



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

BIULETYN INFORMACYJNY

Maj 2016

ISSN 1426-661X

Nr 235

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



Fot. z Internetu

KTO CHCE MU UKRĘCIĆ ŁEB?

Wyścigi urządzono pod Krakowem. 5 października 780 roku na łące obsianej koniczyną stanęła procesja – były pochodnie, chóry i posąg boga (święty odpoczywał w lektyce z baldachimem i wstążkami). Moźni ukłękli przed nim i podziękowali za pomyślną wyprawę. Nikt już nie pamięta, skąd przynieśli rzeźbę (z Łysej Góry, Ślęzy czy Góry Lecha w Gnieźnie), nikt też nie wie, czyjego wizerunku strzegli przed zbójami: Swaroga, Świętowita, Polela czy Jesza. Jeśli wierzyć kronikarzowi Prokoszowi, następnego dnia włożyli mu na głowę historyczną czapkę, a na szyi powiesili berło.

Szlachetnie urodzeni wojowie, obywatel Lechii (Grecy nazywali ją Scythią, Rzymianie Sarmacją) ustawili się po linii, spojrzeli na siebie dziko i wstrzymali konie (zwierzęta wierzgały, rżały i rwały się do przodu). Ruszyli na uderzenie w bęben. Zdawało się, że ogier Lechity Leszka rozkłada skrzydła i unosi się w powietrzu jak pegaz. Wzbił się, majtnął ogonem i otulony kurzem zniknął za horyzontem. Rywali spętały jakieś niewidzialne liny, ich wierzchowce szły ociężale, miały się i sapaly, Leszek zaś doskoczył do posągu i zerwał insygnia władzy.

Królował tylko cztery godziny, bo już po południu wyszła na jaw jego machlojka. Okazało się, że w nocy przytargał na polanę wór pełen szyszek najeżonych gwoździami i pochował je w trawie, kolcami w górę. Tymczasem sługa Mściwój wzmocnił żelazem kopyta gniadego. Okaleczone konie innych zawodników nie miały żadnych szans. Starszyzna wiecowa doceniła wyobraźnię i pomysłowość laureata (odtąd kowale kują podkowy), lecz za oszustwo skazała go na rozerwanie przez stado rozwścieczonych rumaków. Wyrok wykonano natychmiast, na uprzątniętym torze wyścigowym.

„Pegaz” Mariana Nowaka ma prawdziwe skrzydła. W latach 70. zeszłego wieku ozdobił plac Lenina (dziś Jana Pawła II), a następnie przeniósł się na Chabry. Ale źle się czuł w otoczeniu bloków, pod krzakami (kto wybrał zarośla dla istoty zrodzonej z krwi Meduzy, przecież jej królestwem był bezmiar oceanu!). Ta rzeźba wymaga luzu, powietrza i przestrzeni, inaczej się dusi.

Dziś rozebrana do szkieletu wyczekuje w pracowni syna artysty. Tylko Pawłowi Nowakowi koń daje się ciąć i spawać; nawet nie jęknie, kiedy rzeźbiarz przypieka go palnikiem acetylenowo-tlenowym, łączy z blachą nierdzewną (w najlepszym gatunku) i przewozi na siedzeniu forda transita na Metalchem. Tu kąpie się rumak w wannie, cierpliwie znosi ból i niewygodę (żrący piasek zrywa z niego brud, a ciekły cynk zapuszcza się do wnętrza, fachowcy gwarantują, że przez 30 lat nie zniknie!). Potem wraca na ulicę Wilsona, kładzie się przed atelier, patrzy na miedziane poszycie i marzy, aby znów je przywdziać.

Podobny do „Pegaza” ogier strzegł kiedyś kąciny (świątyni) Swarożycy w Radogoszczy – słowiańskim centrum wiecowym. Przyglądano się, jak trzepie łbem, parska i tupie, każdy jego ruch przepowiadał przyszłość, każdy dźwięk wróżył. Dosiadać go mogli jedynie specjalnie wyznaczeni kapłani, kiedy więc w roku 1068 biskup Burchard napadł na gród, wpierw wskoczył na wierzchowca i mocno go spiał lejcami.

Salustiusz tak rozpoczyna swą historię sprzysiężenia Katyliny: *Wszyscy powinni dolożyć starań, aby nie przejść przez życie bez rozgłosu jak zwierzęta, które natura stworzyła pochylone ku ziemi i posłuszne żołądkowi.* „Pegaz” Nowaka nie patrzy pod nogi, on już

się zapisał w historii, figuruje w kronikach, mówili o nim dziennikarze, rozbili zdjęcia filmowcy. Obca mu była obscurité – jak Saint-Simon nazwał życie z dala od dworu, poza zasięgiem plotek. Było o nim głośno, dostał się na języki, wzbudzał pożądanie, ciekawość i zazdrość.

Kto chce go wziąć pod wierzch, zmienić w istotę „pochyloną ku ziemi”? Kto chce mu ukręcić łeb? Czemu nie strzeże miasta nad Odrą (rzeka pojawiła się już na mapach z II wieku, Ptolemeusz nazwał ją Suevus)? Jakiż to Lechita Leszek podrzuca skrzydlatemu kolce?

Agnieszka KANIA

Skrócona wersja felietonu ukazała się w Magazynie „Gazety Wyborczej”.

ZAPRASZAMY DO ZAPOZNANIA SIĘ Z OFERTĄ SPRZEDAŻY BUDYNKU MIESZKALNEGO W OPOLU

POWIERZCHNIA CAŁKOWITA 454 m², PIWNICA, PARTER, PIĘTRO I PODDASZE.
BUDYNEK W STANIE SUROWYM DO EWENTUALNEJ ADAPTACJI
NA DOM Z GABINETEM LEKARSKIM.

OPTIM Nieruchomości; www.optim.opole.pl, oferta nr 535; tel. 606 325 777

* * *



Wiosna zaczęła się już na dobre. Więcej słońca, ciepłej, zielono – nadszedł czas najpiękniejszy w roku. Korzystajmy z niego jak najwięcej. Ci, którzy nie przespali ogłoszeń o Stresowym Złazie Medyka spotkają się pod koniec miesiąca w Zieleńcu. Mam nadzieję, że nie będą żałować swojego wyboru. Innym pozostawiam wycieczki rowerowe, wyprawy do lasu (uwaga na kleszcze!!!) i każdą inną formę aktywności ruchowej.

Tymczasem jednak przedstawiam Wam kolejny numer Biuletynu. Jest w nim sporo materiałów „opolskich”. Koledzy onkolodzy przedstawiają następny materiał – tym razem o raku żołądka. Jest również sprawozdanie z II podejścia do Okręgowego Zjazdu lekarzy (udanego zresztą!). Dalej – jak zawsze kilka sprawozdań oraz materiały niezawodnych stałych autorów – dr Agnieszki Kani i prof. Janusza Kubickiego.

W skromniejszej tym razem części krajowej znajdziecie tróję o emigracji lekarzy – zwłaszcza tych młodych. Z charakterze wkładki znajdziecie materiał będący swego rodzaju abecadłem postępowania z naszymi Koleżankami i Kolegami uzależnionymi od używek, a wewnątrz numeru opowieść tej, której – po wielu trudach – udało się wyjść z alkoholowego nałogu.

Życzę przyjemnej i inte3resującej lektury.

Jerzy B. LACH



Koleżanki i Koledzy,

Nawiązując do mojego emocjonalnego wpisu z poprzedniego Biuletynu, tym razem muszę z zadowoleniem odnotować, że drugie podejście do Okręgowego Zjazdu Lekarzy było skuteczne, a frekwencja była znacznie lepsza. Pozostała jednak grupa kilkunastu delegatów, którzy powtórnie byli nieobecni. Skierowałem do nich pisma z prośbą o wytłumaczenie tego faktu.

Przy okazji tego drugiego terminu zjazdowego zaczęliśmy próby z systemem powiadamiania sms-owego. Próby są na ukończeniu i już wkrótce zaczniemy z tego narzędzia komunikacji coraz szerzej korzystać.

Zaproszenie na:
Mistrzostwa Opolszczyzny Lekarzy
w Tenisie Ziemnym
w dniach 4 i 5 czerwiec 2016 od godz. 8.00
Strzelce Op. ul. Budowlanych, korty „WINNER TENNIS”
Organizator: Ryszard Wileński tel. 602 670 528
email: rysiekwil@gmail.com, strona kortów: <http://www.winnertennis.pl/>

OPOLSKA IZBA LEKARSKA
Biuro: tel. 77/454-59-39, fax 77/454-67-09,
opole@hipokrates.org
czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek 7:30 – 15:30;
środa 7:30 – 16:00; piątek 7:30 – 15:00
Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org
Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org
Składki: opole.skladki@hipokrates.org
Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej: tel. 77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org
Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego: tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org

SZPALTA PREZESA

Na ukończeniu są też przygotowania do remontu siedziby OIL. Firma Polbau przedstawiła ostateczny kosztorys, który opiewa na kwotę 3,8 milionów. Oznacza to, że kredyt, który będziemy musieli zaciągnąć nie przekroczy kwoty 2,5 mln PLN, ponieważ pozostała część będziemy w stanie pokryć ze środków własnych. Pierwsze prace rozpoczną się po wakacjach.

Do niniejszego Biuletynu dołączona jest wkładka, która ma być swego rodzaju instrukcją postępowania w sytuacji, gdy wśród osób, z którymi pracujemy, zauważymy kogoś, kto nie radzi sobie z problemem nadużywania alkoholu. Jest to temat trudny, od którego zbyt często uciekamy. A nie robiąc nic, wyświadczamy koleżance czy koledze niedźwiedzią przysługę.

Jerzy JAKUBISZYN

SPRAWOZDANIE Z XXXIII OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY OPOLSZCZYZNY

CZ. II

W dn. 2 kwietnia br. w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu odbył się zorganizowany w drugim terminie XXXIII Okręgowy Zjazd Lekarzy. Tym razem – zapewne wskutek osobistych listów Prezesa skierowanych do delegatów – frekwencja dopisała i już na początku widać było, że Zjazd będzie w stanie podejmować prawomocne decyzje – głównie w sprawie budżetu Izby na rok bieżący.

Zjazd – jak zawsze – rozpoczął Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej – Jerzy Jakubiszyn, który zaproponował na Przewodniczącego Zjazdu kol. Lacha. Wobec braku innych kandydatur propozycja Prezesa została zaakceptowana przez delegatów i nowo wybrany Przewodniczący przejął prowadzenie Zjazdu. Na wstępie kol. Lach zaproponował na Sekretarza Zjazdu kol. kol. Małgorzatę Lechniak i Pawła Mielczarka. Także i w tym przypadku nie było innych kandydatur i Zjazd zaaprobował obie kandydatury. Na funkcję Protokolanta kol. Lach zgłosił kol. Annę Adamską.

Po ukonstytuowaniu się Prezydium zjazdowego, Przewodniczący Zjazdu przedstawił zebranim kandydatury członków Komisji Mandatowej: kol. kol. Małgorzatę Łuszczyńską-Ostrowską, Ewę Nocię-Firlej i Rafała Olejnika. Zjazd zatwierdził również i te propozycje.

Z kolei na członków Komisji Uchwał i Wniosków kol. Lach zaproponował kol. kol. Zbigniewa Kowalika, Bogusława Kudybę i Roberta Rypniewskiego. Także i te propozycje znalazły akceptację delegatów.

Po tej części wstępnej Przewodniczący Zjazdu zapytał delegatów, czy mają jakieś uwagi lub propozycje poprawek do przesłanych wcześniej w materiałach zjazdowych porządku obrad i regulaminu zjazdu (oczywiście z uwzględnieniem braku w tej edycji Zjazdu zaproszonych gości i bez ponownego wręczania Prymariusza Opolskiego). Wobec braku innych propozycji, poddał pod głosowanie oba te dokumenty, które delegaci przyjęli jednogłośnie.

Kontynuując obrady Przewodniczący przystąpił do dyskusji nad sprawozdaniami poszczególnych organów naszej Izby. Ponieważ wszyscy delegaci otrzymali z odpowiednim wyprzedzeniem materiały zjazdowe, zaproponował, aby ich autorzy – jeśli jest taka potrzeba – przedstawili komentarze do tych sprawozdań.

Jako pierwszy głos zabrał kol. Jakubiszyn, który poinformował zebranych, że wreszcie doszło do porozumienia pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a wszystkimi

izbami lekarskimi w sprawie refundacji kosztów za zadania powierzonej izbom z zakresu administracji państwowej. Przez ostatnie kilka lat MZ zwracało izbom jedynie niewielką część (ok. 1/3) poniesionych z tego tytułu kosztów, więc zaległości ministerstwa wobec izb urosły do kwoty 58 mln. zł. Nowe władze MZ zaproponowały wszystkim izbom (włącznie z Naczelną Izbą Lekarską) kwotę 10 mln zł z jednoczesnym odstąpieniem izb od dalszych roszczeń co do zaległych pieniędzy. Konwent Przewodniczących izb lekarskich zaaprobował wysokość zaproponowanej refundacji, zrezygnował dochodzenia kolejnych kwot od MZ oraz postanowił podzielić tę kwotę w ten sposób, że 15% z niej otrzymałaby Naczelna Izba Lekarska (podobnie, jak przy podziale składki członkowskiej), a 85% pozostałe izby. Ustalono jednocześnie, że ta ostatnia kwota zostanie podzielona z kolei pomiędzy poszczególne izby proporcjonalnie wg liczby ich członków. Tak więc Opolskiej Izbie Lekarskiej przypadnie w udziale kwota 163.960 zł.

Do pozostałych sprawozdań nie było dodatkowych uwag i komentarzy ich autorów. Także i delegaci nie zgłaszali do nich żadnych uwag.

Ponieważ gotowy był już protokół Komisji Mandatowej kol. Lach oddał głos kol. Rafałowi Olejnikowi, który przedstawił protokół Komisji Mandatowej. Stwierdziła ona, że na 132 delegatów wybranych na Okręgowy Zjazd Lekarzy, w Zjeździe bierze udział 80 spośród nich, co stanowi 60,6% ogółu uprawnionych do głosowania, tak więc Zjazd może podejmować wszelkie decyzje.

Następnie Przewodniczący oddał głos Przewodniczącemu Okręgowej Komisji Rewizyjnej kol. Aleksandrowi Januszkiewiczowi, który przedstawił protokół Komisji podsumowujący okres działalności Okręgowej Rady Lekarskiej pomiędzy ostatnimi zjazdami, kończący się wnioskiem o udzielenie Radzie absolutorium za ten czas. Wobec wniosku Komisji Rewizyjnej kol. Lach przedstawił projekt uchwały nr 1.

Uchwała Nr 1 XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 2 kwietnia 2016 r. w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu i udzielenia jej absolutorium

Na podstawie art. 24 pkt. 3 i 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015 r., poz. 651) oraz w związku z art. 52 i 53 ustawy z dnia 29 wrze-

śnia 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r., poz. 330, z późn. zm.) uchwała się co następuje:

§ 1

Na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej zatwierdza się roczne sprawozdanie finansowe Opolskiej Izby Lekarskiej za rok 2015, które zamyka się sumą bilansową po stronie aktywów i pasywów w kwocie 3.006.866,90 zł.

§ 2

Zysk netto w kwocie 563.828,20 zł przeznacza się na podwyższenie funduszu zasadniczego.

§ 3

Po zapoznaniu się z całokształtem działalności Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu oraz po dokonaniu oceny wykonania budżetu Izby, działając na wniosek Okręgowej Komisji Rewizyjnej, XXXV Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu udziela Okręgowej Radzie Lekarskiej absolutorium za okres między XXXIV a XXXV Zjazdem Lekarzy.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

*Sekretarz XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy
w Opolu XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
Paweł MIELCZAREK
Przewodniczący Jerzy B. LACH*

Delegaci nie wnieśli żadnych uwag do przedstawionego projektu, wobec czego Przewodniczący zarządził głosowanie i obecni przyjęli uchwałę jednogłośnie.

