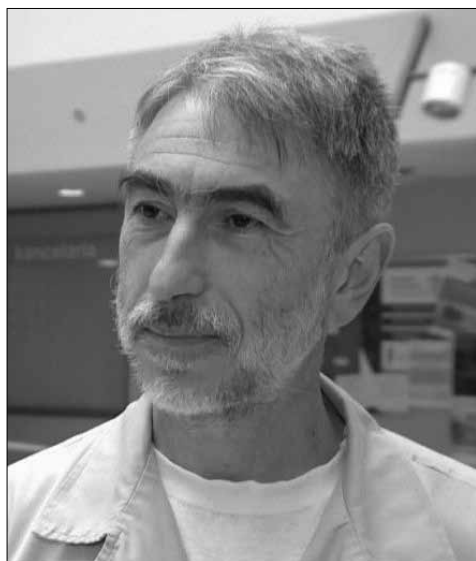


ROBIMY COŚ, CO WYDAJE SIĘ NIEWYOBRAŻALNE, ALE NIE CZYNIMY CUDÓW

Z dr. Adamem Domanasiewiczem, światowej sławy lekarzem specjalizującym się w chirurgii ręki, o boskości transplantologów, przyszywaniu kończyn, hodowaniu klonów, cierpieniu ludzi i finansowaniu służby zdrowia

rozmawia Stanisław Lejda



– Oglądał pan film *Bogowie*?

– Tak.

– *Czuje się pan, jak jego bohaterzy? Zawszgd słyszemy narzekania na służbę zdrowia, a pan – na przekór ograniczeniom – osiąga światowe sukcesy.*

– Myślę, że tytuł tego filmu niekoniecznie odzwierciedlał poglądy jego bohaterów. Traktuje on o historii polskich transplantacji serca. Mamy w nim wątek profesora Jana Molla, który jako pierwszy w Polsce przeszczepił serce,

zaledwie rok po Christiaan Barnardzie. Nie udało mu się, podobnie jak Barnardowi – ale różnica była taka, że Mollowi nie pozwolono po raz drugi przystąpić do operacji. Mimo to ludzie znający się na medycynie uważają go za jednego z najlepszych kardiochirurgów w Polsce.

– *Nie on jednak przeszedł do historii, a Zbigniew Religa...*

– ...któremu też na początku się nie udało. Ale on miał szansę operację powtórzyć. Ponadto wiedza i jakość sprzętu poszły wtedy do przodu. Transplantacje serca na Zachodzie, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, były dość powszechne, więc Religa, który kształcił się w USA, ten *know-how* znał. Moll zaczynał w pustce, dlatego uważam, że to jemu powinno się przypisywać pierwszeństwo. W chirurgii ręki jest podobnie. Oficjalnie pierwszy przeszczep odbył się w 1998 roku we francuskim Dijon w zespole profesora Jean-Michela Dubernarda, który, notabene, jest transplantologiem nefrologiem, a nie chirurgiem ręki. Tymczasem już trzydzieści lat wcześniej w Ekwadorze dokonano z sukcesem przeszczepu ręki, ale utrzymał się on zaledwie dwa tygodnie, ponieważ nie było wtedy odpowiednich leków immunosupresyjnych, zapobiegających reakcjom odrzutowym. Ale, z medycznego punktu widzenia, zabieg się udał. Pytał pan o bogów...

– *...bo jedna z pacjentek tak pana określiła.*

– Pierwszy raz zdarzyło się to wiosną zeszłego roku, kiedy próbowałem przyszyć obie nogi

ucięte przez pociąg. Technicznie zabieg się udał, przyszyte nogi potrafiłszy utrzymać przez miesiąc, ale później wystąpiły powikłania ze strony układu oddechowego niezwiązane bezpośrednio z zabiegiem, jednak w konsekwencji skończyło się amputacjami ukrwionych kończyn. Przez cały ten okres codziennie wieczorem przyjeżdżałem z domu i zmieniałem opatrunki. I wtedy dziewczynka, którą operowałem, w odruchu fascynacji powiedziała: „Pan doktor jest jak Bóg”. Absolutnie nie mogę się z tym zgodzić. Tytuł wspomnianego filmu jest provokacyjny – wprawdzie próbujemy robić coś, co ludziom wydaje się niewyobrażalne, ale nie czynimy cudów. Obracamy się w obrębie materii trudno dostępnej, ale jednak wykonalnej. Chirurgom zawsze towarzyszy poczucie pewności siebie, ponieważ często konsekwencją ich działań jest decydowanie o ludzkim życiu. To teatr jednego aktora, za wszystko odpowiada bowiem operator podejmujący decyzję, czy przeprowadzać dany zabieg, czy nie. Niemniej w tym zawodzie należy zachować dużo pokory, chociaż nie wolno tego pokazywać na zewnątrz. Pacjent, szczególnie przy ryzykownych operacjach, musi być przekonany, że doktor jest pewny tego, co robi, i ma bardzo mocny imperatyw odniesienia zwycięstwa, czyli uzdrowienia go. Nie można iść do pacjenta z wątpliwościami, dopuszczającymi przegraną.

