się dusznością. Z uwagi na niestabilność hemodynamiczną skierowany został na OIOM, gdzie zmarł tego samego dnia. Rodzina pacjenta była informowana na bieżąco o jego stanie i skutkach niegodzenia się na proponowane zabiegi oraz niestosowania się do zaleceń lekarza. Pacjent nie brał udziału w żadnym badaniu naukowym. Skarżąca nie stawiała się na wezwania Rzecznika, tłumacząc się złym stanem zdrowia. Nie udała się jej przesłuchać nawet w miejscu zamieszkania. Po przeanalizowaniu całości materiału

dowodowego OROZ uznał, że zarzuty wobec lekarza są całkowicie bezpodstawne i umorzył postępowanie.

23. Sprawa, w której skarżąca zarzuciła personelowi Oddziału Położniczego brak dołożenia należytej staranności w trakcie akcji porodowej. Skarżąca podała, że w trakcie porodu była źle traktowana przez położną i lekceważona przez lekarzy wskutek czego niepotrzebnie cierpiała, a następnie w wyniku pośpiesznie wykonywanego zabiegu cięcia cesarskiego uszkodzono jej pęcherz moczowy. W części dotyczącej położnej skargę przekazano do OROZ Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. W części dotyczącej lekarzy Okręgowy Rzecznik wszczął postępowanie wyjaśniające w sprawie i ustalił, że pacjentka została przyjęta do Szpitala w 40 tyg. pierwszej ciąży z powodu odpływania płynu owodniowego bez czynności skurczowej. Po przeanalizowaniu dokumentacji medycznej oraz przesłuchaniu świadków OROZ stwierdził, że postępowanie medyczne było zgodne ze standardami obowiązującymi podczas porodu drogami natury. Nie było wskazań do wcześniejszego ukończenia porodu cięciem cesarskim. Z chwilą wystąpienia objawów zagrożenia płodu lekarze podjęli natychmiastowe działania. Uszkodzenie pęcherza moczowego potraktowano nie jako błąd lekarski czy niestaranne wykonanie zabiegu, ale jako powikłanie, które jest zresztą najczęstszym przy tego typu zabiegach. Przebieg pooperacyjny niepowikłany. Pacjentka wraz z dzieckiem opuściła szpital po 10 dniach, oboje byli

w stanie dobrym. Wobec powyższego OROZ uznał, że nie dopatrzył się w postępowaniu lekarzy naruszenia przepisów z zakresu lekarskiej odpowiedzialności zawodowej i postępowanie umorzono.

Skierowano 4 wnioski o ukaranie do Okręgowego Sądu Lekarskiego:

1. Sprawa lekarzy chirurgów obwinionych o brak staranności w prowadzeniu postępowania diagnostyczno-leczniczego w okresie pooperacyjnym u pacjenta po zabiegu cholecystektomii laparoskopowej oraz o niestaranne prowadzenie dokumentacji medycznej. W wyniku spóźnionej reakcji na pogarszający się stan chorego doszło do jego śmierci. Ponadto, mimo zebranego w sprawie nie udało się dokładnie ustalić ani na podstawie niestaranne prowadzonej dokumentacji, ani na podstawie sprzecznych zeznań lekarzy – kto i kiedy sprawował opiekę nad pacjentem w okresie pooperacyjnym. Postępowanie lekarzy narusza art. 4 i 41 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

2. Sprawa lekarzy chirurgów obwinionych o brak staranności w prowadzeniu postępowania diagnostyczno-leczniczego w okresie pooperacyjnym u pacjenta po zabiegu cholecystektomii przeprowadzonym metodą tradycyjną oraz o niestaranne prowadzenie dokumentacji medycznej. W wyniku narastających dolegliwości ze strony jamy brzusznej oraz braku wdrożenia odpowiedniego postępowanie diagnostycznego (badanie USG i RTG) pacjent zmarł w siódmej dobie po zabiegu. W tym

przypadku również pojawiły się wątpliwości, który z lekarzy sprawował opiekę nad pacjentem – nie wynikało to jednoznacznie ani z zeznań lekarzy, ani z dokumentacji medycznej chorego. Postępowanie lekarzy narusza art. 4 i 41 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

3. Sprawa lekarza psychiatry obwinionego o to, że wystosował zawiadomienie do wydziału komunikacji organu samorządowego o stanie zdrowia skarżącej (pacjentki) na skutek interwencji osoby trzeciej – innego lekarza, będącego w konflikcie ze skarżącą, nie badając uprzednio pacjentki osobiście oraz posługując się nieaktualnymi danymi dotyczącymi jej stanu zdrowia. Zawiadomienie to miało na celu pozbawienie skarżącej prawa jazdy. OROZ uznał, że mimo iż lekarz miał dobre intencje, postąpił niezgodnie z prawem. Działanie lekarza stanowi naruszenie art. 40 i 41 Kodeksu Etyki Lekarskiej.

4. Sprawa lekarza pediatry obwinionego o to, że pełniąc obowiązki lekarza dyżurnego pediatry przyjmował małoletnich pacjentów w stanie nietrzeźwości, przez co naraził ich na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężki uszczerbek na zdrowiu. Lekarz naruszył swoim postępowaniem art. 1 pkt 3 oraz art. 64 Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza.

Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej
Piotr Piekarski

15 lat minęło, czyli małe koło wielkiego człowieka

Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów właśnie skończyło 15 lat. Obchody tej pięknej rocznicy odbyły się w zabytkowych wnętrzach Zamku Bierzgowskiego w dniu 7.05.2011 roku. Uroczystość zaszczycili swą obecnością Przewodniczący ORL Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej Pan dr Łukasz Wojnowski, Przewodniczący Oddziału Toruńskiego Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego Pan dr Kazimierz Bryndał z małżonką, Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej Okręgowej Kujawsko-Pomorskiej Rady Le-

karskiej Pani dr Krystyna Chrupczak, Ordynator Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Wojewódzkiego Szpitala w Toruniu Pan dr n. med. Jerzy Jakubiak, wieloletni sympatyk i wykładowca. Zaproszoną na spotkanie Panią prof. Danutę Piątkowską zatrzymały niestety obowiązki służbowe.