W kolejnej części obrad przystąpiono do omawiania preliminarza budżetowego naszej Izby na rok bieżący. Materiał opatrzył swoim komentarzem Skarbnik Izby kol. Zbigniew Kowalik, który stwierdził z zadowoleniem, że po raz pierwszy udało się uzyskać nadwyżkę w budżecie, co stanowi dobry prognostyk na przyszłość i pozwala zarazem na ewentualne podjęcie decyzji o rozpoczęciu remontu siedziby naszej izby. Komentując poszczególne pozycje preliminarza zwrócił uwagę na zwiększenie kwot przeznaczonych na funkcjonowanie Rzecznika Praw Lekarza. Z kolei założony dochód będzie można przeznaczyć na spłaty rat kredytu, który trzeba będzie zaciągnąć na przeprowadzenie remontu. Delegaci także i w tym przypadku nie mieli żadnych uwag, wobec czego kol. Lach przedstawił zebranym projekt kolejnej uchwały.

Uchwała Nr 2

XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 2 kwietnia 2016 r. w sprawie uchwalenia budżetu Opolskiej Izby Lekarskiej na 2016 rok

Na podstawie art. 24 pkt 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015 r., poz. 651) uchwała się co następuje:

§ 1

Po zapoznaniu się z preliminarzem budżetowym na rok 2016, przedstawionym przez Okręgową Radę Lekar-

ską, XXXV Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu uchwała budżet Opolskiej Izby Lekarskiej na rok 2016 zgodnie z przedstawionym preliminarzem.

§ 2

Preliminarz budżetowy, o którym mowa w § 1 niniejszej uchwały, stanowi jej załącznik.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2016 r.

*Sekretarz XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy
w Opolu XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
Paweł MIELCZAREK
Przewodniczący Jerzy B. LACH*

W głosowaniu delegaci przyjęli budżet naszej Izby na rok bieżący przy jednym głosie wstrzymującym.

Następnie głos zabrał Prezes Jakubiszyn, który przedstawił delegatom informację, że planowanych koszt remontu siedziby Izby przy ul. Grunwaldzkiej wyniesie ok. 3,5 – 4 mln. zł (z VAT-em). Pierwotnie był on znacznie wyższy, ale dzięki ogromnej determinacji kol. Stanisława Kowarzyka – Przewodniczącego Zespołu powołanego przez Radę Okręgową do przygotowania i nadzoru nad planowanym remontem – kwotę tę udało się w znaczący sposób obniżyć. Koszt remontu obniżony do podanego poziomu pozwoli na wzięcie kredytu w wysokości 2,5 mln. zł i Izba będzie w stanie przeznaczyć na jego spłaty kwotę ok. 15–20 tys. zł miesięcznie. W roku bieżącym chcemy prowadzić prace remontowe z naszych pieniędzy, a dopiero w przyszłym roku wziąć kredyt na dalsze prace.

Przewodniczący Zjazdu poprosił kol. Kowarzyka o przybliżenie zebranym szczegółów planowanego remontu. Kol. Kowarzyk stwierdził, że podjęcie decyzji o przeprowadzeniu remontu zostało wymuszone przez aktualnie obowiązujące przepisy budowlane. Przeprowadzony ostatnio 5-letni przegląd techniczny wykazał, że aktualny stan techniczny budynku przy ul. Grunwaldzkiej nie spełnia praktycznie większości obowiązujących norm budowlanych, elektrycznych, p-pożarowych i innych. To z kolei niesie groźbę nie uzyskania odszkodowań od firm ubezpieczeniowych za ewentualne straty z tytułu zalania, pożaru itp. Ponadto wysokie dotychczasowe koszty eksploatacyjne zmuszają nas do podjęcia działań termomodernizacyjnych budynku. Istnieją również coraz większe potrzeby zmodernizowania szeregu pomieszczeń wewnątrz budynku, tak by lepiej służyły działaniom izby (chodzi przede wszystkim o zwiększenie powierzchni sal szkoleniowych).

Temu ostatniemu celowi służyć ma wypowiedzenie Opolskiemu Oddziałowi Głównej Biblioteki Lekarskiej umowy o najem pomieszczeń, jaką podjął ostatnio Prezes Jakubiszyn. Z analizy danych biblioteki wynikało bowiem, że głównymi jej użytkownikami byli studenci kierunków medycznych uczelni opolskich, lekarze zaś

► stanowili jedynie ok. 2% korzystających z niej. Tak więc odzyskamy pomieszczenie po bibliotece, które zostanie przeznaczone na salę szkoleniową. Druga sala szkoleniowa powstanie po zabudowaniu (przeszkleniu) przeszerzeniu większego tarasu na I piętrze.

Pierwotnie zakładano, że remont obejmie całość budynku.. Przymierzano się bowiem również do pogłębienia fundamentów, pozwalającego na podwyższenie wysokości pomieszczeń w przyziemiu, ze stworzeniem części cateringowej i przebudowy tarasu od strony ogrodu oraz stworzenia pod nim dodatkowej sali konferencyjnej. Niestety realizacja tego pomysłu wiązałaby się ze znacznym zwiększeniem kosztów remontu i zaciągnięciem kilkudziesięcioletnich zobowiązań kredytowych. Ponadto istniała również groźba naruszenia samej konstrukcji budynku, co mogłoby narazić izbę na dodatkowe koszty. Z tego też powodu postanowiono jedynie odświeżyć te pomieszczenia i przygotować do ewentualnego podjęcia remontu w przyszłości. Na tym poziomie znajdzie jednak swoje pomieszczenie Okręgowy Sąd Lekarski. Jednocześnie, odpowiadając na pytanie z sali, co z częścią gastronomiczną, kol. Kowarzyk stwierdził, że aktualnie obowiązujące przepisy nie pozwalają na uruchomienie takiej działalności w pomieszczeniach przyziemia.

Tak więc reasumując, planowany remont obejmie termomodernizację (docieplenie budynku z wymianą okien i modernizacją ogrzewania), zmianę przeznaczenia szeregu pomieszczeń, dostosowanie całego budynku dla potrzeb osób niepełnosprawnych (budowa windy zewnętrznej), wymianę instalacji, odświeżenie pozostałych pomieszczeń oraz zaadaptowanie ogrodu na niewielki parking. Po przeprowadzeniu konkursu ofertowego wykonawcą remontu będzie nasz sąsiad firma POLBAU.

Po tych wszystkich wyjaśnieniach kol. Lach przedstawił projekt uchwały nr 3, dotyczący otwarcia możliwości wzięcia przez Izbę kredytu.

Uchwała Nr 3

XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 2 kwietnia 2016r. w sprawie zaciągnięcia kredytu na remont siedziby Opolskiej Izby Lekarskiej

Na podstawie art. 24 pkt 2 w związku z art.5 pkt 23 ustawy z dnia 2 grudnia 2009r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2015 r., poz. 651) uchwała się co następuje:

- § 1 Upoważnia się Okręgową Radę Lekarską w Opolu do zaciągnięcia kredytu do kwoty 2.500.000 zł (dwa i pół miliona), przeznaczonego na remont siedziby Opolskiej Izby Lekarskiej.
- § 2 Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
Paweł MIELCZAREK
Przewodniczący Jerzy B. LACH

Przy dwóch głosach wstrzymującym uchwałę przyjęto.

Następnie Przewodniczący oddał głos kol. Kowalikowi z Komisji Uchwał i Wniosków, by ten przedstawił projekty dokumentów zjazdowych. Kol. Kowalik przypomniał dla formalności delegatom uchwalone już wcześniej trzy uchwały dotyczące udzielenia absolutorium Radzie Okręgowej, zatwierdzeniu budżetu Izby na rok bieżący oraz udzielenia zgody na zaciągnięcie kredytu przeznaczonego na remont siedziby Izby. Następnie przedstawił projekt Stanowiska Zjazdu dotyczącego prób rozbicia istniejącego dotychczas Samorządu lekarzy i lekarzy dentystów, jakie są ostatnio podejmowane przez część środowiska lekarzy dentystów.

W tej kwestii głos zabrał kol. Wiesław Latała, który w imieniu opolskiego środowiska lekarzy dentystów – skupionych zarówno w Opolskim Oddziale PTS, jak również w Okręgowej Komisji Stomatologicznej – ostro skrytykował te działania. Podkreślił, że zdecydowana większość lekarzy dentystów jest przeciwna dzieleniu Samorządu i tworzenia odrębnej organizacji. Skomentował również zachowanie niektórych lekarzy dentystów działaczy okręgowych i Naczelnej Rady Lekarskiej. Stwierdził, że w naszej Izbie od samego początku współpraca pomiędzy lekarzami i lekarzami dentystami układała się i nadal układa wzorcowo. Lekarze dentyści nigdy nie czuli się w jakikolwiek sposób ograniczani w swojej autonomii w ramach Opolskiej Izby Lekarskiej, a ich decyzje i opinie zawsze były respektowane przez pozostałych kolegów lekarzy.

Z kolei kol. Aleksander Wojtyłko stwierdził, że w istocie rzeczy ten spór jest sprawą polityczną i – jego zdaniem – należy sprzeciwiać się próbom rozbicia Samorządu. Tylko bowiem wspólnymi siłami jesteśmy w stanie wywierać nacisk na decydentów i zadbać o należytą pozycję naszego zawodu w społeczeństwie.

Kol. Jerzy Lach przypomniał delegatom, że podobne próby podziału Samorządu czynione były już w przeszłości, jednak największe autorytety w środowisku lekarzy dentystów, m. in. nieżyjący już kol. kol. Andrzej Fortuna, czy Zbigniew Żak wielokrotnie występowali przeciwko takim działaniom.

Wobec braku innych głosów komentujących projekt Stanowiska, czy też propozycji zmian jego zapisów, Przewodniczący poddał go pod głosowanie. Delegaci, przy 2 głosach wstrzymujących się, przyjęli Stanowisko bez poprawek.

Stanowisko

XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu z dnia 2 kwietnia 2016 r.

XXXV Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu wyraża zdecydowany sprzeciw wobec prób rozdzielenia samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów.

XXXV Okręgowy Zjazd Lekarzy w Opolu stwierdza, że dążenie pewnej grupy lekarzy dentystów do rozdzielenia samorządu doprowadzi do obniżenia rangi samorządu zawodowego jako całości oraz jego obu grup zawodowych.

*Sekretarz XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy
w Opolu XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy w Opolu
Paweł MIELCZAREK
Przewodniczący Jerzy B. LACH*

Wobec braku innych projektów dokumentów zjazdowych przystąpiono do realizowania kolejnej części Zjazdu poświęconej wolnym wnioskom.

Jako pierwszy głos zabrał Przewodniczący Komisji ds Lekarzy Seniorów kol. Tadeusz Chowaniec, który poinformował zebranych o planowanej przez Komisję na 16 maja br. wycieczce po zabytkach Opolszczyzny. Ser-

decznie również zaprosił do udziału w tej – jak sądzi – ciekawej wyprawie.

Kol. Marek Dryja z kolei podziękował delegatom za przyjętą na poprzednim Zjeździe Okręgowym uchwałę w sprawie lokalizacji bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego na terenie Opolszczyzny. Dzięki niej oraz wysiłkowi wielu ludzi doprowadzono to tego, że od sierpnia br. w Polskiej Nowej Wsi na lotnisku Opolskiego Aeroklubu funkcjonować będzie baza LPR.

W związku z brakiem innych głosów Przewodniczący podziękował wszystkim zebranym za udział w Zjeździe Okręgowym i zamknął jego obrady.

PARTNEREM OKRĘGOWEGO
ZJAZDU LEKARZY
OPOLSZCZYZNY BYŁO PZU S.A.



POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ OIL W OPOLU

W dniu 21 marca br. w siedzibie OIL w Opolu odbyło się kolejne posiedzenie Komisji. Spotkanie prowadziła Przewodnicząca dr Smerkowska-Mokrzycka, która przedstawiła zebrany następujące informacje.

1. W związku z prośbą skierowaną do Komisji ds. Współpracy Międzynarodowej NRL o zajęcie stanowiska w sprawie przygotowanego przez Komisję Europejską projektu rozporządzenia PE i Rady w sprawie rtęci w zakresie przepisów regulujących stosowanie amalgamatu stomatologicznego, po zebraniu opinii członków poszczególnych okręgowych komisji stomatologicznych Naczelna Komisja przygotowała propozycje tez do stanowiska NIL w ww. sprawie.
2. KS NIL na posiedzeniu w dniu 20 lutego przyjęła stanowisko, w którym popiera ograniczenie stosowania amalgamatu stomatologicznego wyłącznie w formie kapsułkowanej oraz wyraża sprzeciw wobec obowiązku wyposażania wszystkich gabinetów stomatologicznych w separatory amalgamatu. Takie samo stanowisko zajęło Prezydium NRL na posiedzeniu 23 lutego br.
3. Na tym samym posiedzeniu KS NRL podniosła problem opieki stomatologicznej nad osobami niepełnosprawnymi realizowanej ze środków publicznych. Po raz kolejny zwróciła ona uwagę na niedoszacowanie świadczeń stomatologicznych wykonywanych w znieczuleniu ogólnym. W związku z powyższym Komisja wystosowała apel do NRL z prośbą o podjęcie działań w sprawie poprawy opieki stomatologicznej nad osobami niepełnosprawnymi w Polsce.
4. Śląski Oddział Wojewódzki NFZ obniżył limity punktów w kontraktach stomatologicznych bez zmian czasu pracy lekarza dentysty. W związku z zaistniałą sytuacją KS NRL przyjęła stanowisko w sprawie umów w rodzaju leczenia stomatologicznego zawieranych z tym Oddziałem NFZ, w którym sprzeciwia się stanowisku prezentowanemu przez Śląski Oddział NFZ w Katowicach. Komisja przypomina również w tym stanowisku, że o dostępności do leczenia stomatologicznego nie decyduje harmonogram pracy lekarza dentysty, a przede wszystkim limit punktów rozliczeniowych.
5. KS NRL przyjęła również uchwałę sprawie powołania Zespołu Regulaminowo-Organizacyjnego KS NRL. Do zadań tego Zespołu będzie należało monitorowanie i opracowywanie spraw regulaminowo-organizacyjnych KS NRL (np. spraw związanych z ordynacją wyborczą do izb lekarskich).

Przewodniczącym Zespołu został dr Rafał Kielkowski.