– *Nigdy nie miał pan wątpliwości, czy tylko ich nie okazuje?*

– Ktoś, kto nie miałby wątpliwości, byłby niebezpieczny. Trzeba je mieć, ale należy o nich dyskutować we własnym zespole, natomiast po podjęciu decyzji musimy na zewnątrz pokazywać stalowe nerwy. W medycynie, zwłaszcza w transplantologii, używanie określenia „bogowie” jest trochę zaczepne – wykonujemy tylko część techniczną, świadcząc o naszych umiejętnościach manualnych, doskonałości sprzętu czy śmiałości pomysłów.

– *Ale przede wszystkim o wiedzy. Trzeba orientować się, co z czym połączyć.*

– Także o wiedzy. Ale aspirowanie nawet do tytułu półboga jest mocno chybione. Przeszczepienie narządu to zaledwie początek pewnego procesu, techniczne wykonanie wszystkich zespołów tak, by ten narząd funkcjonował. Później wkraczamy na morze pełne raf, jakim jest immunologia. W tym zakresie nasza niewiedza jest przeogromna, a wiedza bardzo skromna. Cały czas mamy świadomość, że nasz wysiłek może obrócić się wniwecz. Pacjent też musi zdawać sobie sprawę, że sukce-

sem jest każdy następny dzień, kolejny tydzień czy miesiąc, ponieważ nie ma przeszczepu na całe życie. Kiedyś nadejdzie moment, że nie zdołamy przezwalczyć reakcji obronnych organizmu, albo dawki aplikowanych leków będą tak toksyczne, że będą mogły pacjenta zabić. Droga po przeszczepie jest nieustanną walką i nigdy nie można stwierdzić, że odniosło się sukces, ponieważ zawsze może pojawić się reakcja odrzutowa. Jedna, druga, trzecia, czwarta, aż w końcu zamieni się w odrzut przewlekły, co będzie wymagało usunięcia narządu.

– *Pod koniec ubiegłego roku, jako pierwszy w świecie chirurg przyszył pan rękę osobie, która nie miała jej od urodzenia. Dlaczego nikt wcześniej tego nie próbował?*

– Powodów było kilka. Od jakiegoś czasu rozważaliśmy to na konferencjach, np. profesor Ronald Zuker z Kanady parokrotnie zastanawiał się nad tym, i nie raz rozmawialiśmy w antraktach zjazdów transplantologów, że fajnie byłoby to zrobić. Jednak w USA czy Kanadzie wprowadzenie jakiegokolwiek nowego zabiegu wymaga osobnych zezwoleń komisji bioetycznych, a to oznacza przebrnięcie uciążliwej drogi administracyjnej.

– *U nas pod tym względem jest prościej?*

– Tak, ponieważ przepisy dotyczące przeszczepów nie są tak skomplikowane. Obowiązuje u nas model tzw. hiszpański – przy pobieraniu organów do przeszczepu zakłada się domniemanie zgody każdego, kto nie zgłosił sprzeciwu. W wielu krajach człowiek musi wyrazić zgodę, żeby w razie nagłej śmierci mógł być dawcą. To spore ograniczenie, bo jak wielu ludzi dopuszcza myśl, że nagle umrze i zastanawia się, co zrobić ze swoimi organami? Ponadto kraje wysoko cywilizowane o bardzo dobrej opiece medycznej zapewniają pacjentom, którzy rodzą się bez kończyn, wysokiej klasy protezy. Gdy zostaną uszkodzone lub się zepsują, dostają następne. W Polsce takich możliwości nie ma, trzeba zorganizować fundację czy przyjacielską zbiórkę na kupno. W dodatku proteza służy zwykle cztery, pięć lat, później się psuje i trzeba kupować następną. A koszt dobrej, bardzo skomplikowanej i wysoko sprawnej protezy bionicznej przekracza sto tysięcy złotych. Kolejny powód niewykonywania takich przeszczepów na Zachodzie tkwi w tym, że ludzie bez kończyn odnajdują się tam w społeczeństwie łatwiej niż u nas, ponieważ są otoczeni specjalną opieką socjalno-psychologiczną. Tworzy się dla nich miejsca pracy i chociaż są niepełnosprawni, nie czują się niepotrzebni. A gdy ktoś spełnia się

zawodowo, ma w ramach ubezpieczenia społecznego zapewnioną protezę i odpowiednio przerobiony samochód, to jego motywacja do przeszczepu jest mniejsza.