Świętowanie rozpoczęło się oczywiście symboliczną lampką szampana i wystąpieniem gości, którzy zgodnie wyrażali uznanie dla pracy i zaangażowania pierwszego, jedyne i przez wszystkich uznanego za stałego, przewodniczącego naszego Sto-

warzyszenia Andrzeja Karczewskiego. A potem....

A potem zaczęły się wspominki okraszane licznymi zdjęciami gdzie w salwach śmiechów i żartów przypominano zdarzenia i przeżycia tych 15 lat. A jest co wspominać.

No bo jak w ogóle powstało Stowarzyszenie? W roku 1993 Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska wraz z Wojewódzką Poradnią Stomatologiczną, której szefował wówczas nasz kolega Andrzej Karczewski, zorganizowały dwudniową konfe-

>>

rencją naukową w Ciechocinku. Impreza uzyskała statut cyklicznej i było organizowana przez dwa kolejne lata 1994 i 1995 roku pod takim samym patronatem. Niestety zmiany struktury ochrony zdrowia w 1996 roku spowodowały rozwiązanie Wojewódzkiej Poradni, a Izba Lekarska nie czuła się na siłach samodzielnie poprowadzić dalej organizacji tych Konferencji. Na potrzeby więc chwili i z determinacji Andrzeja Karczewskiego powołał on do życia Włocławskie Stowarzyszenie Lekarzy Stomatologów które w dniu 24.01.1996 roku zostało zarejestrowane w sądzie. Nikt, zapewne nawet sam Andrzej, nie przypuszczał wówczas, jaki będzie dalszy los powołanej organizacji. Na bazie WSLS udało się zorganizować jeszcze Konferencje w Ciechocinku przez kolejną 4 lata.

W międzyczasie grupa członków stopniowo się rozrastała i osiągnęła liczbę około 80 lekarzy stomatologów z Włocławka i okolic. Optymiści mówią, że Włocławek, leżąc w środku Polski, ma wszędzie blisko, pesymiści, że wszędzie daleko. Bo jakby nie patrzeć do najbliższych ośrodków klinicznych jest kawałek, do Łodzi 120 km, do Warszawy 160 km, do Poznania 200 km, do Gdańska 240 km. Stanowi to nie lada ograniczenie w swobodzie korzystania z organizowanych na ich terenie spotkań naukowych. Pojawiła się potrzeba organizowania szkoleń miejscowych, dostępnych dla większej grupy lekarzy. Andrzej postanowił, że Stowarzyszenie powinno wypełnić tę pustkę i podjął rozmowy z licznymi autorytetami naukowymi, przekonując ich, że warto przyjechać do Włocławka. W czasie tych 15 lat odbyło się we Włocławku ok. 70 spotkań szkoleniowych kilkugodzinnych bezpłatnych dla członków Stowarzyszenia. W 2003 roku Andrzej wpadł na pomysł organizowania szkoleń o nieco szerszym zakresie terytorialnym i wspierając się na infrastrukturze sanatoriów w Ciechocinku, zorganizował pierwsze szkolenie całonocne również dla lekarzy nie zrzeszonych. Od tego czasu aż 39 razy spotykaliśmy się w szerszym gronie. Na wszystkich tych spotkaniach wykładowcami byli najwybitniejsi przedstawiciele świata polskiej nauki. Dość powiedzieć, że dla maruderów często brakowało już wolnych miejsc na poszczególnych kursach, a nierzadko lista zamykana była w kilka dni po ogłoszeniu tematu.

Ale nie samą pracą człowiek żyje, więc i tym zajął się niezmordowany Andrzej. W 2000 roku zorganizował pierwszy wyjazd szkoleniowo-turystyczny do Szklarskiej Poręby powiązany ze zwiedzaniem Czech. W trakcie wyjazdu odbywało się również szkolenie. Pomysł się przyjął i w kolejnych dwu latach został powtórzony. Tym razem zwiedzaliśmy Pragę i Dreżno. Zwolenników takiego zdobywania wiedzy było coraz więcej, a często uczestniczyły w tych eskapadach osoby towarzyszące. I od tej pory wyjazdy te stały się tradycją Stowarzyszenia. W 2003 roku odwiedziliśmy Łwów, w 2004 – Wilno i Kowno, w 2005 – Bratysławę, Wiedeń i Budapeszt, rok później w 2006 – St. Petersburg, w 2007 ponownie Czechy i Austrię, w 2008 – zachodnią Ukrainę i jeszcze na jesień Berlin, gdzie po Berlińskim Uniwersytecie Medycznym oprowadzał nas nasz kolega, wykładowca tej placówki dr Jerzy Złowocki. W murach tej słynnej uczelni odbyło się również szkolenie. W 2009 roku wspólnie podjęliśmy ryzyko i byliśmy gośćmi Hrabiego Drakuli w Transylwanii, a jesienią dla relaksu odwiedziliśmy Kraków. 2010 rok zawiódł nas do zamków i browarów Czech, jesienią zaś, by zostać w temacie roku, odwiedziliśmy Wrocław. W tym roku, ponieważ już gdzie tylko można było doje-

chać autokarem stanęła noga członka Włocławskiego Stowarzyszenia Lekarzy Stomatologów, postanowiliśmy polecić na pierwszą naszą samolotową wyprawę. Celem jest przepiękny Krym, a na jesieni Zamość i Lublin. W czasie tych wszystkich wояży, gdy tylko było to możliwe, organizowane były też górskie wycieczki. Andrzej, wielki miłośnik gór, nie pozwoliłby nam nie skorzystać z okazji, by nie rozkoszować się ich widokiem. Naszym wspólnym największym osiągnięciem było zdobycie świętej góry i jednocześnie najwyższego szczytu Ukrainy – Howerli.

Wiele więc się już wydarzyło, ale patrząc na energię Andrzeja, wiele jeszcze przed nami. Oczywiście nie działa sam. Od początku pomaga mu grupa koleżanek. Przede wszystkim Ala Chmielewska i Kasia Duczmańska, ale również Dorota Sokółowska, Ania Klimkiewicz, Justyna Witka-Jeżewska oraz Ania Andrzejewska. Im wszystkim należą się gorące gratulacje i podziękowania.

