

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

# primum

BYDGOSZCZ ŚWIECIE TUCHOLA SĘPÓLNO NAKŁO ŻNIN INOWROCŁAW MOGILNO



NR 5 (399) czerwiec 2025

ISSN 2353-6055



## Z ŻYCIA IZBY

Porozumienie z Wojewódzką  
Stacją Pogotowia Ratunkowego

3

## TEMAT NUMERU

Agresja i mowa nienawiści  
wobec lekarzy

4

## Z ŻYCIA REGIONU

Nowe techniki w ginekologii  
w Szpitalu Bizziela

25



# PALLADIUM

PADEREWSKIEGO 25



Ekskluzywny  
apartamentowiec  
tuż przy Nowej  
Akademii Muzycznej



WYGODNY HARMONOGRAM  
ROZŁOŻONY DO MAJA 2026

T: 785 019 019  
IQDEVELOPMENT.PL



**W NUMERZE**

**OD REDAKCJI**

Felieton Prezes ORL BIL **1**

**Z ŻYCIA IZBY**

Porozumienie z Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy **3**

**TEMAT NUMERU**

W siódmym niebie nienawiści **4**

Marsz Milczenia Medyków **6**

Ochrona prawna lekarza przed agresją ze strony pacjenta **8**

Pomoc dla lekarzy oferowana przez Bydgoską Izbę Lekarską **11**

**PRAWO**

Jak radzić sobie z hejtem i agresją? **12**

**ROZWÓJ OSOBISTY**

Skąd się biorą kosmiczne zarobki lekarzy? Agresja i mowa nienawiści wobec personelu medycznego **18**

**Z ŻYCIA REGIONU**

Otwarcie Pracowni Elektrofizjologii i Elektroterapii **22**

Nowatorski zabieg w Szpitalu im. dr. J. Bizieła **24**

Nowe techniki w ginekologii operacyjnej w Szpitalu im. J. Bizieła **25**

Serce Polskiej Unii Szpitali Klinicznych zabiło w Bydgoszczy **28**

Konferencja na temat badań klinicznych **29**

**ROZWÓJ ZAWODOWY**

Neonatologia **30**

Roboty w medycynie **31**

**PASJE LEKARZY**

Lekarzu spójrz na ptaki **32**

KOMUNIKATY **33**

OGŁOSZENIA **34**

KĄCIK JEDNEGO WIERSZA **37**

**Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy!**

Nasze serca przepełnia głęboki smutek w związku z tragiczną śmiercią Naszego Kolegi śp. Tomasza Soleckiego. Trudno pogodzić się z odejściem jednego z nas w tak dramatycznych okolicznościach, w miejscu, w którym codziennie niósł pomoc potrzebującym oraz które powinno być bezpieczną przestrzenią dla ratowania ludzkiego życia.

**CHRONIĆ TYCH, KTÓRZY RATUJĄ**

Pojawiły się pytania dotyczące bezpieczeństwa pracy personelu medycznego oraz procedur bezpieczeństwa w podmiotach medycznych. Narastające na sile przejawy agresji wobec medyków obserwujemy od lat. Bierność instytucji państwowych oraz brak odpowiednich rozwiązań prawnych sprzyjały postępującej eskalacji tego zjawiska i dzisiaj chyba już żaden lekarz nie może czuć się bezpieczny.

Jako prezes ORL BIL niejednokrotnie reagowałam, zapewniając realną pomoc prawną na zgłaszane przez Naszych Lekarzy przypadki hejtu w przestrzeni medialnej, kradzieży wizerunku oraz fizycznych przejawów przemocy. W obliczu ostatnich wydarzeń to wydanie „Primum” stanowi informacyjne wsparcie dla lekarzy w zakresie oferowanych przez nas form pomocy, konkretnych procedur, możliwości działań prawnych oraz wszelkich zagadnień związanych z sytuacjami doświadczania przemocy przez medyków. Bardzo istotne jest, abyśmy zgłaszali wszelkie przypadki agresji wobec nas do odpowiednich instytucji.

„Nie może być przyzwolenia na przemoc wobec tych, którzy ratują życie” – tak brzmi apel Naczelnej Rady Lekarskiej, skierowany do władz politycznych o podjęcie działań w celu powstrzymania hejtu i każdej formy przemocy wobec



**ALEKSANDRA ŚREMSKA**  
PREZES ORL BIL

środowiska lekarskiego. Jako samorząd lekarski podjęliśmy wszechstronne działania i oczekujemy na realizację proponowanych przez nas rozwiązań realnie chroniących pracowników ochrony zdrowia. Wnioskujemy m.in.: o wdrożenie systemowych procedur bezpieczeństwa w placówkach medycznych (w tym również dotyczących infrastruktury – przycisków alarmowych, wykwalifikowanej ochrony), rejestracji i zgłaszania przypadków agresji wobec medyków, zastrzeżenia ich danych osobowych w ogólnodostępnych rejestrach, zapewnienia im stałego wsparcia psychologicznego, realizację kampanii społecznych kreujących prawidłowe relacje lekarz-pacjent.

W naszym lokalnym zakresie otaczamy lekarzy opieką prawną oraz wsparciem dotkniętych aktami różnych form agresji. Podjęłam także kroki mające na celu organizowanie systematycznych szkoleń dla medyków z zakresu identyfikacji niebezpieczeństwa, technik deeskalacyjnych, kryzysowej komunikacji, reagowania w sytuacji zagrożenia.



Nasze serca przepełnia dzisiaj głęboki smutek w związku z informacją o tragicznej śmierci lekarza, zaatakowanego w trakcie pracy w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie.

W imieniu pogrążonego w żałobie samorządu lekarskiego, przekazujemy najszczerze wyrazy współczucia rodzinie, bliskim oraz wszystkim współpracownikom. Trudno pogodzić się z odejściem Lekarza w tak tragicznych okolicznościach, w miejscu w którym codziennie niósł pomoc pacjentom oraz które powinno być bezpieczną przestrzenią dla ratowania ludzkiego życia.

W imieniu Bydgoskiej Izby Lekarskiej  
**Aleksandra Śremska**  
Prezes ORL BIL



## Informacja prezesa ORL BIL dla Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej

Postanowienie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie.

W odniesieniu do słów z artykułu Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej dr n. med. Krzysztofa Dalke:

„Na początku kadencji nowego prezesa NRL patrzyłem na wiele jego dokonań z uznaniem i – ogólnie rzecz biorąc – życzyłem mu jak najlepiej. Moim osądem zachwała m.in. kwestia dotycząca naszej izby. Sprawa dotyczyła uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej BIL, z którą to nie zgadzała się prezes Śremska. Nie chciała jej postanowień zrealizować. Uchwała dotyczyła zamiaru ponownego podpisania 6-miesięcznej umowy z firmą informatyczną, która współpracowała

z BIL nieprzerwanie od wielu lat. W rezultacie prezes Śremska złożyła wniosek o uchylenie uchwały w Naczelnej Radzie Lekarskiej, a NRL, z poparciem prezesa Jankowskiego, ją uchyliła. Bez wysłuchania argumentów osób głoszących za uchwałą! Według nas to działanie kompletnie bezprawne, uderzające w niezależność okręgowych izb lekarskich i w decyzyjność każdej ORL jako organu (nie jest nim prezes!). Oczekujemy poszanowania dla wyborów ORL i akceptowania podjętych zgodnie z prawem uchwał ORL! Sprawa została skierowana przez nas do Wojewódzkiego

Sądu Administracyjnego. Taki przypadek, że NRL odwołuje uchwały Okręgowych Izb Lekarskich, pojawił się dopiero drugi raz w historii funkcjonowania izb lekarskich od 1989 roku”.

Jako prezes ORL BIL pragnę poinformować środowisko lekarskie, że Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie wspomnianą skargę kilku członków Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej na uchwałę Naczelnej Rady Lekarskiej w przedmiocie zawarcia umowy na świadczenie usług informatycznych postanowieniem z dnia 23 kwietnia 2025 roku odrzucił.





Dyrektor WSPR w Bydgoszczy Krzysztof Tadrzak, prezes ORL BIL Aleksandra Śremska i kierownik Działu Organizacji Usług Medycznych i Szkoleń WSPR w Bydgoszczy Krzysztof Wiśniewski

📷 ADAM JUSZKIEWICZ

## Porozumienie z Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy

Bydgoska Izba Lekarska oraz Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy 12 maja podpisały porozumienie o współpracy.

**Z**ainaugurowany w ten sposób projekt oznacza dla lekarzy, lekarzy dentystów, ratowników medycznych i innych pracowników ochrony zdrowia szersze możliwości współpracy w zakresie organizacji i realizacji wspólnych projektów doskonalenia zawodowego.

Ponadto w obliczu ostatnich wydarzeń planujemy także wspólne działania

mające na celu zabieganie o zapewnienie większego bezpieczeństwa medyków w trakcie wykonywania pracy.

„Współpraca pomiędzy prezentowanymi przez nas środowiskami zawodowymi dynamicznie się rozwija, a zainicjowane porozumienie jest sformalizowaniem i wyklarowaniem kierunku wspólnych działań” – dodaje prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej Aleksandra Śremska.

Sygnatariuszami porozumienia byli:

– Dyrektor Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy mgr Krzysztof Tadrzak;

– Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej – lek. Aleksandra Śremska;

– Skarbnik Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej dr n. med Daniel Rogowicz.

Dziękujemy za podjęcie wspólnej inicjatywy!

Bardzo dziękujemy także mgr Krzysztofowi Wiśniewskiemu – kierownikowi Działu Organizacji Usług Medycznych i Szkoleń, ratownikowi medycznemu, specjalście pielęgniarstwa ratunkowego za jego nieoceniony wkład przy współpracy naszych środowisk zawodowych.

Redakcja



# W siódmym niebie nienawiści\*

Początek maja z reguły nastraja wszystkich optymistycznie. Kilka dni wolnego (o ile, rzecz jasna, nie mamy akurat dyżuru) pozwala nam nacieszyć się pięknem kwitnącej przyrody, spędzić trochę czasu z rodziną czy spotkać ze znajomymi. Niestety, nie wszystkim będzie to dane.

**D**oktor Tomasz Solecki już nigdy więcej na majówkę z rodziną nie pojedzie, ponieważ 29 kwietnia 2025 roku, w trakcie badania pacjentki w poradni ortopedycznej przy Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Krakowie, został zaatakowany i bestialsko zamordowany przez swojego byłego pacjenta, funkcjonariusza Służby Więziennej Jarosława W. Motywem zbrodni okazało się niezadowolenie z efektów zabiegu ortopedycznego stawu łokciowego, który lekarz przeprowadził u pacjenta około 2 lata wcześniej.

W 2024 roku Jarosław W. złożył w tej sprawie zażalenie do Biura Rzecznika Praw Pacjenta, które przeprowadziło postępowanie wyjaśniające i nie stwierdziło żadnych nieprawidłowości w przebiegu leczenia.

Szok, niedowierzanie, smutek, gniew i wiele innych skrajnych emocji poruszyło całe środowisko pracowników opieki medycznej w Polsce. Nieuchronnie cisną się na usta trudne pytania: „Jak do tego doszło?”, „Czy można było temu jakoś zapobiec?” i może najtrudniejsze – zwykłe: „Dlaczego?”.

Tragedia, która wydarzyła się w Krakowie, nie jest jedynie nie dającym się przewidzieć atakiem sfrustrowanego szaleńca, lecz odzwierciedleniem szerszego, bardzo niepokojącego zjawiska publicznego hejtu wobec lekarzy, którego stopniową eskalację obserwujemy w Polsce od lat. W ostatnim czasie przybiera ono jednak na sile w tempie zastraszającym – dosłownie dzień przed morderstwem w Krakowie, lekarka pełniąca dyżur w izbie przyjęć Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie została brutalnie

pobita przez agresywnego pacjenta, który groził jej śmiercią.

W chwili obecnej jesteśmy chyba najbardziej nienawidzoną i szykanowaną w przestrzeni publicznej grupą zawodową. Nie znam ani jednej koleżanki czy kolegi, którzy chociaż raz nie spotkaliby się z wyzwiskami, groźbami czy pomówieniami ze strony pacjentów lub ich rodzin. To samo spotyka również przedstawiciele innych zawodów medycznych – pielęgniarki, ratownicy medycznych czy sanitariuszy.

Szczególnie niepokojący jest wzrost częstości przypadków agresji fizycznej. Oprócz wyżej wymienionych tragicznych incydentów, w ostatnim czasie nie ma prawie tygodnia, aby media nie donosiły o przynajmniej jednej napaści fizycznej na zespoły ratownictwa medycznego w trakcie pracy.

Ilekoć czytałam o lekarzach pracujących w XIX wieku, którzy niejednokrotnie nie mieli do zaoferowania swoim pacjentom żadnej opcji terapeutycznej, oprócz dobrego słowa i recepty na laudanum, uderzało mnie, jak bardzo mimo to byli oni przez nich szanowani.

Takie zachowania, jakie obecnie stają się już pomału naszą smutną codziennością, byłyby wówczas nie do pomyślenia. Cóż więc poszło nie tak? Dlaczego teraz, kiedy mamy do dyspozycji metody diagnostyczne i terapeutyczne, o których nasi historyczni poprzednicy nie mogli nawet marzyć, jesteśmy przez społeczeństwo traktowani chyba najgorzej w całej wielowiekowej historii naszego zawodu?

Być może po części jest tak, że staliśmy się mimowolnymi ofiarami wygórowanych oczekiwań, rozbudzonych przez oszałamiający postęp, jaki dokonał się w naukach biomedycznych na przestrzeni ostatnich

kilkudziesięciu lat. Wszystkie te wspaniałe osiągnięcia współczesnej medycyny wzbudziły w wielu ludziach błędne przekonanie, że każdą chorobę można wyleczyć, a każdej śmierci zapobiec. Jeśli zaś nie zapobieżono, to znaczy że ktoś jest winny. Zazwyczaj ten, który w takich przypadkach stoi najbliżej.

Na domiar złego, żyjemy w czasach, w których trudno jest zachować spokój ducha. Wydarzenia ostatnich lat wybitnie sprzyjają ujawnianiu się różnego rodzaju zaburzeń psychicznych u osób do tego predysponowanych oraz eskalacji ekstremalnych zachowań.

Jeszcze nie zdążyliśmy się wszyscy otrząsnąć po dewastującej psychikę pandemii koronawirusa SARS COV2, a już mamy, kolokwialnie mówiąc, wojnę za płótem. Od kilku lat jesteśmy nieustannie straszeni i utrzymywani w poczuciu niepewności jutra.

Życie w poczuciu ciągłego zagrożenia powoduje, że ludzie uciekają się do różnego rodzaju mechanizmów obronnych. Jednym z nich jest poszukiwanie poczucia wspólnoty i wsparcia ze strony zbiorowości, które dają poczucie sprawczości i siły.

Stwarza to idealne warunki do wzrostu popularności ugrupowań o radykalnych, tradycjonalistycznych poglądach oraz organizacji ekstremistycznych, które często w celu pozyskania szerszego poparcia społecznego celowo podważają zaufanie do już istniejących struktur i autorytetów, między innymi poprzez szerzenie w mediach oraz na portalach internetowych dezinformacji.

Od wieków bowiem wiadomo, że jeśli chce się zawładnąć masami, najskuteczniejszą bronią jest strach, a największym sprzymierzeńcem – niewiedza. My, lekarze, jako ci, którzy niejako z urzędu zawsze stają po stronie racjonalności i wiedzy, stajemy się dla tego rodzaju grup wrogiem publicznym numer jeden. Jak to już wieki temu zauważył Platon: „Nikt nie jest bardziej nienawidzony niż ten, kto mówi prawdę”.

Szczególnie wyraźnie dało się to zauważyć w okresie pandemii COVID-19. Krótko trwało to historyczne hołubienie medyków przez przerażone społeczeństwo, przejawiające się w postaci kwiatów czy



oklasków na balkonach. Reakcje te były podobne do zachowania małego dziecka, przestraszonego widmem rychłej kary. „My już będziemy grzeczni dla tych medyków, tylko niech ten straszny wirus już sobie wreszcie pójdzie, my już będziemy dla nich dobrzy, tylko niech oni coś zrobia, żeby nie było trupów na ulicach, jak w 1348 roku...”

Wirus niestety prędko sobie nie poszedł, a wielomiesięczne życie w strachu i niepewności, podsycanymi przez niekiedy zupełnie irracjonalne decyzje rządzących, w rodzaju pamiętnego zamknięcia lasów wiosną 2020 roku, nie sprzyjało budowaniu zaufania społecznego. Wszelakiej maści manipulatorzy, fanatycy i krwawiciele teorii spiskowych zaczęli znowu zbierać swoje żniwo, umiejętnie obracając narastający w społeczeństwie gniew przeciwko tym, którzy od zawsze stanowili dla nich zagrożenie.

„Zamorduję cię, bo znęcasz się nad ludźmi za brak maseczki. (...) Zamorduję cię, bo zmuszasz dzieci do przyjęcia ŚMIERCI. (...) Dam świadectwo swoim bohaterstwem w tych czasach apokalipsy. (...) Wiem, gdzie pracujesz i obserwuję twoją drogę do pracy. Zatem oczekuj godziny śmierci swojej”. Takie przerażające wiadomości otrzymywał kilka lat temu lek. Bartosz Fiałek, znany z dużej aktywności medialnej i licznych wypowiedzi na temat edukacji zdrowotnej. Po zgłoszeniu sprawy do odpowiednich służb, jak podaje w swojej relacji dla onet.pl, została ona umorzona.

Przyzwolenie społeczne na szkalowanie dobrego imienia lekarzy zaczęło się jednak dużo wcześniej, wiele lat przed pandemią. „Pokaż lekarzu, co masz w garażu”, „Lekarzy trzeba brać w kamasze”, „Już nikt więcej przez tego pana życia pozbawiony nie będzie!” – tego rodzaju medialne wypowiedzi przedstawicieli elit rządzących, wraz z bombardowaniem społeczeństwa przez media licznymi relacjami na temat błędów medycznych, najczęściej przedstawianymi w sposób tendencyjny i urągający podstawowej sądowniczej zasadzie domniemania niewinności, już od lat rujnują w Polsce relację lekarz – pacjent, budując atmosferę podejrzliwości i nieufności wokół naszego zawodu. Panująca w Polsce w ostatnich latach ogólnonarodowa obsesja na punkcie penalizacji błędów medycznych mogłaby swoją drogą stanowić temat na osobny, obszerny artykuł.