– *Wskazywano też na przeciwwskazania medyczne dla tego typu operacji.*

– Ludzie rodzący się z ubytkami w ciele, są do tej wady bardzo dobrze zaadaptowani, gdyż mają ją od dziecka. Człowiek, który np. miał dwie ręce, potem stracił obie lub jedną z nich, może porównać jakość swojego życia z okresem poprzednim. Natomiast dla kogoś, kto urodził się bez kończyn lub kończyny, to stan normalności. Pragnienie ich odzyskania jest u niego niższe niż u osoby, która je straciła. To sprawia, że decydujących się na odzyskanie kończyny w drodze przeszczepu jest mniej, zwłaszcza na Zachodzie. W krajach uboższych, takich jak Polska, osoby niepełnosprawne z reguły znajdują się na marginesie życia. Opieka społeczna jest na niskim poziomie, ci ludzie są najczęściej bezrobotni, bo nikt ich nie chce zatrudnić, a w dodatku protezy bioniczne są poza ich zasięgiem itp. Dlatego teoretycznie mamy nieco łatwiej – w Polsce jest więcej i dawców, i ludzi chętnych, by poddać się przeszczepowi. Ludzie pytają nas o taką możliwość, presja na wykonywanie zabiegów jest silniejsza niż na Zachodzie. Istnieje jednak poważniejsza przyczyna niechęci do tego typu operacji: w mózgu człowieka nieposiadającego jakiejś kończyny nie ma reprezentacji korowej zarządzającej ruchem tego narządu. Osoby używające ust do malowania albo używające palców u nóg zamiast ręki mają w korze mózgu nieproporcjonalnie rozwinięte pola ruchowe ust i stopy, podczas gdy w przypadku ręki jest ono bliskie zera. Uznano to za główne przeciwwskazanie do wykonania przeszczepu: przyszła ręka nie będzie funkcjonowała, ponieważ w mózgu nie ma ośrodka, który zarządzałby jej ruchami.

– *Przyszywając rękę pacjentowi, który jej nie miał, udało się obalić to twierdzenie?*

– Na pewno pokazaliśmy, że takie przedsięwzięcie jest możliwe, a przeszczepiona ręka potrafi funkcjonować. W wyniku amputacji rąk ludzie także tracą w odpowiadającym za to polu kory mózgu aktywność ruchową – wraz z upływającym czasem tracą ją coraz szybciej – ale po przeszczepie dość szybko ją odbudowują. Okazało się, że to samo można zrobić w wypadku wady wrodzonej: chociaż pacjent nigdy nie miał tej aktywności, jego mózg można jej nauczyć.

– *W jaki sposób?*

– Drogą obserwowania własnych ruchów. Podczas poruszania nową kończyną, zakończenia nerwowe zlokalizowane w przyczepach ścięgien, mięśniach i torebkach stawowych wysyłają odpowiednie sygnały do mózgu. Do tego dochodzą bodźce wzrokowe, pozwalające zlokalizować w umyśle każdy ruch przeszczepionej dłoni. To sprawiło, że u zoperowanego przeze mnie pacjenta pojawiła się aktywność ruchowa i ona systematycznie się podnosi.

– *Włada już tą ręką?*

– Tak. Potrafi wyprostować dłoni i zgąć palce – są to reakcje, jakich nigdy nie miał. Do jakiego poziomu doskonałości dojdzie, tego jeszcze nie wiemy. Jego sprawność będzie się długo poprawiała, proces rehabilitacji jest rozciągnięty na lata. O ile, oczywiście, pacjent będzie ją prowadził.

– *Przeszczep nie zostanie odrzucony?*

– Tak nigdy nie można powiedzieć. Poruszanie kończyną, czucie w niej i jej ukrwienie to sens przeszczepu. Problem w tym, że organizm nieustannie będzie rozpoznawał ten nowy fragment ciała jako obcy. I w naturalnym odruchu będzie starał się go zwalczać. Próbuje więc naturę oszukać, sztucznie blokując mechanizmy odporności. Oczywiście, za cenę ich osłabienia, co prowadzi do szeregu ubocznych skutków. Niby wkraczamy w sferę boskości, ale nie mamy jej atrybutów. Oznaką boskości byłaby władza nad systemem odpornościowym, np. wywołanie tolerancji na przeszczep lub wynalezienie skutecznych selektywnych immunosupresantów (*leków hamujących aktywność układu odpornościowego człowieka* – **przyp. Red.**).

– *Są na to szanse dzięki obecnemu szybkiemu rozwojowi medycyny?*

– Cały czas pojawiają się doniesienia, że udaje się zmniejszać dawki leków, ale nie jestem przekonany, czy kiedykolwiek wytworzymy pełną tolerancję organizmu na przeszczepy. Być może uda się nam uwolnić pacjentów od immunosupresji i wykreować hybrydę, której część DNA będzie zgodna z kodem genetycznym biorcy. Wtedy komórki odpornościowe nie będą jej zwalczać. Nie wiemy jednak, jakie będą inne konsekwencje powstania takiej hybrydy.

– *Zbliżamy się do fantastyki naukowej. Pojawiają się powieści i filmy futurologiczne, pokazujące, że w przyszłości będziemy mogli na życzenie wymieniać organy i części ciała, a nawet przeszczepić głowę do nowego ciała. Takie historie należy włożyć między bajki? A może transplantologia naprawdę przekroczy kolejne granice?*

– W zasadzie można by organy przeszczepiać bezkarnie, oczywiście, pomijając powikłania związane z samą techniką zabiegu, czyli zakładając, że operacja była przeprowadzana u właściwego człowieka w sposób doskonały i w odpowiednim czasie. Wówczas będą występować jedynie typowe powikłania chirurgiczne: blizny, zrosty, przepukliny bądź dolegliwości związane z naruszeniem ciągłości ciała. Możliwe będzie to jednak tylko wtedy, kiedy będziemy przeszczepiali narządy od organizmu zgodnego z tkanką biorcy, czyli np. od brata bliźniaka. To, co pokazują filmy i powieści futurologiczne, że w zamkniętych laboratoriach hodowane są klony na organy dla zamożnych ludzi, jest wyobraźalne. Rozmnażanie klonów sprawiłoby, że rola transplantologa sprowadziłaby się do usunięcia im narządów i wstawienia ich innym osobom. Tak dzieje się dzisiaj, tylko dochodzi do tego immunosupresja, gdyż organy nie pochodzą od klonów, ale od dawców.