6. Przewodnicząca KS NRL dr n. med. Agnieszka Ruchała-Tyszler przekazała stanowisko KS NRL dotyczące problemów związanych z kształceniem lekarzy dentystów (odpowiedź na pismo Ministra Zdrowia z dn. 11 lutego 2016 r.).
7. W związku z kontrolami prowadzonymi przez pracowników urzędów skarbowych i żądaniem ujawnienia danych osobowych pacjentów, ORL w Opolu przypomina o obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, powołując się na uzasadnienie radcy prawnego Anny Krauze. W postępowaniu cywilnym i administracyjnym nie ma możliwości zwolnienia lekarza z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej. Zakaz ten nie dotyczy jedynie sytuacji, gdy lekarz zostaje zwolniony z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej przez sąd.
8. Przewodnicząca KS NRL wystosowała pismo do Prezesa NIL dr n. med. Macieja Hamankiewicza z prośbą o ustalenie terminu spotkania przedstawicieli KS NRL z Ministrem Zdrowia, dotyczącego kwestii kształcenia i wykonywania zawodu lekarza dentysty w Polsce. Mimo dwukrotnego zaproszenia MZ na posiedzenia KS NRL do takiego spotkania nie doszło.
9. We wrześniu 2015 r. OW NFZ w Opolu przeprowadził i sfinansował akcję profilaktyki stomatologicznej. Przebadano 9,5 tys. dzieci z pierwszych klas z 328 szkół Opolszczyzny. Wyniki z tych badań nie są niestety zbyt optymistyczne – 80% dzieci ma próchnicę. Akcja kosztowała 116 tys. zł i wzięło w niej udział 135 stomatologów z całego województwa.
10. Szkolenia:
 - Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Lekarzy Stomatologów w Krynicy w dniach 8–10 kwietnia 2016 r.;
 - zjazd szkoleniowy i targi FuturDENT 2016 w dniach 22–23 kwietnia 2016 r. w Warszawie;
 - szkolenie „Od mikro do makro utrudnień w leczeniu stomatologicznym”, 22–23 kwietnia 2016 r. w Krakowie;
 - „Dentopolis” – 15 Festiwal Stomatologii Praktycznej w Kielcach 13–15 maja 2016 r.;
 - Podlaskie Spotkania Stomatologiczne – Augustów 2016 w dniach 2–4 czerwca 2016 r.;



- II Mazowieckie Spotkania Stomatologiczne w Jachrance k. Warszawy 17–18 czerwca 2016 r.;
 - XXII Ogólnopolska Konferencja Stomatologiczna oraz Targi Stomatologiczne EXPODENT 2016 w Toruniu 21–22 październik 2016 r.;
 - szkolenie „Pacjent cukrzycowy w gabinecie stomatologicznym” w Opolu 14 kwietnia 2016 r.
11. 20 marca 2016 r. był Światowym Dniem Zdrowia Jamy Ustnej.
12. 12 marca, z powodu braku quorum nie odbył się zjazd budżetowy naszej Izby. Kolejny termin usta-

lono na 2 kwietnia. Przewodnicząca KS zwróciła się z prośbą do delegatów o niezawodne przybycie, gdyż bez zatwierdzonego budżetu na bieżący rok nie jest możliwa działalność Izby.

Kolejne posiedzenie Komisji odbędzie się 28 kwietnia.

Sekretarz KS

Lek. stom. Anna ADAMSKA

Przewodnicząca KS

Lek. stom. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 16 marca 2016 r. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej, które – jak zawsze – prowadził Prezes Jakubiszyn.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Do Rady wpłynęły dwa wnioski o przyznanie Prawa Wykonywania Zawodu Lekarza Dentysty po ukończeniu staży podyplomowego od Karoliny Lenart i Marty Porubin – Rada jednogłośnie przyznała PWZ.

Ponadto o wpisanie na listę członków Opolskiej Izby Lekarskiej zwrócili się:

- Paweł Tomaszewski – przeniesienie z DIL;
- Kamila Witkowska – przeniesienie z DIL;
- Michał Witkowski – przeniesienie z DIL;
- Tomasz Walasek – przeniesienie z DIL;
- Piotr Lachowski – przeniesienie z DIL;
- Dariusz Łuciuk – przeniesienie z DIL;
- Robert Owerkowicz – przeniesienie z DIL;
- Mariusz Wysocki – przeniesienie z DIL;
- Ireneusz Bańburski – przeniesienie z Wojskowej Izby Lekarskiej.

Także i w tym wypadku Rada jednogłośnie zaakceptowała wnioski.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Do Izby wpłynęła informacja od Polskiego Towarzystwa Dysfunkcji Narządu Żucia o planowanym w Mosznej w dniach 21–23 kwietnia br. zjeździe naukowym. Podmiot ten jest zarejestrowany w DIL. Rada potwierdziła jednogłośnie spełnienie przez niego wymogów stawianych podmiotom szkolącym.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Do Izby wpłynął jeden wniosek o wyrejestrowanie indywidualnej praktyki. Rada jednogłośnie dokonała tej zmiany.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy, dofinansowanie udziału w imprezach sportowych oraz dofinansowanie zdarzeń kulturalnych

Do Funduszu Samopomocy wpłynęły trzy wnioski o przyznanie zapomóg z tytułu złego stanu zdrowia. W dwóch przypadkach zapomogi przyznano.

Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych

Dyrekcja WCM Opole zwróciła się z prośbą o wyznaczenie przedstawiciela Izby do komisji konkursowych na oddziałowe czterech oddziałów – Rada desygnowała do nich kol. M. Dryję.

Do komisji konkursowych na oddziałowe w Szpitalu w Nysie desygnowano natomiast kol. A. Bąka.

Dyrekcja ZOZ Olesno z kolei poprosiła o wyznaczenie członków komisji do konkursów na stanowiska ordynatorskie 9 oddziałów. Do komisji konkursowych wyznaczono następujących kolegów:

- Oddział Chirurgii Ogólnej – Z. Kowalik (Przewodniczący) oraz M. Mielczarek i K. Kamiński (członkowie),
- Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – Z. Kowalik (Przewodniczący) oraz M. Mielczarek i M. Czermer (członkowie),
- Oddział Dziecięcy oraz Noworodkowy – A. Wojtyłko (Przewodniczący) oraz M. Mielczarek i J. Mijas (członkowie),
- Oddział Wewnętrzny oraz Stacja Dializ – S. Kowarzyk (Przewodniczący) oraz S. Panek i A. Bunio (członkowie),
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz SOR – M. Dryja (Przewodniczący) oraz M. Mielczarek i J. Bojko (członkowie),
- Oddział Położniczo-Ginekologiczny – J. Mazur (Przewodniczący) oraz M. Mielczarek i K. Wiśniewski (członkowie).

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Do Rady wpłynęły trzy wnioski o całkowite zwolnienie z opłacania składek członkowskich z tytułu zaprzestania działalności zarobkowej. Wszystkie wnioski zaaprobowano jednogłośnie.

Podsumowanie ustaleń XXXV Okręgowego Zjazdu Lekarzy

Ostatni Zjazd nie mógł obradować ze względu na brak quorum. Prezes stwierdził, że fakt ten jest blamą dla naszej Izby, ponieważ doszło do niego w obecności wszystkich zaproszonych na ten Zjazd gości. Nie najlepiej świadczy to o naszym autorytecie. A przecież stale zabiegamy u władz administracyjnych, samorządowych i w Funduszu Zdrowia o traktowanie nas jako rzetelnych i solidnych partnerów. Kol. Jakubiszyn zapelował, aby członkowie Rady w swoich rejonach wyborczych zmobilizowali delegatów do uczestnictwa w II odsłonie Zjazdu w dniu 2 kwietnia br. Jednocześnie padło stwierdzenie, że w czasie gdy próbujemy zaoszczędzić każdą kwotę na zabezpieczenie przyszłego remontu siedziby izby, na Zjazd wydano kwotę 6,5 tys. zł – jak się okazuje – niepotrzebnie.

Po tym wstępie rozpoczęła się burzliwa dyskusja nad tym, jak postąpić w stosunku do nieobecnych na Zjeździe delegatów. Zabierali w niej głos m. in. kol. kol. Jakubiszyn, Latała, Olejnik, Mazur, Mijas, Lach, Chruszczyk, Kowarzyk, Martyniszyn. Padały różne propozycje – od opublikowania listy nieobecnych w najbliższym Biuletynie, po poprzestanie tylko na listownym apelu o przybycie na Zjazd w kwietniu. Prezes stwierdził, że takie pisma przypominające o obowiązkach delegata na Zjazd i zapraszające na jego kolejne posiedzenie zostały przez niego już wysłane. Ustalono też, że pewne bardziej zdecydowane kroki zostaną podjęte wobec tych delegatów, którzy będą powtórnie nieobecni w dniu 2 kwietnia.

Propozycja kandydatury na Konsultanta Wojewódzkiego ds. Chirurgii Naczyniowej

Kol. Jakubiszyn przedstawił zebranym propozycję dopisania do porządku obrad dodatkowego punktu dotyczącego wniosku Wojewody Opolskiego o wskazanie kandydata na funkcję Konsultanta Wojewódzkiego ds. Chirurgii Naczyniowej. Zaproponowano dr n. med. Zbigniewa Kowalika, którego kandydaturę Rada poparła jednomyślnie.

Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL (3 marca) oraz Naczelnej Rady Lekarskiej (4 marca)

Prezes Jakubiszyn przedstawił krótkie sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów izb lekarskich, jakie odbyło się 3 marca br. Głównym tematem tego posiedzenia była sprawa przyjęcia i podziału zaproponowanej przez Ministerstwo Zdrowia kwoty 10 mln. zł na zaległości Ministerstwa wobec Izb za powierzone im zadania z zakresu administracji państwowej. Tymczasem kwota obejmująca całość roszczeń wszystkich izb to ok. 60 mln. zł. Większość prezesów zgodziła się mimo to na przyjęcie tej kwoty i jednocześnie – zgodnie z wnioskiem Ministerstwa – na odstąpienie od wszystkich dotychczasowych roszczeń z tym związanych. Tym bardziej, że – wg zapewnień Ministerstwa – kwota prze-

widziana na realizację tegorocznych zobowiązań będzie znacznie wyższa (prawie 6,5 mln. czyli o ok. 4 mln. więcej niż dotychczas). Większość prezesów zgodziła się na podział kwoty 10 mln. w proporcjach 15% na rzecz NIL i reszta dla pozostałych izb okręgowych. Jednocześnie zgodzono się, co do podziału tych 85% pomiędzy izby okręgowe wg stanu liczebnego ich członków. W dniu 22 marca odbędzie się spotkanie w Ministerstwie z udziałem wszystkich Prezesów, w trakcie którego to ostateczne porozumienie ma być podpisane.

Z kolei kol. Lach krótko przedstawił przebieg ostatniego posiedzenia Naczelnej Rady Lekarskiej, które zdominowane było sporem dotyczącym propozycji uchwał dotyczących zatrudniania lekarzy w indywidualnych praktykach prywatnych autorstwa Komisji Stomatologicznej NRL i Komisji Legislacyjnej NRL. Większość izb opowiedziała się za wersją KS, mniejszość – w tym i nasza izba – za wersją KL. Sprawa ta wzbudziła gorącą dyskusję, w wyniku której przegłosowano propozycję Płockiej Izby Lekarskiej o odesłaniu obu projektów uchwał do wspólnego procedowania przez obie te komisje Naczelnej Rady.

Także i wśród członków Rady Okręgowej sprawa ta wywołała burzliwą dyskusję, w której uczestniczyli m. in. kol. kol. Mazur, Latała, Chruszczyk, Olejnik, Martyniszyn, Smerkowska-Mokrzycka, Bąk.

Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami.

Kol. Latała poinformował o tradycyjnie już wspólnym posiedzeniu naukowym Komisji Stomatologicznej i Oddziału Opolskiego PTS poświęconym urazom narządu żucia u dzieci – sposobach ich zaopatrzenia i leczenia tychże, w którym uczestniczyła prof. Posterk-Stefańska z UM w Katowicach. Jednocześnie przedstawił najbliższe plany szkoleniowe.

Sprawy różne i wolne wnioski.

Prezes przedstawił propozycję jaka wpłynęła ze strony OIL w Warszawie, dotyczącą zamówienia wydrukowania wkładki do Biuletynu autorstwa dr Woronowicza „Pomagajmy sobie” (swego rodzaju instrukcja jak postępować w przypadku, gdy zauważymy problem z nadużywaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych u któregoś z lekarzy). Koszt wydruku takiej wkładki do każdego egzemplarza Biuletynu to ok. 800zł. Rada zaakceptowała takie rozwiązanie.

Kol. Jakubiszyn zapoznał członków Rady z korespondencją, jaka napłynęła w ostatnim czasie do Biura Izby.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzenie zakończono.

*Z-ca Sekretarza ORL
Lek. med. Jerzy B. LACH
Prezes ORL
Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

RAK ŻOŁĄDKA – CZY MOŻEMY POPRAWIĆ ROKOWANIE PACJENTÓW?

„Idealnej terapii nikt jeszcze nie wymyślił. Większość z nas uważa, że nie będzie ona wymagać toksycznej chemii, toteż popieramy badania podstawowe służące poznaniu podstaw biologii nowotworów. Na razie jednak [...] musimy jak najlepiej wykorzystać to, co mamy.”

BRUCE A. CHABNER

DIRECTOR OF CLINICAL RESEARCH,
MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL CANCER CENTER

Szanowni Koleżanki i Koledzy zachęcam do przeczytania kolejnego artykułu dotyczącego wczesnego wykrycia i leczenia raka żołądka. Autorem jest dr Marek Gelej, który pracuje w Opolskim Centrum Onkologii na Oddziale Onkologii Klinicznej i zajmuje się leczeniem nowotworów przewodu pokarmowego. Artykuł stanowi uproszczony przewodnik i wskazuje podstawowe zasady postępowania w przypadku diagnostyki i leczenia tego nowotworu. Kładzie nacisk na konieczność wielodyscyplinarnej decyzji na każdym etapie procesu terapeutycznego, a szczególnie przed jego rozpoczęciem.

W województwie opolskim w 2013 r. rozpoznano raka żołądka u 152 osób. Dominowały zachorowania powyżej 60 r.ż., ale u 6 osób chorobę rozpoznano do 49 r.ż., a u 25 – pomiędzy 50 a 59 r.ż. W Opolskim Centrum Onkologii konsultowanych było 90 osób. W ich przypadku było możliwe dokładne określenie zaawansowania choroby. Radykalne leczenie operacyjne było zastosowane u 37 pacjentów. W grupie pacjentów radykalnie operowanych u 10 nie stwierdzono przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych (zaawansowanie miejscowe), ale u 27 rozpoznano przerzuty w jednym lub większej ilości węzłów chłonnych (zaawansowanie regionalne), co znacznie pogarsza rokowanie. Niestety u 53 pacjentów rozpoznano chorobę miejscowo zaawansowaną bez możliwości radykalnego leczenia chirurgicznego lub w IV stopniu zaawansowania z obecnością przerzutów odległych (59%). W tej grupie paliatywną chemioterapię zastosowano jedynie u 9 pacjentów, ponieważ u pozostałych stan ogólny i choroby towarzyszące nie pozwalały na bezpieczne leczenie paliatywne.

Powyższe liczby wskazują na znaczne zaawansowanie raka żołądka w chwili diagnozy, co wiąże się ze złym rokowaniem. W leczeniu odgrywają rolę wszystkie główne metody postępowania onkologicznego: chirurgiczne, systemowe, radioterapia, leczenie celowane biologicznie. Niektóre z nich mogą być stosowane tylko w określonej linii. Coraz więcej danych wskazuje, że u znacznej części pacjentów leczenie należy rozpocząć od chemioterapii, a dopiero w kolejnym etapie przepro-

wadzić leczenie operacyjne. W przypadku paliatywnego leczenia celowanego w oparciu o transtuzumab (Herceptyna) leczenie to jest możliwe tylko w pierwszej linii. Jeżeli pacjent otrzyma chemioterapię poza wyspecjalizowanym ośrodkiem onkologicznym, który nie posiada dostępu do leczenia w ramach programów lekowych, to w kolejnym rzucie leczenia nie ma możliwości zastosowania tego leku.

Nasuwa się pytanie: czy jesteśmy w stanie zmienić rokowanie w tym nowotworze? Cyfry są nieubłagane i pokazują, że nadal jest to nowotwór źle rokujący, jednak w artykule przeczytacie Państwo o możliwej poprawie przeżyć nawet do 15% w wybranej podgrupie pacjentów w przypadku odpowiedniego leczenia skojarzonego. W przypadku pytań odnośnie postępowania u pacjentów z rozpoznaniem rakiem żołądka lub innymi nowotworami zachęcam Państwa do kontaktu telefonicznego albo drogą elektroniczną. Postaramy się odpowiedzieć na pytania i pomóc w leczeniu pacjentów.