Politycy uwielbiają obsadzać w nas w roli dyżurnego „kozła ofiarnego”, ilekroć trzeba odwrócić uwagę opinii publicznej od czyjejś afery lub zwyczajnego braku kompetencji. Wystarczy jedno lub kilka efektownych zdań wypowiedzianych w świetle fleszy, aby społeczeństwo dokładnie wiedziało, kogo ma obwiniać i kogo nienawidzić za postępującą zapaść systemu opieki zdrowotnej i absurdalnie długi czas oczekiwania na konsultacje w poradniach specjalistycznych, rehabilitację czy zabiegi. Happeningi w rodzaju niesławnego „obywatelskiego zatrzymania” doktor Gizeli Jagielskiej w Oleśnicy stanowią zaś dla społeczeństwa jawną zachętę do rozwiązywania

sytuacji trudnych i konfliktowych metodami rodem z Dzikiego Zachodu.

W licznych komentarzach medialnych, opublikowanych po tragicznej śmierci doktora Soleckiego, powtarzają się głosy o potrzebie obniżenia temperatury w publicznej debacie. Zdecydowanie potrzebna jest większa odpowiedzialność za słowa. „Kto mówi nierozważnie, ten rani jak miecz.” (Przypowieści Salomona 12,18).

Obawiam się jednak, że populizm, manipulacja i wszechobecne w mediach społecznościowych „tanie granie” na emocjach okażą się na dłuższą metę rozwiązaniami zbyt kuszącymi, aby z nich zrezygnować, a wtedy ofiar będzie więcej. Ludzie nie lubią się uczyć na błędach, chociaż doskonale wiedzą, że powinni; historia zaś uwielbia się powtarzać.

Kończąc już te niewesołe, zupełnie niepasujące do majowej aury rozważania, wracam myślami do naszego okrutnie zamordowanego Kolegi. Ile ta bezsensowna śmierć musiała przerwać marzeń i planów, jaką pozostawić pustkę wśród jego najbliższych? Jakim cieniem położy się na dalszym życiu jego współpracowników i pacjentów? Jak wpłynie na nas, gdy będziemy musieli zgasić znicze i wrócić do pracy?

\*Tytuł artykułu pochodzi z piosenki zespołu Lady Pank.

#### O AUTORCE

**Lek. Anna Kłosińska**, specjalista chorób wewnętrznych i gastroenterologii, członek Rady Programowej „Primum”

## Pomóżmy rodzinie śp. Dr. Tomasza Soleckiego

Tomek Solecki – lekarz, który z oddaniem ratował życie innych – sam zginął tragicznie, zamordowany podczas pełnienia dyżuru. Zostawił rodzinę, dzieci... Nie możemy przywrócić im męża i taty, ale możemy okazać solidarność i realne wsparcie w najtrudniejszym czasie.

**Fundacja Lekarze Lekarzom organizuje zbiórkę na rzecz rodziny Tomka.**

NUMER KONTA FUNDACJI:

**PL 31 1240 6263 1111 0010 4779 2541**

Tytuł przelewu: **Dla Tomka**

Twoja darowizna pomoże dzieciom i rodzinie Tomka przetrwać ten dramat i choć trochę poczuć, że nie są sami.

 **Fundacja  
Lekarze  
Lekarzom**



M. TOMCZAK/GAZETA LEKARSKA (4)

# Marsz Milczenia Medyków

10 maja przeszedł ulicami Warszawy Marsz Milczenia Medyków. Bydgoska Izba Lekarska solidarnie wsparła to wydarzenie. W marszu udział wzięli prezes ORL BIL oraz lekarze i lekarki Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

## RELACJA PREZES ORL BIL LEK. ALEKSANDRY ŚREMSKIEJ:

„Uczciliśmy w symboliczny sposób pamięć tragicznie Zmarłego Naszego Kolegi Doktora Tomasza Soleckiego. Wydarzenie to było także naturalnym wyrazem i manifestem sprzeciwu wobec narastającej fali przejawów agresji dotyczącej środowisko medyków.

Oczekujemy na zdecydowaną realizację konkretnych postulatów, które jako środowisko medyczne przekazaliśmy pod gmachem Ministerstwa Zdrowia minister Izabeli Leszczynie, uwieńczając marsz. Postulaty obejmują m.in.: rozszerzenie statusu funkcjonariusza publicznego, wprowadzenie procedur bezpieczeństwa w placówkach medycznych,

realnej i skutecznej ochrony prawnej dla medyków, konieczności zastrzeżenia ich danych osobowych w ogólnodostępnych rejestrach. Zdaję sobie sprawę, że wszelkie podjęte działania mające na celu poprawę bezpieczeństwa medyków będą wieloetapowym procesem, jednak tym bardziej należy natychmiastowo zintensyfikować ich wymiar. Bezpieczny lekarz, to bezpieczny pacjent”.

## RELACJA LEK. AGNIESZKI SAWICKIEJ:

„Byłam na Marszu Milczenia. Dla mnie to było ważne. Decyzję o uczestnictwie podjęłam zaledwie dzień wcześniej. Nie było to proste, bo musiałam zorganizować się zarówno zawodowo, jak i w rodzinie. Uznałam, że nie ma innej możliwości. W świetle ważnych zmian i narastającego napięcia w naszym środowisku zdecydowałam,



że po prostu muszę się tam znaleźć. Nastroje społeczne wobec medyków są coraz trudniejsze do zrozumienia i niemożliwe jest, aby je usprawiedliwiać. Coś się przelało. I przyszedł moment, żeby powiedzieć: dość.

Szliśmy bez hałasu, zachowując ciszę. Szłam z moim nastoletnim dzieckiem. Wspólnie przemierzaliśmy ulice Warszawy, z szacunku, z potrzeby oraz z nadzieją, razem z przedstawicielami innych zawodów medycznych: pielęgniarkami, psychologami, farmaceutami, diagnostami i ratownikami. Marsz szedł w ciszy i spokoju, choć w sposób niezwykle donośny. Zakończył się pod siedzibą Ministerstwa Zdrowia, a samej minister Izabeli Leszczynie zostały wręczone postulaty.

Frekwencja była znakomita. Jednakże z Bydgoszczy była garstka osób. Czy to oznacza brak zaangażowania? Wątpliwości co do celu takiego



marszu? A może inna wizja działania? Jeśli milczący marsz nie jest wspólną opcją, to co jeszcze moglibyśmy uczynić, aby zmanifestować nasz sprzeciw wobec przemocy oraz niedostatecznej ochrony? Jak inaczej można zaznaczyć, że mamy dość? ”.



## Podziękowania

W imieniu Bydgoskiej Izby Lekarskiej pragniemy wyrazić nasze serdeczne podziękowania

dla Funkcjonariuszy Policji Komendy Miejskiej Bydgoszcz-Szwedowo za okazaną wielokrotnie pomoc i profesjonalne wsparcie w sytuacjach wymagających szczególnej czujności i zapewnienia ochrony osób przebywających zarówno w budynku naszej izby lekarskiej, jak i w jego najbliższym otoczeniu.

Dzięki Państwa obecności i skutecznym działaniom nasz samorząd lekarski może realizować ustawowe zadania w atmosferze spokoju i porządku, a jego członkowie oraz mieszkańcy okolicy naszej siedziby mogą czuć się bezpiecznie.

Prezentowana postawa jest wyrazem najwyższych standardów służby publicznej, a także buduje zaufanie naszej lokalnej społeczności.

Proszę przyjąć wyrazy naszej wdzięczności oraz wyrazy najwyższego szacunku i uznania dla codziennej, odpowiedzialnej i wymagającej pracy.

Z wyrazami szacunku

Lek. Aleksandra Śremska  
Prezes Okręgowej Rady  
Lekarskiej





# Ochrona prawna lekarza przed agresją ze strony pacjenta

W jakich przypadkach lekarz może skorzystać z ochrony prawnej przysługującej funkcjonariuszom publicznym? Jak powinno przebiegać zawiadomienie na policję o przypadkach agresji pacjentów? M.in. na te pytania odpowiadają prawnicy z Kancelarii Radcy Prawnego Julii Gałąskiej, która współpracuje z Bydgoską Izbą Lekarską

**A**gresja ze strony pacjentów to zjawisko, z którym lekarze mają coraz częściej do czynienia. Lekarze, których zasadniczym obowiązkiem jest niesienie pomocy, mogą w pewnych sytuacjach liczyć na jego ograniczenie.

Możliwą reakcją na agresywne zachowania ze strony pacjenta jest prawo do niepodjęcia lub odstąpienia od leczenia pacjenta.

Uprawnienie to przysługuje pod pewnymi warunkami, określonymi w art. 38 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty i o ile nie występuje sytuacja, że zwłoka w udzieleniu pomocy lekarskiej





mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Jednakże mając na uwadze Kodeks etyki winny, mogą to być wyłącznie szczególnie uzasadnione przypadki i każda sytuacja winna zostać poddana wyczerpującej analizie.

Kolejną możliwością obrony przed agresywnym zachowaniem pacjentów jest możliwość skorzystania przez lekarza z ochrony prawnej przysługującej funkcjonariuszom publicznym.

Art. 115 § 13 Kodeksu karnego zawiera zamknięty katalog osób, którym ustawa nadaje przymiot funkcjonariusza

publicznego. Katalog ten nie obejmuje lekarzy. Lekarze z samego faktu wykonywania zawodu lekarza nie są uznawani za funkcjonariuszy publicznych.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 27 listopada 2000 roku, sygn. akt WKN 27/00, w którym to Sąd wskazał, iż: „Dla uznania danej osoby za funkcjonariusza publicznego istotne jest bowiem to, czy spełnia ona któreś z kryteriów określonych w art. 115 § 13 k.k., a nie konkretna czynność zawodowa przez nią wykonywana (patrz OSNKW 1994, z. 9–10, poz. 53).

Czynności zawodowe nie stają się więc funkcjami o charakterze administracyjnym tylko dlatego, że wykonywane są w ramach państwowych (również samorządowych) struktur organizacyjnych służby zdrowia. Lekarz mógłby być uznany za funkcjonariusza publicznego jedynie wówczas, gdyby wykonywał czynności zawodowe w administracyjnej strukturze służby zdrowia, a więc swój zawód lekarza łączył z funkcjami o charakterze publicznym (administracyjnym). Do kręgu takich osób mógłby zatem zostać zaliczony np. dyrektor szpitala, lekarz zatrudniony w urzędzie wojewody lub kasie chorych. Wymienieni przykładowo byłiby więc funkcjonariuszami publicznymi z tego powodu, że będąc lekarzami, równolegle pełniliby określone funkcje administracyjne. W tym układzie również odpowiedzialność karna tych osób układałaby się »dwutorowo«. Jako lekarzy – za wadliwe wykonywanie czynności zawodowych, natomiast z racji zatrudnienia w administracji służby zdrowia – jako funkcjonariuszy publicznych za przekroczenie swoich uprawnień lub niedopełnienie obowiązków ze szkodą dla interesu publicznego lub prywatnego (art. 231 k.k.)”.

Zatem lekarz jest funkcjonariuszem publicznym wyłącznie w sytuacji, gdy spełnia któreś z kryteriów określonych w art. 115 § 13 Kodeksu karnego.

Jednakże pomimo tego, że co do zasady lekarze nie są funkcjonariuszami publicznymi, lekarzom w pewnych określonych sytuacjach przysługuje ochrona prawna jak funkcjonariuszom publicznym.

Ochrona ta przewidziana jest w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej oraz w Ustawie z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Zgodnie z art. 15a Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym korzysta z ochrony prawnej przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny dla funkcjonariuszy publicznych.

W tym przypadku, wzmożona ochrona prawna przysługuje jedynie w sytuacjach, które mają miejsce w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym (czyli zespołem składników majątkowych, za pomocą których podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej – np. poza szpitalem). Warto wskazać, iż w komentarzu do art. 15a ww. Ustawy autorstwa Jana Ciechorskiego komentujący wskazał, że z uwagi na brak ograniczenia, rozróżnienia w przepisie ochrona w nim przewidziana będzie przysługiwała również osobie wykonującej zawód medyczny, która doraźnie udziela świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym (np. lekarz lub pielęgniarka ratująca ofiarę wypadku), osobie wykonującej zawód medyczny, która w ramach zatrudnienia w podmiocie leczniczym co do zasady udziela świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym (członkowie zespołów wyjazdowych), jak i osobie wykonującej zawód medyczny w ramach praktyki (indywidualnej lub grupowej) poza zakładem leczniczym.

Dodatkowo, zgodnie z art. 44 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty ochrona prawna należąca funkcjonariuszowi publicznemu przysługuje lekarzom, którzy:

1. wykonują czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej (nagłej) lub w przypadku, gdy zwłoka w udzieleniu świadczeń mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach

ciąg dalszy na s. 10



ciąg dalszy ze s. 9

niecierpiących zwłoki (jest to tzw. obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej);

2. wykonują zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie.

Zatem ochrona prawna należna funkcjonariuszowi publicznemu przysługuje lekarzom realizującym świadczenia zarówno w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, jak i w placówkach prywatnych.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 28 kwietnia 2016 roku, sygn. akt I KZP 24/15, w którym to Sąd wskazał, iż: „Ochrona prawna należna funkcjonariuszowi publicznemu przyznana lekarzowi w art. 44 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. z 2015 roku, poz. 464, oraz w art. 5 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz. U. z 2013 roku, poz. 757 ze zm., nie obejmuje sytuacji innych, niż udzielanie pomocy doraźnej (a więc udzielanie pierwszej pomocy i podejmowanie medycznych czynności ratunkowych) lub pomocy lekarskiej wtedy, gdy zwłoką w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała albo ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych wypadkach niecierpiących zwłoki. Za wykonywanie czynności w tym zakresie uznać trzeba także działanie zmierzające bezpośrednio do ich udzielenia od chwili odebrania zindywidualizowanego wezwania do ich udzielenia albo od chwili podjęcia przez lekarza stosownych działań z własnej inicjatywy. Ta ochrona prawna nie obejmuje okresu pełnienia przez lekarza dyżuru w szpitalnym oddziale ratunkowym, jeśli polega on tylko na oczekiwaniu na wezwaniu do wyjazdu załogi karetki pogotowia ratunkowego”.

Zatem ochrona prawna przewidziana w art. 44 ww. ustawy przysługuje wyłącznie w określonych w tym przepisie sytuacjach, a nie wyłącznie w związku z wykonywaniem zawodu lekarza i przebywaniem



”

*Ochrona  
prawna należna  
funkcjonariuszowi  
publicznemu przysługuje  
lekarzom realizującym  
świadczenia zarówno  
w publicznych zakładach  
opieki zdrowotnej,  
jak i w placówkach  
prywatnych.*

lekarza w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej czy też w prywatnej placówce.

Ochrona prawna lekarzy, o której mowa powyżej dotyczy następujących przepisów Kodeksu karnego:

- art. 222 § 1 k.k. – naruszenia nietykalności cielesnej funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych;
- art. 223 k.k. – dopuszczenia się czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych poprzez działanie wspólnie

i w porozumieniu z inną osobą, lub używanie broni palnej, noża lub innego podobnie niebezpiecznego przedmiotu albo środka obezwładniającego, jak również spowodowania w wyniku czynnej napaści skutku w postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej;

- art. 226 § 1 k.k. – znieważenia funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej podczas i w związku z pełnieniem obowiązków służbowych.

Przepisy te przewidują surowszą odpowiedzialność karną. Nadto każde z wymienionych wyżej przestępstw ścigane jest z urzędu, co oznacza, iż policja i prokuratura, po otrzymaniu informacji o popełnieniu czynu zabronionego, mają obowiązek wszcząć postępowanie w tej sprawie, a prokuratura – jeśli będą ku temu podstawy – wniesić do sądu akt oskarżenia.

Każdy incydent – od agresji słownej po przemoc fizyczną – należy zgłaszać policji lub prokuraturze. Brak reakcji tworzy poczucie bezkarności i naraża środowisko medyczne na kolejne ataki. Forma zawiadomienia jest dowolna. Może to być forma ustna, telefoniczna czy pisemna.

Zawiadomienie o przestępstwie ma obowiązek przyjąć każdy funkcjonariusz policji w każdym komisariacie i w każdej komendzie policji, sporządzając protokół przyjęcia ustnego zawiadomienia o przestępstwie.

#### **ZGŁOSZENIE POWINNO ZAWIERAĆ MIĘDZY INNYMI:**

- dokładny opis zdarzenia (data, godzina, miejsce) oraz dokumentację medyczną (jeśli wystąpił uszczerbek na zdrowiu);
- dane świadków oraz ewentualne nagrania lub zrzuty ekranu (przy cyberprzemocy);
- informacje o pracodawcy czy też numerze rejestracyjnym podmiotu leczniczego.

Dodatkowo wskazać należy, iż już na etapie postępowania przygotowawczego może zostać zastosowany środek zapobiegawczy w postaci zakazu zbliżania się lub zakazu kontaktowania.

Do zastosowania ww. środków zapobiegawczych mogą kwalifikować się m.in. sytuacje:

- wystąpienia uzasadnionych groźb karalnych;
- udokumentowanego nękania lub prześladowania lekarza;
- powtarzającej się agresji fizycznej lub cyberprzemocy.

W przypadku obaw i wątpliwości co do sposobu dokonania zgłoszenia

warto skontaktować się z Bydgoską Izbą Lekarską, której pracownicy pokierują i wskażą miejsca, gdzie można uzyskać niezbędną pomoc i wyjaśnienia.

Problem dotyczący agresji i ataków na lekarzy niestety narasta. Wobec tego problemu nie można przejść obojętnie. Zgłaszać należy każdy przypadek, aby nie pozwalać na poczucie bezkarności. Istotnym jest, iż nawet jeżeli w okolicznościach danej sprawy nie będzie można skorzystać z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych, to zastosowanie mogą mieć inne przepisy Kodeksu karnego: art. 156 § 1 (spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, ciężkiego kalectwa, choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała), art. 157 § 2 (naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający nie dłużej niż 7 dni), art. 160 (narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu), art. 190 (groźba popełnienia przestępstwa), art. 190a § 1 (nękanie i naruszanie prywatności innej osoby), art. 193 (najsławniejsze wbrew żądaniu osoby uprawnionej), art. 212 (pomówienie innej osoby), art. 216

(znieważenie), art. 217 (naruszenie nieetykalności cielesnej).

Nadto można dochodzić na gruncie Kodeksu cywilnego odszkodowania i/lub zadośćuczynienia w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia czy też zadośćuczynienia za naruszenie dóbr osobistych.

Jako przykład można w tym miejscu przytoczyć wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 20 marca 2023 roku utrzymany w mocy wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 20 marca 2025 roku, w którym to wyroku Sąd nakazał wypłatę zadośćuczynienia za naruszenie dóbr osobistych lekarki nieprawdopodobnym i negatywnym wpisem na portalu opiniotwórczym.