– *Czyli wszystko w rękach genetyków, a nie transplantologów?*

– Inżynieria genetyczna potrafi formować komórki, tymczasem trzeba by wyhodować narządy. Są one biologicznie bardziej złożone i składają się z szeregu różnych tkanek. Byłoby to możliwe, gdyby udało się ukierunkować rozwój komórek macierzystych na tworzenie konkretnego narządu. Niestety, znacznie prościej wyhodować klony. Lecz wykorzystywanie ich do przeszczepów byłoby nieetyczne, wiązałoby się bowiem z istnieniem żywego banku tkanek, czyli – po prostu – z mordowaniem ludzi.

– *W wywiadach wspomina pan o dalszych zawodowych planach. Co to będzie?*

– W transplantologii istnieje jeszcze dużo pól do zagospodarowania. Z moim zespołem myślimy o kontynuowaniu i rozwijaniu programu przeszczepów wśród osób z wadami wrodzonymi. Mam też pewne przemyślenia i plany związane z procesem neurorehabilitacji. Dzisiaj możemy przed przeszczepem wykonać rezonans magnetyczny, by określić poziom aktywności ruchowej kory mózgu, a później, po kilku miesiącach ćwiczeń, kontrolować, jak ona się zmienia. Marzy mi się stymulowanie tej aktywności zanim dojdzie do przeszczepu, mam w tym zakresie pewien obiecujący pomysł, jest on na wysokim stopniu zaawansowania.

– *Jan Moll i Zbigniew Religa swoje pionierskie operacje przeprowadzali z wieloma przeszkodami, zarówno ze strony świata lekarskiego, jak i politycznego. A jak było w wypadku pana pionierskich dokonań?*

– Zaczynałem jako chirurg w szpitalu w Trzebnicy, u profesora Ryszarda Kocięby. Potem kontynuowaliśmy jego misję w zespole specjalizującym się w replantacji kończyn: z profesorem Jerzym Jabłeckim, braćmi Kaczmarzykami, Maćkiem Paruzem, z którym pobieraliśmy pierwszą rękę do przeszczepu w Polsce, a później z doktorem Ahmedem Elsaftawym. Zrobiliśmy to z zaskoczenia, więc nie miał nam kto przeszkadzać. Paradoksalnie, mocną stroną tego przedsięwzięcia było to, że odbywało się w małym prowincjonalnym szpitalu, w którym to my byliśmy najmocniejszymi osobowościami, więc trudno było stanąć przeciwko nam. Kiedyś śp. profesor Kocięba otrzymał nagrodę „Byk Sukcesu”, a nikt nie stał na drodze rozpędzonego byka. Podejrzewam, że dużo trudniej byłoby nam w dużym uniwersyteckim szpitalu, gdzie proces decyzyjny jest rozłożony na parę szczebli, a na każdym z nich istnieje możliwość wpływu różnych grup interesu. Do tego trzeba jeszcze dodać element zwykłej ludzkiej zawiści. Nam poszło gładko, bo w świecie akademickim nie zwracano uwagi na niewielki – chociaż z pracującymi w nim liczącymi się naukowcami – szpital. Do wrocławskiego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego na ulicy Borowskiej przeszedłem z wypracowaną w Trzebnicy bardzo mocną pozycją w świecie chirurgii ręki. O naszej marce świadczy to, że dwukrotnie członkami zarządu Międzynarodowego Towarzystwa Przeszczepów Ręki i Tkanek Złożonych byli Polacy, najpierw profesor Jabłeczki, obecnie ja. W naszym kraju odbył się światowy zjazd tego towarzystwa, co było dowodem uznania dla dorobku prowincjonalnego szpitala, który przeskoczył swymi osiągnięciami wszystkie polskie ośrodki akademickie i wiele światowych.

– *Wiele osób nie może zrozumieć, że w realiach polskiej służby zdrowia taki skok jakościowy stał się możliwy.*

– Stało się tak dzięki wizji, odwadze, dobrej organizacji, naszej determinacji i poświęceniu czasu prywatnego. Na międzynarodowych zjazdach transplantologicznych koledzy z Zachodu często prezentowali zdjęcia swoich zespołów – liczyły one około pół setki osób stojących w trzech szeregach. Wtedy ja pokazywałem fotę naszego kilkuosobowego zespołu. Od razu zawiązywała się taka oto rozmowa: „Kto u was pobiera kończyny?” „My”. „A kto zespala kości? Ortopeda?” „Nie, my”. „A ścięgna?” „Też my”. „A skórę? Chirurg plastyczny?” „Nie, my”. „Nerwy neurochirurg?” „Nie, my”. „Naczynia

też?!” „Też”. „To wszystko wy robicie!” „Tak. Od początku do końca”. Tam lekarze nie rozpraszali się; gdy ktoś był delegowany do działu związanego z przeszczepami, zajmował się tylko tym. Dlatego nie mogli pojąć, że wymagało to aż tak wielkiego indywidualnego – niespotykanego na Zachodzie – wysiłku. Zwłaszcza ja byłem przykładem, którego nijak nie byli w stanie zrozumieć. Jak to?! Jestem lekarzem medycyny ratunkowej, chirurgiem ogólnym i mikrochirurgiem transplantologiem?! Jednego dnia szyję głowy pijakom na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, oglądam EKG, czy człowiek ma zawał, mam dyżury w przychodni, operuję jelita itp. i jeszcze przyszywam ręce! To kompletne wariactwo – ale byliśmy omnipotentni. O sukcesie decydował duch i wola walki.