Dr n. med. Marek Szwiec

Oddział Onkologii Klinicznej Opolskiego Centrum
Onkologii, Przewodniczący Opolskiego
Oddziału PTO w Opolu
tel. 77/441-60-90; e-mail: szwiec72@gmail.com

* * *

Rak żołądka pozostaje znaczącym problemem medycznym w Polsce i na świecie. W krajach europejskich co roku odnotowujemy ok. 140 tys. zachorowań i ok. 107 tys. zgonów. Stawia go to na szóstym miejscu pod względem zachorowalności i na 4 miejscu pod względem umieralności na nowotwory. W Polsce w 2011r. odnotowano 5.350 zachorowań – liczba zgonów niestety dorównała tej liczbie. Obserwujemy obecnie trend spadkowy zachorowalności na raka żołądka, przy jednoczesnym wzroście występowania raków połączenia przełykowo-żołądkowego i raków wpustu. Epidemiologia nowotworów żołądka różni się znacząco w zależności od położenia geograficznego, największą liczbę przypadków obserwuje się w na obszarze Wschodniej Azji, Południowej Ameryki i krajów Europy Wschodniej.

Rokowanie w tej chorobie jest złe, co wynika z biologii nowotworu, opóźnionego rozpoznawania i w konsekwencji podejmowania leczenia w momencie znacznego zaawansowania. **Podjęcie terapii na etapie wczesnego**



► **raka żołądka, definiowanego jako ograniczony do błony śluzowej i podśluzowej, wiąże się z 90% szansą wyleczenia.** Niestety, w Polsce na tym etapie udaje się zdiagnozować tylko ok. 5–8% przypadków. Większe zaawansowanie procesu nowotworowego, np. stwierdzenie nacieczenia tkanki tłuszczowej okołożołądkowej lub przerzutu do choćby jednego węzła chłonnego, obniża szansę wyleczenia metodami chirurgicznymi do ok. 35%. W większości przypadków, chorobę wykrywa się na zaawansowanym etapie – u około 50% chorych w chwili rozpoznania nie można przeprowadzić już radykalnej resekcji. Odsetek przeżyć 5-letnich we wszystkich stopniach zaawansowania wynosi średnio 10–25%.

Powstanie raka żołądka jest wynikiem łącznego działania czynników genetycznych i środowiskowych, przy czym czynniki zewnętrzne są dużo istotniejsze od wrodzonych. Tylko 8–10% raków występuje rodzinnie. W około 1–3% przypadków stwierdza się dziedziczną postać nowotworu – rodzinny rak żołądka o charakterze rozlanym, dziedziczony jest autosomalnie dominująco i związany z mutacją genu kodującego białko E-kadherynę. Częstsze występowanie raka żołądka można zaobserwować w innych zespołach genetycznych tj.: mutacji w obrębie genu TP53 (zespół Li–Fraumeni) i genu BRCA2, zespole Lyncha (HNPCC – *hereditary nonpolyposis colon cancer*), zespole polipowatości przewodu pokarmowego (polipowatość rodzinna, zespół Peutza–Jeghersa), jak również u osób z grupą krwi A.

Ważnym elementem, zwiększającym ryzyko zachorowania na raka żołądka jest dieta. Jego rozwojowi sprzyja wysokie spożycie soli i pokarmów konserwowanych solą, np. wędzonych ryb, peklowanych warzyw i mięsa. Ich spożywanie powoduje uszkodzenie błony śluzowej żołądka, ułatwiając działanie kancerogenów oraz infekcję *Helicobacter pylori* (HP). To właśnie w zmianie sposobu przechowywania żywności – czyli zastąpieniu solenia i wędzenia chłodzeniem i zamrażaniem upatruje się jednej z przyczyn spadku zachorowalności na raka żołądka. Ryzyko zachorowania znacząco zwiększa spożywanie przetworzonego mięsa. Odpowiedzialne są za to stosowane jako środki konserwujące azotany, które reagując z florą bakteryjną ulegają przekształceniu w rakotwórcze nitrozoaminy. Również przy termicznej obróbce mięsa dochodzi do powstawania kancerogennych węglowodorów aromatycznych. **Dowody płynące z badań epidemiologicznych spowodowały, że w 2015 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i Międzynarodowa Agencja Do Badań Nad Rakiem (IARC), potwierdziły że spożywanie powyżej 30g przetworzonych produktów mięsnych dziennie zwiększa ryzyko rozwoju nowotworu żołądka.** Przetworzone pokarmy, tj. parówki, wędliny, bekon, peklowana wołowina, smażone, peklowane lub fermentowane potrawy zostały zaklasyfikowane do grupy I kancerogenów (obok azbestu, papierosów i alkoholu). Około 20% raków żołądka zwią-

zana jest z paleniem tytoniu i alkoholem. Znanym czynnikiem ryzyka jest również nadwaga (BMI>25) – wzrasta ono proporcjonalnie do stopnia otyłości. Kolejnym, dobrze udowodnionym kancerogenem, zaliczanym go I grupy wg WHO jest infekcja *Helicobacter pylori*. Zakażenie może prowadzić do zanikowego zapalenia błony śluzowej, a następnie metaplastji jelitowej i w konsekwencji do rozwoju raka żołądka o typie jelitowym. Infekcja HP zwiększa aż 6-krotnie ryzyko rozwoju tego nowotworu. W Polsce zakażenie HP dotyczy ok. 80% dorosłych i 30% dzieci. Rozwój raka żołądka zależy od typu bakterii, genotypu gospodarza i czynników środowiskowych. W Europie nie zaleca się powszechnego testowania populacji i leczenia osób z infekcją. Nie ma dowodów, by wykrywanie i leczenie osób zakażonych zmniejszyło zachorowanie na raka żołądka, aczkolwiek trwają badania, które w przyszłości wyjaśnią to zagadnienie. Wskazania do leczenia infekcji HP obejmują pacjentów z zanikowym zapaleniem, metaplastją jelitową bądź dysplastją błony śluzowej żołądka, krewnych I° chorych na raka i osoby po usunięciu wrzodu żołądka. Stan po resekcji żołądka z przyczyn nienowotworowych zwiększa 2–6 razy ryzyko zachorowania, szczególnie wiele lat (powyżej 15) po operacji. Co ciekawe, ryzyko to zależy od przeprowadzonego zabiegu i jest wyższe w przypadku wykonania gastrotejunostomii (Billroth II) niż gastroduodenostomii (Billroth I). U około 25% chorych na raka żołądka występuje choroba wrzodowa. Owrzodzenie żołądka nie jest jednak stanem przedrakowym, a zwiększone ryzyko związane jest z infekcją HP. Wygojony wrzód żołądka nie wymaga nadzwyczajnego nadzoru. Obok infekcji HP, około 5–10% raków może być związana z zakażeniem wirusem Epsteina-Barr (EBV). Ten typ raka żołądka ma swoją odrębną biologię, cechuje się dobrym rokowaniem i rzadziej daje przerzuty do węzłów chłonnych. Do innych czynników ryzyka zaliczamy chorobę Menetriera (ryzyko 10%), przełyk Barretta i refluks żółciowy.

Badania porównawcze pokazują, że dieta bogata w warzywa i owoce ma działanie protekcyjne, może obniżyć od 30 do 40% ryzyko rozwoju raka żołądka. Największe znaczenie wydają się mieć owoce cytrusowe i witamina C, które mogą zmniejszać tworzenie się kancerogennych nitrozoamin w żołądku. Istnieją dane wskazujące, iż ryzyko zachorowania może ograniczyć również dieta bogatoreszkowa.

Skrining raka żołądka jest rutynowy w krajach o dużej częstości zachorowania, takich jak Japonia czy Korea. Badanie przesiewowe w kierunku tego nowotworu w Japonii zalecane są u osób powyżej 40 r.ż. Stosuje się: badanie dwukontrastowe z solami baru, z fluorografią lub nowe badanie dwukontrastowe z solami baru z radiografią cyfrową oraz endoskopię górnego odcinka przewodu pokarmowego (w celu wykrycia nieprawidłowości). **Badania przesiewowe według modelu japońskiego nie ma-**

ją zastosowania w warunkach polskich ze względu na niekorzystny stosunek korzyści i kosztów. Na obszarach o niższej zachorowalności, takich jak Polska, należy objąć kontrolą endoskopową chorych z grupy tzw. wysokiego ryzyka. Dotyczy to osób z obecnością zmian przednowotworowych (metaplasja jelitowa, zanikowe zapalenie żołądka, dysplazja) i z dziedzicznymi zespołami (zespół Lyncha, Peutza-Jeghersa, FAP, *Juvenile polyposis syndrome*). Trwają badania nad wykorzystaniem w skriningu metod serologicznych. Użytecznym markerem, do zidentyfikowania grupy ryzyka może być niskie stężenie pepsynogenu, towarzyszące zapaleniu zanikowemu błony śluzowej żołądka. Z drugiej jednak strony nie wykazuje on wystarczającej czułości dla odróżnienia zwykłego zapalenia od zanikowego. Badana jest możliwość wykrycia tego nowotworu na podstawie pomiarów z krwi obwodowej specyficznych dla raka żołądka microRNA.

Objawy kliniczne raka żołądka są niecharakterystyczne i mogą przypominać objawy innych pospolitych schorzeń żołądka takich, jak nieżyt czy choroba wrzodowa. Objawy te bywają bagatelizowane przez chorych i lekarzy, co wpływa na ciągle zbyt późne rozpoznawanie raka żołądka w Polsce. Zdiagnozowanie tej choroby może stanowić duży problem dla lekarza rodzinnego. Według danych brytyjskich praktykujący na pełnym etacie lekarz rodzinny jest w stanie rozpoznać jeden przypadek raz na 3 do 5 lat. Co prawda rzadko zdarzają się przypadki chorych bezobjawowych, ale symptomatologia jest bardzo różnorodna. Najczęstszymi objawami raka żołądka, które towarzyszą jego diagnozie, są spadek masy ciała i utrzymujący się ból brzucha. Ból zwykle zlokalizowany jest w nadbrzuszu, początkowo bywa łagodny, silniejsze bóle brzucha związane są z większym zaawansowaniem choroby. Najbardziej niepokojącym pojedynczym objawem, który powinien skłaniać do szybkiej diagnostyki jest dysfagia. Najczęstszym objawem stwierdzanym w badaniu fizykalnym lekarskim jest obecność wyczuwalnego guza w jamie brzusznej, co niestety związane jest z zaawansowaną chorobą. Do innych późnych objawów choroby należą: badalne przerzutowe węzły chłonne w nadobojczu (węzeł Virchowa), wodobrzusze związane z rozsiewem do otrzewnej, żółtaczką czy niewydolność wątroby.

Poza wspomnianym już wcześniej wyczuwalnym guzem w nadbrzuszu i dysfagią brak jest innych pojedynczych objawów, mogących wskazywać na występowanie tej choroby. Krwiste wymioty lub smoliste stolce występują w mniej niż w 20% przypadków. Dodatnia wartość predykcyjna krwistych wymiotów wynosi nieco ponad 2%, niedokrwistości 1%, zaś bólu brzucha mniej niż 0,5%. Pewne konfiguracje symptomów mogą jednak znacząco zwiększać ryzyko wystąpienia raka żołądka i tak np. krwiste wymioty, utrata masy ciała i ból brzucha zwiększa to ryzyko do 20%.

W Polsce od niedawna mamy możliwość szybkiej nie-limitowanej diagnostyki onkologicznej. Jednakże lekarz rodzinny wystawiający tzw. zieloną kartę musi wykazać się odpowiednią skutecznością. Minimalny wskaźnik wykrycia nowotworów wyznaczony przez ustawodawcę wynosi 1/15 wystawionych kart, a np. gastroscopia u osób po 40 r.ż. zgłaszających nieustępujące objawy dyspeptyczne ujawnia nowotwór złośliwy u co 50 chorego. Upraszczając, lekarz rodzinny musi wykazać się ok. 6% skutecznością. Jest to bardzo wysoko postawiony próg, porównując go np. z wytycznymi Brytyjskiego Instytutu Zdrowia (NICE), które ustaliły kosztowo-efektywny próg dla konkretnych objawów skłaniających do szybkiej diagnostyki na wysokości 3%. Jednocześnie wraz z wprowadzeniem zielonej karty nie zostały ustalone konkretne wytyczne do jej wystawienia. Może to powodować, że będą one wystawiane dopiero przy obecności jednoznacznych i, co się z tym wiąże, późnych objawów zaawansowanej choroby. Niestety, w przypadku zaawansowanej choroby szybka diagnostyka i rozpoczęcie terapii dają małą szansę na poprawę wyników leczenia. Na szczęście według ostatnich doniesień prasowych NFZ planuje wycofać się z wymagań stawianych lekarzom POZ.

Cały wysiłek diagnostyczny powinien być skierowany przede wszystkim na wykrycie stanów przedrakowych bądź nowotworu na wczesnym etapie. Dlatego też niezwykle istotna jest wiedza jakie objawy powinny nas skłonić do szybkiej diagnostyki endoskopowej górnego odcinka przewodu pokarmowego (GOPP). W 2015 r. uaktualnione zostały wytyczne NICE dla lekarzy rodzinnych dotyczące wczesnego wykrywania raka. Według tych zaleceń **wskazaniem do szybkiej diagnostyki w kierunku nowotworu żołądka jest zawsze: wyczuwalny guz w nadbrzuszu oraz dsfagia (predykcyjna wartość objawów wynosi 5,5%). Szybkiej diagnostyce endoskopowej powinny być także poddane osoby po 55 r.ż. z utratą masy ciała i jednym dodatkowym objawem (ból brzucha, refluks, dyspepsja).** Wskazania do planowej diagnostyki endoskopowej przedstawione są w tabeli nr 1. Kolejnym istotnym elementem, mogącym poprawić wczesne wykrycie raka żołądka, jest odpowiednie leczenie i nadzór nad osobami, u których wykonano z różnych przyczyn badanie gastroscopowe z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego (h-p) i postawiono rozpoznanie metaplasji jelitowej, zanikowego zapalenia błony śluzowej żołądka lub też dysplazji. **W 2012 r. ustalone zostały wspólne europejskie wytyczne gastroenterologów i patologów dotyczące postępowania ze zmianami przednowotworowymi.** Niezwykle istotne jest określenie zasięgu zmian poprzez odpowiednie pobranie wycinków do badania h-p i ocena przez doświadczonego patologa w celu dokładnego sprecyzowania rozpoznania. Umożliwia to przyjęcie właściwej strategii postępowania i ustalenie odpowiedniego schematu badań kontrolnych.

Tabela nr 1.

**Wskazania do wykonania badania
endoskopowego górnego odcinka przewodu
pokarmowego:**

1. Zaplanuj gastroscopię u pacjenta, u którego wystąpiły krwiste wymioty, niezależnie od jego wieku.
 2. Zaplanuj gastroscopię u pacjenta powyżej 55 r.ż. w przypadku wystąpienia jednego z wymienionych poniżej objawów:
 - a) oporna na leczenie dyspepsja,
 - b) ból nadbrzusza i niedokrwistość,
 - c) podwyższony poziom płytek i dodatkowo jeden z objawów:
 - nudności,
 - wymioty,
 - utrata masy ciała,
 - reflaks,
 - dyspepsja,
 - ból nadbrzusza,
- nudności lub wymioty i dodatkowo jeden z poniższych objawów:
 - utrata masy ciała
 - reflaks
 - dyspepsja
 - ból nadbrzusza

Metodą z wyboru w rozpoznawaniu raka żołądka jest badanie endoskopowe. Pozwala na wykrycie wczesnego raka, różnicowanie ze zmianami przedrakowymi i innymi nienowotworowymi schorzeniami żołądka. Daje możliwość pobrania wycinków do badania histopatologicznego oraz wymazu cytologicznego. Z uwagi na trudności w rozróżnieniu raka od owrzodzenia, przy weryfikowaniu występującego wrzodu, zaleca się pobranie 6–8 wycinków z krawędzi i dna owrzodzenia. Taka liczba próbek zapewnia 98% czułość wykrycia zmian nowotworowych. Po rozpoznaniu raka, wymagane jest przeprowadzenie odpowiedniej diagnostyki pozwalającej na ocenę zaawansowania choroby. Podstawowymi badaniami wykorzystywanymi do tego jest gastroscopia, badanie tomografii komputerowej (TK), endoskopowa ultrasonografia (EUS), a czasami również laparoscopia zwiadowcza. Badania te mają za zadanie odpowiedzieć na pytanie czy mamy do czynienia z rakiem wczesnym i czy możliwe jest podjęcie leczenia operacyjnego.