Orzeczenia te potwierdzają, że serwisy internetowe/portale obowiązane są kontrolować pojawiające się w nich treści i podejmować rygorystyczne działania, aby ograniczyć falę anonimowych, nieuzasadnionych negatywnych ocen i to na serwisie internetowym/portalu, w przypadku sporu sądowego, spoczywa ciężar wykazania, iż wpis nie ma charakteru bezprawnego.

Zatem istnieje pewien wachlarz możliwości, z których mogą korzystać lekarze, aby przeciwdziałać kierowanej wobec nich nieuzasadnionej agresji.

Julia Gałęska

Kancelaria Radcy Prawnego

## **Pomoc dla lekarzy oferowana przez Bydgoską Izbę Lekarską:**

### **OPIEKA PRAWNA**

Lex Secure 24h Opieka Prawna, Al. Niepodległości 723/6, 81-853 Sopot, e-mail: [prawnik@opiekaprawna.pl](mailto:prawnik@opiekaprawna.pl), [www.opiekaprawna.pl](http://www.opiekaprawna.pl), infolinia prawna 24h: +48 501-538-539.

### **RZECZNIK PRAW LEKARZA BIL**

**dr n. med. Krzysztof Dalke**, e-mail: [krzysztof.dalke@hipokrates.org](mailto:krzysztof.dalke@hipokrates.org), tel.: 601-081-798.

Rola Rzecznika Praw Lekarza obejmuje działania zarówno prewencyjne, jak i interwencyjne, ukierunkowane

na przeciwdziałanie przemocy słownej, nienawiści w mediach i Internecie, a także naruszeniom dóbr osobistych lekarzy. Główne obszary działań rzecznika: reakcja na hejt i agresję w mediach i Internecie; ochrona przed pomówieniami i zniesławieniami; ochrona lekarza w miejscu pracy.

### **PEŁNOMOCNIK DS. ZDROWIA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW**

**dr n. med. Maciej Klimarczyk**, tel.: 609-473-342, e-mail: [klimarczyk@op.pl](mailto:klimarczyk@op.pl).

Zadaniem Pełnomocnika jest pomoc lekarzom i lekarzom denty stom, którzy

zmagają się z jakimikolwiek zaburzeniami lub kryzysami psychicznymi, w tym z uzależnieniami. Pełnomocnik analizuje sytuację lekarza, pomaga znaleźć rozwiązanie i odpowiednią formę pomocy w zależności od rozpoznanego problemu.

### **PREZES ORL BIL**

**lek. Aleksandra Śremska** – e-mail: [bil@bil.org.pl](mailto:bil@bil.org.pl), tel.: 52 346-00-84, 52 346-07-85, 600-435-289 (dostępność po umówieniu przez Biuro BIL).



**PRZEDMIOT OPINII:**

1. Jakie kroki może podjąć lekarz w związku z opublikowaniem nieprawdziwej i oczerniającej opinii na jego temat w Internecie?
2. Jakie kroki może podjąć lekarz w związku z agresywnym zachowaniem pacjenta?

**OPINIA PRAWNA**

# Jak radzić sobie z hejtem i agresją?

Pomówienia, nieprawdziwe oskarżenia, hejt, dezinformacja – z takimi zjawiskami muszą coraz częściej radzić sobie przedstawiciele środowiska medycznego. Zdarza się, że przemoc wykracza poza agresję werbalną. Prawnicy z Kancelarii Lex Secure 24 radzą, jakie działania podjąć w takich sytuacjach.

**WNIOSKI I REKOMENDACJE:****Odpowiedź na pytanie pierwsze:**

Jeżeli w Internecie pojawią się opinie oczerniające/szkalujące/zniesławiające daną osobę lub jej działalność, może ona podjąć następujące działania:

1. Wystąpić do administratora portalu z wnioskiem o usunięcie obraźliwego wpisu;
2. Wezwać osobę, która zamieściła wpis, do zaniechania tego rodzaju działań, usunięcia wpisu, względnie dodatkowo żądać zapłaty określonej kwoty pieniężnej

tytułem zadośćuczynienia; w przypadku braku spełniania żądania i usunięcia wpisu – pozostaje wyłącznie możliwość wszczęcia postępowania cywilnego o ochronę dóbr osobistych;

3. Złożyć skargę na policji o popełnieniu przestępstwa ściganego z oskarżenia prywatnego.

Czyn danej osoby polegający na publikowaniu nieprawdziwych informacji o lekarzu może wypełniać znamiona przestępstwa zniesławienia, ponieważ naraża lekarza na utratę zaufania potrzebnego do wykonywania zawodu. Dlatego zasadnym może być zgłoszenie sprawy w jednostce policji lub do prokuratury.

Powyższe nie wyklucza możliwości dochodzenia roszczeń na drodze cywilnej, zatem lekarz może również wezwać osobę publikującą nieprawdziwe informacje

na jego temat do zaniechania tego działania oraz zapłaty zadośćuczynienia za krzywdę, którą poniósł skutek działania tej osoby.

Co jednak istotne, w przypadku skierowania sprawy na drogę postępowania cywilnego, ciężar udowodnienia, że wpis osoby naruszył dobra osobiste, będzie spoczywał na lekarzu.

#### Odpowiedź na pytanie drugie:

Przed wszystkim w przypadku agresywnego zachowania pacjenta zasadnym jest rozważenie zasadności pociągnięcia pacjenta do odpowiedzialności karnej. Na gruncie prawa karnego wskazać należy, że zachowanie pacjenta w zależności od okoliczności danej sprawy mogą zostać zakwalifikowane jako zniewaga, jeżeli naruszają one godność osobistą lekarza oraz okazują mu pogardę. Zachowanie pacjenta może również wypełniać znamiona wykroczenia polegającego na niepokojeniu lub przestępstwa tzw. uporczywego nękania. Możliwym jest też, jeżeli zostały spełnione wymienione w opinii prawnej przesłanki, że agresywne zachowanie może zostać zakwalifikowane jako groźba bezprawna. W przypadku gdyby w ocenie lekarza działania polegające np. na wysyłaniu wiadomości e-mailowych lub wielokrotne telefony, bezpodstawne nachodzenie lekarza w miejscu pracy wywoływały u niego poczucie zagrożenia, poniżenia, udręczenia lub istotnie naruszało jego prywatność, lekarz może złożyć zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa wraz z wnioskiem o ściganie. Jeżeli działania pacjenta nie wywołują powyższego skutku, lecz mają charakter złośliwego niepokojenia, lekarz może złożyć zawiadomienie o możliwości popełnienia wykroczenia.

Warto również wskazać, iż lekarz z poważnych powodów może odmówić udzielenia świadczenia. Muszą to być jednak przyczyny, które obiektywnie mają racjonalne uzasadnienie, a równocześnie są na tyle istotne, że usprawiedliwiają decyzję lekarza o niepodjęciu lub zaprzestaniu kontynuacji leczenia. W ocenie opiniującego, jeżeli zachowanie pacjenta uniemożliwia współpracę, z uwagi na brak szacunku w stosunku do lekarza, wulgarne

bądź agresywne zachowanie, odstąpienie od udzielania świadczeń zdrowotnych jest uzasadnione.

W przypadku podjęcia decyzji o odstąpieniu od udzielania świadczeń zdrowotnych, jest on zobowiązany odpowiednio wcześniej uprzedzić pacjenta, wskazać realną możliwość uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz odnotować fakt odstąpienia od leczenia w dokumentacji medycznej wraz z uzasadnieniem swej decyzji w tym przedmiocie. Jednakże odmowa leczenia jest niedopuszczalna, gdy zachodzi przypadek, że zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Oceny zajścia powyższych przypadków należą do indywidualnej oceny lekarza mającego udzielić świadczeń zdrowotnych. Jeżeli klient wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, powinien również uzyskać zgodę swojego przełożonego.

#### PODSTAWY PRAWNE:

1. Art. 115 § 12, art. 190 § 1 i 2, art. 190a § 1 i 4, art. 212 § 1 i 2, art. 216 § 1 i 5 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny (t.j. Dz.U.2025.383);
2. Art. 49 § 1, art. 487, art. 488 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks postępowania karnego (t.j. Dz.U.2025.46 ze zm.);
3. Art. 6, art. 23, art. 24 § 1, art. 448 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U.2024.1061 ze zm.);
4. Art. 107 ustawy z dnia 20 maja 1971 roku – Kodeks wykroczeń (t.j. Dz.U.2023.2119 ze zm.);
5. Art. 30, art. 38 ust. 1, 2, 3 i 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U.2024.1287 ze zm.);
6. Art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U.2024.1513 ze zm.);
7. Art. 2 ust. 1, art. 13 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej stanowiącego załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 18 maj 2024 roku;

8. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 maja 2013 roku, IV KK 403/12;

9. R. Stefański (red.), Kodeks karny. Komentarz. Wyd. 26, Warszawa 2021;

10. A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), Kodeks karny. Komentarz. Wyd. 7, Warszawa 2021;

11. M. Bojarski, W. Radecki, Kodeks wykroczeń. Komentarz. Wyd. 8, Warszawa 2019;

12. E. Bagińska (red.), System Prawa Medycznego tom 5., wydanie 1, 2021.

#### STAN PRAWNY:

##### Odpowiedź na pytanie pierwsze:

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytanie prawne, należy w pierwszej kolejności wskazać, iż zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną, nie ponosi odpowiedzialności za przechowywane dane ten, kto udostępniając zasoby systemu teleinformatycznego, w celu przechowywania danych przez usługobiorcę, nie wie o bezprawnym charakterze danych lub związanej z nimi działalności, a w razie otrzymania urzędowego zawiadomienia lub uzyskania wiarygodnej wiadomości o bezprawnym charakterze danych lub związanej z nimi działalności niezwłocznie unieвозможи dostęp do tych danych (usunie je z portalu).

Z powyższego przepisu wynika, że tylko w przypadku gdy osoba udostępniająca zasoby systemu teleinformatycznego (np. strony internetowej), nie wie o bezprawnym charakterze danych w nim zamieszczonych nie ponosi za nie odpowiedzialności. W przypadku zatem pojawienia się wpisu oczerniającego/szkalującego/zniesławiającego, należy wystąpić do administratora portalu z wnioskiem o jego usunięcie.

Idąc dalej, należy stwierdzić, że czyn polegający na publikowaniu w Internecie nieprawdziwych, oczerniających opinii może wyczerpywać znamiona przestępstwa określonego w art. 212 § 2 ustawy Kodeks karny (dalej jako k.k.), tj. zniesławienia w typie kwalifikowanym, jakim jest zniesławienie za pomocą środków masowego komunikowania. Przestępstwo to należy do grupy przestępstw

ciąg dalszy na s. 14



ciąg dalszy ze s. 13

prywatnoskargowych. Zgodnie z § 1 ww. przepisu, kto pomawia inną osobę, grupę osób, instytucję, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną niemającą osobowości prawnej o takie postępowanie lub właściwości, które mogą poniżyć ją w opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania potrzebnego dla danego stanowiska, zawodu lub rodzaju działalności, podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności. Jeżeli sprawca dopuszcza się tego czynu za pomocą środków masowego komunikowania, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku (art. 212 § 2 k.k.).

Zgodnie z tezą wyroku Sądu Najwyższego z dnia 9 maja 2013 roku, sygn. IV KK 403/12: przepis art. 212 k.k. nie wymaga dla przestępstwa zniesławienia szczególnego zabarwienia, ostrości czy dobitności wypowiedzi, lecz jedynie, by owa wypowiedź narażała pomówionego na utratę zaufania niezbędnego dla prowadzonej przez niego działalności.

W ocenie opiniującego, czyn osoby polegający na publikowaniu nieprawdziwych informacji o lekarzu co do zasady wypełnia znamiona przestępstwa, ponieważ naraża go na utratę zaufania potrzebnego do wykonywania zawodu. Dlatego zasadnym może być zgłoszenie sprawy w jednostce policji lub do prokuratury.

Pokrzywdzonemu, na mocy art. 49 § 1 ustawy Kodeks postępowania karnego (dalej jako k.p.k.), przysługują zasadniczo dwie możliwości wszczęcia postępowania w niniejszej sprawie. Pierwszą z nich jest wniesienie prywatnego aktu oskarżenia na podstawie art. 487 k.p.k. Drugą możliwością jest działanie w oparciu o art. 488 k.p.k. W jego świetle, Policja na żądanie pokrzywdzonego przyjmuje ustną lub pisemną skargę i w razie potrzeby zabezpiecza dowody, po czym przesyła skargę do właściwego sądu. Na polecenie sądu Policja dokonuje określonych przez sąd czynności dowodowych, po czym ich wyniki przekazuje sądowi. Do czynności podejmowanych przez organy ścigania należy w szczególności ustalenie IP, loginów oraz innych danych osobowych zamieszczonego komentarza. O udostępnienie tych danych lekarz może zawnioskować przy

składaniu zawiadomienia o możliwości popełnienia przestępstwa.

Należy wskazać, iż w przedmiotowej sytuacji jedynie zlecenie sądu do dokonania przez Policję konkretnych czynności może zaowocować uzyskaniem danych osobowych osoby, która zamieściła obraźliwy w stosunku do lekarza komentarz w Internecie. Dane te będą umożliwiały wytoczenie aktu oskarżenia w postępowaniu karnym bądź wytoczenie powództwa o naruszenie dóbr osobistych w postępowaniu cywilnym.

Idąc dalej, niezależnie od odpowiedzialności karnej opisanej powyżej wskazać należy, iż osobie pokrzywdzonej przysługuje również ochrona wynikająca z przepisów ustawy Kodeks cywilny (dalej jako k.c.), przysługująca w przypadku naruszenia dóbr osobistych.

Zgodnie z treścią art. 23 k.c., dobra osobiste człowieka, jak w szczególności zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnica korespondencji, nietykalność

mieszkania, twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska, pozostają pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach.

Niewątpliwie godność i dobre imię, również stanowią podstawowe dobra osobiste, istnieje zatem możliwość równoległego dochodzenia ich ochrony także w procesie cywilnym. Na mocy art. 24 § 1 k.c., osoba, której dobro osobiste zostało naruszone może żądać, żeby ten, kto dopuścił się naruszenia, dopełnił czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków, w szczególności aby złożył oświadczenie odpowiedniej treści i w odpowiedniej formie. Na zasadach przewidzianych w kodeksie może on również żądać zadośćuczynienia pieniężnego albo zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny.

Kwestię zadośćuczynienia w przypadku naruszenia dobra osobistego reguluje art. 448 k.c., w oparciu o który sąd może przyznać odpowiednią sumę tytułem



zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę albo zasądzić na żądanie osoby pokrzywdzonej odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nią cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia. Przed wszczęciem postępowania cywilnego w sprawie uzasadnionym byłoby uprzednie wezwanie sprawcy naruszenia do zaniechania tego rodzaju działań, usunięcia jego skutków, względnie dodatkowo do zapłaty określonej kwoty pieniężnej tytułem zadośćuczynienia. Brak zastosowania się do przedmiotowego wezwania przez sprawcę naruszenia oznaczać będzie jego brak woli w kwestii polubownego zakończenia sprawy.

Co istotne, zgodnie z art. 6 k.c. ciężar udowodnienia, że wpis osoby naruszył dobra osobiste, będzie spoczywał na lekarzu.

Należy podkreślić, że wniesienie aktu oskarżenia w postępowaniu karnym nie wyklucza możliwości dochodzenia swych roszczeń także w postępowaniu cywilnym

– ochrona dóbr osobistych, ustanowiona przez przepisy Kodeksu cywilnego jest niezależna od ochrony, jaką statuują przepisy karne. Zatem lekarz może wybrać, czy skieruje do sprawcy roszczenia cywilne, wniesie sprawę na drogę postępowania karnego, czy skorzysta z obu tych możliwości jednocześnie.

Konkludując, jeżeli w Internecie pojawia się opinie oczerniające/szkalujące/znieślawiające daną osobę lub jej działalność, może ona podjąć następujące działania:

1. Wystąpić do administratora portalu z wnioskiem o usunięcie obraźliwego wpisu;
2. Wezwać osobę, która zamieściła wpis, do zaniechania tego rodzaju działań, usunięcia wpisu, względnie dodatkowo żądać zapłaty określonej kwoty pieniężnej tytułem zadośćuczynienia; w przypadku braku spełnienia żądania i usunięcia wpisu – pozostaje wszczęcie postępowania cywilnego o ochronę dóbr osobistych;
3. Złożyć skargę na policji o popełnieniu przestępstwa ściganego z oskarżenia prywatnego.

#### Odpowiedź na pytanie drugie:

Na wstępie wskazać należy, że agresywne zachowanie pacjenta w zależności od okoliczności faktycznych konkretnego przypadku, może wypełniać znamiona określonych przestępstw.

Po pierwsze agresywne zachowanie może spełniać przesłanki przestępstwa, o którym mowa w art. 216 § 1 k.k., czyli przestępstwa zniewagi. Przestępstwo zniewagi polega na tym, że sprawca znieważa inną osobę w jej obecności albo choćby pod jej nieobecność, lecz publicznie lub w zamiarze, aby zniewaga do osoby tej dotarła, podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności.

Zniewagą jest ublizienie komuś słowem lub czynem. Dobrem chronionym przez treść ww. art. 216 k.k. jest cześć człowieka. Zniewaga nie musi być nakierowana na poniżenie drugiej osoby w oczach opinii publicznej lub narażenie na utratę zaufania potrzebnego dla danego stanowiska, zawodu lub rodzaju działalności. Przestępstwo zniewagi jest ścigane z oskarżenia prywatnego, o czym przesądza art. 216 § 5 k.k., co oznacza w praktyce,

że Policja ani prokuratura nie prowadzą śledztwa ani dochodzenia w takich sprawach, bo postępowanie dotyczące takiego przestępstwa jest inicjowane bezpośrednio przez pokrzywdzonego i to na nim spoczywa obowiązek zgromadzenia dowodów świadczących o winie sprawcy.

Według R. Stefańskiego, znieważenie polega na uwłaczaniu czci drugiego człowieka przez okazywanie mu pogardy, ublizanie, obraźliwe zachowanie w stosunku do niego. Chodzi o naruszenie godności człowieka. Istotą znieważenia jest okazywanie pogardy, która głębiej wyraża ujemny stosunek do wartości, jaką reprezentuje człowiek niż lekceważenie. Znieważenie jest tożsame z tym określeniem użytym w art. 216 k.k. Chodzi o ublizanie, naruszające godność osobistą oraz obrażanie, obejmujące uchybienie godności poprzez wypowiedzianie niepochlebnych opinii, naruszających dobre imię. Znieważenie może nastąpić słowem, pismem, wizerunkiem lub gestem.