– *Po pierwszych sukcesach nie pozwolono waszej trzebnickiej grupie specjalizować się wyłącznie w chirurgii kończyn?*

– Nie. Nic się nie zmieniło.

– *Od prawie półtora roku nie pracuje pan już w Trzebnicy. Od tego czasu w tamtejszym szpitalu przestano też wykonywać przeszczepy.*

– Nie wypada mi tego komentować. Myślę, że jest trudno o dawców, ale także znacznie skurczyła się kadra. Mają tam też problemy finansowe. Powiem tylko, że w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym (USK) przy ulicy Borowskiej we Wrocławiu, gdzie w styczniu 2016 roku zaczynałem od zera, mamy już na koncie trzysta pięćdziesiąt operacji replantacyjnych, czyli przyszycia kończyn, w tym nóg. Oprócz tego wykonujemy procedury rekonstrukcyjne z użyciem technik mikrochirurgicznych, jak transfery wolnych płatów, oraz szereg innych zabiegów chirurgicznych związanych z wysoko postawioną chirurgią ręki, no i, oczywiście, przeszczepy.

– *Zwolniono pana z trzebnickiego szpitala po 25 latach pracy w dość niejasnych okolicznościach. Są różne przekazy na ten temat: podobno poturbował pan pacjenta, a może wykorzystano to jako pretekst, by się pana pozbyć, bo był pan niewygodny dla kierownictwa szpitala?*

– Wersji jest wiele, nie mogę więc mówić, że moja jest jedyną prawdziwą. Natomiast mogę stwierdzić, że ta podana przez szpital była absolutnie kłamliwa. Są na to twarde dowody.

– *Jakie?*

– Szpitale uniwersyteckie i tzw. marszałkowskie były oddłużane, natomiast powiatowe nie. Szpital w Trzebnicy dźwigał więc bagaż trzydziestomilionowego długu, który uniemożliwiał jakikolwiek rozwój, inwestycje oraz przyzwoite wynagradzanie personelu. W pewnym momen-

cie zadłużenie i jego obsługa zaczęły szpital dusić. Chociaż pod zarządzaniem dyrektorów Edwarda Puchały i Wiktora Lubienieckiego zeszliśmy do absolutnego oszczędnościowego minimum, szpital generował około 2,5 miliona długu rocznie. Inaczej mówiąc, kontrakt z NFZ był o tyle za niski w stosunku do faktycznych kosztów leczenia. Pomimo drakońskiej dyscypliny finansowej nie byliśmy w stanie bardziej ich zdusić. Na fali zmian na szczytach władzy w powiecie, dyrektorem szpitala został młody, ale bardzo pewny siebie radny PiS Piotr Dytko. Zaczął zarządzać szpitalem w sposób korporacyjny.

– *Niektóre media podały, że chciały przeprowadzić restrukturyzację szpitala, na którą pan się nie godził.*

– Byłoby to zbyt uproszczenie. Dobrym ruchem, według mnie, mogło być połączenie z USK we Wrocławiu. Zanim to oficjalnie ogłoszono, propozycję omawiano w kularach, z pominięciem np. związków zawodowych, których byłem przewodniczącym. Była ona utajniona przed załogą, ale pojawiały się przecieki, że dojdzie do połączenia z USK. Z niewiadomych powodów jeden z ojców tego pomysłu, burmistrz Trzebnicy Marek Długozima zmienił zdanie i ogłosił, że przejmuje szpital, nie będzie połączenia z Borowską. Było to prawnym i ekonomicznym absurdem, bo jak gmina mogła przejąć nadzorowanie szpitala, za który odpowiada starosta powiatu? Nie ma tego ani w zadaniach statutowych, ani – jako gmina niebogata – nie podobałaby finansowo. Oczywiście, był to błąd. Zablockowanie połączenia miało prawdopodobnie zupełnie inne podłoże.

– *Może je pan ujawnić?*

– Mówi się, że być może stał za tym prywatny biznes. I tutaj zaczyna się moja historia. Z poprzednimi dyrektorami – Edwardem Puchałą i Wiktorem Lubienieckim – nie musieliśmy się lubić, ale się szanowaliśmy. Słuchali naszych opinii, nie zawsze się z nimi zgadzali, ale rozmawiali. Ten młody człowiek, który urodził się w czasach, kiedy ja za działalność w opozycji solidarnościowej zdążyłem zaliczyć trzykrotną odsiadkę, zaprosił mnie, jako przewodniczącego komisji zakładowej Solidarności, na rozmowę i pytał, co sądzimy o reformach w szpitalu. Odpowiedziałem, że jesteśmy za ratowaniem szpitala i dajemy mu zgodę na wszystko, cokolwiek chce zrobić, byle tylko placówka utrzymała taki profil, jak dotąd. Czyli pozostała specjalistycznym szpitalem wielooddziałowym, świadczącym usługi dla mieszkańców powiatu,