Podstawą leczenia raka żołądka jest chirurgia, a powodzenia i rokowanie chorego może zależeć od doświadczenia ośrodka przeprowadzającego to leczenie. Ustalono, iż ośrodek zajmujący się terapią tego nowotworu, powinien przeprowadzać powyżej 20 zabiegów rocznie. Operacje przeprowadzane w ośrodkach referencyjnych wiążą się z mniejszym ryzykiem powikłań, w tym wczesnych zgonów pooperacyjnych. Niektóre dane litera-

turowe wskazują także na poprawę przeżycia tych pacjentów. Przykładem są tutaj ośrodki japońskie, wykonujące kilkaset zabiegów rocznie, w których wyniki leczenia są o 20–30% lepsze, niż w ośrodkach europejskich. Aby leczenie raka żołądka było optymalne, potrzebny jest doświadczony multidyscyplinarny zespół, który na wstępie zaplanuje pełną strategię postępowania.

W leczeniu radykalnym raka żołądka w ostatnich latach doszło do znaczących zmian. **Poza wczesnym rakiem żołądka sama operacja nie jest wystarczającym postępowaniem, nie ma jednak ustalonego złotego standardu leczenia.** Możliwe jest zastosowanie chemioterapii okołoperacyjnej, chemio- lub chemioradioterapii pooperacyjnej. W Japonii powszechnie stosowane jest uzupełniające leczenie systemowe. W Ameryce nadal dominuje radiochemioterapia, natomiast w Europie od niedawna przyjętym nowym standardem jest chemioterapia okołoperacyjna. Stosowanie radiochemioterapii pooperacyjnej, wprowadzone w latach 80. miało na celu przede wszystkim zmniejszenie ryzyka wznowy miejscowej i ewentualne poprawienie „niedoskonałości” chirurgii. Obecnie technika operacyjna uległa znaczącej poprawie, do standardu weszło usuwanie węzłów chłonnych w szerokim zakresie (limfadenektomia D2), co w przypadku prawidłowo wykonanego leczenia chirurgicznego, stawia pod znakiem zapytania konieczność stosowania uzupełniającej radiochemioterapii. Aktualnie trwają badania, mające wykazać miejsce radioterapii w leczeniu tego nowotworu. Chemioterapia zastosowana po operacji wykazała skuteczność u pacjentów rasy azjatyckiej, wyniki u pacjentów rasy kaukaskiej nie są przekonujące. Metaanalizy randomizowanych badań pokazują, że jej zastosowanie wiąże się z 7% poprawą przeżycia chorych. **Niemniej jednak zarówno chemioradioterapia pooperacyjna, jak i sama chemioterapia podana po operacji wiążą się ze znaczną toksycznością – wielu pacjentów nie jest w stanie ukończyć leczenia, a około 50% nie kwalifikuje się do leczenia uzupełniającego z uwagi na stan ogólny, progresję choroby czy powikłania pooperacyjne.** Podczas poszukiwania nowej strategii zwrócono uwagę, że zastosowanie chemioterapii przedoperacyjnej jest o wiele łatwiejsze do przeprowadzenia i lepiej tolerowane przez pacjenta. Dodatkowo wyniki płynące z randomizowanych badań klinicznych wskazały na poprawę przeżycia chorych na raka żołądka prawie o 15%. Często takie postępowanie umożliwia wdrożenie chirurgii w chorobie pierwotnie nieresekcyjnej. Leczenie systemowe przed zabiegiem nie zwiększa ryzyka powikłań pooperacyjnych czy zgonów toksycznych. **Chemioterapia okołoperacyjna jest obecnie preferowaną opcją według zaleceń Europejskiego Towarzystwa Onkologów Klinicznych (ESMO). Stosuje się 2 lub 3 cykle leczenia przed zabiegiem i 3 lub 4 cykle po zabiegu.** Wykorzystuje się schematy 2 lub 3 lekowe zawierające cisplatynę, 5 fluorouracyl z ewentualnym do-

datkiem antracyklin. Szczególnie obiecujące wydaje się być zastosowanie chemioterapii trójkowej z dodatkiem docetakselu. Wstępne wyniki badania klinicznego z tym schematem terapii w leczeniu okołozabiegowym przedstawiono w 2015 r. Okazało się, że po zastosowaniu tej chemioterapii, u 15% chorych po operacji nie stwierdzono w ogóle żywych komórek nowotworowych – osiągnięto całkowitą remisję histopatologiczną. Przedstawienie odległych wyników tego badania spodziewane jest na przełomie 2016/17 r. Radiochemioterapia ma nadal zastosowanie w przypadku, kiedy chory nie otrzymał leczenia przed zabiegiem, a operacja nie została przeprowadzana optymalnie, co wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wznowy miejscowej. W przypadku wykonania należytego zabiegu i nie przeprowadzenia leczenia okołoooperacyjnego, stosowana jest chemioterapia uzupełniająca, aczkolwiek wyniki takiego postępowania cechują się najmniejszym wpływem na poprawę rokowania

W przypadku choroby w stadium nieoperacyjnym, ze stwierdzonymi przerzutami, stosujemy paliatywną chemioterapię. Do niedawna takie postępowanie pozwalało wydłużyć przeżycie chorych do 7–9 miesięcy. Wprowadzenie nowych leków i zastosowanie chemioterapii drugiej linii pozwoliło wydłużyć ten czas do około 11 miesięcy. Natomiast zastosowanie leków celowanych daje szansę na przeżycie nawet powyżej roku. Jak dotąd nie udało się ustalić optymalnego schematu leczenia. Stosowana w raku żołądka chemioterapia najczęściej oparta jest na dwóch lekach: cisplatynie i pochodnych 5 fluorouracylu. Podanie cisplatyny wymaga intensywnego nawadniania dożylnego pacjenta z uwagi na jej neurotoksyczność. Dużą ostrożność należy zachować również u pacjentów z obciążeniami kardiologicznymi. Podawanie tego leku wiąże się z ponad 90% ryzykiem wystąpienia nudności lub wymiotów. Na szczęście obecnie postępowanie profilaktyczne pozwala na dobrą kontrolę tych objawów nawet w 70–80%. Do profilaktycznie stosowanych leków p/wymiotnych należą kortykosteroidy (Dexaven stosowany w dniach 1–4 po chemioterapii) i antagoniści 5HT3 (ondansetron). Od niedawna dysponujemy nową grupą leków p/wymiotnych, a mianowicie antagonistami receptora NK1. Ich przedstawiciel Aprepitant jest to lek doustny stosowany przez pierwsze 3 dni po chemioterapii. Cisplatyna może zostać zastąpiona przez Oxaliplatynę, która nie wymaga stosowania dodatkowego nawodnienia, ma mniejsze działanie emetogenne i jest lepiej tolerowana – zwłaszcza u osób starszych. Kolejny stosowany cytostatyk, fluorouracyl wymaga podawania we wlewach trwających zazwyczaj 120 godzin, co wiąże się z koniecznością założenia portu naczyniowego bądź wkłucia centralnego i długą hospitalizacją pacjenta. Lek ten może być z powodzeniem zastąpiony swoją doustną pochodną kapecytabinę. U pacjentów bez problemów z połykaniem jest to postępowanie preferowane. Leczenie kapecytabiną może być prowadzone u pa-

cjentów po gastrektomii, ponieważ lek ten wchłania się w jelicie cienkim i usunięcie żołądka nie ma wpływu na jego biodostępność. Najczęstszymi jego działaniami niepożądanymi są biegunki i zmiany skórne o charakterze zespołu dłoniowo-podeszwowego, objawiającego się suchością, pękaniem, zaczerwienieniem lub obrzękiem dłoni i stóp. Jeżeli towarzyszący zmianom ból powoduje upośledzenie wykonywania codziennych czynności, należy czasowo przerwać leczenie. Kolejną opcją jest stosowanie leczenia trójkowego z dodatkiem antracyklin lub docetakselu. Postępowanie to wiąże się z większym odsetkiem odpowiedzi, ale również ze znacznie większą toksycznością. Szczególnie dotyczy to docetakselu, którego dodanie może wiązać się z dużym ryzykiem mielo toksyczności i gorączki neutropenicznej. Takie schematy mają zastosowanie przede wszystkim w przypadku choroby nieoperacyjnej, ale miejscowo zaawansowanej, kiedy uzyskanie odpowiedzi może pozwolić na wykonanie radykalnej operacji chirurgicznej.

W 2010 r. zarejestrowany został pierwszy lek celowany w leczeniu zaawansowanego raka żołądka – trastuzumab. Jest to przeciwciało monoklonalne, którego celem jest receptor HER2. Wykazuje on skuteczność u osób z nadekspresją tego receptora. **Obecnie standardem powinno być wykonanie badania immunohistochemicznego, oceniającego status receptora HER2, przed rozpoczęciem chemioterapii.** W populacji polskiej jego nadekspresję wykazuje ok. 10% chorych. W ich przypadku dołączenie transtuzumabu do klasycznej chemioterapii wiązało się z wydłużeniem przeżycia do ponad 17 miesięcy. Lek ten jest dostępny w Polsce i refundowany przez NFZ w ramach programu terapeutycznego. Trastuzumab jest lekiem dobrze tolerowanym, ale może powodować upośledzenie frakcji wyrzutowej lewej komory serca i wymaga ścisłego monitorowania wydolności mięśnia sercowego.

Innym lekiem biologicznym o działaniu antyangiogennym jest przeciwciało monoklonalne ramucirumab. Zastawiany z paclitaksemem w II linii leczenia powoduje podwojenie odsetka odpowiedzi i wydłużenie przeżycia pacjentów do prawie 10 miesięcy. Niestety lek ten obecnie nie jest refundowany przez NFZ. W przypadku niepowodzenia chemioterapii I linii możliwe jest zastosowanie innych cytostatyków, jak irinotecan, docetaksel czy paclitaksel. Wiąże się to z wydłużeniem przeżycia chorych o około 2 miesiące.

Aby poprawić wyniki leczenia tego nowotworu potrzebny jest wysilek całego środowiska medycznego. Zadaniem lekarzy rodzinnych jest podstawowy skrining w kierunku alarmowych objawów i wyselekcjonowanie pacjentów wymagających szybkiej bądź planowej diagnostyki endoskopowej. Specjalista-diagnosta musi zachować ciągłą czujność endoskopową pozwalającą wychwycić wszystkie nieprawidłowości. Jego zadaniem jest także objęcie odpowiednim nadzorem pa-

► cjentów z czynnikami ryzyka i osób u których zostały wykryte stany przedrakowe. Ważnym elementem jest należyta diagnostyka histopatologiczna, która wymaga szczególnej współpracy między gastroenterologiem i patomorfologiem, zwłaszcza w ocenie zmian wczesnych. Po rozpoznaniu raka żołądka pacjent powinien zaś trafić do ośrodka, który ma doświadczenie w leczeniu takich chorych i gdzie postępowanie zostanie ustalone przez zespół wielodyscyplinarny. Tylko takie podejście daje szansę na najlepsze wyniki w tym cały czas źle rokującym nowotworze.

Lek. med. Marek GELEJ

Oddział Onkologii Klinicznej Opolskiego
Centrum Onkologii

V-ce Przewodniczący Opolskiego Oddziału PTO w Opolu
tel. 77/441-60-90; e-mail: mgelej@gmail.com

PIŚMIENICTWO:

Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Tom I. Red. Krzakowski M., Gdańsk 2013. Wyd. Viamedica

Waddell, T., Verheij, M., Allum, W. i wsp. Gastric cancer: ESMO-ESSO-ESTRO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2013; 24 Suppl 6: 57-63

Lutz, M., Zalcberg J., Ducreux, M. i wsp. Highlights of the EORTC St. Gallen International Expert Consensus on the primary therapy of gastric, gastroesophageal and oesophageal cancer – differential treatment strategies for subtypes of early gastroesophageal cancer. *European journal of cancer*. 2012; 48: 2941–2953

Dinis-Ribeiro, M., Areia, M., de Vries, A. C. i wsp. Management of precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS): guideline from the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter Study Group (EHSg), European Society of Pathology (ESP), and the Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED). *Endoscopy*. 2012; 44(01): 74-94

Polkowski W., Łacko A., Guzel Z. i wsp. Diagnostyka i leczenie raka żołądka. W: Piotr Rutkowski, Piotr J. Wysocki. Postępowanie wielospecjalistyczne w wybranych nowotworach w świetle polskich zaleceń diagnostyczno-terapeutycznych. *Via Medica*. 2015: 15-22

NICE guidelines. Referral guidelines for suspected cancer. (NG12) Published date: June 2015 (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>)

Jaworski, R., Bollschweiler, E., Holscher, A. i wsp. Prognostic relevance of demographics and surgical practice for patients with gastric cancer in two centers: in Poland versus Germany. *Gastric Cancer*. 2011; 14(3), 234–241

POZNALIŚMY OFICJALNY PROGRAM NAUKOWY KONGRESU FDI W POZNANIU

6 równoległych sesji tematycznych, prezentacje ustne i plakatowe, spotkania z ekspertami, sympozja firm oraz warsztaty i kursy praktyczne, czyli tzw. *hands-on* – te wszystkie wydarzenia składają się na oficjalny program naukowy Dorocznego Światowego Kongresu Stomatologicznego FDI, który 7 września 2016 r. rozpocznie się w Poznaniu. W najważniejszym wydarzeniu w historii polskiej stomatologii weźmie udział kilkudziesięciu wybitnych ekspertów z całego świata, w tym liczne grono przedstawicieli krajowej myśli naukowej.

Uczestnicy Kongresu FDI w Poznaniu będą mogli korzystać z bogatej oferty naukowej przygotowanej wspólnie przez polski Komitet Naukowy i Światową Federację Dentystyczną FDI. – *Trudno wymienić wszystkich wykładców oraz prezentacje warte uwagi, dlatego polecam uważną analizę programu, wraz z sylwetkami zaproszonych ekspertów oraz abstraktami wykładów i kursów, które zamieściliśmy na oficjalnej stronie internetowej Kongresu – www.fdi2016poznan.org. Program jest wybitnie międzynarodowy, pozwala na spojrzenie na stomatologię z perspektywy wybitnych specjalistów ze wszystkich kontynentów świata. Jestem przekonana, że spełni oczekiwania najbardziej wymagających* – zapewnia prof.



Marzena Dominiak, Przewodnicząca Komitetu Naukowego Kongresu.

W programie miejsce znalazły m.in. takie tematy jak: kontrola infekcji, reakcja tkanek na uraz, antybiotykoterapia w leczeniu chorób przyzębia, optymalizacja adhezji i doboru materiałów w CAD/CAM. Dla przykładu: prof. Aldo Brungnera z Brazylii zaprezentuje badania dotyczące fototerapii laserowej w stomatologii, prof. Jean-Christophe Fricain z Francji opowie, w jaki sposób nie przeoczyć złośliwego nowotworu błony śluzowej jamy ustnej, Brytyjczyk prof. Stephen Williams omówi stosowanie biomechaniki i kontroli tarcia w połączeniu z wykorzystaniem zamków typu twin, dr Julian Conejo z Kolumbii przedstawi protokół postępowania u pacjentów ze starciem zębów. W programie wkrótce pojawią się również wykłady dla higienistek i asystentek stomatologicznych oraz sesja dla techników dentystycznych.