Jeżeli więc lekarz czuje się znieważony przez pacjenta, może sporządzić prywatny akt oskarżenia przeciwko niemu na zasadach opisanych w odpowiedzi na pytanie pierwsze.

Kolejno zwrócić uwagę należy na przestępstwo z art. 190a § 1 k.k., wedle którego kto przez uporczywe nękanie innej osoby lub osoby jej najbliższej wzbudza u niej uzasadnione okolicznościami poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia lub istotnie narusza jej prywatność, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Przytoczony przepis reguluje przestępstwo tzw. uporczywego nękania, nazywane również stalkingiem. Dokładniej pojęcie nękania opisuje komentarz do art. 190a k.k. pod red. A. Grześkowiak: „Przez nękanie należy rozumieć wielokrotne, powtarzające się prześladowanie wyrażające się w podejmowaniu różnych naprzykrzających się czynności, których celem jest udręczenie, utrapienie, dokuczanie lub niepokojenie pokrzywdzonego albo jego osoby najbliższej (...). Jest to więc z zasady przestępstwo wieloczynowe. Mogą to być zachowania zarówno legalne, jeśli oceniać je pojedynczo,

ciąg dalszy na s. 16



ciąg dalszy ze s. 15

polegające np. na wysyłaniu listów (tradycyjnych lub elektronicznych) i SMS-ów, telefonowaniu, nachodzeniu w różnych miejscach, jak również nielegalne, wyrażające się np. w groźeniu, włamywaniu się do skrzynek na listy lub do mieszkań ofiary w celu pozostawienia wiadomości lub innych przedmiotów. Ze względu na charakter dobra chronionego podejmowane przez sprawcę czynności nie mogą przybrać postaci bezpośredniego zamachu fizycznego, tj. na zdrowie, życie lub nietykalność osobistą pokrzywdzonego lub jego osoby najbliższej. Mogą zawierać się natomiast w bezprawnym postępowaniu z rzeczą stanowiącą własność ofiary lub atakować jego cześć lub dobre imię (np. przez rozpowszechnianie nieprawdziwych i przykrych wiadomości).

Ściganie tego przestępstwa następuje na wniosek pokrzywdzonego – lekarza (art. 190a § 4 k.k.). Oznacza to, że wszczęcie i prowadzenie postępowania karnego przez organy ścigania jest uwarunkowane złożeniem wniosku o ściganie i ukaranie sprawcy. Od chwili złożenia wniosku takie postępowanie toczy się z urzędu.

W przypadkach o mniejszym natężeniu zastosowanie może znaleźć art. 107 ustawy Kodeks wykroczeń: kto w celu dokuczenia innej osobie złośliwie wprowadza ją w błąd lub w inny sposób złośliwie niepokoi, podlega karze ograniczenia wolności, grzywny albo karze nagany.

Zgodnie z komentarzem do ww. artykułu: Znamieć czasownikowe (złośliwego niepokojenia) z art. 107 k.w. oznacza tyle, co wzbudzenie u kogoś niepokoju, obawy, niepewności czy też np. zakłócenie spokoju. Złośliwe niepokojenie może mieć zatem dla przykładu miejsce przy użyciu gestu, słowa, rysunku czy też na skutek dokonania innego czynu, mającego w konkretnej sytuacji charakter niepokojenia. W praktyce przykładami takiego niepokojenia może być pukanie czy dzwonienie do drzwi, po czym uciekanie, wykonywanie głuchych telefonów czy też umieszczanie kartek w drzwiach z denerwującymi informacjami. Istotne w zachowaniu sprawcy jest to, że kieruje się on chęcią dokuczenia innej osobie, sprawienia jej przykrości, przysporzenia trosk i zmartwień. Pobudką

działania w takich zachowaniach jest nieżyczliwość sprawcy. Głównym celem jest bowiem wyprowadzenie ewentualnego pokrzywdzonego z równowagi psychicznej, spowodowanie zdenerwowania.

Zatem jeżeli w ocenie lekarza działanie pacjenta spełnia znamiona przestępstwa uporczywego nękania lub wykroczenia złośliwego niepokojenia, zasadnym jest złożenie na policji zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa lub wykroczenia. Jeżeli zawiadomieniem objęte będzie również przestępstwo uporczywego nękania, to lekarz powinien jednocześnie złożyć wniosek o ściganie.

Kolejno przytoczyć należy art. 190 § 1 k.k., w świetle którego kto grozi innej osobie popełnieniem przestępstwa na jej szkodę lub szkodę osoby najbliższej, jeżeli groźba wzbudza w zagrożonym uzasadnioną obawę, że będzie spełniona, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Zgodnie z § 2 tego przepisu, ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.

Idąc dalej wskazania wymaga, iż w myśl art. 115 § 12 k.k., groźbą bezprawną jest zarówno groźba, o której mowa powyżej, jak i groźba spowodowania postępowania karnego lub innego postępowania, w którym może zostać nałożona administracyjna kara pieniężna, jak również rozgłoszenia wiadomości uwłaczającej czci zagrożonego lub jego osoby najbliższej; nie stanowi groźby zapowiedź spowodowania postępowania karnego lub innego postępowania, w którym może zostać nałożona administracyjna kara pieniężna, jeżeli ma ona jedynie na celu ochronę prawa naruszonego przestępstwem lub zachowaniem zagrożonym administracyjną karą pieniężną.

Zważywszy na treść przytoczonych powyżej uregulowań prawnych, słusznym wydaje się być twierdzenie, iż kwestią jaką należałoby rozważyć w niniejszej sprawie jest to, czy sformułowania użyte przez pacjenta można uznać za groźbę bezprawną.

Zgodnie z komentarzem do Kodeksu karnego pod red. A. Grześkowiak: „Istotą groźby jest zatem zapowiedź naruszenia prawnego dobra (...), tj. zapowiedź spowodowania negatywnych konsekwencji, jakie mogą spotkać osobę zagrożoną

lub jego osoby najbliższe. Innymi słowy, groźenie polega na ukazaniu innej osobie, że jeżeli nie wykona ona określonych działań korzystnych z punktu widzenia osoby wypowiadającej groźby, to może spotkać ją lub jej najbliższego niekorzystne zdarzenie, pogarszające jego sytuację, niż gdyby działanie to wykonał”.

Co również istotne, zdaniem prof. Grześkowiak: „Choć nie wynika to wprost z literalnego brzmienia art. 115 § 12 k.k. – poza wyjątkiem groźby karalnej – wydaje się, że przepis ten zawsze dotyczy groźby realnej, tj. takiej, która jest możliwa do zrealizowania przez groźącego, a tym samym wzbudza u pokrzywdzonego uzasadnioną obawę jej urzeczywistnienia”.

Mając na uwadze powyższe regulacje prawne, wskazać należy, że aby czyn pacjenta spełniał znamiona ww. przestępstwa, spełnienie gróźb, o których mówi, powinno być realne do zrealizowania przez groźącego i wzbudzać u lekarza uzasadnioną obawę, że tak się stanie.

Idąc dalej, agresywne zachowanie pacjenta wymaga również rozważenia podstaw do odmowy podjęcia leczenia lub odstąpienia od dalszego leczenia. Stosownie do treści art. 2 ust. 1 Kodeksu Etyki Lekarskiej (dalej jako KEL), powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu. Jak wynika z przywołanego powyżej postanowienia KEL, udzielanie pomocy człowiekowi w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia stanowi nie tylko szczególny obowiązek lekarza, lecz jest również uważane za jego powołanie.

Powyższy obowiązek został dodatkowo dookreślony w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (dalej jako u.z.l.), stosownie do którego lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Wobec powyższego, bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy zachodzi w następujących sytuacjach:

1. gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia,

2. gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Niemniej jednak, wyjątek od ww. obowiązku udzielania pomocy lekarskiej został przewidziany wprost w art. 38 ust. 1 u.z.l., który stanowi, że lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30, z zastrzeżeniem ust. 3. W dalszej kolejności przepis ten stanowi, że w przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym (art. 38 ust. 2 u.z.l.).

W myśl art. 38 ust. 3 u.z.l., jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego. Ponadto ust. 4 omawianego przepisu wskazuje, że w przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

Warto wskazać, iż możliwość odmowy udzielenia pomocy lekarskiej przewidziana została również w art. 7 KEL, stosownie do którego, w szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków nie cierpiących zwłoki. Nie podejmując albo odstępując od leczenia, lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej. Dodatkowo, w myśl art. 13 ust. 2 KEL, podstawową zasadą relacji łączącej lekarza z pacjentem jest wzajemny szacunek, zaufanie oraz gotowość współpracy z obu stron.

Ustawa o zawodzie lekarza stanowiąc o „poważnych powodach”, nie wymienia przyczyn, które można byłoby uznać za spełniające kryterium odmowy udzielenia świadczenia. Kodeks Etyki Lekarskiej również nie precyzuje, jakie „szczególnie uzasadnione wypadki” mogą wystąpić.

Chodzi jednak o przyczyny, które obiektywnie mają racjonalne uzasadnienie, a równocześnie są na tyle istotne, że usprawiedliwiają decyzję lekarza o niepodjęciu lub zaprzestaniu kontynuacji leczenia. W komentarzach do Kodeksu Etyki Lekarskiej wymienia się przykłady powodów, które mogą uzasadniać taką decyzję, wskazując na przyczyny leżące po stronie pacjenta, jak np. jego obraźliwe zachowanie wobec lekarza, chroniczne niestosowanie się do zaleceń lekarza niweczące proces leczenia, złośliwe uchylanie się od uiszczenia umówionego honorarium. Odstąpienie mogą też uzasadniać przyczyny leżące po stronie lekarza.

Jak słusznie zauważa E. Bagińska: „Ani ustawa, ani KEL nie precyzują, co należy rozumieć pod pojęciem »poważnych powodów« czy »szczególnie uzasadnionych wypadków«. Wydaje się jednak, że pojęcia te są do siebie zbliżone. W literaturze zauważa się, że chodzi o przyczyny, które, obiektywnie rzecz biorąc, mają racjonalne uzasadnienia, a równocześnie są na tyle istotne, że usprawiedliwiają decyzję lekarza o niepodjęciu lub zaprzestaniu kontynuacji leczenia, jak np. choroba lekarza, brak odpowiedniej specjalizacji, ważne sprawy rodzinne utrudniające wykonywanie praktyki lekarskiej, urlop (gdy pacjent może skorzystać z pomocy innego lekarza), utrata zaufania na skutek konfliktu między lekarzem a pacjentem (jednakże źródło konfliktu nie musi pozostawać w związku z faktem czy sposobem leczenia), brak chęci współpracy pacjenta w procesie diagnostycznym czy terapeutycznym, agresywne zachowanie pacjenta w stosunku do lekarza (wyrażające się poprzez agresję słowną – krzyki, obelgi, jak i przemoc fizyczną) ”.

Reasumując, lekarz z poważnych powodów może odmówić udzielenia świadczenia. Muszą to być jednak przyczyny, które obiektywnie mają racjonalne uzasadnienie, a równocześnie są na tyle istotne, że usprawiedliwiają decyzję lekarza o niepodjęciu lub zaprzestaniu kontynuacji leczenia. W ocenie opiniującego, jeżeli zachowanie pacjenta uniemożliwia współpracę, z uwagi na brak szacunku w stosunku do lekarza, wulgarne

bądź agresywne zachowanie, odstąpienie od udzielania świadczeń zdrowotnych jest uzasadnione.

W przypadku podjęcia takiej decyzji przez lekarza, musi on odpowiednio wcześniej uprzedzić pacjenta, wskazać realną możliwość uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz odnotować fakt odstąpienia od leczenia w dokumentacji medycznej wraz z uzasadnieniem swej decyzji w tym przedmiocie. Jednakże odmowa leczenia jest niedopuszczalna, gdy zachodzi przypadek, że zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Oceny zajścia powyższych przypadków należą do indywidualnej oceny lekarza mającego udzielić świadczeń zdrowotnych. Dodatkowo, jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, powinien również uzyskać zgodę swojego przełożonego.

#### KLAUZULA PRAWNA:

Niniejszy wzór dokumentu jest jedynie przykładem możliwych rozwiązań prawnych. Przygotowując niniejszy wzór dokumentu, przeanalizowano i polegano wyłącznie na informacjach otrzymanych od klienta. Nie badano ani nie weryfikowano prawdziwości przedstawionego stanu faktycznego. Lex Secure Sp. k. zastrzega sobie prawo weryfikacji niniejszego opracowania w przypadku ujawnienia faktów nieznanych w momencie jego sporządzenia.

Niniejszy wzór dokumentu wydaje się do wiadomości i do użytku klienta, z prawem do publikacji lub udostępniania publicznego.

Przedstawione w niniejszym wzorze dokumentu rozwiązania prawne stanowią niezależną, subiektywną ocenę Lex Secure Sp. k. W szczególności przedstawione rozwiązania prawne nie dają gwarancji wyniku danej sprawy w przypadku skierowania jej na drogę postępowania sądowego lub administracyjnego.

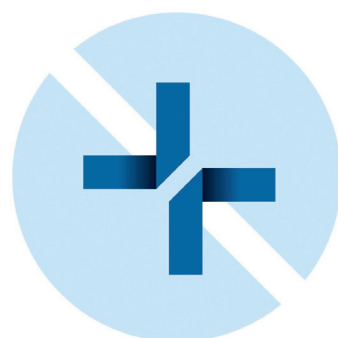
Kancelaria Lex Secure 24h  
Opieka Prawna,  
Sopot, 7 maja 2025 roku





# Skąd się biorą kosmiczne zarobki lekarzy? Agresja i mowa nienawiści wobec personelu medycznego

„Zarobki lekarzy nie mają już granic. W warszawskiej ochronie zdrowia tak się walczy o kadry” – brzmiał nagłówek wydania warszawskiej Gazety Wyborczej z 26 sierpnia 2024 roku. Przeanalizujemy tę wypowiedź, szukając czynników ryzyka wystąpienia agresji wobec lekarzy.



 **POLSKIE TOWARZYSTWO  
KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ**

**P**o pierwsze, wypowiedź, jak wiele podobnych, osadzona jest w realiach kryzysu kadrowego w ochronie zdrowia. Pokutuje przekonanie, że lekarzy w Polsce jest za mało. Mało kto dopowiada koniec tego zdania, że lekarzy jest za mało w publicznym systemie, z uwagi na fakt migracji lekarzy do sektora prywatnego. Lekarze nie muszą już migrować za granicę, czasem rozwiązaniem jest odejście z publicznego systemu ochrony zdrowia.

Tytuł brzmi jak slogan przez swój uogólniający, sensacyjny charakter. A że przy okazji użyte słowo „granic” sugeruje przekroczenie jakiejś normy, wymykanie się zjawisku spod kontroli, jest to wysoce medialny tytuł. Ma szansę się sprzedać.

Jest też oczywiście kwestia zarobków. Zarobki kosmiczne znaczą dla każdego co innego. Można wziąć dowolną liczbę, nawet pomnożyć ją przez 100, to też będzie kosmiczne. Wyobraźnia czytelnika pracuje. Nie ma znaczenia, jaką kwotę czytelnik sobie wyobrazi, bo i tak już wie, że będzie za wysoka. Emocja? Oburzenie.

Oburzony czytelnik zawiesi wzrok na słowie „walka” i już będzie wiedział, że nie chodzi tu o poprawę warunków pracy lekarzy, a o ich przepłacanie. System przepala budżet, bo lekarze chcą więcej. Pojawia się zwątpienie, czy kompetencje lekarzy są aż tyle warte. Jedno jest pewne: zarobki lekarzy przekroczyły już granice przyzwoitości. System ochrony zdrowia to już wolny rynek, gdzie rządzi pieniądź. I tylko lekarze na tym korzystają. Pacjent w tej sytuacji jest tylko milczącym obserwatorem, nieobecny w dyskusji. O niego nikt nie walczy, a to on ponosi konsekwencje braku kadry w szpitalu. I pomyśli, że skoro ktoś za dużo zarabia, to przez to, że inny traci. Przecież wiadomo kto traci – pacjent. Jak więc ma zaufać tym chciwym lekarzom? Nie ma ku temu żadnej motywacji.

Bez znaczenia jest prawdziwy problem, że lekarze odpływają z publicznego systemu, że jest niedofinansowanie. To przesłanie, gdyby napisane wprost, nie miało już tak medialnego charakteru i się nie sprzeda.

Konsekwencja jest oczywista: brak zaufania do lekarza. To, o czym pacjent czyta w przestrzeni medialnej, sposób, w jaki zinterpretuje, przeanalizuje, będzie miało wpływ na jego nastawienie wobec personelu medycznego.

Po tragicznych wydarzeniach w Krakowie ruszyła lawina komentarzy medyków, w których dzielą się osobistymi doświadczeniami agresji ze strony pacjentów i ich rodzin. Agresja jest wszechobecna. Lekarze mówią dość. Skąd ta fala odejść z systemu? Narasta problem wypalenia

zawodowego. Należałoby na wypalenie zawodowe spojrzeć jak na sygnał alarmowy dla całego systemu opieki zdrowotnej, którego źródłem są przeciążenie, stres, a także błędy w organizacji pracy, komunikacji i współpracy zespołowej. Agresja jest tylko objawem zaawansowanej choroby toczącej system.

Agresja nie powstaje de novo. Są czynniki ryzyka. Mówi się o przeciążeniu ochrony zdrowia, o niedoborach kadrowych, wydłużonym czasie oczekiwania na świadczenie i wynikającej z niego frustracji pacjentów. Jest to jeden z częstszych kontekstów niezadowolenia, a nawet jawnej agresji w stronę lekarzy. Każdy z nas zderzył się zapewne z oskarżeniem o wydłużanie kolejki. Nas z kolei frustruje fakt niezrozumienia, że to nie my personalnie te kolejki tworzymy. Wynikają one bezpośrednio z finansowania i limitowania świadczeń, a tym przeciętny lekarz pracujący w szpitalu czy poradni nie zarządza.

Pacjenci zwykle nie rozumieją ograniczeń ubezpieczenia, jakiemu podlegają, ani nie znają procedur obowiązujących w systemie opieki zdrowotnej. Oczekują natychmiastowej pomocy, co nie zawsze jest możliwe do zrealizowania. W związku z tym dochodzi do brutalnego zderzenia z rzeczywistością, a to sytuacja konfliktorodna. Tym razem na naszych barkach, poza udzieleniem pomocy medycznej, spoczywa odpowiedzialność na zarządzanie konfliktem. Nie uczyliśmy się o tym na studiach i nie każdy z nas ma odpowiednie kompetencje. Tymczasem nierozwiązany konflikt prowadzi do agresji. Ale tymi mechanizmami zwykle pacjent nie jest zainteresowany.