a nie że ktoś np. wpadnie na pomysł, że opłaca się dermatologia kosmetyczna, więc będziemy robić wyłącznie to, co się opłaca. Po drugie: profil chirurgii nie zostanie zmieniony, kolejka oczekujących na przeszczep w naszym szpitalu wynosiła wówczas półtora roku i powinniśmy wywiązać się ze zobowiązań wobec tych ludzi. Trzeci warunek: dyrektor nie tknie kadry ani pensji. Jego poprzednicy kogo można było zwolnić, już zwolnili. Zredukowali zatrudnienie, wprowadzili outsourcing usług itd., oszczędzali jak mogli, więc nie ma już rezerw. Wyłożyłem to, dodając, że jeśli tych trzech warunków nie spełni, rozpoczniemy ostry protest. Działalem w opozycji i w Solidarności Walczącej, w organizowaniu protestów mam spore doświadczenie, niech spyta o to starszych pracowników.

– *Jaka była odpowiedź?*

– Dyrektor postanowił wprowadzać swoje pomysły i za gigantyczne pieniądze wynajął firmę, która zrobiła kolejny audyt i sporządziła plan restrukturyzacyjno-naprawczy, sprowadzający się do wyprowadzenia jak największej liczby pracowników, włącznie z pielęgniarkami, na umowy śmieciowe, zlecenia lub kontrakty. Postanowił też renegować kontrakty z lekarzami. Proponowana umowa była tak skonstruowana, że dwóch niezależnych radców prawnych we Wrocławiu, którym ją pokazałem, orzekło, że za żadne pieniądze by jej nie podpisali. Nie tylko przrzucą całą odpowiedzialność na lekarzy, ale stawialiśmy się niewolnikami szpitala. Dyrektor mógł nas wezwać w dowolnym czasie, poza grafikiem dyżurów, jeżeli wystąpią „okoliczności to uzasadniające”. Przy tym nie sprecyzowano, jakie to okoliczności. Poza tym figurował tam szereg wysokich kar: np. gdybym zachorował, miałbym obowiązek znalezienia zamiennika – nie dyrekcja, tylko ja! Proszę sobie wyobrazić, że złamałbym nogę i miałbym na dwa miesiące znaleźć kogoś, kto będzie za mnie pracował, bo inaczej obciążą mnie kosztami kontraktu, który nie został wykonany moimi rękoma! Absolutne Laogai – chiński obóz koncentracyjny. Jako przewodniczący Solidarności rozesłałem uwagi radców prawnych błyskawicznie do lekarzy, a oni postanowili umowę zbojkotować. Myślę, że to był pierwszy powód prowadzący do mojego zwolnienia.

– *Co zatem było właściwą przyczyną?*

– Prawdziwie tło przedstawił jeden z ważnych ludzi ze szczytów NSZZ „Solidarność”. „Adaś – powiedział – to grubymi nićmi szyte, wyrzucili cię, bo ktoś chciał prywatnie przejąć szpital.

A ty taką prasówkę im zrobilibyś, że by się nie pozbierali?”. Postanowiono poszukać pretekstu i usunąć gościa z jajami, który mógł stanąć przeciwko nim. Po drugie, postraszyli innych, bo wydawało się, że skoro mogą wyrzucić przewodniczącego Solidarności, człowieka znanego ze swoich osiągnięć zawodowych, to pozostali zaczną trząść się ze strachu. I udało im się załogę spacyfikować. Ale nie na długo, bo dyrektor polecał dwa tygodnie po mnie.

– *Przez pana?*

– Prawdopodobnie naciskano, żeby dyrektor przywrócił mnie do pracy, ale wtedy wyszedłby z tego konfliktu bez twarzy.

– *Szefa związku zawodowego nie można zwolnić w normalnym trybie. Wręczono więc dyscyplinarkę. Pobił pan pacjenta?*

– Do konfliktu z pacjentem doszło, ale trzy miesiące przed moim zwolnieniem. I to ja zostałem napadnięty. Szpital ma zeznania pielęgniarki, bezpośredniego świadka zdarzenia. Zostały one zupełnie pominięte przez wicedyrektora do spraw medycznych Adama Chełmońskiego, któremu Dytko powierzył wyjaśnienie sprawy. Podobnie jak relacja innego świadka, pacjenta, który opisał, jak agresywnie zachowywał się wobec mnie tamten facet. Chełmoński, wbrew ich zeznaniom stwierdził, że to moja wina i wnioskuje o zwolnienie mnie z pracy. Zupełnie nie rozumiałem, dlaczego człowiek, który w swojej karierze zawodowej wiele zawdzięczał moim osiągnięciom, uznał, że w Trzebnicy nie jest potrzebny zespół rzutkich chirurgów. Być może planowano, że powstanie tam duży zakład opiekuńczo-leczniczy, np. rehabilitacyjny, psychogeriatryczny itp., a jemu było wszystko jedno, jaki to będzie szpital, byle pod jego kierownictwem. Ten pan sfalszował wynik postępowania wyjaśniającego, bo opierał się wyłącznie na zeznaniu sprawcy zajścia, który zresztą potwierdził, że się zdenerwował i słownie mnie obraził. W odpowiedzi złapałem go za ubranie i wystawiłem na korytarz, czego nie ukrywałem. Kiedy zgłosiłem to dyrektorowi, chciał wzywać policję, a kwartał później zwolnił mnie za naruszenie nietykalności cielesnej faceta, który nie dość, że wulgarnie mnie wyzywał, to zamachnął się na mnie kulą ortopedyczną, co widziała pielęgniarka. Była to więc mocno naciągana afera.