Można się zastanawiać, czy coś dziwnego jest w naszym mieście, że mogło powstać i przez tyle lat funkcjonować takie Stowarzyszenie. Patrząc na mapę Polski i istniejące również w innych małych ośrodkach podobne organizacje, odnosi się wrażenie, że nie o miejsce tu chodzi. Istotą są ludzie, a nierzadko mała grupa lub nawet jedna osoba, posiadające wizję i charyzmę, umięjące zarazić nią innych, wiedzące, że jedną z najpiękniejszych cech ludzkiego charakteru jest altruizm – dla nich normalny, codzienny sposób zachowania. Póki są wśród nas tacy lekarze mamy szansę na normalne kontakty zawodowe i towarzyskie w naszym środowisku, czego Państwu i sobie życzę.

Anita Pacholec



Z posiedzenia Komisji Stomatologicznej NRL

W dniu 4.04.2011 w Warszawie, w siedzibie NIL, odbyło się posiedzenie Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej. Jako członek tego gremium z ramienia naszej Okręgowej Izby Lekarskiej brałam udział w tym zebraniu.

Dyskutowaliśmy na temat problemu, jaki powstał w związku z ustawą o wyrobach medycznych, która to wprowadza pojęcie takiego wyrobu w odniesieniu do protez zębowych. Implikuje to cały proces uzyskiwania certyfikatu zgodności i pozwolenia wprowadzenia go do obrotu. W najdalej idącej interpretacji każda proteza powinna podlegać takiemu procesowi, co wiązałoby się z opłatą 200 zł za taką akceptację i pozwolenie na oddanie jej pacjentowi, oraz wydłużyłoby proces leczenia o około miesiąc, o poniesieniu kosztów nie wspominając. Sprawa jest nadal w toku i z pomocą izbowych prawników usiłujemy uzmysłowić organom państwowym absurd tej sytuacji.

Nieśmiertelnym tematem, jak zwykle, jest współpraca z NFZ. Przewodniczący grupy roboczej zajmującej się tą dziedziną, Andrzej Baszkowski, przygotował opracowanie traktujące o problemach organizacji świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych w świetle permanentnego zmniejszania się realnego poziomu tych nakładów. Poruszano w nim również problem nieprawidłowości ze strony NFZ w procesie kontraktowania usług w roku 2011 i lata następne. Opracowanie to było podstawą do rozmów z Ministrem Zdrowia, Andrzejem Włodarczykiem, jakie odbyły się w marcu tego roku. Rzetelność opracowania była na tyle przekonująca, że sprowokowała Pana Ministra do wystosowania pisma do Prezesa NFZ w celu zbadania zarzutów i usunięcia nieprawidłowości.

Zajęliśmy się wydawałoby się już prze-maglowanym na wszystkich stronach, tematem kas fiskalnych. Problem pojawił się w terenie, a polegał na akceptowaniu różnego w różnych regionach Polski nazewnictwa: „usługa medyczna”, „lekarska” czy „stomatologiczna”, a w stosunku do usług podlegających podatkowi VAT z zakresu estetyki, czy ma to być „usługa kosmetyczna” czy „estetyczna”. Zgodnie stanęliśmy na stanowisku że powinna to być „usługa medyczna”, jako że jest sformułowaniem najszerzym, i „usługa estetyczna”. Kosmetykę pozostawmy kosmetyczkom i kosme-

tologom. W tej sprawie zostało wystosowane pismo do Ministra Finansów z prośbą o interpretację.

Pani prof. Teresa Bachanek, przewodnicząca zespołu do spraw kształcenia, przedstawiła opracowanie na temat nowego modelu kształcenia przeddyplomowego, jakie ma być wprowadzone w związku z nową ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Projekt ten zawierał ustalenia, jakim powinno to kształcenie odpowiadać, by utrzymać zasadę uznawania dyplomów polskich uczelni medycznych na terenie państw Unii Europejskiej. Program kształcenia wpisany w układ akcesyjny musi być realizowany zgodnie z tym zapisem. Faktyczne zaś przeniesienie stażu podyplomowego na ostatni rok studiów wymaga takich zmian w programie uczelni, by zawrzeć w nim wszystkie dotychczasowe i nowe wymagania.

Gorącą dyskusję spowodował nowy pomysł Ministra Zdrowia, kolejnej nowelizacji dopiero co znowelizowanej ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, polegającej na wprowadzeniu tzw. umięjętności. Dokładnej definicji jeszcze nie ma, ale w zamyśle miałyby to być jakaś konkretna umięjętność np. echokardiografia, którą zdobywałoby się niezależnie od specjalizacji, na kursach płatnych, w akredytowanych ośrodkach, potwierdzona egzaminem państwowym dwustopniowym – pi-semnym i ustnym. Miałyby to być rozwiązanie zwiększające liczbę lekarzy o tych umięjętnościach, bo przecież nie da się ich nazwać specjalistami, ułatwiające dostępność tych usług dla pacjentów. Niejasne jest: czy lekarz ze specjalizacją, w zakresie której wchodzi ta umięjętność, będzie musiał zdawać ów egzamin, by móc się szczyścić posiadaniem takiej umięjętności, czy po zdobyciu takiej umięjętności lekarz bez wcześniejszego zdobycia tytułu specjalisty teraz taki tytuł będzie posiadał, jakie i ile będzie tych umięjętności. A pomysł, że lekarze, którzy do dziś zdobyli tylko pierwszy stopień specjalizacji w starym trybie, będą mogli podejść bez żadnych wymaganych staży i kursów do egzaminu i po jego zdaniu będą posiadać tytuł specjalisty, wpisuje się w całokształt procesu deprecjonowania tytułu lekarza specjalisty. Jak nic przypomina się filozofia z filmu „Kingsajz” Machulskiego, „... gdy wszystko dookoła za małe, za krótkie, rozmiar zmień i stań się krasnoludkiem...”