Wykłady będą odbywały się w równoległe w 6 salach. Uczestnicy mogą rejestrować **(do 31 maja można**

zrobić to taniej!) się na określony dzień/dni lub na cały Kongres (4 dni) i mają swobodny wybór spośród kilkudziesięciu wykładów, również w ramach tzw. Dnia Niemieckiego oraz Dnia Ukraińskiego. Wszystkie wykłady będą tłumaczone symultanicznie na język polski, a uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne. Dodatkowe opłaty obowiązują uczestników spotkań z cyklu *Meet-the-Expert* (udział wezmą m.in.: prof. Maurizio Tonetti, prof. Lorenzo Breschi, prof. Korkud Demirel) czyli 20-minutowych prezentacji zaproszonego specjalisty zakończonych dyskusją oraz warsztatów i kursów praktycznych (m.in. dr James Cannon, dr Maciej Żarow, dr Andrzej Bożyk, prof. Tomasz Gedrange). Część miejsc została już sprzedana.

Zupełnie za darmo można przysłuchiwać się sesjom ustnym i plakatowym. – *8 kwietnia jest ostatnim dniem, do którego przyjmujemy streszczenia prezentacji na tzw. free communications. O tym, które prace będą zaprezentowane w Poznaniu zadecyduje Komitet Naukowy do 9 maja. Szczegółowy plan wystąpień poznamy do 19 czerwca* – przypomina **prof. Bartłomiej W. Loster, Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego, Prezydent Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.**

Warto pamiętać, że w ramach Kongresu FDI odbywa się Światowa Wystawa Stomatologiczna (World Dental Exhibition), w której udział weźmie ponad 200 firm z całego świata. Wstęp jest bezpłatny.



PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA I PÓŁROCZE 2016 r.



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
6.V.2016 r. Piątek, godz.12.00# Dodatkowe informacje – tel. 661 082 360	Konsultant wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego – prof. nadzw. Teresa Kokot	Senior – pacjentem podstawowej opieki zdrowotnej	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
2–5.VI.2016 r. Dodatkowe informacje – tel. 661 082 360	Konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej – dr n. med. Jadwiga Pyszkowska	Medycyna paliatywna (dla lekarzy w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych, specjalizujących się wg modułowego programu specjalizacji, zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji <u>po 1.10.2014 r.</u>)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
14.X.2016 r. piątek, godz.10.00#	mgr Jerzy Nowosielski	Aktualne przepisy BHP dla lekarzy i lekarzy dentystów	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23

prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługuje 5 pkt. edukacyjnych.

* * *

Aktualne przepisy BHP dla lekarzy i lekarzy dentystów (14.X.2016 r.)

PROGRAM:

1. Regulacje prawne z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, z uwzględnieniem przepisów związanych z pracą lekarza i lekarza dentysty.
2. Przepisy związane ze szkodliwymi czynnikami występującymi w procesach pracy oraz zasady i metody likwidacji lub ograniczenia oddziaływania tych czynników na pracowników – z uwzględnieniem zmian w technologii, organizacji pracy i stanowisk pracy, stosowania środków ochrony zbiorowej i indywidualnej, wprowadzenia nowych urządzeń, sprzętu i narzędzi pracy
3. Przepisy związane z postępowaniem w razie wypadku w czasie pracy i w sytuacjach zagrożeń (np. pożaru, awarii),
4. Przepisy dotyczące charakterystycznych dla wykonywanej pracy chorób zawodowych oraz związanej z nimi profilaktyki.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

HISTORIA NIEPRAWDOPODOBNEJ MIŁOŚCI SUŁTANA SULEJMANA WSPANIAŁEGO I POLKI ROKSOLANY

Od kilku miesięcy wielu Polaków, a zwłaszcza Polek ogląda w telewizji niezwykle interesujący serial produkcji tureckiej pt.: „Wspaniałe stulecie” o najwspanialszych czasach Imperium Osmańskiego. W owych czasach mówiono o Osmanii, bowiem nazwa Turcja pojawiła się dopiero po I Wojnie Światowej.

Najwybitniejszym sułtanem osmańskim tego stulecia był Sulejman Wspaniały. Urodził się 6 listopada 1494 r. i był synem Selima I Groźnego, wstąpił na tron w roku 1520. Sulejman Wspaniały znacznie rozszerzył Imperium Osmańskie zdobywając Budę (Węgry), Belgrad (Serbia), wyspę Rodos, zaś na wschodzie Bagdad. Zreformował armię (stworzył armię wewnętrzną i zewnętrzną), rozbudował „niepokonaną” flotę morską (vide mój artykuł w Biuletynie Informacyjnym OIL o bitwie pod Lepanto), ustanowił nowe prawa i administrację, ufundował wiele meczetów i obiektów publicznych, zaś Stambuł stał się centrum kulturalnym tamtych czasów.

Miłością jego życia została niewolnica o imieniu Hurrem, którą Sulejman nazwał Radosną to jest Roksolaną. Została ona czwartą żoną sułtana. Tutaj należy podkreślić, że kiedy sułtan mógł posiadać cztery żony i tyle nałożnic ile ich mógł utrzymać.

Pierwsza żona Sulejmana o nieznanym imieniu zmarła w roku 1520, druga Gulfem została zabita podczas zamachu na sułtana, trzecia Gulhabar (Wiosenna Róża) była matką jedyne go syna Sulejmana – Mustafy, urodzonego w roku 1515 i prawowitego następcy tronu.

I oto sułtan Sulejman Wspaniały zakochał się bez pamięci w niewolnicy ze swojego harem u imieniu Hurrem. Kim była owa Hurrem? Była ona Rusinką urodzoną w miasteczku Rohatyn znajdującym się około 70 kilometrów od Lwowa jako Aleksandra Lisowska, córka tamtejszego popa. Formalnie była poddaną króla polskiego (patrz dalej). W roku 1509 podczas napadu Tatarów krymskich na Rohatyn jako czteroletnia dziewczynka została porwana na Krym. Przez kilka lat pozostawała w niewoli tatarskiej i tam prawdopodobnie przeszła na islam. Jako czternastoletnia dziewczyna na tzw. „Targu Niewieścim” niewolników w miejscowości Kaffa na Krymie została sprzedana Wielkiemu Wezyrowi Osmańskiemu Ibrahimowi Paszy, który wkrótce ofiarował ją sułtanowi Sulejmanowi. Trafiła do Wielkiego Haremu w Stambule, gdzie zauroczyła sułtana. Co ciekawe była niezbyt ładna, niska ale oczarowała sułtana tym, że była blondwłosa, ale przede wszystkim niezwykle miła i skromna. Sułtan tak bardzo się w niej zakochał, że nazwał ją Radosną (Roksolaną), zaczął pisać do niej wiersze, nawet

o charakterze erotycznym (które dochowały się do czasów dzisiejszych) – podpisując się „Kochający”. W końcu postanowił się z nią ożenić.

Ślub odbył się z roku 1530 w Stambule i wg ówczesnych kronikarzy przyćmił wszystkie uroczystości, jakie dotąd widziano w tym mieście. Największą atrakcją dla tłumów był pokaz nieznanych dotąd żyraf z niedawno podbitych ziem azjatyckich. Następnie odbyły się huczne uroczystości weselne w pałacu sułtańskim Topkapı (warto go zwiedzić podczas wycieczek do Turcji, ponieważ jego bogactwa budzą podziw, można równocześnie zwiedzić ów słynny Wielki Harem).



Roksolana



Sulejman Wspaniały

Roksolana urodziła Sulejmanowi trzech synów: Mehmeda, Selina i Bajazida i wkrótce rozpoczęła walkę o tron dla swoich synów. Główna konkurentka, trzecia żona sułtana Gulhabar i jej syn Mustafa, prawowity następca tronu zostali zmuszeni do opuszczenia Stambułu, gdzie wkrótce spiskowcy z polecenia Roksolany w roku 1553 udusili Mustafę.

Jeszcze wcześniej w roku 1536 z polecenia Roksolany zamordowano Wielkiego Wezyra Ibrahima Paszę, tego samego który ofiarował ją sułtanowi. Ibrahim Pasza naraził się bowiem Roksolanie wielkimi aspiracjami politycznymi oraz tym, że popierał Mustafę.

Roksolana urodziła również sułtanowi jedyną ukochaną przez niego córkę Mikramah, która wyszła za mąż za Wielkiego Wezyra Rustana. Także ona miała wielki wpływ na ojca, dlatego też ten okres w dziejach Imperium Osmańskiego nazwano „Rządem sułtanek”.

Należy wspomnieć, że Roksolana darzyła wielką sympatią polskiego króla Zygmunta Augusta (formalnie była jego poddaną). Pisała do niego nawet listy (zachowa-

ne do dzisiaj) i wg przekazów historycznych przesłała mu ręcznie przez siebie haftowaną bieliznę.

Roksolana zmarła 15 kwietnia 1558, po jej śmierci syn Bajazid podniósł bunt przeciwko ojcu, został pokonany i zamordowany wraz z pięcioma swoimi synami (rok 1562). Drugi syn Mehmed zginął na wojnie w Persji.

Sulejman Wspaniały zmarł 6 września 1566 w trakcie wyprawy na Węgry (jego śmierć długo ukrywano przed wojskiem). Na tron wstąpił najmłodszy syn Roksolany Selim II, który przeszedł do historii z przydomkiem „Pijak” i doprowadził Imperium Osmańskie do wielkiego kryzysu.

Roksolana została pochowana w grobowcu znajdującym się w krypcie meczetu Sulejmana Wspaniałego, którego budowę zainicjowała, w tej samej krypcie w pięknym mauzoleum pochowano Sulejmana Wspaniałego. Meczet Sulejmana Wspaniałego góruje nad Stambułem i jest również piękny, jak meczety Hagia Sophia i Błękitny (koniecznie do zwiedzenia podczas peregrynacji do Turcji).

P.S. Stosunki polsko-tureckie sięgają czasów króla Władysława Jagiełły, który wysłał pierwsze poselstwo do sułtana.

W naszej pamięci na zawsze pozostaną wojny polsko-tureckie, że wspomnimy Cecorę, Chocim, Kamieniec Podolski, a później Wiedeń i Parkany. Ale były to wojny trwające zaledwie kilka lat (w przeciwieństwie do wojen z Krzyżakami trwającymi ponad 200 lat). Spowodowane one były tym, że Kozacy podlegający królowi polskiemu zapuszczali się w granicę Imperium Osmańskiego, z kolei Tatarzy lennicy sułtana najeżdżali terytory królestwa polskiego.

Najlepszym dowodem późniejszych dobrych stosunków polsko-tureckich był fakt, że Turcja jako jedyny kraj nie uznała rozbiorów Polski i na posła z Lechistanu (tak nazywano Polskę) podczas audiencji na dworze sułtańskim zawsze czekało honorowe miejsce.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

CO PISZĄ INNI

TRZY PYTANIA DO JACKA KRAJEWSKIEGO, PREZESA FEDERACJI POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE

Panie doktorze, które postulaty środowiska lekarzy rodzinnych i POZ w rozmowach z ministrem Konstantym Radziwiłłem uważa pan za najważniejsze w kontekście deklarowanej przez Prawo i Sprawiedliwość chęci przywrócenia właściwej, wiodącej roli i pozycji lekarzom rodzinnym w systemie ochrony zdrowia?

Niewątpliwie najistotniejszym zgłaszanym przez nas postulatem jest odbudowanie roli medycyny rodzinnej w kształtowaniu silnej i udzielającej dobrej jakości świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Uważamy, że ten segment systemu opieki zdrowotnej powinien być dostępny dla każdego pacjenta – niezależnie od jego uprawnień do otrzymywania świadczeń. Hasło Federacji Porozumienie Zielonogórskie w tej sprawie brzmi: „POZ dla każdego”. POZ to pierwszy kontakt pacjenta z systemem ochrony zdrowia i pacjent nie może czuć się intruzem, a tak jest teraz. Specjalista medycyny rodzinnej jest lekarzem najlepiej przygotowanym do pracy w POZ. Naszym zdaniem na modelu „Praktyk Lekarza Rodzinnego” powinna opierać się nowoczesna podstawowa opieka zdrowotna. Musi także powstać akt prawny stabilizujący i utrwalający ten stan rzeczy, roboczo nazwany ustawą o POZ. Konieczne dla poprawy dostęp-

ności wielu świadczeń, głównie specjalistycznych i diagnostycznych, jest zwiększenie finansowania ochrony zdrowia. Pan minister deklarował już wcześniej podjęcie starań o zwiększenie udziału środków przeznaczanych na zdrowie w Polsce z 4,7% dziś do 6% w nadchodzących latach. My uważamy, że dla uzyskania oczekiwanego efektu dopływu większych środków do systemu opieki zdrowotnej musi nastąpić zmiana parytetu finansowania POZ z obecnych prawie 13% udziału w kosztach NFZ ogółem do 20%. Za tym oczywiście pójdzie zwiększenie liczby lekarzy i pielęgniarek w systemie i to nie tylko rodzinnych. Priorytetem będzie więc kształcenie, dopływ do systemu nowych kadr i zatrzymanie odpływu tych, które już pracują.

Jak ocenia pan toczące się na ten temat rozmowy? Czy są jakieś sprawy sporne, różnica zdań?

Minister Radziwiłł jest lekarzem od kilkudziesięciu lat i większość tego czasu przepracował jako specjalista medycyny rodzinnej, zatem zna postulaty naszego środowiska doskonale. Stwarza to komfortową sytuację – tematy poruszane przez nas w rozmowach z szefem resortu zdrowia nie muszą być od początku rozpoznawane i tłumaczone, jesteśmy wielokrotnie zrozumiani w pół

słowa. Fakt, że podobnie widzimy problemy, nie znaczy jednak, iż sposób ich rozwiązania mamy taki sam.

Na szczęście do tej pory sprawy postulowane przez środowiska lekarzy rodzinnych są rozwiązywane bez większych trudności i właściwie. Tak jest z kwestią ograniczenia dostępności świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej dla wielu Polaków w postaci nieprzyjaznego systemu eWUŚ, który wielu prawidłowo ubezpieczonych wskazuje jako nieuprawnionych do świadczeń. Powoduje to niepokój i rozdrażnienie. Tak też było z ustaleniem zasad kontraktowania świadczeń w zakresie POZ na rok 2016.

Oczywiście pojawiają się pewne różnice zdań, np. w związku z naszym obywatelskim projektem ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Z tym, że różnica nie dotyczy kwestii, czy ma być ona procedowana, tylko jaki ostatecznie ta zmiana ma przyjąć kształt.

Jak oceniają państwo ostatnie inicjatywy resortu, np. projekt wprowadzenia tzw. porady farmaceutycznej?

Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekt zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dotyczący

wdrożenia opieki farmaceutycznej. Proponuje się w nim wprowadzenie zmian do ustawy – Prawo farmaceutyczne, dzięki którym część farmaceutów zyska uprawnienia do udzielania porad. Usługi opieki farmaceutycznej mają być finansowane przez NFZ.

Sama idea opieki farmaceutycznej jest słuszna. Takie rozwiązanie od dawna funkcjonuje w krajach rozwiniętych i dobrze się sprawdza. Farmaceuta jest właściwą osobą, by doradzać pacjentowi w prostych przypadkach, np. drobnych zranień palca czy bólu głowy. Ma przecież odpowiednią wiedzę. Usankcjonowanie opieki farmaceutycznej jest tym bardziej wskazane w sytuacji niedoboru lekarzy, z jaką mamy do czynienia w Polsce. Fachowa porada w aptece może odciążyć lekarzy, bo pacjenci nie będą się do nich zgłaszać w drobnych sprawach.