Środowisko próbowało podjąć temat zwiększenia świadomości pacjenta o świadczeniach mu przysługujących w ramach ubezpieczenia, tworząc i publikując „Nawigator Pacjenta. Praktyczny poradnik jak poruszać się po systemie ochrony zdrowia”: <https://nawigatorpacjenta.rpp.gov.pl/wp-content/uploads/2024/02/Nawigator-Pacjenta-4.pdf>. Możemy go wykorzystać jako argument w dyskusji. To jednak za mało, bo statystyczny pacjent nie jest zmotywowany, aby się dowiedzieć, jak działa

system, na który tak narzeka. Ważne, że znalazł winnego, czyli lekarza.

Temat agresji i przemocy w środowisku medycznym z pewnością nie jest czymś nowym, nie jest typowy dla naszej kultury. Różne kraje powołują organizacje skupiające się wokół zwiększenia bezpieczeństwa lekarzy wobec narastającego zjawiska przemocy. W badaniach wykazano, że pracownicy medyczni doświadczający przemocy w miejscu pracy odczuwają gniew, strach, lęk, mówią o myśli samobójczej, zespół stresu pourazowego, depresję czy wypalenie zawodowe.

Wzorem innych branż, staramy się budować kulturę bezpieczeństwa, co oznacza zarówno bezpieczeństwo kadry medycznej, jak i bezpieczeństwo pacjenta, które są ze sobą nierozdzielnie związane i nie mogą być rozpatrywane oddzielnie. Poprawa jednego wspiera drugie.

Systematyczny przegląd literatury, analizujący 68 badań dotyczących skutków przemocy w miejscu pracy wobec pracowników służby zdrowia, posłużył do zidentyfikowania konsekwencji, jakie niesie za sobą narażenie na przemoc w środowisku opieki zdrowotnej.

#### AUTORZY PUBLIKACJI WYRÓŻNILI SIEDEM GŁÓWNYCH KATEGORII:

- Fizyczne: obrażenia ciała, bóle, urazy;
- Psychologiczne: zaburzenia lękowe, depresja, zespół stresu pourazowego (PTSD);
- Emocjonalne: strach, złość, frustracja, poczucie winy;
- Funkcjonowanie zawodowe: absencje, spadek satysfakcji z pracy, rotacja personelu;
- Relacje interpersonalne: pogorszenie relacji z pacjentami i współpracownikami;
- Organizacyjne: spadek jakości opieki, zwiększone koszty operacyjne;
- Społeczne: izolacja, wycofanie społeczne.

Skutki przemocy nie ograniczają się tylko do bezpośrednich ofiar, ale wpływają na całe środowisko pracy i jakość opieki nad pacjentem. Dlatego warto pochylić się

ciąg dalszy na s. 20



ciąg dalszy ze s. 19

ponownie nad kwestiami kultury bezpieczeństwa pacjentów, takimi jak: usprawnienie komunikacji w medycynie, lepsza współpraca zespołowa, nauka na błędach, zapewnienie odpowiedniego zatrudnienia, aby zmniejszyć wypalenie zawodowe, jak i przemoc w miejscu pracy.

### LEKARZE SKUTECZNIE BRONIĄ DOBREGO IMIENIA:

#### Justyna Socha – prawomocnie skazana za zniesławienie anestezjologów

➤ **TŁO SPRAWY:** W październiku 2019 roku Justyna Socha, ówczesna prezeska Stowarzyszenia „STOP NOP”, opublikowała na profilu organizacji wpis sugerujący, że lekarze anestezjolodzy celowo podają pacjentom leki prowadzące do ich przedwczesnej śmierci, aby zwolnić miejsce dla innych chorych.

➤ **POSTĘPOWANIE SĄDOWE:** W marcu 2024 roku Sąd Rejonowy w Poznaniu umorzył postępowanie, jednak decyzja ta została zaskarżona przez prokuraturę oraz pełnomocnika pokrzywdzonego lekarza. W lipcu 2024 roku Sąd uchylił wcześniejsze umorzenie, uznając, że wpis odnosił się do konkretnej grupy zawodowej i mógł naruszać ich dobre imię.

➤ **WYROK I INSTANCJI:** 10 października 2024 roku Sąd Rejonowy Poznań – Nowe Miasto i Wilda uznał Justynę Sochę za winną zniesławienia lekarzy anestezjologów. Sąd wymierzył karę roku ograniczenia wolności, polegającą na obowiązku wykonywania 30 godzin nieodpłatnej pracy społecznej miesięcznie oraz zasądził nawiązkę w wysokości 20 tys. zł na rzecz fundacji wspierającej rozwój anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej. Orzeczono również obowiązek podania wyroku do publicznej wiadomości.

➤ **WYROK PRAWOMOCNY:** 16 kwietnia 2025 roku Sąd Okręgowy w Poznaniu utrzymał wyrok sądu pierwszej instancji w mocy, oddalając wnioski dowodowe obrony jako spóźnione i zmierzające do przedłużenia postępowania. Sąd podkreślił, że wpis Justyny Sochy przekroczył granice dopuszczalnej krytyki i godził w dobre imię lekarzy.

#### Jerzy Zięba – prawomocnie skazany za znieważenie lekarzy

➤ **TŁO SPRAWY:** W październiku 2018 roku po śmierci 14-miesięcznego dziecka w poznańskim szpitalu Jerzy Zięba opublikował w mediach społecznościowych wpis zawierający obraźliwe sformułowania pod adresem lekarzy, m.in.: „Najchętniej odrąbałbym im te durne lekarskie łby, zawierające bezlitosne lekarskie mózgi z licencją na zabijanie”.

➤ **POSTĘPOWANIE SĄDOWE:** W 2020 roku Sąd Rejonowy w Poznaniu wydał wyrok nakazowy, uznając Jerzego Ziębę za winnego zarzucanych mu czynów. Zięba nie zgodził się z wyrokiem i złożył sprzeciw.

➤ **WYROK I INSTANCJI:** W październiku 2022 roku Sąd Rejonowy w Poznaniu uznał Jerzego Ziębę za winnego zniesławienia i znieważenia lekarzy za pomocą środków masowego komunikowania. Sąd wymierzył karę sześciu miesięcy ograniczenia wolności, zobowiązując go do wykonywania 30 godzin nieodpłatnej pracy społecznej miesięcznie oraz zasądził nawiązkę w wysokości 20 tys. zł na rzecz Polskiego Czerwonego Krzyża.

➤ **WYROK PRAWOMOCNY:** 1 marca 2023 roku Sąd Okręgowy w Poznaniu, jako sąd drugiej instancji, utrzymał wyrok sądu pierwszej instancji w mocy. Proces zarówno przed sądem pierwszej, jak i drugiej instancji toczył się z wyłączeniem jawności.

### OSKARŻENIA PRYWATNE I UGODY

Dr Dawid Ciemięga, pediatra z Tychów zdecydowanie przeciwstawił się fali hejtu i zniesławień ze strony środowisk antyszczepionkowych. Jego działania prawne przeciwko osobom rozpowszechniającym nieprawdziwe informacje na jego temat przyniosły konkretne rezultaty.

#### Sprawy sądowe i ich wyniki

➤ **PIERWSZA SPRAWA SĄDOWA:** W lipcu 2019 roku przed Sądem Rejonowym w Tychach odbyła się rozprawa przeciwko jednej z osób, która w mediach społecznościowych oskarżyła dr. Ciemięgę o posiadanie „krwi na rękach”. Sprawa zakończyła się ugodą – oskarżona zobowiązała się

do zapłaty 2 tys. zł zadośćuczynienia oraz do oficjalnych przeprosin.

➤ **DALSZE DZIAŁANIA PRAWNE:** Dr Ciemięga zgromadził dokumentację dotyczącą wielu innych przypadków zniesławienia i hejtu. W sumie zidentyfikował 9 osób, które miały rozpowszechniać nieprawdziwe informacje na jego temat. Wobec tych osób złożył prywatne akty oskarżenia.

➤ **WSPÓŁPRACA Z PROKURATURĄ:** W czerwcu 2018 roku Prokuratura Rejonowa w Tychach wszczęła dochodzenie w sprawie zniesławienia dr. Ciemięgi przez Jerzego Ziębę oraz innych hejterów. Lekarz dostarczył prokuraturze obszerny materiał dowodowy, w tym zrzuty ekranu i dane identyfikujące sprawców.

➤ **PUBLICZNE PRZEPROSINY:** W 2020 roku dr Ciemięga zawarł ugodę z Jerzym Ziębą, znanym propagatorem medycyny niekonwencjonalnej. Zięba publicznie przeprosił lekarza za wcześniejsze pomówienia, co umożliwiło zakończenie sporu bez dalszych postępowań sądowych.

#### O AUTORCE:

**Agnieszka Sawicka**, lekarz specjalista pediatrii, dyplomowany coach, akredytowany trener metody badającej styl komunikacji, lider Sekcji ds. Codziennej Praktyki Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej, sekretarz Komisji ds. Młodych Lekarzy BIL.

#### MATERIAŁY ŹRÓDŁOWE:

Erwin Nowak, Justyna Socha skazana za zniesławienie anestezjologów. Wyrok za wpis z 2019 roku, 19 kwietnia 2025, wpoznanu.pl, <https://wpoznanu.pl/justyna-socha-skazana-za-znieslawienie-anestezjologow-wyrok-za-wpis-z-2019-roku/?utmhttps://wpoznanu.pl/justyna-socha-skazana-za-znieslawienie-anestezjologow-wyrok-za-wpis-z-2019-roku/?utm>

Redakcja Alert Medyczny, Anestezjolodzy znieważeni w sieci. Jest prawomocny wyrok dla Justyny Sochy, 19.04.2025, alertmedyczny.pl, <https://alertmedyczny.pl/anestezjolodzy-zniewazeni-w-sieci-jest-prawomocny-wyrok-dla-justyny-sochy/?utm>

Krystian Lurka, Jerzy Zięba prawomocnie skazany za znieważenie lekarzy, 14.04.2025, <https://www.termedia.pl/, https://www.termedia.pl/mz/Jerzy-Zieba-prawomocnie-skazany-za-zniewazenie-lekarzy%2C61170.html?utm>

Marta Mazuś, Lekarz kontra antyszczepionkowcy, 17 września 2019, polityka.pl, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1924754%2C1%2Clekarsz-kontra-antyszczepionkowcy.read?utm>





Personel medyczny udzielający tutaj świadczeń zdrowotnych korzysta z **ochrony prawnej przysługującej funkcjonariuszom publicznym!**

## Kazde:

- wyzwisko, obelgi lub inne formy znieważenia,
- groźba, próba zastraszenia,
- uderzenie, popchnięcie lub inne naruszenie nietykalności,

**będzie skutkować odpowiedzialnością karną – nawet do 10 lat pozbawienia wolności (art. 222–226 KK).**

**Nie godzimy się na przemoc wobec personelu medycznego.**

Naruszenie nietykalności cielesnej, czynna napaść lub znieważenie lekarza/pielęgniarki/ratownika medycznego/farmaceuty to przestępstwo ścigane z urzędu przez policję i prokuraturę.

Widzisz agresję wobec personelu?

**Nie czekaj – natychmiast wezwij policję!**

## Podstawy prawne:

- art. 44. ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
- art. 11. ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej,
- art. 35a. ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty,
- art. 37. ustawy z dnia 1 grudnia 2022 o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie ratowników medycznych,
- art. 222.–226. ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny,
- art. 115. § 19. ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.





📷 SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR. JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY

# Otwarcie Pracowni Elektrofizjologii i Elektroterapii

W Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy otwarto Pracownię Elektrofizjologii i Elektroterapii, w której prowadzone będą diagnostyka i leczenie zaburzeń rytmu serca.

**N**owoczesna sala zabiegowa umożliwi lekarzom wykonywanie nie tylko większej liczby zabiegów, ale w przypadku wskazań nagłych, wykonywanie ich praktycznie o każdej porze dnia czy nocy. Niezwykle ważne

jest to, że obecnie sprzęt jest dostępny w dedykowanej pracowni i nie musimy go przewozić, aby pomóc pacjentom – mówi prof. dr hab. n. med. Grzegorz Grześk, kierownik Kliniki Kardiologii, Farmakologii Klinicznej i Chorób Wewnętrznych.

W nowej pracowni wykonywane będą nowoczesne zabiegi, takie jak: ablacje zaburzeń rytmu serca, implantacje stymulatorów serca i kardiowerterów-defibrylatorów oraz urządzeń resynchronizujących.

– Każda inwestycja ratująca życie pacjenta jest naszym oczkiem w głowie. Prace nad uruchomieniem pracowni, w specjalnie wygospodarowanym pomieszczeniu, trwały ponad rok. Od pewnego czasu możemy kompleksowo pomagać pacjentom chorym na serce – zaznacza dyrektor szpitala dr n. med. Agnieszka Rogalska.

Pracownia powstała dzięki wsparciu Fundacji na Rzecz Rozwoju Kardiologii, która pomaga szpitalowi już od 30 lat. Wydarzenie było okazją do przekazania podziękowań, a dla zaangażowanych w działalność fundacji osób – statuetek „Przyjacieli Kardiologii”.

Tak o możliwościach nowej pracowni mówi jej kierownik, lek. Sławomir Sielski:

Inwazyjne badania elektrofizjologiczne serca (EPS) polegają na ocenie własności elektrycznych struktur serca (tj. przedsionków i komór oraz ich połączeń elektrycznych). Przy pomocy wprowadzonych do serca cewników elektrofizjologicznych (potocznie: elektrod) stymulacją impulsami elektrycznymi można ocenić skłonność do zaburzeń rytmu serca, zweryfikować ich charakter i wyznaczyć sposób ich leczenia. EPS pozwala na rozpoznanie rodzajów częstoskurczów, jak również umożliwia ocenę sprawności węzła zatokowego i układu przewodzącego serca (ważne w diagnostyce omdleń).

Pracownia wyposażona jest w zaawansowany system elektroanatomiczny do przestrzennego mapowania i nawigacji wewnątrzsercowej (Biosense Webster Carto 3 Prime), umożliwiający trójwymiarową wizualizację jam serca wraz z obrazowaniem manewrów cewnikami w czasie rzeczywistym.

Mapowanie potencjałów wewnątrzsercowych pozwala określić punkt po punkcie żywotność mięśniówki ścian serca, wyznaczyć miejsca uszkodzone oraz zobrazować przebieg pobudzeń elektrycznych (fali aktywacji) w trakcie arytmii. System pozwala również na rekonstrukcję 3D obrazów z uprzednio wykonanej tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego i wykorzystanie jej przy tworzeniu mapy elektroanatomicznej serca.

W przypadku zdiagnozowania specyficznych zaburzeń rytmu serca, np. częstoskurczów nadkomorowych bądź komorowych, bezpośrednio po EPS najczęściej jest możliwe jednoczesne przeprowadzenie zabiegu ablacji, czyli zniszczenia podłoża (substratu) takich zaburzeń rytmu. W przypadkach częstoskurczów, jak i pobudzeń dodatkowych serca zabieg często polega na wykonaniu jedynie bardzo selektywnego, punktowego (wielkości główki od zapałki) uszkodzenia tkanki mięśnia serca, będącej powodem arytmii.

Przy nawracających, utrwalonych częstoskurczach, zarówno nadkomorowych,

jak i komorowych oraz w zespole WPW, wykonanie ablacji jest podstawową metodą leczenia (wskazanie klasy I).

Pracownia dysponuje kilkoma rodzajami generatorów do ablacji prądem o wysokiej częstotliwości (elektrokoagulacja), jak również aparaturą do krioablacji – zarówno punktowej, jak i balonowej.

Gros zabiegów ablacji wykonuje się przy użyciu systemu elektroanatomicznego, pozwalającego na bardzo precyzyjne (z dokładnością poniżej 1 mm) pozycjonowanie przestrzenne cewników w sercu i monitorowanie przebiegu zabiegu ablacji.

Aktualnie coraz więcej pacjentów jest kierowanych i kwalifikowanych do zabiegu ablacji podłoża migotania przedsionków. W ostatnich latach metody ablacji tej arytmii rozwinięto i wystandaryzowano, co znacznie poprawiło skuteczność i bezpieczeństwo tych zabiegów, tak iż ablacja stała się metodą z wskazaniem klasy I (tj. najwyższej) jako leczenia z wyboru migotania przedsionków.

O ile u pacjentów bez istotnego upośledzenia funkcji komory lewej serca ablacja migotania przedsionków jest leczeniem mającym na celu „jedynie” poprawę jakości życia (poprzez eliminację lub łagodzenie objawów choroby), to u chorych z niewydolnością serca i obniżoną frakcją wyrzutową komory lewej (HFrEF) ablacja migotania przedsionków jest leczeniem zwiększającym przeżycie – zwłaszcza u tych z wszczepionymi urządzeniami resynchronizującymi.

Aktualnie są rozwijane i wprowadzane do rutynowego użycia kolejne metody ablacji zaburzeń rytmu serca, zwłaszcza migotania przedsionków – w szczególności ablacja pulsacyjnym polem elektrycznym (PFA) umożliwiająca selektywne uszkodzenie jedynie włókien mięśniówki serca (poprzez elektroporację kardiomiocytów), z oszczędzeniem tkanek struktur przylegających do ściany serca (nerwy, przełyk). Planowane jest wprowadzenie również i tej metody leczenia w Pracowni Elektrofizjologii.

W nowej pracowni zyskały lepsze warunki również zabiegi implantacji elektronicznych urządzeń kardiologicznych (ICD), wykonywane już od wielu lat

w Klinice Kardiologii. Sala jest wyposażona w nowoczesną klimatyzację i wentylację (z filtrami przeciwdrobnoustrojowymi), zapewniające maksymalną aseptykę wszczepień implantów – stymulatorów serca i kardiowerterów-defibrylatorów.

Preparowanie tkanek podczas zabiegu ułatwia elektrokoagulator niskotemperaturowy („nóż plazmowy”). Stymulatory serca zapewniają zabezpieczenie przed bradykardią czy to zatokową (w chorobie węzła zatokowego – SSS), czy z powodu bloku przedsionkowo-komorowego.

Natomiast implantowalne kardiowertery-defibrylatory, oprócz funkcji stymulatora, mają za zadanie przerywać tachyarytmie komorowe (częstoskurcze komorowe i migotanie komór); są wszczepiane w zapobieganiu nagłego zgonu sercowego: w prewencji wtórnej – tj. u chorych po przebytych częstoskurczu lub zatrzymaniu krążenia, jak i w prewencji pierwotnej – u chorych z niewydolnością serca i upośledzoną funkcją skurczową komory lewej.