Niemniej gorącym tematem dyskusji był problem reklamy usług medycznych. Uchwały NIL z 1996 roku o zakazie takich praktyk zdają się nieco przestarzałe i zupełnie nie traktują o tak masowym źródle informacji jak Internet. Zgodnie doszliśmy do wniosku, że należy zająć się uaktualnieniem i uporządkowaniem tych spraw. Usługi medyczne są specyficznym rodzajem usług, ale tak jak inne wymagają sposobu dotarcia do swych odbiorców. Nie można również zapominać, że Izba jako instytucja jest podległa swoim członkom. Więc przed opracowaniem zasad dozwolonego sposobu informacji o usługach medycznych, należałoby wszczać szeroką dyskusję wśród lekarzy i zebrać opinie na temat tego problemu. By podjęte uregulowania były głosem większości, nie były odbierane jako represje i nie były oderwane od rzeczywistości.

Przykrym tematem, który poruszyliśmy, była agresja, ta bezpośrednia w gabinecie, ale i ta na łamach portali internetowych. Nasza bezsilność w tych przypadkach jest frustrująca i nie napawa optymizmem. W każdym przypadku należy podjąć próbę obrony, czy to poprzez zgłoszenie tego faktu kierownikowi placówki, a w skrajnych przypadkach na Policji. Pocieszające jest, że została uruchomiona strona w ramach NIL: www.agresja.hipokrates.org, gdzie można zgłaszać takie przypadki i uzyskać pomoc. Działa już również całkiem sprawnie cały system Rzecznika Praw Lekarza, który na szczelbu okręgowym i naczelnym jest gotów nam pomóc. Przed agresją w Internecie możemy się bronić, wysyłając pismo do zarządcy strony z żądaniem usunięcia szkalującego nas wpisu. Ma to umocowanie prawne i jest możliwe do wyegzekwowania. Gotowe wzory takich pism można otrzymać w naszej Okręgowej.

Na koniec, ku poprawie nastrojów, zapoznaliśmy się z opracowaniem Agnieszki Ruchała-Tysler przedstawiającym dobrą kondycję rynku prywatnych usług stomatologicznych i przewidywanym dalszym pozytywnym jego rozwojem. Wprawdzie wzrasta poziom wymagań naszych pacjentów, ale właśnie ta wzrastająca świadomość prozdrowotna i coraz częściej zwracana uwaga na estetykę są motorem, który dodaje dynamiki rozwojowi naszej dziedziny.

Anita Pacholec

• KOMUNIKATY •

Aktualny cennik reklam (ceny netto)		
Okładki kolor:		
IV strona	1200 zł	A4
III strona	1000 zł	A4
II strona	1000 zł	A4
Środek numeru:		
1/1 mono	800 zł	A4
1/2 mono	400 zł	½ A4
1/4 mono	300 zł	¼ A4
Inserty:		
Cały nakład	800 zł	max. A4, waga: 1 szt. – do 5 g.
Ogłoszenia drobne	100 zł	dot. ogłoszeń o zatrudnieniu lub poszukiwaniu pracy oraz ogłoszeń o sprzedaży lub wynajmie itp.

Wbrew pozorom medycyna ma wiele wspólnego z historią

Dr Włodzimierz Grabowski (rocznik 1964) ukończył Akademię Medyczną w Warszawie. Obecnie pracuje na Oddziale Kardiologicznym Nacisnienia Tętniczego i Kardiologii Inwazyjnej w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym im. Dr. W. Biegańskiego w Grudziądzu.

Dr Grabowski jest pasjonatem fortyfikacji, członkiem Towarzystwa Przyjaciół Fortyfikacji oraz współautorem wydanej pod koniec 2010 roku przez Wydawnictwo Kalamarski obszernej monografii twierdzy Grudziądz.

– **Panie Doktorze, jest Pan bardziej lekarzem czy bardziej pasjonatem fortyfikacji? Pytam o to dlatego, że w sieci znacznie łatwiej jest znaleźć informacje o Pana pasji niż zawadzie...**

Bo lekarzy w Grudziądzu jest kilkuset, natomiast pasjonatów fortyfikacji jest tylko kilku i zapewne dlatego łatwiej jest znaleźć w sieci informacje w tym zakresie. Oczywiście, jestem przede wszystkim lekarzem. Medycyna jest także moją pasją, ale przecież nie samą medycyną człowiek żyje.

W zasadzie na studia medyczne trafiłem przez przypadek. Od zawsze interesowałem się historią i chciałem studiować właśnie historię albo archeologię, ale ponieważ prawie wszyscy koledzy z mojej klasy szli na medycynę, poszedłem razem z nimi. Nie porzuciłem jednak swoich młodzieńczych zainteresowań.

Natomiast dzięki studiowaniu medycyny – która przecież też jest dziedziną nauki, a zatem wbrew pozorom ma z historią wiele wspólnego – rozwinąłem warsztat naukowy, który później okazał się bardzo przydatny podczas opracowywania naszej monografii. Wiedziałem, jak należy przeszukiwać archiwa, docierać do informacji źródłowych i potwierdzać ich autentyczność.

– **Jest Pan członkiem i założycielem Koła „Twierdza Grudziądz”, działającego przy Toruńskim Oddziale Towarzystwa Przyjaciół Fortyfikacji. Na czym polega działalność tego Koła?**

Towarzystwo Przyjaciół Fortyfikacji jest stowarzyszeniem naukowym o zasięgu ogólnopolskim, podzielonym na kilka od-

działów regionalnych. Koło Twierdzy Grudziądz, które założyliśmy w pięć osób przed kilkoma laty, jest jeszcze drobniejszą strukturą, funkcjonującą w ramach oddziału.

Zadaniem naszego Koła jest przede wszystkim inwentaryzacja zachowanych dzieł fortyfikacyjnych i ich ochrona, ponieważ są to w większości obiekty zabytkowe, zagrożone niestety zniszczeniem. Do naszych zadań należy również zdobywanie wszelkich informacji na temat historii fortyfikacji i naszego miasta oraz popularyzacja tej wiedzy. Czasami na prośbę kolegów z miejskiego oddziału PTTK oprowadzamy wycieczki po „Szlaku Twierdzy Grudziądz” – zazwyczaj raz w roku odbywa się duża wycieczka rowerowa, oprócz tego są również organizowane mniejsze piesze wyprawy.