Pytanie jednak, czy usługa opieki farmaceutycznej powinna być dodatkowo wynagradzana? Farmaceuta ma zysk ze sprzedaży środka, który poleci pacjentowi. Ważne jest też to, by farmaceuta nie wykraczał poza swoje kompetencje, bo przecież nie w każdej sytuacji może zastąpić lekarza.

Pytała Ewa GWIAZDOWICZ-WŁODARCZYK

(przedruk z „Pulsu” nr 3/16)

LEKARZEM MOŻNA BYĆ WSZĘDZIE

Jarosław Gowin, wicepremier, uważa, że lekarze powinni po studiach odpracowywać swoje studia. Miało by to zatrzymać falę lekarskiej emigracji i zlikwidować braki wśród specjalistów. Wtórkuje mu rzecznik praw pacjenta. Innego zdania jest Konstanty Radziwiłł, minister zdrowia, który nie widzi możliwości wprowadzenia takich rozwiązań. Musielibyśmy zakazać tej grupie zawodowej poruszania się po Unii Europejskiej. Na razie, zgodnie z polskim i europejskim prawem, panuje swoboda przemieszczania się między państwami.

Swoje propozycje na temat ubytku lekarzy specjalistów Gowin oznajmił na falach radia, którego najczęściej słuchają młodzi lekarze rano, kiedy przebijają się przez miejskie korki. Przekonywał, że rozwiązaniem byłoby wprowadzenie państwowych stypendiów, które w pełni pokrywałyby koszt studiów, jednak lekarz musiałby je odpracować. Wicepremier podał też szacunkowy koszt studiów lekarskich. Według niego to pół miliona złotych. Nasz wicepremier jest z zawodu filozofem. A filozofia to przecież umiłowanie mądrości. Gowin żył się, że wykształcony za państwowe pieniądze świeżo upieczony lekarz wsiada na prom i płynie do Szwecji albo Norwegii.

Jak to drzewiej bywało?

– *Lekarzy nienawidzi się z przekonania lub z oszczędności* – mawiała austriacka pisarka Marie von Ebner-

Eschenbach. Próby zatrzymywania lekarzy w Polsce mają już swoją złą legendę. Po studiach lekarskich w 1979 roku dostałem łaskawie pozwolenie na wyjazd na urlop do Grecji, pod warunkiem złożenia podpisu na wekslu, zobowiązującym do zwrotu kosztów za moje studia. Wtedy nawet po cichu nie myślałem o emigracji. Ale myślała za mnie władza. Z Grecji można było wówczas z tym paszportem przesiąść się na prom do Włoch, stamtąd do obozu przejściowego w rzymskiej Latinie. Do USA było wtedy trudniej się stamtąd dostać, ale do Kanady i Australii po kilku miesiącach brali praktycznie wszystkich. W Niemczech wystarczyło nieraz pokazać przy stole operacyjnym lub na sali porodowej, co się umie, aby załapać się do stałej pracy niemal natychmiast po przyjeździe. A weksel służył władzy po to, aby zagarnąć w kraju to, co zostało po „uciekiniarach”. Na szczęście blankiet urzędowy polskiego weksla umarł śmiercią naturalną 1 stycznia 2007 r.

Nie samym chlebem

Dzisiejsza młodzież lekarska żali się, że często jest zmuszona do wyjazdu za granicę. Powodem wcale nie są tylko niskie wynagrodzenia, ale również proza dnia codziennego. Od wielu lat najmłodszym lekarzom uniemożliwiano specjalizowanie się w wymarzonej dziedzinie. Pocieszenie znajdowali niemal od ręki w nieodległej Szwecji lub Danii, gdzie to specjalizacja czekała

na nich, a nie odwrotnie. Żadnej nostryfikacji dyplomu, intensywny kurs języka za darmo, rozbudowana do potęgi pomoc socjalna. Nikt tam premiera nie pyta: jak żyć? Każda rodzina lekarza otrzymuje zasiłek 500 zł na dziecko do 16 roku życia, a gdy się ono uczy, do 20. roku życia, 550 zł za drugie dziecko i 722 za trzecie. Mieszkańcy Szwecji mają 480 dni urlopu rodzicielskiego. Może on zostać wykorzystany zarówno przez matkę, jak i przez ojca dziecka. Bezrobotny dostanie tam zasiłek w wysokości 320 koron szwedzkich dziennie (157 zł). W Szwecji wysokość emerytury wynosi 64% średniego wynagrodzenia.

W Danii samotnych matek żaden polityk nie śmiałyby obrazić zachętą urodzenia drugiego dziecka. Brak ojca w rodzinie duńskie prawo wynagradza dziecku podwójną stawką pomocy socjalnej, a także dofinansowaniem do mieszkania, przedszkola i żłobka.

Za naszą zachodnią granicą urlop macierzyński wynosi 14 tygodni i jest pełnopłatny. Każda rodzina otrzymuje zasiłek na dziecko do 18 roku życia, tzw. Kindergeld. Może on zostać przedłużony w dwóch przypadkach: do 21 roku życia, gdy dziecko nie znalazło pracy lub do 25., gdy uczy się lub studiuje. Wynosi on 184 euro, czyli 790 zł miesięcznie i wzrasta w zależności od liczby dzieci nawet do 490 zł. Niemcy wychowujący dzieci mogą odliczyć od podatku od 8 do 16 tys. zł rocznie.

Młode lekarki wolą rodzić dzieci w Wielkiej Brytanii, bo każda z nich dostanie 39 tygodni płatnego urlopu macierzyńskiego. Dodatkowo przewidzianych jest 13 tygodni bezpłatnego urlopu dla każdego z rodziców do wykorzystania w ciągu 5 lat od urodzenia dziecka. Tygodniowo wypłacana jest kwota na dziecko w wysokości 22 funtów i 13 funtów na każde kolejne. Biedniejsze rodziny mogą skorzystać z zasiłku. To świadczenie zależy od dochodu. Maksymalnie – rocznie – można otrzymać 600 funtów na rodzinę i dodatkowo 1500 funtów na dziecko. Poza tym państwo dopłaca do opieki nad dziećmi osób pracujących.

Na Wyspach sytuacja bezrobotnych nie jest już tak dobra, jak w Skandynawii. Maksymalna wysokość zasiłku wynosi 67,5 funta (350 zł) tygodniowo dla osób, które skończyły 25 lat oraz 53,45 (280 zł) dla tych poniżej 25 roku życia. Jest on wypłacany przez 182 dni. Po upływie tego okresu dalszy zasiłek zależy od sytuacji materialnej. Dodatkowo można liczyć na dofinansowanie do opłat za mieszkanie, zasiłek na dzieci, ale świadczenia te są dużo niższe niż w krajach skandynawskich.

Na emeryturę mieszkańcy Wysp oszczędzają sami, a świadczenia państwowe są tylko jej uzupełnieniem. Emerytura państwowa jest uzależniona od dochodów, a także innych czynników. Może ona wynosić: 107,45 funta tygodniowo dla osoby samotnej, 107,45 funta tygodniowo dla osoby w związku małżeńskim lub partnerskim, z których każda strona odprowadzała składki do National Insurance lub 64 funty tygodniowo dla osoby

w związku małżeńskim lub partnerskim, która korzysta ze składek męża, żony lub partnera. Uprawnieni mogą się również starać o dodatkową emeryturę państwową. Od pieniędzy wpłacanych na prywatne konto emerytalne, Anglicy płacą obniżony podatek. Prywatną emeryturę można zacząć pobierać w wieku 50 lat.

No to na co się żżyma wicepremier?

Płatne studia lekarskie i konieczność odpracowania przez lekarzy kosztów nauki stworzą nierówność. Przecież wyjeżdżają ci najlepsi, a nie najmłodsi. Pojawia się pytanie, dlaczego ta zmiana nie miałaby dotyczyć innych grup zawodowych? Choćby marynarzy, którzy pływają dziś dokąd się tylko da. Niekoniecznie pod polską banderą. Im wicepremier w dyplomy Wyższej Szkoły Morskiej jakoś nie zagłada.

Jestem pewien, że płatne studia medyczne byłyby odebraniem zdolnej, acz mniej zamożnej młodzieży, ostatniej szansy na zostanie lekarzem. Naprawdę, wolałbym, aby leczył mnie wrażliwy lekarz, a nie bogaty z domu zarozumialec. Żeby dostać się na wydział lekarski, trzeba inwestować w dziecko już w szkole średniej i często pomagać mu kosztownymi korepetycjami. A to słono kosztuje. Konia z rzędem temu, kto odpowie, w jaki sposób lekarz na rezydenturze ma spłacić pół miliona złotych z pensji, która wynosi 2,2 tys. zł miesięcznie? Gdyby nawet oddał wszystko, co zarobi, musiałoby to potrwać aż 19 lat.

Studiować można wszędzie

Obawiam się, że te szumne zapowiedzi przyniosą skutek odwrotny do zamierzonego. Pomysły odpłatności za medyczne studia są bez wątpienia w polskich realiach posunięciem samobójczym. Jeśli tak się stanie większość najzdolniejszej młodzieży, marzącej o karierze lekarskiej, po prostu wyemigruje przed studiami zamiast po nich. Jeśli młodym medykom władza rzuci kolejne kłody pod nogi to firmy rekrutujące z Niemiec, Norwegii czy Kanady wdrożą kolejne ułatwienia dla polskich medyków i pielęgniarek.

Studiować dziś można wszędzie. Wydziały lekarskie renomowanych uniwersytetów w Kopenhadze i Sztokholmie aż się proszą o studentów z zagranicy. Rozkapszowana młodzież skandynawska stroni od studiowania medycyny, bo uważa te studia za piekielnie trudne i pracochłonne. W Niemczech co dziesiąty jest obco-krajowcem.

W Anglii wszystkie studia są płatne, ale każdy może wziąć nieoprocentowany kredyt studencki, który spłaca dopiero wtedy, gdy już zarabia (9% dodatkowego podatku dochodowego, co przy wysokiej kwocie wolnej nie stanowi dużego obciążenia). Zresztą zasada spłaty takiej pożyczki jest klarowna: jeżeli studia w Anglii „coś ci dały” i dzięki temu dobrze zarabiasz, spłacasz pożyczkę. Jeżeli nic ci nie dały i zarabiasz mało, to po prostu

nie spłacaś! Dopiero po rozpoczęciu pracy lekarz spłaca 9% z nadwyżki kwoty progowej (*threshold*), która dla Wielkiej Brytanii wynosi 21 tys. funtów. Jeśli lekarz zarabia np. 30 tysięcy, jego miesięczna rata liczy się od 9 tys. i wynosi zaledwie 67 funtów. Co więcej, jeśli straci pracę lub będzie korzystał z urlopu macierzyńskiego spłata jest zawieszana. Jeśli tak ma być kiedyś w Polsce, to zgoda na płatne studia. Taki system jest sprawiedliwy. Większość studentów medycyny pochodzi przecież z zamożniejszych rodzin. Jeżeli za studia płaci państwo, to de facto za studia dzieci z bogatych rodzin płacą rodziny

ubogie, których nie stać na korepetycje czy utrzymanie syna czy córki na studiach w dużych miastach.

Ale jest i druga strona medalu. Za studia dzieci ubogich, których nie stać na studia i płacą zerowy podatek, płacą bogaci rodzice, którzy płacą duży podatek (a przynajmniej powinni). Trudno dziś mówić, kto płaci za czyje studia. Jedyne, co można chyba stwierdzić to to, że rodzice osób niestudiujących płacą za studiujących.

Marek STANKIEWICZ
stankiewicz@hipokrates.org

(przedruk z „Medicusa” nr 3/16)

MAPY POTRZEB ZDROWOTNYCH

Wprowadzenie wymogu tworzenia map potrzeb zdrowotnych wzbudziło wiele kontrowersji i obaw. Mimo że dane niezbędne do sporządzenia map były już wcześniej zbierane przez różne instytucje, teraz mają posłużyć usprawnieniu opieki zdrowotnej.

Przyjęte w lipcu 2014 r. nowelizacje kluczowych ustaw dotyczących ochrony zdrowia zwykło się określać jako pakiet onkologiczny i pakiet kolejkowy. Systematycznie wprowadzane zmiany mają poprawić dostępność świadczeń, dzięki nowym rozwiązaniom, niewystępującym dotąd w polskim systemie ochrony zdrowia. Obecnie wdrażane są regulacje dotyczące map potrzeb zdrowotnych, czyli dokumentów przedstawiających trendy demograficzne i epidemiologiczne, istniejącą infrastrukturę w ochronie zdrowia oraz prognozy potrzeb w tym zakresie. Ich wykorzystanie ma poprawić planowanie strategiczne zarówno na szczeblu centralnym, jak i w ujęciu regionalnym, a także ułatwić poszczególnym podmiotom leczniczym podejmowanie decyzji dotyczących kierunku rozwoju.

Problematyczne jest jednak określanie tworzonych dokumentów mianem map. Dokument ma bowiem opisowy, a nie graficzny charakter. Użyte nazewnictwo ma zapewne podkreślać istotę opracowania polegającą na odniesieniu się do uwarunkowań specyficznych dla wydzielonego administracyjnie obszaru.

Zbieranie danych

Mapy potrzeb zdrowotnych stanowią kompilację danych pozyskanych z różnych źródeł, m. in. Głównego Urzędu Statystycznego, Naczelnej Izby Lekarskiej, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz od konsultantów medycznych. Mapa stanowi zatem ważny zbiór informacji, dotąd niedostępnych w kompleksowym opracowaniu. W projekcie ustawy wprowadzającej mapy potrzeb zdrowotnych uzasadniano, że powinny być one tworzone z uwagi na konieczność podjęcia działań zmniejszających nierówności w opiece zdrowotnej. Dlatego też mapy dotyczące wyodrębnionych zakresów medycyny są tworzone dla poszczególnych województw oraz zbiorczo dla całej Polski.

Jako pierwsze opublikowano mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii i kardiologii. Te dwie dziedzi-

ny medycyny mają o tyle istotne znaczenie, że choroby układu krążenia oraz choroby nowotworowe pozostają w czołówce przyczyn zgonów w Polsce. Dotychczas opracowane mapy nie wykazują diametralnych różnic w stanie zdrowia ludności w poszczególnych województwach, jednak analiza na poziomie powiatów wskazuje już na terytorialne zróżnicowanie dostępności świadczeń.

Zadania wojewody

Dotychczas wojewoda, na mocy ustawy o działalności leczniczej, odpowiadał za dokonywanie wpisów do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Ustawa dokładnie określa zakres danych niezbędnych do dokonania wpisu, w tym stawia wymóg uprzedniego uzyskania pozytywnej opinii odpowiedniej jednostki terenowej Państwowej Inspekcji Sanitarnej. W postępowaniu rejestrowym całkowicie pomijana jest jednak celowość oferowania nowych usług medycznych. Także w przypadku wniosków o dofinansowanie inwestycji ze środków unijnych brak było skutecznych narzędzi umożliwiających odrzucenie wniosku o utworzenie obiektu, który nie będzie miał szans na podpisanie umowy z NFZ lub nie spotka się z zainteresowaniem pacjentów.

Od 30 czerwca 2016 r. wojewoda zyska, na gruncie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dodatkowe kompetencje i będzie miał większy wpływ na powstawanie nowych miejsc udzielania świadczeń. Opinia o celowości nowej inwestycji ma być wydawana w przypadku:

- utworzenia na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa leczniczego, przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w rodzaju świadczenia szpitalne, lub o celowości realizacji przez ten podmiot inwestycji o wartości przekraczającej 3 mln zł w okresie 2 lat;

- utworzenia na obszarze województwa nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub nowych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą, przy pomocy których ma być wykonywana działalność lecznicza w zakresie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, lub o celowości realizacji przez ten podmiot inwestycji o wartości przekraczającej 2 mln zł w okresie 2 lat.