Zarówno stymulatory serca, jak i kardiowertery-defibrylatory wszczepia się również w wersji urządzeń ze stymulacją resynchronizującą (odpowiednio: CRT-P i CRT-D) – chorym z zaburzeniami przewodzenia śródkomorowego, powodującymi osłabienie skurczu wskutek asynchronicznej aktywacji mięśnia komór serca.

Dzięki wyposażeniu pracowni w system elektrofizjologiczny jest ułatwiona śródoperacyjna ocena implantacji elektrod urządzeń resynchronizujących. W takim środowisku obecnie jest również możliwe rutynowe wszczepianie urządzeń resynchronizujących ze stymulacją fizjologiczną, tj. bezpośrednią stymulacją układu przewodzącego serca (CSP, CPP – stymulacja pęczka Hisa lub jego lewej odnogi) – taki sposób desynchronizacji elektrycznej serca jest aktualnie wprowadzany w wiodących ośrodkach kardiologicznych; wydaje się, że w przyszłości będzie on podstawowym sposobem stymulacji u chorych z niewydolnością serca.

Szpital Uniwersytecki nr 2  
im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy





Otolaryngolog dr hab. n. med. Aleksander Zwierz i specjalista audiologii i protetyki słuchu mgr inż. Grzegorz Grajewski

📍 SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR. JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY

## Nowatorski zabieg w Szpitalu im. dr. J. Bizuela

13 marca zespół Kliniki Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej i Chirurgii Szcękowo-Twarzowej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy przeprowadził implantację przezskórnego systemu aktywnego implantu ucha środkowego Sentio.

Jesteśmy drugim ośrodkiem w kraju, który przeprowadził taką procedurę. Prekursorem w Polsce był Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Kąkule, gdzie w grudniu 2024 roku przeprowadzono innowacyjną operację. Sam system uzyskał światową certyfikację w lipcu 2024 roku. Wkrótce po tym zostały przeprowadzone pierwsze implantacje w USA i Niemczech – mówi prof. dr hab. n. med. Paweł Burduk, kierownik Kliniki.

### NAJLEPSZY W SWOJEJ KLASIE I NAJMNIJSZY AKTYWNY SYSTEM PRZESKÓRNY

– Procesor dźwięku (Sentio 1 mini) stosowany w tej konstrukcji jest o 26 proc. lżejszy od innych rozwiązań podskórnych, zaś implant (Sentio Ti) jest odpowiednio mniejszy o 14 proc. i 39 proc. od innych dostępnych na rynku. Urządzenie zapewnia dostęp do dźwięku w zakresie 360 stopni w najszerszym paśmie wynoszącym 9,5 kHz. Sentio Ti jest implantem typu Super Powerful, zaprojektowanym tak, aby wspierać pacjentów przy pogłębiającym się ubytku słuchu, bez konieczności przeprowadzania dodatkowych zabiegów chirurgicznych. Sentio Ti został opracowany i zweryfikowany pod kątem większej maksymalnej mocy wyjściowej, dzięki czemu w przyszłości pacjenci będą mogli korzystać z wydajniejszych procesorów dźwięku. Sentio System jest przeznaczony dla kandydatów od dwunastego roku życia, u których zdiagnozowano przewodzeniowy ubytek słuchu, mieszany ubytek słuchu lub głuchotę jednostronną. Procedura jest dostępna dla pacjentów w ramach refundacji Narodowego Funduszu Zdrowia – zaznacza dr hab. n. med. Aleksander Zwierz.

10 kwietnia nastąpiło zaprogramowanie i podłączenie procesora do wszczepionego implantu u pacjenta leczonego w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 w Bydgoszczy. Zastosowane rozwiązanie spowodowało, iż uzyskał on znaczącą poprawę jakości słyszenia, co spowodowało dużą satysfakcję zarówno pacjenta, jak i całego zaangażowanego w procedurę zespołu Kliniki.

Szpital Uniwersytecki nr 2  
im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy



Operacja w Klinice Położnictwa, Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej Szpitala Biziela

📷 SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 2 IM. DR. JANA BIZIELA W BYDGOSZCZY

# Nowe techniki w ginekologii operacyjnej w Szpitalu im. J. Biziela

Obecnie w Klinice Położnictwa Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. J. Biziela w Bydgoszczy obowiązki kierownika kliniki pełni dr n. med. Rafał Adamczak. Od momentu objęcia stanowiska kładzie nacisk na wdrożenie nowych technik operacji małoinwazyjnych w ginekologii onkologicznej oraz zaburzeniach statyki narządu rodowego.

**W**raz z koordynatorem oddziału ginekologii dr Wiesławą Chmielewską, konsultantem wojewódzkim w dziedzinie ginekologii onkologicznej powołali zespół zajmujący się wykonywaniem

zabiegów technikami minimalnie inwazyjnymi oraz zmodyfikowali techniki operacyjne, które są obecnie standardem w Klinice, m.in.: histeroskopia office, laparoskopowa histerektomia i sakrokolpopeksja.

W zespole znajdują się: lek. Anna Nawrocka, dr n. med. Agata Stawska, lek. Wojciech

Knypiński i dr n. med. Bartłomiej Myszkowski. Dodatkową korzyść odnoszą także lekarze rezydenci, którzy mają okazję poprawiania swoich umiejętności operacyjnych.

Rak endometrium (rak trzonu macicy) jest najczęstszym nowotworem ginekologicznym u kobiet. Standardem leczenia we wczesnym stadium jest operacyjne usunięcie macicy wraz z przydatkami (jajnikami i jajowodami). Obecnie, zgodnie z europejskimi rekomendacjami, preferowane jest podejście małoinwazyjne – zabieg wykonuje się metodą laparoskopową, co oznacza mniejsze nacięcia, krótszą hospitalizację i szybszy powrót do zdrowia w porównaniu z tradycyjną laparotomią.

Nowoczesnym elementem operacji jest wykorzystanie zieleni indocyjaninowej (ICG) do identyfikacji węzłów chłonnych wartowniczych oraz zastosowanie tzw. *ultra-stagingu* w badaniu mikroskopowym tych węzłów.

Laparoskopowa histerektomia (wycięcie macicy) wykonywana jest w znieczuleniu ogólnym przez kilka drobnych nacięć w powłokach brzusznych. Przez te nacięcia wprowadza się kamerę oraz specjalne narzędzia chirurgiczne. Zabieg zwykle obejmuje usunięcie całej macicy wraz z szyjką, a także obustronne usunięcie przydatków (jajników i jajowodów) – jest to konieczne ze względu na ryzyko współwystępowania zmian nowotworowych w jajnikach oraz hormonalną zależność raka endometrium.

Następnie operator usuwa regionalne węzły chłonne, ale zamiast wycinać je wszystkie profilaktycznie koncentruje się na tzw. węzłach wartowniczych. To właśnie one są pierwszym „przystankiem” dla komórek nowotworowych przemieszczających się z guza drogą limfy. Procedura rozpoczyna się od podania znacznika – zieleni indocyjaninowej (ICG) – w okolicę szyjki macicy, zwykle w czterech punktach wokół guza.

ICG to barwnik fluorescencyjny, który posiada zdolność wnikania w tkanki oraz szybkiego wchłaniania się do naczyń limfatycznych, dokładnie je zabarwiając. Po około kilku minutach od podania barwnika operator przystępuje do właściwej operacji laparoskopowej. Kamera

ciąg dalszy na s. 26



ciąg dalszy ze s. 25

laparoskopowa wyposażona w źródło światła bliskiej podczerwieni (NIR) umożliwia uwidocznienie fluorescencji ICG w naczyniach chłonnych i węzłach – dzięki temu węzły wartownicze świecą na zielono i można je łatwo zlokalizować oraz wyciąć. Taka technika nazywana jest mapowaniem węzła wartowniczego.

W praktyce chirurg usuwa w pierwszej kolejności fluorescencyjnie uwidocznione węzły chłonne wartownicze (zwykle po 1–2 węzły z każdej strony miednicy), a następnie przeprowadza właściwe wycięcie macicy z przydatkami metodą laparoskopową. Cały zabieg jest minimalnie inwazyjny – odbywa się przez niewielkie nacięcia, z niewielką utratą krwi i z minimalnym urazem okolicznych tkanek. Po usunięciu narządu rodowego oraz węzłów wartowniczych kończy się operację, pozostawiając jedynie drobne szwy na skórze.

## ROLA ICG W IDENTYFIKACJI WĘZŁÓW WARTOWNICZYCH

Węzeł chłonny wartowniczy to pierwszy węzeł chłonny na drodze spływu chłonki z guza nowotworowego. Nie zawsze jest on najbliższy położony anatomicznie, ponieważ układ chłonny bywa zmienny – dlatego opracowano specjalne metody jego wykrywania.

Tradycyjnie w onkologii do identyfikacji węzłów wartowniczych używano barwników (np. błękit patentowy) lub radioaktywnych znaczników. Obecnie coraz powszechniej stosuje się zieleń indocyjaninową (ICG) – barwnik fluorescencyjny wykorzystywany wcześniej m.in. w kardiologii i okulistyce, o doskonałych właściwościach penetrowania tkanek i szybkiego transportu naczyniami limfatycznymi. Po podaniu ICG do szyjki macicy barwnik ten podąża wraz z chłonką tak, jak potencjalne komórki nowotworowe, docierając do węzłów chłonnych regionalnych.

W ciągu kilkunastu minut ICG gromadzi się w pierwszych napotkanych węzłach – czyli właśnie węzłach wartowniczych. Dzięki użyciu specjalnej kamery laparoskopowej, emitującej światło podczerwone i czułej na fluorescencję, operator widzi na ekranie podświetlone na zielono struktury chłonne. Ułatwia to precyzyjne

zlokalizowanie i wycięcie węzłów wartowniczych, nawet jeśli są one małe lub nietypowo położone. Co ważne, laparoscopia sprzyja tej technice – powiększenie obrazu i dobra wizualizacja ułatwiają śledzenie drobnych naczyń chłonnych i wychwytywanie świecących węzłów. W praktyce zastosowanie ICG przekłada się na większą skuteczność wykrywania węzłów wartowniczych w raku endometrium.

„Badania wskazują, że odsetek wykrycia węzłów wartowniczych przy użyciu fluorescencji ICG jest wyższy (sięgający 80–90 proc.) niż przy stosowaniu samych barwników niefluorescencyjnych.

Dzięki temu chirurg ma dużą szansę zidentyfikować węzły po obu stronach miednicy, co zwiększa wiarygodność oceny stanu onkologicznego pacjentki. Po wycięciu węzłów wartowniczych materiał ten jest zabezpieczany do dalszego badania histopatologicznego. Jeśli z jakiegoś powodu węzeł wartowniczy nie zostanie uwidoczniony (tzw. nieudane mapowanie na danej stronie), standardem jest uzupełnienie zabiegu o klasyczne usunięcie węzłów chłonnych w tej okolicy, aby nie pominąć ewentualnych przerzutów. Na szczęście sytuacje braku mapowania zdarzają się rzadko, zwłaszcza w doświadczonych ośrodkach stosujących ICG.

## ZNACZENIE ULTRA-STAGINGU W OCENIE ZAAWANSOWANIA

Samo wycięcie węzłów wartowniczych to połowa sukcesu – kluczowe jest teraz ich dokładne zbadanie pod mikroskopem. Ultra-staging to określenie specjalistycznej procedury polegającej na bardzo dokładnej analizie histopatologicznej węzłów chłonnych wartowniczych.

Standardowo patolog ogląda węzeł w kilku przekrojach barwionych hematoxyliną i eozyną (H+E). Ultra-staging natomiast oznacza, że węzły są cięte na wiele

cienkich skrawków na różnych poziomach (tzw. badanie wielopoziomowe), a dodatkowo stosuje się barwienia immunohistochemiczne (np. przeciwciałami anty-cytokeratynowymi) w celu ujawnienia nawet pojedynczych komórek nowotworowych.

Taka pogłębiona analiza pozwala wykryć mikroprzerzuty (przerzuty <2 mm) czy nawet izolowane komórki nowotworowe, które mogłyby zostać przeoczone w rutynowym badaniu. Dzięki *ultra-stagingowi* zwiększa się czułość oceny stanu węzłów. Wykazano, że u znacznego odsetka pacjentek obecność przerzutów w węzłach wartowniczych udaje się potwierdzić dopiero dzięki zastosowaniu tych technik – w jednym z przeglądów stwierdzono, że u 37 proc. pacjentek z przerzutami do węzłów wartowniczych wykryto je wyłącznie dzięki badaniu immunohistochemicznemu i seryjnym skrawkom, a standardowe barwienie H+E nie ujawniło tych zmian.

Oznacza to, że bez procedury *ultra-stagingu* część mikroskopijnych przerzutów pozostałaby niezauważona. Znaczenie kliniczne wykrycia tak niewielkich przerzutów polega na dokładniejszym określeniu stopnia zaawansowania choroby i możliwości wdrożenia odpowiedniego leczenia uzupełniającego (np. radioterapii lub chemioterapii).

Jeśli w węzle wartowniczym stwierdzi się przerzut (nawet mikroskopowy), rak endometrium zostaje zaklasyfikowany do wyższego stopnia zaawansowania, co zwykle stanowi wskazanie do intensywniejszego leczenia pooperacyjnego. Z drugiej strony, gdy węzeł wartowniczy jest wolny od nowotworu, z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że pozostałe węzły danej okolicy również nie zawierają przerzutów. W takiej sytuacji pacjentka może uniknąć dodatkowej rozległej limfadenektomii (usunięcia wszystkich węzłów), która wiąże się z większym ryzykiem powikłań. Ultra-staging wzmacnia zaufanie do wyniku badania węzła wartowniczego – daje większą pewność, że brak przerzutu w węzle wartowniczym rzeczywiście oznacza brak przerzutów w całej okolicy.

## KORZYŚCI DLA PACJENTEK

Zastosowanie opisanego podejścia – laparoskopowej histerektomii z biopsją węzła wartowniczego i *ultra-stagingiem*

– przynosi liczne korzyści dla pacjentek. Przede wszystkim jest to metoda mniej inwazyjna niż tradycyjne operacje. Dzięki laparoskopii unika się dużego cięcia przez powłoki brzuszne; pacjentka ma tylko kilka małych nacięć, co oznacza mniejszy ból pooperacyjny, mniejsze ryzyko infekcji i szybsze gojenie.

Badania porównawcze wykazały, że pacjentki operowane laparoskopowo tracą mniej krwi, rzadziej występują u nich powikłania pooperacyjne, a czas hospitalizacji jest istotnie krótszy niż po operacji otwartej. Zwykle po zabiegu laparoskopowym chora może opuścić szpital już w ciągu 2–3 dni, podczas gdy po laparotomii pobyt bywa dłuższy (nawet około tygodnia). Szybszy powrót do domu i sprawności przekłada się na lepszy komfort pacjentek i ich rodzin.

Kolejną korzyścią jest zmniejszenie ryzyka powikłań limfatycznych. Klasyczne podejście do oceny węzłów chłonnych w raku endometrium polegało kiedyś na usunięciu wielu (a nawet wszystkich) węzłów chłonnych w miednicy i okolicy okołoaortalnej. Jednak u większości chorych we wczesnym stadium tak rozległy zabieg nie przynosi bezpośredniej korzyści, bo tylko u mniejszości pacjentek stwierdza się przerzuty w węzłach – szacuje się, że ok. 20 proc. kobiet z wczesnymi nowotworami narządu rodного ma zajęte węzły, a w raku endometrium odsetek ten jest jeszcze niższy.

Usuwanie wszystkich węzłów „na zapas” naraża zatem wiele pacjentek na zbędne powikłania, takie jak obrzęki limfatyczne nóg (spowodowane zaburzeniem odpływu chłonki) czy uszkodzenie nerwów i naczyń w miednicy. Wybiórcza biopsja węzłów wartowniczych rozwiązuje ten problem – pozwala skupić się na najistotniejszych węzłach do oceny. Jeżeli węzły wartownicze są czyste (brak przerzutów), pacjentka unika dalszej limfadenektomii i związanych z nią powikłań. Jeśli zaś znajdzie się w nich przerzut, wówczas wiadomo, że choro-ba jest bardziej zaawansowana i można celowo zaplanować odpowiednie leczenie uzupełniające.

Takie postępowanie zapewnia więc lepsze wyniki onkologiczne w sensie precyzyjnego dopasowania terapii do stopnia

zaawansowania choroby. Co ważne, liczne badania potwierdziły, że ograniczenie się do procedury węzła wartowniczego nie pogarsza rokowań – wyniki przeżyć pacjentek leczonych z zastosowaniem tej metody są porównywalne z tymi, u których wykonano pełne limfadenektomie. Jednocześnie pacjentki te czerpią korzyść z mniejszej liczby powikłań i lepszej jakości życia po operacji.

#### DOŚWIADCZENIE BYDGOSKIEJ KLINIKI

W Klinice Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy opisana technika jest z powodzeniem stosowana w leczeniu chorych na raka endometrium. Zespół kliniki posiada duże doświadczenie w laparoskopowych operacjach onkologicznych i jako jeden z pierwszych w regionie wdrożył procedurę identyfikacji węzłów wartowniczych przy użyciu ICG u pacjentek z nowotworami ginekologicznymi.

Szpital dysponuje nowoczesnym sprzętem, w tym laparoskopowym systemem obrazowania fluorescencyjnego, który umożliwia przeprowadzenie mapowania węzłów wartowniczych zgodnie ze światowymi standardami. Również na etapie diagnostyki patomorfologicznej dostępne są u nas zaawansowane metody – wszystkie usunięte węzły wartownicze poddawane są pogłębionemu badaniu histopatologicznemu z użyciem technik *ultra-stagingu*, co zapewnia maksymalną dokładność oceny.

Do chwili obecnej w klinice wykonano już znaczną liczbę operacji tą metodą, dając szansę na mniej obciążające leczenie wielu pacjentkom z rakiem trzonu macicy. Dzięki interdyscyplinarnej współpracy ginekologów onkologicznych, anestezjologów oraz patomorfologów, a także dzięki wyszkoleniu zespołu chirurgicznego w technikach małoinwazyjnych, możliwe jest przeprowadzenie całego procesu – od operacji po diagnostykę mikroskopową – na najwyższym poziomie. Przekłada się to na bezpieczeństwo i komfort pacjentek oraz na optymalne wyniki leczenia. Pacjentki operowane laparoskopowo z użyciem ICG szybko dochodzą do siebie po zabiegu i rzadziej wymagają długiej rehabilitacji, co jest ogromną

wartością szczególnie dla kobiet starszych, często obciążonych innymi chorobami.