Spotykamy się także z pasjonatami fortyfikacji z całej Polski, których jest kilkuset, więc generalnie wszyscy się znamy. Są organizowane zjazdy i sympozja naukowe, bo – jak się okazuje – historia fortyfikacji to jest całkiem pokaźna dziedzina nauki. Często jesteśmy zapraszani do wygłaszania referatów – zarówno na konferencjach naukowych w Polsce, jak i za granicą.

Działające w Europie Zachodniej stowarzyszenia, podobne do naszego Towarzystwa Przyjaciół Fortyfikacji, zajmują się także restaurowaniem zabytkowych obiektów, ale oni mogą to robić własnymi siłami. Podczas gdy w Grudziądzu jest pięciu pasjonatów fortyfikacji, to w Strasburgu – który wcale nie jest dużym miastem – takich ludzi jest trzystu, może czterystu. Przy takiej liczbie osób łatwiej można zorganizować akcje

sprzątania terenu czy wycinania drzew. Dla nas są to zadania praktycznie niewykonalne – z braku czasu i środków.

– **Członkowie Koła – Jakub Franczak, Piotr Nowiński i Mariusz Żebrowski – są także współautorami książki „Twierdza Grudziądz”. W jakich okolicznościach się Panowie poznali?**

Skrzyknęliśmy się zupełnie przypadkowo przez Internet. Zaczęło się od tego, że moja córka miała w ramach pracy zaliczeniowej z informatyki stworzyć własną stronę internetową. I tak się z córką zastanawialiśmy, na jaki temat możemy tę stronę zrobić. A ponieważ interesowałem się fortyfikacjami, rzuciłem pomysł: zrobmy stronę o grudziądzkich fortyfikacjach, bo takiej witryny jeszcze nie było.

Jeździliśmy potem na rowerach i robiliśmy zdjęcia, które zamieściliśmy na stronie wraz ze wszelkimi możliwymi informacjami. Na stronie znalazł się także nasz adres mailowy i właśnie pod ten adres zaczęło się zgłaszać sporo osób chętnych do wspólnego zwiedzania fortyfikacji i wspólnego działania. I tak właśnie się poznaliśmy – zupełnie przez przypadek.

– **Porozmawiajmy przez chwilę o książce. Z czyjej inicjatywy została ona napisana?**

W zasadzie była to nasza wspólna inicjatywa, ale przede wszystkim Mariusza Żebrowskiego, który jest historykiem, od wielu lat pasjonatem grudziądzkiej fortyfikacji i znanym autorem reportaży w miejscowej telewizji kablowej. On od lat nosił się z zamiarem wydania monografii twierdzy, ale

temat jest tak obszerny, że od razu było wiadomo, że jedna osoba nie da rady przeprowadzić takiego przedsięwzięcia.

Zatem Mariusz Żebrowski podrzucił pomysł, natomiast ja podjąłem się koordynowania całości projektu – każdy z kolegów dostał zadanie do opracowania i miał za zadanie w ciągu dwóch, trzech lat przygotować cały materiał ze swojej działki. Później ja – jako nieformalny redaktor naczelny i osoba najbardziej zorientowana w składzie komputerowym – połączyłem te wszystkie materiały w jedną spójną całość.

Dbałem także o to, aby wszelkie informacje zawarte w monografii miały potwierdzenie w literaturze i w źródłach naukowych. Owszem, nasza książka jest raczej dziełem popularnonaukowym niż pracą stricte naukową, ponieważ ostatecznie musieliśmy zrezygnować z przypisów, ale nie zawiera ona niesprawdzonych informacji. A z robienia przypisów zrezygnowaliśmy wówczas, gdy okazało się, że nasza książka, która i tak liczy ponad 700 stron, z przypisami byłaby dwa razy grubsza. Takiej książki nikt by nie chciał wydać i nikt by jej nie kupił.

– **Ile czasu zajęło opracowanie wszystkich materiałów do książki?**

Materiały zbieraliśmy ponad dziesięć lat, natomiast już konkretne przelewanie ich na papier trwało około trzech lat. Do tego około rok trwał sam cykl produkcyjny w wydawnictwie i w drukarni. Nie mieliśmy natomiast problemu z pozyskaniem wydawcy – został nim miejscowy pasjonat historii, który hobbystycznie zajmuje się wydawaniem książek o historii Grudziądza. W zasadzie można powiedzieć, że bardziej on przyszedł do nas niż my do niego.

Najbardziej pracochłonnym zadaniem była bez wątpienia inwentaryzacja dzieł twierdzy – kilkuset schronów, których nie było na żadnej mapie. Najpierw trzeba było pójść w teren, zrobić zdjęcia i dokładne pomiary każdego dzieła, a potem stworzyć mapy i rozrysować schematy – własnoręcznie tworzyłem schematy tych kilkuset schronów. Chociaż w Polsce jest mnóstwo twierdzy i powstaje na ich temat wiele opracowań, nasza książka jest pierwszą tego typu monografią, która zawiera kompletny katalog wszystkich schronów. Każdy schron został dokładnie zmierzony i obfotografowany, i każdy z nich ma swój schemat – jest to zatem gotowy materiał do tworzenia inwentaryzacji przez konserwatorów zabytków.

– **A jak wyglądało w praktyce zbieranie informacji historycznych i pozyskiwanie unikatowych dokumentów?**

Na temat twierdzy ukazywały się do tychczas pojedyncze artykuły – liczące po kilka, kilkanaście stron – dlatego większość materiałów do książki trzeba było znaleźć przede wszystkim w archiwach polskich i zagranicznych. Penetrowaliśmy archiwa i szukaliśmy wszelkich doświadczeń informacji – zwłaszcza we Francji, ponieważ większość materiałów znajduje się nie w Niemczech, tylko na terenach Alzacji i Lotaryngii, gdzie Niemcy wybudowali swoje twierdze, ale po II Wojnie Światowej znalazły się one na terytorium dzisiejszej Francji. Znajdują się tam umocnienia niemieckie, które są bliźniaczo podobne do twierdzy grudziądzkiej. Są tam także bogate archiwa i ludzie, którzy naukowo zajmują się tą tematyką. Kilkakrotnie byłem w Strasburgu i w Metz u znajomych pasjonatów, dzięki którym udało nam się pozyskać sporo materiałów.