– *W sumie druga strona bardziej na niej ucierpiała niż pan.*

– Dyrektorzy nie spodziewali się, że sprawa nabierze tak dużego medialnego rozgłosu, myśleli, że przestraszą się zarzutów dyscyplinarnych.

nych, zabiorę papiery i zatrudnię gdzie indziej. Wiedzieli, że znajduję pracę bez problemu. Dytko bardzo długo uchylał się od publicznej odpowiedzi na pytanie, z jakich powodów doszło do rozwiązania umowy. Bał się procesu o zniesławienie, wiedząc, że przed sądem ich teza się nie utrzyma. Efekt: społeczne i polityczne konsekwencje tego faktu – polecał Dytko i jego dwaj zastępcy.

– *Chronicznym problemem polskiej służby zdrowia jest brak pieniędzy. Nie było problemów z rozliczeniem tyłu nowatorskich, ale zapewne drogich operacji?*

– NFZ rozlicza je w ramach szpitalnych limitów, większe problemy są ze zdobyciem funduszy na sprzęt. W Trzebnicy udało się nam pozyskać dotacje unijne na rozwój szpitalnego oddziału ratunkowego, dzięki czemu znacznie się on unowocześnił. Później od ówczesnego premiera Donalda Tuska otrzymaliśmy dotację celową na rozwój chirurgii ręki – milion złotych. Dzięki temu byliśmy placówką o randze ogólnopolskiej i chociaż szpital w Trzebnicy był biedny, chirurdzy byli dobrze wyposażeni w sprzęt.

– *Podobnie jest we wrocławskim USK?*

– Moja działalność jest specyficzna, żeby ją sprawnie uprawiać, potrzebny jest sprzęt, który – jak się okazało – nie zawsze był. W szpitalu na Borowskiej potraktowano mnie jednak przychylnie. Byliśmy zgodni co do celu i sensu mojego zatrudnienia – miałem wykonać konkretną robotę. Dyrekcja planowała rozwój mikrochirurgii, myślała o przeszczepach i replantacji. Mój transfer z Trzebnicy do USK był zatem po jej myśli, stąd nie napotkałem istotnych problemów.

– *W niespełna rok rozstał się pan USK jak niegdyś szpital w Trzebnicy.*

– Po prostu robię swoje, dyrekcja nie tylko nie przeszkadza, jak tam, ale pomaga. Gramy do jednej bramki, dzięki temu są efekty. Rozmawialiśmy o tym, że Religa miał trudności – tak właśnie było w Trzebnicy. Tam, żeby osiągnąć cele, musieliśmy zdobywać sprzęt określoną drogą, natomiast USK ma tak duży potencjał, że moje zamierzenia jesteśmy w stanie realizować bez problemu. Zastałem też wspaniały zespół. Pierwszą replantację wykonałem już w czwartym dniu pracy, a potem, co miesiąc, rozwijaliśmy działalność i przeprowadzaliśmy nowe operacje.

– *Pracując w służbie zdrowia od 27 lat, zna ją pan od podszewki. Od wielu lat słyszymy, że polskie leczenie trzeba zreformować. I niemal*

wszyscy rządzący próbują to robić: najpierw powołaliśmy kasy chorych, potem je zlikwidowaliśmy, teraz chcemy rozwiązać NFZ. Albo chce się służbę zdrowia decentralizować, albo – jak obecnie – centralizować. Jak pan ocenia ten cały proces?

– Nie jest prawdą, że od upadku socjalizmu w polskiej służbie zdrowia nic się nie zmienia, a wręcz się pogorszyło. Znacznie się poprawiło. W szeregu dziedzin nie ustępujemy Zachodowi. Proponowane przez nas standardy leczenia i sprzęt są porównywalne z tym, co się dzieje na świecie. Różnica polega nie na jakości, tylko na ilości. Dostępność do służby zdrowia jest limitowana zasobami finansowymi. Moim zdaniem, zamiana finansowania z systemu ubezpieczeniowego na budżetowy jest dość niebezpieczna, ponieważ zawiera duży element uznaniowości.