#### ZABIEG LAPAROSKOPOWEJ SAKROKOLPOPEKSJI

W Klinice Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej pod kierownictwem dr. Rafała Adamczaka od niedawna odbywają się zabiegi laparoskopowej sakrokolpopeksji, które otwierają nowy rozdział w leczeniu schorzeń związanych z obniżeniem narządów rodnych. Ta przełomowa operacja, przeprowadzona przez zespół doświadczonych lekarzy, stanowi istotny krok w kierunku wprowadzenia nowoczesnych technik chirurgicznych w dziedzinie ginekologii. Pierwszy tego typu zabieg z użyciem zmodyfikowanego instrumentarium wykonali dr Bartłomiej Myszkowski i dr Agata Stawska.

Sakrokolpopeksja to procedura chirurgiczna, która ma na celu rekonstrukcję warunków anatomicznych pochwy i stabilizację narządu rodного, co pozwala na leczenie wypadania narządów rodnych. Tradycyjnie zabieg ten był wykonywany metodą otwartą, jednak rozwój technologii laparoskopowej pozwala na przeprowadzenie go w sposób mniej inwazyjny, co wiąże się z krótszym czasem rekonwalescencji oraz mniejszym ryzykiem powikłań.

Zabieg laparoskopowej sakrokolpopeksji w Klinice Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej został przeprowadzony przy użyciu nowoczesnego sprzętu laparoskopowego. Lekarze wykonali kilka niewielkich nacięć w jamie brzusznej, przez które wprowadzono kamerę oraz narzędzia chirurgiczne. Dzięki technologii laparoskopowej możliwe było precyzyjne umiejscowienie siatki, która stabilizuje pozycję pochwy i narządów miednicy.

#### KORZYŚCI Z LAPAROSKOPOWEJ METODY

Zabieg laparoskopowy przynosi wiele korzyści w porównaniu z tradycyjną operacją. Pacjentki doświadczają mniejszych dolegliwości bólowych po operacji, krótszego czasu hospitalizacji oraz szybszego powrotu do codziennych aktywności. Dodatkowo, technika ta ogranicza ryzyko powikłań, takich jak infekcje czy

ciąg dalszy na s. 28



ciąg dalszy ze s. 27

krwawienia, co czyni ją bardziej bezpieczną alternatywą dla pacjentek.

### REAKCJE PACJENTEK I ZESPOŁU MEDYCZNEGO

Pierwsza pacjentka, która przeszła ten innowacyjny zabieg, wyraziła ogromne zadowolenie z efektów operacji oraz profesjonalizmu zespołu medycznego. Lekarze, którzy wykonali zabieg, podkreślają znaczenie wprowadzania nowoczesnych technik chirurgicznych w codziennej praktyce ginekologicznej oraz ich wpływ na jakość życia pacjentek.

### PODSUMOWANIE

Wprowadzenie między innymi laparoskopowej histerektomii z biopsją węzła wartowniczego w raku endometrium oraz laparoskopowej sakrokolpopexji do oferty Kliniki Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej jest dowodem na ciągły rozwój medycyny i dążenie do poprawy jakości życia pacjentek. Pacjentki odnoszą wymierne korzyści w postaci szybszej rekonwalescencji, krótszego pobytu w szpitalu i mniejszego odsetka komplikacji, przy zachowaniu bardzo dobrych wyników leczenia.

Doświadczenie specjalistów z bydgoskiej kliniki Biziela w przeprowadzaniu takich operacji potwierdza, że nawet w warunkach lokalnego ośrodka można skutecznie wprowadzać światowe osiągnięcia medycyny, poprawiając jakość opieki nad chorymi. Nowoczesne techniki, takie jak ICG i *ultra-staging*, stają się integralnym elementem współczesnej ginekologii onkologicznej, dając nadzieję na lepsze rezultaty leczenia przy mniejszym obciążeniu dla pacjentek.

Obecnie Klinika pod kierownictwem dr. Rafała Adamczaka, stawiając na nowoczesne metody leczenia, potwierdza swoje miejsce w czołówce ośrodków ginekologicznych w Polsce.

Opracował: dr n. med. Bartłomiej Myszkowski, specjalista położnictwa, ginekologii i ginekologii onkologicznej



Od lewej: Marek Augustyn, wiceprezes NFZ; Iwona Waszkiewicz, zastępca prezydenta Bydgoszczy; Anna Bańkowska, dyrektor NFZ w Bydgoszczy; dr Agnieszka Rogalska, dyrektor Szpitala Biziela, dr Jacek Kryś, dyrektor Szpitala Jurasza

📷 M. KOWALIKOWSKI

## Serce Polskiej Unii Szpitali Klinicznych zabiło w Bydgoszczy

15 i 16 maja 2025 roku Bydgoszcz gościła kilkudziesięciu dyrektorów i przedstawicieli szpitali klinicznych. Okazją do spotkania był Zjazd Polskiej Unii Szpitali Klinicznych, podczas którego omawiano aktualne problemy w zarządzaniu placówkami leczniczymi.

**P**odczas otwarcia spotkania dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu Marcin Drozd przekazał symboliczne Serce PUSK dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Biziela dr n. med. Agnieszce Rogalskiej i dyrektorowi Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza dr n. o zdr. inż. Jackowi Krysiowi, którzy byli współgospodarzami zjazdu.

Prorektor ds. CM UMK prof. dr hab. n. med. Dariusz Grzanka w swoim wystąpieniu podkreślił, jak ważne są integracja i współpraca środowisk klinicznych w Polsce, bo tylko wspólnie możemy mieć realny wpływ na rozwój nauki i medycyny.

W zjeździe uczestniczyli również przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, NFZ, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie

Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz innych podmiotów związanych z ochroną zdrowia.

Podczas pierwszego dnia zjazdu zaprezentowano tematy przygotowane przez Szpital Biziela, a w drugim dniu swoimi doświadczeniami i dobrymi praktykami podzielił się Szpital Jurasza. Szczególne zainteresowanie wzbudziły wystąpienia dotyczące finansowania inwestycji, rozliczeń z NFZ, a także zakresu wyzwań, jakie stoją przed szpitalami w obliczu realizacji strategii ESG.

Po częściach wykładowych goście mieli okazję zwiedzić oba szpitale. Kolejne spotkanie dyrektorów szpitali uniwersyteckich zaplanowane jest na 18 i 19 września br. w Zielonej Górze.

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza





Prof. Jacek Kubica, dr Beata Maciejewska (prezes zarządu i dyrektor operacyjny Scientia Research Institute), prof. Bernard Mendlik (rektor UKW), prof. Jan Styczyński

📷 ARCH. PROF. JANA STYCZYŃSKIEGO

# Konferencja na temat badań klinicznych

17 kwietnia w Młynach Rothera w Bydgoszczy odbyła się Konferencja „Postęp w medycynie: rola badań klinicznych, naukowych i Funduszy Europejskich w nowoczesnym leczeniu” zorganizowana przez Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce (GCPpl) i Lokalny Punkt Informacyjny Funduszy Europejskich w Bydgoszczy.

Konferencja miała na celu przedstawienie roli i wpływu badań klinicznych na codzienną praktykę kliniczną. Jednocześnie była promocją ośrodków bydgoskich, pokazując zaangażowanie uczelni i szpitali bydgoskich. W konferencji wzięli udział przedstawiciele władz samorządowych i władz uczelni bydgoskich. Mówiono o zasadach dobrej praktyki badań klinicznych w praktyce (GCP),

finansowaniu badań naukowych, ochronie własności intelektualnej w badaniach i zakresie usług sieci Punktów Informacyjnych Funduszy Europejskich.

Dwie sesje zorganizowali przedstawiciele Collegium Medicum. Sesja „Rola badań klinicznych w tworzeniu nowych strategii terapeutycznych” prowadzona przez prof. dr. hab. n. med. Jacka Kubicę dotyczyła postępów w leczeniu ostrych zespołów wieńcowych, w tym wpływu badań

prowadzonych w Klinice Kardiologii na rozwój wiedzy światowej.

Sesja „Rola badań klinicznych w rozwoju nowych leków i terapii; od badań podstawowych do klinicznych: jak wyniki badań przekładają się na praktykę?” prowadzona przez prof. dr. hab. n. med. Jana Styczyńskiego pokazała możliwości zastosowania terapii komórkowych ATMP (Advanced Technology Medicinal Products), a zwłaszcza technologii CAR-T. Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii jako jeden z dwóch ośrodków pediatrycznych w Polsce stosuje terapię CAR-T u dzieci. W tej sesji występowała również dr n. med. Monika Richert-Przygońska.

Dodatkowo, w sesji „Innowacje i nowe technologie w medycynie” prof. dr. hab. n. med. Maciej Harat (Centrum Onkologii, Politechnika Bydgoska) pokazał postępy w radioterapii, zwłaszcza w zakresie guzów mózgu.

Prof. dr. hab. n. med. Jan Styczyński,  
prof. dr. hab. n. med. Jacek Kubica





POZNAJ MOJĄ SPECJALIZACJĘ

# Neonatologia

We współczesnym gąszczu bardzo różnorodnych specjalizacji lekarskich zajmujących się „od małego palca po czubek włosa ludzkiego” moim zdaniem specjalizacja neonatologiczna, traktująca o nowo narodzonym człowieczku jest szczególna i warta pokłonenia się.

**T**o specjalizacja bardzo dynamiczna, interdyscyplinarna, oparta na wielu aspektach, m.in.: pediatrycznych, anestezjologicznych, neurologicznych, kardiologicznych, genetycznych. To również gałąź dziedziny medycznej, w której może znaleźć swoje powołanie lekarz mający predyspozycje zabiegowe. Do takich procedur zabiegowych należą wkłucia naczyniowe (również centralne), działania chirurgiczne, takie jak na przykład drenaż opłucnej, otrzewnej, odbarczenie komór mózgu, anestezjologiczne – intubacja, prowadzenie noworodka

na wspomaganiu oddechowym nieinwazyjnym i inwazyjnym.

Neonatologia to również współpraca z lekarzem położnikiem przy porodzie, tej wspaniałej chwili, gdy kobieta kończy swoją ciężą porodem drogami natury lub porodem zabiegowym: cięciem cesarskim, a też operacją położniczą drogą pochwową za pomocą kleszczy położniczych czy próżniociągu (w tych chwilach uczestniczy również neonatolog!).

Niejednokrotnie obecność lekarza tej specjalizacji wnosi niezaprzeczalną korzyść – przecież celem pracy położnika i neonatologa jest przyjęcie na świat

zewnątrzny małego bezbronnego człowieka w jak najmniejszym stresie i najbardziej możliwym komforcie dla niego.

Wreszcie aspekt promocji zdrowia, w którym też bierze udział neonatolog – czyli wdrożenie prawidłowych sposobów karmienia od samego początku życia, wdrożenie prawidłowych technik pielęgnacyjnych, które stają się przepustką do prawidłowego rozwoju fizycznego i emocjonalnego dziecka, a niejednokrotnie są też jedyną alternatywną próbą zwiększenia poziomu zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego społeczeństwa, w którym żyjemy.

Dlatego warto być lekarzem..., być neonatologiem... Jeżeli jesteś wytrwałym, cierpliwym, lubisz wyzwania, zainteresuj się, a satysfakcję poczujesz szybciej niż się spodziewasz.

## O AUTORZE

**Dr n. med. Ewa Lach**, specjalista neonatologii, pracuje na Oddziale Klinicznym Neonatologii i Intensywnej Terapii Szpitala Klinicznego im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej

# Roboty w medycynie

Nie pomyłę się chyba, kiedy stwierdzę, że większość społeczeństwa uważa, że w czasie operacji robotycznych, dość niezgrabny humanoidalny stwór, rodem z „Gwiezdných Wojen” podchodzi do stołu i biorąc w swoje metalowe palce narzędzia, rozpoczyna operację. Prawda jest nieco inna, ale o tym za chwilę.

Słowo „robot” weszło do obiegu sto lat temu za sprawą czeskiego pisarza Karela Čapka (1890–1938). Bohaterami jego utopijnej komedii „R.U.R.” (Roboty Uniwersalne Rossuma), wystawionej po raz pierwszy w 1921 roku w Hradcu Králové, są wypreparowani z syntetycznych tkanek sztuczni ludzie. Pochodzi ono od „robota”, co w większości języków słowiańskich oznacza pracę. To jedno z nielicznych słów „wschodnich”, które weszły do języka świata. Upowszechnił je słynny pisarz s.f. Isaac Asimov (1920–1992).

Tymczasem roboty chirurgiczne zawędrowały na sale operacyjne z... fabryki samochodów. Nie przypominają postaci całego człowieka, lecz są bardzo sprawnymi technicznymi odpowiednikami bardzo uproszczonej ludzkiej ręki. Taką „rękę” opatentował amerykański wynalazca George Charles Devol Jr. (1912–2011).

Pierwszą linię produkcyjną częściowo obsługiwaną przez roboty uruchomiła w 1961 roku firma General Motors. Ich precyzja zaskoczyła wszystkich. W odpowiedzi na to Victor David Scheinman (1942–2016) w roku 1969 wprowadził na rynek jeszcze doskonalszego robota PUMA. I tu nastąpił przełom.

Pierwsze zastosowanie medyczne PUMY to biopsja mózgu, którą wykonał w 1985 roku dr Yik San Kwok. Ponoć ćwiczył to na arbuzach. Od tego momentu nastąpił niezwykle rozwój techniki robotycznej w medycynie, przy czym nie wszystkie kierunki okazały się owocne. Dlaczego? Odpowiedź jest stosunkowo prosta. Otóż w przypadku spawania karoserii czy podobnych powtarzalnych czynności ważna jest precyzja, ale w zasadzie wystarczy jeden program. Tymczasem w czasie operacji chirurgicznej, choć w szerokich ramach jest powtarzalna, dzieje się sporo spraw nieprzewidywalnych.

A więc robot ze swoją precyzją „ok”, ale steruje tym wszystkim człowiek – chirurg.

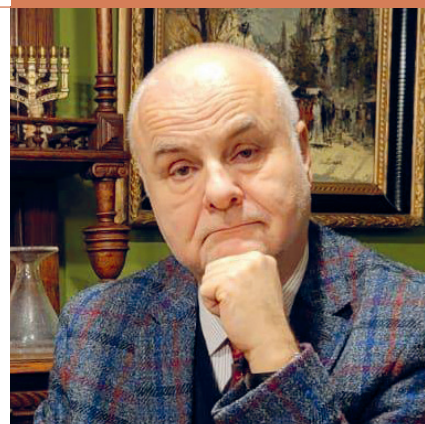
Po raz pierwszy w historii chirurgii odszedł on od stołu operacyjnego i siedzi sobie gdzieś z boku. Nad pacjentem pojawiają się, niczym gigantyczny pajak, ramiona robota z końcówkami, które są precyzyjnymi narzędziami o wielu stopniach swobody. Dzięki temu docierają tam, gdzie nie zmieści się ręka chirurga, a nawet narzędzia laparoskopowe.

Pierwszym systemem człowiek-robot był ZEUS (1995 rok). Zastąpiły go następnie platformy da Vinci czy HUGO. Chirurg oglądając obraz z wnętrza ciała w projekcji 3D, steruje ramionami robota i końcówkami narzędzi. Te ostatnie są coraz bardziej precyzyjne i wielofunkcyjne. Operacje, które wymagały dużych cięć dziś zostawiają milimetrowe blizny. Uraz okołoperacyjny jest w porównaniu z chirurgią klasyczną, nawet laparoskopią, minimalny.

Roboty są ekspansywne i to zarówno w sensie ich ilości, jak i rodzajów zabiegów jakie wykonują. I raczej nic ani nikt ich nie zatrzyma. Zresztą słusznie.

Oczywiście dotarli i do nas. W Polsce jest 70 platform robotycznych. Pierwszą operację robotem da Vinci wykonano 13 grudnia 2010 roku we Wrocławiu. W marcu 2023 roku pojawił się on w Szpitalu Jurasza. Początkowo wykorzystywali go urolodzy, lecz już kilka miesięcy później dołączył zespół Kliniki Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej. Początkowo chirurdzy pod kierownictwem prof. dr. n. med. Macieja Słupskiego operowali jelito grube, które to zabiegi powoli stają się standardem w chirurgii kolorektalnej.

Od grudnia 2023 roku do maja 2025 roku wykonaliśmy 109 operacji robotycznych. Jako jedyny ośrodek w Polsce przeprowadzamy resekcje wątroby. Jakże to operacje? 64 resekcje wątroby, a dokładnie 52



## O AUTORZE:

Dr hab. n. med. Wojciech Szczepny, profesor Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy. Specjalista chirurg, pracuje w Katedrze Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy. Popularyzator nauki (inicjator cyklu popularnonaukowego „Medyczna Środa” w CM UMK). Interesuje się historią medycyny, numizmatyką, muzyką klasyczną.

bisegmentektomie, 9 resekcji nieanatomicznych, a 3 ostatnie to rozległe wycięcia 50 proc. mięszu wątroby – hemihepatektomie prawostronne.

Rezultatów tych zabiegów nawet nie można porównywać z „klasyczną”. Jeśli pominiemy efekt kosmetyczny (40 cm blizna vs kilka otworów), to średnia utrata krwi w czasie zabiegu robotycznego to < 100 ml. Jego czas jest porównywalny bądź nawet krótszy od klasycznego (średnio 107 minut), ból pooperacyjny 4/10 w skali VAS, czyli bardzo mało nasilony, zaś czas hospitalizacji średnio 1,8 doby, czyli krócej niż kiedyś po „klasycznych” appendektomiach.

Każdy chirurg planuje, co będzie robił dalej. My też. Oto nasze zamierzenia: wykonanie w tym roku 100 robotycznych resekcji wątroby oraz przygotowanie do pobrania części wątroby od żywego dawcy celem przeszczepienia, planowane na 2027 rok. Trzymajcie kciuki!





ZBIGNIEW KULA

# Lekarzu spójrz na ptaki

Wiosna to najlepsza pora roku do obserwacji ptaków. Wówczas prezentują najpiękniejsze kolorowe upierzenie, cudowne głosy i niezwykle godowe zachowania. Łatwiej jest je również zobaczyć, gdy na drzewach nie ma jeszcze tyle liści.

**T**ym razem obserwowałem ptaki praktycznie niespotykane obecnie w Polsce. Na małej niemieckiej wyspie Helgoland na Morzu Północnym znajduje się kolonia głuptaków zwyczajnych. Poza okresem lęgowym trudno je wypatrzyć z brzegu. Polska nazwa tych ptaków pochodzi z czasów, gdy ptaki te stawały się łatwym łupem dla człowieka, gdyż nie opuszczały swojego potomstwa, mimo polowania na nie. Również dzisiaj w okresie lęgów można je obserwować na wyciągnięcie ręki. Polowania na głuptaki zakazano w 1954 roku.