Poza tym przeszukiwaliśmy głównie archiwa polskie i berlińskie, a nawet archiwa w Sztokholmie, gdzie znajdują się materiały dotyczące okresu potopu szwedzkiego. Osobiście przetłumaczyłem około czterech tysięcy stron dzieł Fryderyka II Wielkiego, który budował cytadelę w Grudziądzu – była to gigantyczna praca. W naszej książce zamieściliśmy także sporo ilustracji i zdjęć historycznych, dotychczas niepublikowanych w polskiej literaturze. Część z nich pochodzi z różnych archiwów, a część kupowaliśmy sami na zagranicznych aukcjach.

– **A zatem łączy Pan Doktor swoją pasję także z podróżowaniem i zwiedzaniem fortyfikacji w innych państwach...**

Tak, razem z grupką przyjaciół mamy taki zwyczaj, że raz do roku wyjeżdżamy na tydzień w jakieś miejsce w Polsce lub w Europie w celu zwiedzania miejscowych umocnień. I to jest taki tygodniowy wypad poświęcony tylko i wyłącznie fortyfikacjom. Byliśmy wielokrotnie przede wszystkim w Alzacji i Lotaryngii, gdzie tych fortyfikacji jest chyba najwięcej w skali Europy – można tam całymi miesiącami jeździć i codziennie coś innego zwiedzać.

W Europie Zachodniej – głównie właśnie w Alzacji i Lotaryngii – intensywnie rozwija się turystyka forteczna. W Polsce ta idea jest jeszcze w powiśkach, ale też jest już kilka miejsc przystosowanych do zwiedzania, na przykład w Toruniu. Cytadela w Grudziądzu też jest coraz bardziej dostępna i co roku odwiedzają ją tysiące osób, ale to ciągle jeszcze jest niszowa sprawa. Cóż, jedni wolą chodzić do pubu, pić piwo i grać w kręgle, a ja wolę wziąć plecak, latarkę i pójść w teren. Przy okazji dbam w ten sposób o kondycję i „pozbywam się nadmiaru tłuszczu”, co też nie jest bez znaczenia.

Chociaż z drugiej strony jest to jednak niebezpieczne hobby. Owszem, wiele informacji można znaleźć w archiwach czy w starych książkach, ale większość tych zagadnień jest w ogóle nieopracowana, dlatego dużo czasu spędza się w terenie, penetrując stare fortyfikacje. Są to przeważnie dzieła w znacznym stopniu zdewastowane i – co za tym idzie – niebezpieczne. Kilkakrotnie rzeczywiście udało mi się cudem uniknąć śmierci, gdy wpadłem w jakiś głęboki, niezabezpieczony szyb albo trafiłem na teren bagieny. Dlatego obowiązuje zasada, że po takich miejscach chodzi się zawsze w towarzystwie co najmniej jednej osoby.

– **Wieleletnie prace nad przygotowaniem i wydaniem monografii twierdzy Grudziądz dobiegły końca. Czy planują już Panowie napisanie kolejnej książki?**

Jeśli wszystko pójdzie zgodnie z planem, to planujemy w przyszłym roku wydać przewodnik po twierdzy Grudziądz – w formacie kieszonkowym, który będzie można spakować do plecaka i pójść z nim w teren, bo trudno zabierać ze sobą czterokilowe dzieło.

Marzy mi się także taki przewodnik po okolicznych twierdzach – od Malborka, przez Grudziądz i Chełmno do Torunia i Włocławka, bo tam też znajdują się liczne schrony. Takich twierdzy jest w naszym regionie bardzo dużo, bo to była kiedyś strefa nadgraniczna. Przewodnik mógłby być wydany w kilku tomach, zebranych w jednej tekturowej obwolucie, żeby można go było potem położyć estetycznie na półce. Ale ta idea wymaga znalezienia sponsorów i środków finansowych, bo wydawcy w dzisiejszych czasach niechętnie inwestują w książki, co do których nie mają pewności, że uda się je sprzedać w odpowiednim nakładzie.

Chociaż wbrew pozorom taka tematyka sprzedaje się w miarę dobrze, bo sporo się takich pozycji w Polsce wydaje i one momentalnie znikają z księgarni albo są nawet dystrybuowane tylko przez Internet. Koledzy, którzy wydawali podobne książki, bez problemu sprzedawali około tysiąca egzemplarzy, a nakład tysiąca sztuk jest już dla wydawcy opłacalny. „Twierdza Grudziądz” sprzedawała się już (w ciągu pół roku) w ponad tysiącu egzemplarzy, co jest bardzo dobrym wynikiem jak na książkę, która w księgarni kosztuje 180 złotych.

– **Dziękuję bardzo za rozmowę.**

Rozmawiała: Dominika Kisielewska

Zdjęcia pochodzą ze zbiorów dr. Włodzimierza Grabowskiego



• KOMUNIKATY •

Komitety Organizacyjny serdecznie zaprasza
**absolwentów Pomorskiej Akademii Medycznej ze wszystkich roczników
na spotkanie towarzyskie dnia 20 stycznia 2012 r.**

Osoby chętne proszone są o kontakt:
– dr Jerzy Hermanowski – 501 623 782

– lub a.lis@hipokrates.org

Planowany koszt imprezy to około 150,00 zł od osoby (bez noclegu).

Zgłoszenia przyjmujemy do końca września br.