– *Jest pan przeciwko likwidacji NFZ?*

– W większości krajów, gdzie medycyna stoi na wysokim poziomie, system leczenia ma charakter ubezpieczeniowy. Powiem w dużym uproszczeniu: jeśli pacjent jest tam operowany i przeszczepia mu się trzy narządy, to płaci się za wszystko. Kiedy – jak u nas – w systemie ubezpieczeniowym brakuje pieniędzy, szuka się oszczędności i np. gdy u pacjenta wykonana się trzy procedury, płaci się tylko za najdroższą z nich. To tworzy sytuację, że jeżeli komuś trzeba zoperować pięć palców, a płacą tylko za jeden, to opłaca się operować go pięć razy, po jednym palcu, bo wtedy wycena procedury zbliży się do rzeczywistych kosztów zabiegu. To wada tzw. jednorodnych grup pacjentów, których choroby i operacje pogrupowano w pewien zbiór. Leczenie jednych jest tańsze, a innych droższe. Ktoś wyliczył z tego średnią ważoną, jednak w życiu taka optymalizacja różnie się sprawdza: są szpitale wykonujące tylko tańsze procedury za wyższą w stosunku do kosztów stawkę, a pacjent wymagający droższego zabiegu ma kłopot ze znalezieniem szpitala, który go przyjmie. Mamy więc pierwsze zło, jakim jest unikanie kosztów przekraczających przychody, ponieważ ordynator jest rozliczany ze zbilansowania się tych dwóch pozycji.

– *Jakie są pozostałe?*

– Drugim złem jest przekraczanie limitów. Wyobraźmy sobie sprawnie działający, cieszący się popularnością wśród pacjentów szpital. Gdyby chciał leczyć wszystkich, którzy do niego się zgłoszą, to we wrześniu lub październiku przekroczyłby roczny budżet przeznaczony na leczenie. Urzędnicy mówią: należało tak planować operacje, żeby pieniędzy wystarczyło na

ostre dżury. Planowe zabiegi można rozłożyć w czasie, oczywiście jeśli stan zdrowia pacjenta drastycznie się nie pogorszy. Ale ostre dżury mogą te wyliczenia zrujnować. Wtedy sytuacja wygląda tak: NFZ rozlicza tzw. ostre procedury, ale gdy wypełnią one kontrakt, to okazuje się, że wszystkie planowe operacje, lub ich znaczną część, zrobiliśmy za darmo. To są owe „nadwykonania”, za które się nie płaci. Z NFZ słyszymy wtedy: trzeba było tych operacji nie planować. Nieistotne, że stoją za tym konkretni, cierpiący ludzie, których też trzeba leczyć. Wadliwy jest więc nie system finansowania służby zdrowia, ale sposób rozliczania tego finansowania.

– *Nie płaci się za wykonaną pracę...*

– ...tylko do wysokości limitu. W dodatku – prawem państwowego Robin Hooda – płaci się średnią dla danej grupy procedur, nie uwzględniając rzeczywistych kosztów. Pracując na Zachodzie, widziałem, że tam co jakiś czas przyjeżdżali kontrolerzy z kas chorych i sprawdzali zasadność wydatków. Jeżeli uważali, że dany zabieg czy leczenie były nieuzasadnione, wykreślali je z finansowania. Ale jeżeli coś wykonano uczciwie i przemawiały za tym racje medyczne, nie zdarzyło się, żeby za to nie zapłacono. Natomiast w Polsce toczy się nieustająca walka z NFZ o pieniądze. A powinno być tak, że jeżeli np. ktoś operował więcej ludzi, to znaczy, że nie leczyli się oni w tym czasie gdzie indziej. Należałoby zatem zabrać część kwoty z kontraktu szpitala B i przekazać szpitalowi A, skoro leczył on obywateli z miasta B. Byłaby to jednak niepopularna politycznie decyzja. Bo za szpitalem B stoją lokalni politycy, którzy będą go bronić jak Westerplatte.

– *Teraz ma się to zmienić – szpitale będą finansowane dwojako. Zakwalifikowane do tzw. systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, będą zasilane pieniędzmi inaczej niż pozostałe. Laikowi trudno to zrozumieć.*

– Przyznam, że też nie do końca to ogarniam. Będzie budżetowa służba zdrowia, czyli szpital nadal będzie miał limit – tyle, że w postaci budżetu. A przecież powinno chodzić o coś innego: żeby szpital dostawał pieniądze za to, co robi. Jeżeli wykonał coś niepotrzebnie, można mu za to nie zapłacić. Niech przyjdzie kontroler i w fakturze skreśli tę pozycję, uzasadniając, że było to naciąganie kosztów.

– *Czyli zmieni się tylko płatnik?*

– Na to wygląda.

Dokończenie w kolejnym numerze „Odry”.

Adam Domanasiewicz – doktor nauk medycznych. Przez 25 lat pracował w Szpitalu im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy. Jest uczniem prof. Ryszarda Kocięby, który w 1971 roku przeprowadził tam – jako pierwszy w Europie – udaną replantację ręki. Adam Domanasiewicz, obecnie kierujący zespołem Kliniki Chirurgii Urazowej i Chirurgii Ręki Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, ma na koncie ponad sto operacji przyszczenia odciętych kończyn lub palców, w tym. m.in. pierwszy jednoczesny przeszczep obu nóg. Jest prekursorem przeszczepiania kończyn od zmarłych dawców. Jako pierwszy w świecie przeszczepił rękę mężczyźnie urodzonemu bez dłoni. Członek wielu międzynarodowych towarzystw naukowych (m.in. zarządu Międzynarodowego Towarzystwa Przeszczepów Ręki i Tkanek Złożonych), prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny i Ratownictwa Górskiego. Człowiek Roku 2016 w plebiscycie stacji RFM Classic. Prezes Stowarzyszenia Ormian Polskich na Dolnym Śląsku i Trzebnickiego Stowarzyszenia Jazdy Historycznej.