Głuptaki zwykle co roku powracają w to samo miejsce i toczą walkę o skrawek terytorium na gniazdo. Rywalizacja o miejsce jest niezwykle zjadła. Dwa samce często dziobią się po głowach tak długo, aż jeden z nich ustąpi. Po zwabieniu partnerki rozpoczynają budowę gniazda z traw i wodorostów. Rozpoczyna się rytuał, w którym samiec przynosi w dziobie materiał na gniazdo, a następnie długo potrząsa głową.

Gniazda leżą tak blisko siebie, że ptaki często toczą ze sobą bójkę. Niezwykle są rytuały miłosne głuptaków. Ptaki uderzają się nawzajem wysoko uniesionymi

dziobami, co łatwo kojarzy się z całowaniem się. Dotykają się czule szczytami i kłatką piersiową. Gdy jeden z ptaków chce odlecieć, unosi dziób ku niebu; robi tak również wtedy, gdy ma pokojowe zamiary.

Głuptaki wysiadują zwykle jedno jajo, trzymając je troskliwie między nogami, których płetwy są w tym okresie szczególnie ciepłe. Głuptaki są świetnymi lotnikami. Na łowy mogą oddalić się od gniazda nawet powyżej 500 km. Gdy zobaczą rybę lub ich ławicę, pikują pionowo w dół, składają skrzydła i uderzają w taflę wody z szybkością niemal 100 km na godzinę, nurkując nawet do 15 m głębokości. Jest to możliwe, gdyż oko głuptaka to jeden z cudów natury. Ma jedną z najmniejszych źrenic i najjaśniejszą tęczówkę. Przystosowuje swoją optykę tak, aby zobaczyć zdobycz z powietrza, a następnie w wodzie.

## O AUTORZE

**Dr n. med. Zbigniew Kula**, gastroenterolog, koordynator Zakładu Endoskopii Centrum Onkologii w Bydgoszczy, miłośnik ornitologii i fotografii

# Uchwały Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej

z 27 marca 2025 roku

## Uchwała nr 12/IX/25

W sprawie przyjęcia projektu regulaminu XLV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej w 2025 roku.

## Uchwała nr 13/IX/25

W sprawie przyjęcia projektu porządku obrad XLV Okręgowego Zjazdu Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej w 2025 roku.

## Uchwała nr 14/IX/25

W sprawie przyjęcia projektu budżetu Bydgoskiej Izby Lekarskiej na 2025 rok.

## Uchwała nr 15/IX/25

W sprawie zatwierdzenia sprawozdania finansowego Bydgoskiej Izby Lekarskiej za 2024 rok.

## Uchwała nr 16/IX/25

W sprawie sfinansowania szkolenia z zakresu pierwszej pomocy ze środków budżetowych na działalność Komisji Kształcenia Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

## Uchwała nr 17/IX/25

W sprawie wycieczki organizowanej dla członków Bydgoskiej Izby Lekarskiej przez Komisję ds. Emerytów i Rencistów Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

## Uchwała nr 18/IX/25

W sprawie objęcia patronatem i przyznania pomocy finansowej na organizację konferencji pn. „Bydgoskie Spotkania Neonatologiczne”.

## Uchwała nr 19/IX/25

W sprawie przyznania zasiłku pośmiertnego po zmarłym lekarzu będącym członkiem Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

## Uchwała nr 20/IX/25

W sprawie przyznania zasiłku pośmiertnego po zmarłym lekarzu będącym członkiem Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

## Uchwała nr 21/IX/25

W sprawie wydatkowania środków finansowych na działalność Komisji ds. Kultury Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

## Uchwała nr 22/IX/25

W sprawie wydatkowania środków finansowych na działalność Komisji ds. Kultury Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

## Uchwała nr 23/IX/25

W sprawie zakupu sprzętu do obsługi posiedzeń organów Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

## Uchwała nr 24/IX/25

W sprawie powołania komisji orzekającej w sprawie zawieszenia lub ograniczenia prawa wykonywania zawodu.

## Uchwała nr 25/IX/25

W sprawie zaopiniowana kandydata na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej.

## Uchwała nr 26/IX/25

W sprawie zaopiniowana kandydata na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie transplantologii klinicznej.

## Uchwała nr 27/IX/25

W sprawie zaopiniowana kandydata na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie immunologii klinicznej.

## Uchwała nr 28/IX/25

W sprawie zaopiniowana kandydata na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii.

## Uchwała nr 29/IX/25

W sprawie zaopiniowana kandydata na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie patomorfologii.

## Uchwała nr 30/IX/25

W sprawie odwołania członka Komisji Bioetycznej przy Bydgoskiej Izbie Lekarskiej.

## Uchwała nr 31/IX/25

W sprawie wyznaczania przedstawiciela Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej do składu komisji konkursowej na stanowisko zastępcy dyrektora w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Barcinie.

## Uchwała nr 32/IX/25

W sprawie wyznaczania przedstawiciela Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej do składu komisji konkursowej na stanowisko zastępcy komendanta ds. pielęgniarstwa w 10. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy.

## Uchwała nr 33/IX/25

W sprawie wyznaczania przedstawicieli Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej do składu komisji konkursowej na stanowisko kierownika Kliniki w 10. Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy.

## Uchwała nr 34/IX/25

W sprawie wyznaczania przedstawiciela Okręgowej Rady Lekarskiej Bydgoskiej Izby Lekarskiej do składu komisji konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym im. Tadeusza Browicza w Bydgoszczy.

## Uchwała nr 35/IX/25

W sprawie objęcia patronatem honorowym Bydgoskiej Izby Lekarskiej szkolenia dla lekarzy pn.: „Ablacje termiczne” w Szpitalu Eskulap w Osielsku.

## Uchwała nr 36/IX/25

W sprawie objęcia patronatem honorowym Bydgoskiej Izby Lekarskiej XXI Konferencji Naukowej Polskiej Akademii Stomatologii Estetycznej.

## Uchwała nr 37/IX/25

W sprawie zakupu defibrylatora dla Bydgoskiej Izby Lekarskiej.



# Grupa Polish Medical Team Helping Hand,

organizująca misje medyczne do Etiopii i Madagaskaru, poszukuje lekarzy chętnych do wzięcia udziału w organizowanych w latach 2025 i 2026 wyjazdach medycznych do Afryki.



## ZACHĘCAMY GORĄCO:

1. chirurgów dziecięcych i anestezjologów do wzięcia udziału w misji medycznej na Madagaskarze w terminie 11 września – 23 września 2025 roku,
2. chirurgów szczękowo-twarzowych, ginekologów, urologów i anestezjologów do wzięcia udziału w misji medycznej w Etiopii w terminie 19 lutego – 3 marca 2026 roku.

Misje medyczne polegają na przeprowadzeniu zabiegów operacyjnych, z zastosowaniem metod, sprzętu oraz implantów niedostępnych na co dzień w publicznej opiece zdrowotnej w Afryce. Niesie to realną korzyść dla leczonych tam chorych. Misje takie posiadają wybitny aspekt humanitarny, stanowią także możliwość nawiązania kontaktów

międzynarodowych, poszerzenia horyzontów zawodowych. Są także niezapomnianą przygodą.

Wszystkie osoby zainteresowane proszone są o kontakt z organizatorem: dr Bizuayehu Mengesha Tegene, tel. 502-376-258, anestezjologiem w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym we Włocławku.

**RADOŚĆ Z JAZDY  
DLA PROFESJONALISTÓW.  
DO 25% RABATU NA NOWE BMW  
DLA SEKTORA MEDYCZNEGO.**



**Nasze salony  
BMW Dynamic Motors:**

**BYDGOSZCZ**  
ul. Toruńska 272A  
85-831 Bydgoszcz  
+48 52 339 5110

**BYDGOSZCZ**  
ul. Fordońska 325  
85-796 Bydgoszcz  
+48 52 360 00 00

**TORUŃ**  
ul. Toruńska 64  
87-162 Lubicz Dolny  
+48 56 645 21 70

**PŁOCK**  
ul. Wyszogrodzka 134  
09-410 Płock  
+48 24 268 24 08



# Ubezpieczenie OC i ochrony prawnej w składce



Bydgoska Izba Lekarska zapewnia lekarzom **bezpłatnie (w ramach opłacanej składki członkowskiej)** ochronę ubezpieczeniową obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza lub dobrowolnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, jeśli lekarz nie podlega pod ubezpieczenie obowiązkowe.

**Obligatoryjnym warunkiem przystąpienia do Programu jest równoczesne zawarcie umowy ubezpieczenia Ochrony Prawnej w zakresie podstawowym** opłacanej również przez Bydgoską Izbę Lekarską.

W celu przystąpienia do ubezpieczenia wypełnij formularz na naszej stronie  
**ins-med.pl**



Aby otrzymać bezpłatnie ochronę ubezpieczeniową lub zachować ciągłość ochrony ubezpieczeniowej musisz wypełnić deklarację przystąpienia.

każdy ubezpieczony lekarz nabywa prawo do **20% zniżki** na wybrane ubezpieczenia (m.in. komunikacyjne, mieszkaniowe, turystyczne).

## Zapoznaj się również ze specjalną ofertą dla lekarzy i lekarzy dentystów członków BIL dotyczącą pozostałych ubezpieczeń.

Gwarantujemy Ci pełną ochronę nie tylko podczas wykonywania zawodu, gdy może dojść do szkody w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych lub ich zaniechania niezgodnego z prawem, ale także w życiu prywatnym.



ubezpieczenie utraty dochodu, odszkodowanie nawet do 180 tys. zł



ubezpieczenie ochrony prawnej nawet do 500 tys. zł



ubezpieczenie OC nadwyżkowe, możliwość rozszerzenia zakresu o medycynę estetyczną lub chirurgię plastyczną aż do 6 mln zł



ubezpieczenie NNW związane z ekspozycją na HIV / WZW



PZU Wojażer dla lekarzy na cały rok

## Korzyści z ubezpieczenia:

- podstawowy zakres ochrony prawnej,
- najszerszy zakres ubezpieczenia,
- najwyższe sumy gwarancyjne aż do 6 mln złotych,
- preferencyjna składka ustalona dla lekarzy BIL,
- dedykowana ścieżka obsługi szkód,
- dostęp do polisy w każdej chwili i z każdego miejsca,
- oszczędność czasu dzięki uproszczonym formalnościom,
- aplikacja online do zawierania ubezpieczeń,
- dedykowana infolinia / czat,
- możliwość płatności składki online.

Oferta dostępna wyłącznie za pośrednictwem INS Services. W celu zawarcia umowy ubezpieczenia skontaktuj się:



# BUDYNEK NA PRZYCHODNIĘ DO WYNAJĘCIA



**Osielsko, ul. Centralna**

Cena najmu:

15 000 zł za miesiąc + media

Powierzchnia całkowita: 250 m<sup>2</sup>

- Parter: 120 m<sup>2</sup>
- Piętro: 130 m<sup>2</sup>

**Nowoczesny budynek do wynajęcia  
w centrum Osielska. Idealny na  
przychodnię, gabinety lekarskie,  
fizjoterapię lub inne usługi medyczne**

Dostępność: 2025/2026  
(zależnie od projektu wnętrz)

Budynek w trakcie budowy.  
Na tym etapie istnieje możliwość dostosowania  
podziału wnętrz do własnych potrzeb.

**Aktualny nr telefonu: 785 930 545**





## Przywitanie morza

Chodź pójdziemy przywitać się z morzem,  
schwycić w dłonie cząsteczkę fali,  
bosą stopą przejść po złotym piasku  
i rozłuchać się w szumie z oddali.  
Chodź zobaczyć błękitne odmęty,  
niech otuli nas słona bryza,  
poczujemy tę dal bezkresną,  
zapatrzmy się w szary horyzont.  
I chwycimy się wtedy za ręce  
i ogarnie nas szczęście bez końca,  
chodź pójdziemy przywitać się z morzem  
i pożegnać zachodzące słońce.

Lek. Jerzy Świstun

Wiersz pochodzi z pierwszego tomiku autora  
„Wiersze z mojej szuflady”, 2024 rok.

### PODZIELMY SIĘ SWOJĄ TWÓRCZOŚCIĄ!

Zachęcamy lekarzy i lekarzy dentystów do dzielenia się swoją twórczością,  
do opowiedzenia o swoich pasjach i zainteresowaniach.

Materiały można nadsyłać drgą mailową na adres:

primum@bil.org.pl lub zwykłym listem na adres Bydgoskiej Izby Lekarskiej.

Redakcja



BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ  
**primum**

Pismo Okręgowej Izby Lekarskiej w Bydgoszczy  
nr 5 (399) – czerwiec 2025

zapraszamy na  
**www.bil.org.pl**

#### WYDAWCA

Okręgowa Izba Lekarska w Bydgoszczy  
ul. Teofila Lenartowicza 33–35  
85–133 Bydgoszcz  
www.bil.org.pl  
bil@bil.org.pl

#### REDAKTOR NACZELNA

Dorota Habel  
primum@bil.org.pl

#### RADA PROGRAMOWA

prof. Aleksander Araszkiewicz  
lek. Mieczysław Boguszyński  
prof. Katarzyna Jankowska  
dr n. med. i n. o zdr. Krystian Kałużny  
lek. Adrianna Kaszubowska  
dr n. med. Maciej Klimarczyk  
lek. Anna Kłosińska  
lek. dent. Marek Rogowski (przewodniczący)  
dr n. med. Zofia Ruprecht  
lek. Agnieszka Sawicka  
lek. Anna Szczuka  
lek. Jerzy Świstun  
lek. Mateusz Wartęga  
lek. Michał Wojciechowski

**Współpraca redakcyjna:** Adam Juskiewicz  
**Zdjęcie na okładce:** Lek. Aleksandra Śremska.  
Zdjęcie wykonane podczas Marszu Milczenia  
Medyków w Warszawie 19 maja 2025 roku.

**Projekt graficzny:** Ewa Gawlik

**Skład i druk:** skladgazet.pl

**Nakład:** 4.400 egzemplarzy

**Copyright © OIL Bydgoszcz**

Żadna część niniejszej publikacji nie może  
być reprodukowana lub przedrukowana bez  
pisemnej zgody wydawnictwa.

#### Informacja dla autorów tekstów i zdjęć

Redakcja nie zwraca materiałów  
niezamówionych oraz zastrzega sobie prawo  
do skrótów i redakcyjnego opracowania tekstów  
przyjętych do druku.

Za treść reklam i ogłoszeń redakcja nie  
odpowiada.

Zdjęcia prosimy przysyłać w formacie JPG, TIF  
lub RAW, o rozmiarze nie mniejszym niż  
ok. 1500 x 1000 pikseli.

#### INFORMACJE I KONTAKTY

##### Sekretariat

tel. 52 346-00-84 | 52 346-07-85

tel. kom: 600-435-289

Pracujemy: poniedziałek – piątek,  
w godz. 8:00–16:00

##### Prezes BIL

lek. Aleksandra Śremska (codziennie) – spotkanie  
możliwe po wcześniejszym umówieniu przez biuro

##### Wiceprezesi BIL

lek. dent. Marek Rogowski

dyżur co drugi czwartek, w godz. 14:00–15:00

lek. Michał Wojciechowski

dyżur co drugi poniedziałek, w godz. 15:00–16:00

##### Sekretarz

dr n. med. Łukasz Wołowicz  
dyżur we wtorki, w godz. 14:00–15:00  
sekretarz@bil.org.pl

##### Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów

dr n. med. Maciej Klimarczyk  
klimarczyk@op.pl

##### Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

lek. Zofia Parszyk  
rzecznik@bil.org.pl

##### Inspektor Ochrony Danych Osobowych

Krzysztof Stanek  
rodainspektor.bil@bil.org.pl

##### Konsultant ds. ubezpieczeń

tel. kom. 577-900-380  
nbranecka@ins-med.pl



**Przypominamy,  
aktualizacja danych osobowych  
jest ustawowym obowiązkiem lekarzy**

**Adres korespondencyjny:**

Rejestr Lekarzy  
Bydgoska Izba Lekarska  
ul. Lenartowicza 33-35  
85-133 Bydgoszcz  
e-mail: aktualizacja@bil.org.pl

## Szanowni Członkowie Bydgoskiej Izby Lekarskiej!

W związku ze zbliżającymi się wyborami, zwracamy się z prośbą o aktualizację danych w Rejestrze Lekarzy. Zaktualizuj swój nr telefonu, adres zamieszkania, adres do korespondencji, miejsce pracy, adres e-mail.



## KALENDARIUM WYBORCZE

### do 31 maja

Okręgowa Komisja Wyborcza ustala rejony wyborcze, Okręgowa Rada Lekarska na wniosek Okręgowej Komisji Wyborczej podejmuje uchwałę o utworzeniu rejonów wyborczych, Okręgowa Komisja Wyborcza ustala imienne listy członków rejonów wyborczych.

### do 30 czerwca

Okręgowa Komisja Wyborcza przyjmuje wnioski o umieszczeniu na liście innego rejonu wyborczego, przyjmuje wnioski o utworzeniu rejonu na wniosek, ustala i publikuje ostateczne listy członków rejonów wyborczych oraz liczbę mandatów w każdym rejonie wyborczym, Okręgowa Komisja Wyborcza podejmuje uchwałę i wnioski o przyjęcie ostatecznej listy, na wniosek Okręgowa Komisja Wyborcza, Okręgowa Rada Lekarska podejmuje uchwałę o ostatecznej liczbie rejonów, nazwie rejonów wyborczych i ostatecznym składzie rejonu wyborczego (§ 13 ust. 11 Regulaminu wyborów).

### do 31 sierpnia

Zgłaszanie do Okręgowej Komisji Wyborczej kandydatów na delegatów; Okręgowa Komisja Wyborcza na podstawie uchwał ustala i zamyka listy kandydatów.

### do 5 listopada

Głosowanie w rejonach wyborczych (Okręgowa Komisja Wyborcza ogłasza wyniki wyborów w rejonach wyborczych).

### do 10 grudnia

Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej wydaje obwieszczenie o wynikach wyborów.

### do 31 stycznia

Ewentualnie II tura wyborów w rejonach, ogłoszenie wyników wyborów na delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy, obwieszczenie o wynikach wyborów II (i ew. kolejnej tury wyborów).

### do 20 marca

Zwołanie sprawozdawczo - wyborczych Okręgowy Zjazd Lekarzy, obwieszczenie o wynikach wyborów delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy.

### 21-23 maja

Krajowy Zjazd Lekarzy.



**BYDGOSKA  
IZBA  
LEKARSKA**