RZECZNIK PRAW LEKARZA

naszej Izby
Krzysztof Izdebski,
tel. 697 617 763,
e-mail: izdebski77@gmail.com

**Godziny pracy biura KPOIL
w Toruniu, w okresie wakacyjnym
(lipiec, sierpień)**

poniedziałek	8-17
wtorek	8-15
środa	8-15
czwartek	8-15
piątek	8-13

• KĄCIK DELEGATURY W GRUDZIĄDZU •

Już lato...

Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy

*„...Lato, lato, lato czeka,
Razem z latem czeka rzeka,
Razem z rzeką czeka las,
A tam ciągle nie ma nas...”*

Życzę każdemu z Państwa pogody odpowiadającej do urlopowych zamierzeń.
Ładujcie Państwo lekarzkie akumulatory.
Bardzo proszę o ciekawe fotki i wspomnienia z wojaży po Polsce i świecie.

Pozdrawiam
Wiesław Umiński

Informuję Państwa o nowym numerze telefonu do Delegatury Izby Lekarskiej w Grudziądzu. Aktualny nasz numer to: **56 641 34 73**

• HISTORIA JEDNEJ FOTOGRAFII •



Leśniczówka Pranie. Muzeum K.J. Gałczyńskiego nad Jeziorem Nidzkim. Wizyta uczestników XXXI Ogólnopolskiego Kongresu Pediatrów (6 - 9.06.1999). W programie z wierszami Konstantego Ildefonsa Gałczyńskiego wystąpił Wojciech Siemion, wybitny aktor filmowy i teatralny, znakomity recytator poezji. Zginął w wypadku samochodowym 22.04.2010 r. w wieku 82 lat.

Od lewej obok Mistrza : Kol.Kol. Helena Jankowska i Marian Łysiak.

PRACA

NZOZ nawiąże współpracę z **lekarzem stomatologiem**: 502- 029 249

Zatrudnimy **lekarza stomatologa** do współpracy w gabinecie szkolnym.
Kontakt: 56 654 03 79

Centrum Medyczne Farma-Med w Inowrocławiu poszukuje lekarza do pracy w POZ.
Proponujemy bardzo dobre warunki płacowe oraz zapewnienie mieszkania.
Telefon kontaktowy:
52 357 42 99 w godz. od 8.00 do 16.00 lub 608 352 884
e-mail: farma-med@ino.biz.pl lub zyta.szumlanska@gmail.com

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Rydygiera w Toruniu zatrudni w pełnym wymiarze czasu pracy lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie **anestezjologii i intensywnej terapii** z doświadczeniem w znieczulaniu dzieci.
Oferty należy składać w Dziale Służb Pracowniczych przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu, ul. Św. Józefa 53/59.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Toruniu zatrudni lekarza na stanowisko Zastępcy Głównego Lekarza Orzecznika:
lekarz medycyny z tytułem specjalisty, specjalizacja: choroby wewnętrzne, chirurgia, chirurgia, neurologia, psychiatria, medycyna pracy, medycyna społeczna, minimum 5 lat czynnego wykonywania zawodu lekarza, minimum 3 lata doświadczenia w zakresie orzecznictwa lekarskiego.

• KOMUNIKATY •

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w dniu 26 maja 2011 r. zmarł
Pan Doktor

KAZIMIERZ GRZESIAK

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie Pana Doktora oraz Przyjaciołom
składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pani Doktor
JADWIDZE WITKOWSKIEJ
szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci

MATKI

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w dniu 11 czerwca 2011 r. zmarła
Pani Doktor

DANUTA MŁYNARCZYK

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie Pani Doktor oraz Przyjaciołom
składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w dniu 22 czerwca 2011 r. zmarła
Pani Doktor

HALINA ROSSA

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie Pani Doktor oraz Przyjaciołom
składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Panu Doktorowi
JANOWI GUSZKIEWICZOWI
szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci

ŻONY

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Państwu Dr Dr
WOJCIECHOWI I JULICIE
KULPA

szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci

MATKI i TEŚCIOWEJ

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Panu Doktorowi
PIOTROWI LUBARSKIEMU
szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci

MATKI

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pani Doktor KATARZYNIE
KASZTELOWICZ-CHAJKOWSKIEJ
szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci

MATKI

Pani Dr Danuty Młynarczyk składają
Zarząd i Członkowie Oddziału Włocławskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Państwu Dr Dr
ANNIE I WIESŁAWOWI
RADZISZEWSKIM
szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci

OJCA i TEŚCIA

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pani Doktor KATARZYNIE
KASZTELOWICZ-CHAJKOWSKIEJ
szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci

MATKI

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Państwu Dr Dr
AGNIESZCE I ANDRZEJOWI
ŁĄTKOWSKIM
szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci

MATKI i TEŚCIOWEJ

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Panu Doktorowi
JANOWI MAZUROWI
szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci

BRATA

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Pani Doktor KATARZYNIE
KASZTELOWICZ-CHAJKOWSKIEJ
szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci

MATKI

Pani Dr Danuty Młynarczyk składają Pracownicy Oddziału Dziecięcego-Obszerwacyjnego Szpitala Wojewódzkiego we Włocławku

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w dniu 22 maja 2011 r. zmarł
Pan Prof. dr hab. n. med.

STANISŁAW STERKOWICZ
Honorowy Prezes naszej Izby Kawaler Tytułu i Odznaczenia PRO GLORIA MEDICI.

Wyrazy szczerego współczucia Pani Dr Marii Sterkowicz, Rodzinie Pana Doktora oraz Przyjaciołom
składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Państwu Dr Dr
JAROSŁAWOWI I EWIE PIKUS
szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci

MATKI i TEŚCIOWEJ

składa Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska

20-lecie programów partnerskich TORUŃ - GETYNGA



W dniach od 26 do 29 maja 2011 roku gościliśmy delegację dziesięciu lekarzy Izby Lekarskiej z zaprzyjaźnionej z Toruniem Getyngi. Izba Lekarska w Getyndze jest delegaturą Dolnosaksońskiej Izby w Hanowerze. Współpraca między naszymi Izbami trwa od dwudziestu lat. W międzyczasie odbyły się wizyty naszych delegatów w Niemczech, a co drugi rok gościliśmy kolegów z Getyngi.

Tegoroczna wizyta zbiegła się z jubileuszem 20-lecia współpracy między naszymi Izbami. Treścią tych wizyt jest zwiedzanie różnych medycznych instytucji oraz rozmowy na tematy opieki zdrowotnej naszych miast. Szczególnie ważne dla nas były rozmowy na temat organizacji ochrony zdrowia w Europie przed przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej.

W minionym okresie pewna liczba naszych lekarzy odbywała staże w placówkach medycznych Getyngi. W dalszym ciągu są propozycje ze strony Izby Lekarskiej w Getyndze dla lekarzy z Torunia, aby odbywali staże w Getyndze na gościnnych warunkach. Wymogiem jest jednak znajomość języka niemieckiego.

Ostatnia wizyta naszych kolegów była urozmaicona. Zapoznawali się z organizacją nowego szpitala w Grudziądzu. Dyrektor szpitala, pan dr Marek Nowak bardzo serdecznie przyjął naszych gości. Odbyło się również spotkanie zorganizowane przez Urząd Miasta Torunia z udziałem Pana Prezydenta Michała Zaleskiego, na

którym poruszano tematy dotyczące ochrony zdrowia w naszym mieście.

W ostatnim dniu wizyty odbyło się spotkanie lekarzy naszej Izby oraz gości z Getyngi w Citomedzie. Wysłuchaliśmy wspólnie referatu p. dr. Romana Łyska pt. „Prowadzenie placówki medycznej własnej to misja czy zadanie”. Wywiązała się ciekawa dyskusja. Debatowaliśmy również na temat dalszej współpracy, zorganizowania kursów języka niemieckiego, oraz konieczności udziału we wspólnych działaniach większej ilości młodych lekarzy i lekarzy stomatologów. Po dyskusji zapoznano gości z organizacją i pracą placówki Citomed.

W sobotę wieczorem odbyło się spotkanie towarzyskie z udziałem naszych gości, przedstawicieli Rady Miasta Torunia, Koleżanek i Kolegów toruńskiej Izby oraz byłych stażystów, którzy odbywali praktyki w Getyndze.

W następnym roku odbędzie się rewizyta w Getyndze. Po wyjeździe naszych gości otrzymaliśmy pismo z podziękowaniami:

1991 - 2011

Prawie równocześnie z podpisaniem niemiecko-polskiego układu o dobrym sąsiedztwie i przyjaznej współpracy rozpoczęła się intensywna współpraca między Izbami Lekarskimi w Toruniu i Getyndze.

Tegoroczna wizyta delegacji lekarzy z Getyngi w Toruniu w ostatnich dniach

maja miała charakter jubileuszu 20-lecia. Zostaliśmy powitani ze zwyczajową już serdeczną gościnnością. Dni naszego pobytu były mocno wypełnione zwiedzaniem różnych medycznych instytucji w Toruniu i Grudziądzu. Odbyły się rozmowy z Prezydentem Miasta Torunia i ludźmi odpowiedzialnymi za politykę zdrowotną. Prowadziliśmy także dialogi z różnymi lekarzami. Ich tematyką były problemy zdrowotne społeczeństwa oraz sprawy zawodowo-polityczne i medyczno-fachowe.

Poznaliśmy bliżej pewne problemy zdrowotne oraz starania o ich poprawę, także w ramach zróżnicowanych systemów organizacyjnych.

Przy tej okazji stało się wyraźne, że w sytuacji sceptycznej atmosfery w Europie, między lekarzami Getyngi i Torunia od przeszło dwudziestu lat panuje przyjaźń i współpraca, które jednocześnie przybliżają do siebie nasze państwa – Niemcy i Polskę.

Na koniec warto zaznaczyć, że trochę czasu zostało, aby zobaczyć Malbork i ponownie wrócić do pięknego partnerskiego Torunia.

*Dr Christian Krause-Gründel
Członek Rady Lekarskiej
w Delegaturze w Getyndze*

*Kazimierz Bryndal
Przewodniczący
Komisji ds. Współpracy z Zagranicą*





Kompleksowe rozwiązania:

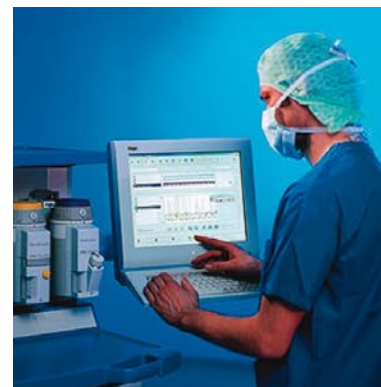
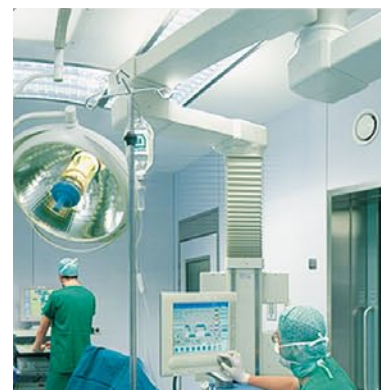
Bloki operacyjne

Oddziały intensywnej terapii dzieci i dorosłych

Oddziały intensywnej terapii noworodków

Oddziały ratunkowe

Opieka domowa



Dräger Polska Sp. z o.o.
ul. Sułkowskiego 18a
85-655 Bydgoszcz
Tel. +48 52 346 14 33
Fax: +48 52 346 14 37
info.polska@draeger.com

Al. Jerozolimskie 176
02-486 WARSZAWA
Tel: +48 22 594 44 11
Fax: +48 22 594 44 10

ul. Warzywna 10
61-658 POZNAŃ
Tel: +48 61 826 86 05
Fax: +48 61 826 81 25

ul. Żelazna 1
40-851 KATOWICE
Tel: +48 32 359 09 62
Fax: +48 32 359 09 64

Centrum Serwisowe:
Tel: 0 800 20 44 20
serwis.polska@draeger.com

Części zamienne i akcesoria:
Tel: +48 52 346 14 35