Droga od koncepcji inwestycji do jej rozpoczęcia znacznie się wydłuży. Generalną zasadą przyjętą na gruncie Kodeksu postępowania administracyjnego jest załatwienie sprawy wymagającej postępowania wyjaśniającego nie później niż w ciągu miesiąca, a sprawy szczególnie skomplikowanej – nie później niż w ciągu dwóch miesięcy od dnia wszczęcia postępowania. W przypadku omawianej opinii wyrażanej przez wojewodę, wprowadzono 60-dniowy termin na wydanie rozstrzygnięcia. Wojewoda musi bowiem mieć czas, by dokonać analizy złożonej dokumentacji i ustalić celowość inwestycji na podstawie Mapy Regionalnej, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a także zasięgnąć w tej sprawie opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

Postępowanie będzie również bardziej kosztochłonne. Opłata za złożenie wniosku wyniesie 4000 zł. Niezbędne będzie jednak wcześniejsze oszacowanie wartości inwestycji według ustawowych kryteriów. Rygor czasowy dla przeprowadzenia pozytywnie zaopiniowa-

nej inwestycji sprawia natomiast, że podmioty nie będą mogły występować o wydanie opinii, żeby zabezpieczyć możliwość rozbudowy w przyszłości, ograniczając tym samym rozwój konkurencyjnym placówkom. Obawy zainteresowanych może budzić natomiast zapis o możliwości uchYLENIA lub zmiany pozytywnej decyzji w każdym czasie w przypadku zaistnienia innych okoliczności mających wpływ na jej wydanie.

Główne uwarunkowania

Mapy potrzeb zdrowotnych to jedno z nowych narzędzi analitycznych wspierających decyzje zarządcze w ochronie zdrowia, obok rozwiązań zapisanych w ustawie o zdrowiu publicznym czy ustawie o osobach starszych. Tworzenie map potrzeb zdrowotnych wymaga zaangażowania różnych grup związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. Jednak z uwagi na szerokie ujęcie tematu, mapy potrzeb zdrowotnych mogą znaleźć zastosowanie zarówno przy tworzeniu nowych usług i kontraktowaniu świadczeń, jak i przy wyznaczaniu kierunku zmian w prawie. Trzeba przy tym pamiętać, że mapa to przede wszystkim prognoza rozwoju sytuacji zdrowotnej. We współczesnej medycynie zmiany zachodzą niezwykle dynamicznie, przede wszystkim ze względu na rozwój wiedzy i techniki medycznej, ale i możliwość zastosowania nowoczesnych technologii w relacji z pacjentem.

*Iwona Magdalena ALEKSANDROWICZ
Prawnik w NZOZ „Przychodnia” Sp. z o.o.*

(przedruk z „OSOZ Ogólnopolskiego Systemu Opieki Zdrowotnej” nr1/16)

GRANICE POŚWIĘCENIA

W 2005 r., całkiem nieoczekiwanie, otrzymałem zaproszenie z Nordyckiej Szkoły Zdrowia Publicznego w Göteborgu (Szwecja) do udziału w konferencji poświęconej sprawom sprawiedliwej dystrybucji ograniczonych zasobów medycznych w krajach, które właśnie stały się członkami społeczności europejskiej. Moim zadaniem było przedstawienie sytuacji w Polsce. Przedstawiłem więc zwięźle historię naszego powojennego systemu zdrowia – od radzieckiego modelu Siemaszki aż do początku zmian ustrojowych 1989 r., a następnie scharakteryzowałem perypetie kolejnych reform systemu zdrowia – od pomysłu kas chorych do centralizacji i powstania Narodowego Funduszu Zdrowia w 2003 r.

Byliśmy wtedy, podobnie zresztą jak teraz, w okresie przejściowym. Dla wielu polityków jedynym sposobem rozwiązania narastających problemów z dostępem i jakością leczenia była całkowita prywatyzacja systemu zdrowia. Inni domagali się utrzymania i udoskonalenia tradycyjnego systemu publicznej służby zdrowia. Tak czy inaczej, obok publicznego systemu zdrowia kontrolowanego przez państwo, pojawił się dynamicznie roz-

wijający się sektor medycznych usług prywatnych (m.in. stomatologia, okulistyka, diagnostyka, potężne firmy farmaceutyczne), i zarazem wszelkie możliwe patologie, jakie rodzi szara strefa, w której oba te sektory (publiczny i prywatny) wchodzą ze sobą w zbyt intymne relacje. Zaczęto mówić o braku reguł i braku przejrzystości w służbie zdrowia, zaczęto dyskutować o korupcji i innych zjawiskach patologicznych – o roli znajomości i układów, przeskakiwaniu kolejek, o prywatnych oddziałach w szpitalach publicznych, opiniach ekspertów pisanych na zamówienie i pod dyktando, czy pojawiającym się tu i ówdzie osobliwym pojęciu prawa do wdzięczności, które jakoby z równą mocą przysługiwać pacjentowi, jak i oczekującemu na stosowny „wyraz wdzięczności” lekarzowi. Zakończyłem swoje wystąpienie krótką konkluzją, że brak nam jakiegoś w miarę spójnego ideału sprawiedliwości społecznej w systemie zdrowotnym, że brak nam wyraźnej, uznanej, sprawnej i skutecznej oraz wiarygodnej polityki zdrowotnej, brak wiarygodnych ekspertów zajmujących się zarządzaniem zdrowiem, i że na domiar złego wejście Polski

do Unii rozpoczęło proces postępującej migracji lekarzy na Zachód.

Jakież było moje zdziwienie, kiedy w przerwie na lunch kilku organizatorów konferencji zwróciło się do mnie z propozycją wzięcia udziału w specjalnym, zamkniętym i poufnym spotkaniu, którego przedmiotem będzie wyłącznie sprawa emigracji polskich lekarzy do krajów skandynawskich. W Szwecji bowiem, podobnie jak w Danii czy Norwegii, zaobserwowano, że systematycznie rośnie liczba polskich lekarzy różnych specjalności napływających do tego kraju. Nie mogłem oczywiście odmówić. Pierwsze pytanie, jakie mi zadano, nie należało do najłatwiejszych: „Czy nie sądzisz, że oferując pracę tak dużej grupie polskich lekarzy, działamy na waszą szkodę? Przecież to jest zwyczajna kradzież. Wykształcenie dobrego lekarza to bardzo kosztowna inwestycja. Polska bardziej potrzebuje lekarzy niż Szwecja. Pewien samorządowy organ lekarzy szwedzkich rozważa właśnie, czy przypadkiem – ze względów moralnych – nie należy całkowicie zablokować migracji lekarzy z Polski i innych nowo przyjętych do wspólnoty europejskiej krajów Europy Centralnej. Zastanów się, co odpowiesz. Twój argument może mieć znaczenie w tej dyskusji”.

Nie pamiętam w tej chwili szczegółów tej rozmowy. Pamiętam jednak dobrze moją ogólną postawę w dyskusji i kierunek argumentacji. „Nie powinniście zabraniać pracy lekarzom z Polski – dowodziłem. – Migracja lekarzy jest zarówno w naszym, jak i waszym interesie”. Teraz, po upływie kilkunastu lat, po przeczytaniu paru interesujących artykułów i kilku konferencjach dotyczących problemu migracji pracowników medycznych, widzę jasno, że debata na temat emigracji lekarzy i w ogóle personelu medycznego jest w istocie rzeczy sporem moralnym i mogę bez większego trudu opisać główne argumenty w tej debacie.

Emigracja lekarzy jako problem globalny

Główną przyczyną emigracji personelu medycznego jest pogłębiająca się przepaść pomiędzy poziomem życia i możliwością rozwoju w krajach bogatych i biednych. W bogatych i starzejących się krajach zachodnich popyt na leczenie i opiekę nieustannie rośnie. A jednocześnie profesja lekarska, a także pielęgnarska, stają się profesją wysokiego ryzyka i wyjątkowej odpowiedzialności. Niewielki błąd, chwila nieuwagi, niepewność dotycząca wyboru właściwej procedury postępowania, czy nawet banalny brak kontaktu ze starszym, bardziej doświadczonym kolegą, który pomógłby w podjęciu decyzji, może spowodować istotne komplikacje kliniczne, ze śmiercią pacjenta włącznie. Lekarz może więc z dnia na dzień zostać zawieszony, w napięciu czekać miesiącami na wynik dochodzeń i ostatecznie – nawet stracić pracę. A praca jest dla niego wszystkim. Żyje więc w nieustannym stresie i płaci coraz większe składki na ubezpieczenie od błędów lekarskich. A musi przecież także zarobić na zakup domu, samochodu, utrzymanie rodziny, wysłanie dzieci do szkoły, czy po prostu przyzwoity standard życia.

Jeden z moich kolegów w Anglii, wybitny specjalista kliniczny w swojej dziedzinie, codziennie potrafił podać dokładną liczbę dni dzielących go od emerytury. Kariera w medycynie przestała być atrakcyjna. I o tym m. in. świadczą coraz częstsze strajki młodych lekarzy w Anglii, którzy domagają się przyzwoitych godzin pracy, przyzwoitego traktowania i przyzwoitych zarobków. Pogłębiający się deficyt lekarzy i pielęgniarów w krajach bogatych powoduje więc, że potrzeby kadrowe tych krajów natychmiast zaspokajają kandydaci z państw biedniejszych – z Europy Wschodniej, Afryki, Egiptu i przede wszystkim Azji. Indie są wielkim krajem o ogromnych i stale niezaspokojonych potrzebach zdrowotnych. A jednak rocznie emigruje z Indii, w poszukiwaniu pracy na Zachodzie, ok. 8000 lekarzy. Kiedy podczas naszego pobytu w Anglii moja córka złamała kość śródstopia, trzykrotnie jeździliśmy do przychodni szpitalnej i za każdym razem spotykaliśmy lekarza, który z całą pewnością nie urodził się w Wielkiej Brytanii. Nie sprawdzałem aktualnych danych, ale słyszałem ostatnio, że od momentu otwarcia granic z Polski wyjechało ok. 12 000 lekarzy.

Czy możliwe jest rozumne i sprawiedliwe uregulowanie międzynarodowego rynku pracy profesjonalistów medycznych? Wydaje mi się to mało prawdopodobne, a w obecnych warunkach funkcjonowania wspólnoty europejskiej wręcz niemożliwe. Dopóki polska pielęgniarka, na zasadzie prywatnej umowy za całodobową opiekę nad osobą starszą w Niemczech, będzie otrzymywała wynagrodzenie trzy, cztery razy wyższe niż w polskim szpitalu, to mając takie możliwości, najprawdopodobniej podejmie pracę w Niemczech. I będzie to zachowanie całkowicie roztropne.

Teoretycznie, kraje bogate mogłyby zablokować emigrację lekarzy z krajów biedniejszych. Ale nie jest to w ich interesie. Mogą one co najwyżej, tak jak to czyni Norwegia, Islandia i Lichtenstein, uruchomić specjalne fundusze przeznaczone na rozwój medycyny w krajach o niższym poziomie ekonomicznym. Jest to jednak projekt wyjątkowy.

Z drugiej jednak strony słyszy się argument, że być może kraje biedniejsze, takie jak nasz, w których edukacja lekarska jest bezpłatna, powinny całkowicie zabronić wyjazdu lekarzom i pielęgniarcom, chyba że spłaca koszty swojego wykształcenia. Ale także i to rozwiązanie jest nierealne, bo jeśli młodemu lekarzowi nie pomoże zamożna rodzina, nie ma on szans na spłacenie kosztów kształcenia, nawet jeśli będzie pracował 20 godzin na dobę. A znaleźć ciekawą i dobrze płatną pracę w służbie zdrowia wcale nie jest łatwo.

Dlaczego emigrują?

Istnieje wiele powodów, które skłaniają młodych, a także bardziej doświadczonych lekarzy lub pielęgniarów, do poszukiwania pracy za granicą. Podzielę je na racje pozytywne i negatywne. Pisząc o racjach pozytywnych, mam na myśli nadzieję na spełnienie jakiegoś ideału dobrego

życia, rozwój kariery zawodowej. Ludzie nie chcą marnować życia. Ludzie chcą żyć dobrze, doskonalić swoje umiejętności, rozwijać się. Prestiż i społeczny status profesji lekarskiej jest tam zwykle znacznie wyższy, niż u nas i dotyczy to w szczególności pielęgniarek. A relatywnie wysokie dochody oznaczają możliwość wcześniejszego i łatwiejszego założenia rodziny. Im dłuższy staż pracy, im wyższe dochody, tym wyższa jest także emerytura. I nawet jeśli okazuje się po przybyciu do obcego kraju, że rzeczywistość wcale nie jest tak różowa, to jednak dla młodego człowieka szanse na rozwój i karierę w sprawnym i dobrze funkcjonującym systemie zdrowia są zdecydowanie wyższe niż w Polsce.

Racje negatywne to przede wszystkim ucieczka od istniejącej w naszym kraju opresji ekonomicznej i politycznej. Wbrew pozorom młodemu lekarzowi wcale nie jest łatwo znaleźć pracę. A jeśli już nawet uzyska specjalizację, mimo to porównując swój status ekonomiczny z kolegami na Zachodzie, ma zazwyczaj poczucie depresji zarobkowej. Pokonywanie kolejnych progów kariery zawodowej utrudnia wszechobecna biurokracja i często feudalne stosunki w szpitalu, klinice czy przychodni. Sensem życia lekarza staje się w dużej mierze wypełnianie biurokratycznych rubryk, i jeśli pracuje w publicznej służbie zdrowia, wpada w dehumanizujący system świadczeniodawców i świadczeniobiorców, zapominając powoli o rzeczywistym powołaniu. Pacjent przestaje być istotą cierpiącą i potrzebującą pomocy, a staje się po prostu świadczenioborcą, zwyczajnym trybikiem w maszynie biurokratycznej, który trzeba opisać i rozliczyć zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania. Czy ktokolwiek w naszym systemie kształcenia lekarzy pamięta jeszcze mądrą sentencję Władysława Biegańskiego: „*Medycyna urodziła się z niedoli, a jej rodzicami chrestnymi były: miłosierdzie i współczucie. Bez pierwiastka filantropijnego medycyna byłaby najpospolitszym, a może nawet wstrętnym rzemiosłem*”.

Dodatkowym czynnikiem, który ma bezpośredni wpływ na psychiczny komfort pracy, jest nieustanna ingerencja światopoglądu i polityki w nasze życie prywatne i zawodowe. Środowisko lekarskie jest coraz bardziej podzielone i nieskore do współdziałania w obronie interesów pacjenta. Nie wyobrażam sobie, aby lekarze w Anglii, Francji, Niemczech czy w krajach skandynawskich z takim entuzjazmem podpisywali „Deklarację wiary” i oceniali swoich kolegów ze względu na ich stosunek do klauzuli sumienia. Nie wyobrażam sobie także, by zignorowano tam wyrok Trybunału Konstytucyjnego w tej sprawie. W wyroku tym zalecano m. in. odpowiednim instancjom, aby przygotowały wiarygodną informację o placówkach, w których kobieta może przerwać legalnie ciążę, zalecenie to do tej pory nie zostało wykonane. I kobiety, które z takich czy innych względów nie mogą zdecydować się na urodzenie dziecka, zostały pozbawione pomocy. Udało nam się natomiast skutecznie zawiesić programy in vitro. Jest teraz całkiem praw-

dopodobne, że wielu młodych lekarzy, którzy chcieliby się specjalizować w leczeniu niepłodności, spróbuje znaleźć pracę w klinikach zachodnich.

Emigracja jako konflikt moralny

Spór o ocenę emigracji jest, jak już wspomniałem, sporem moralnym. To zderzenie dwóch rodzajów dóbr i dwóch powinności: z jednej strony są to obowiązki wobec siebie i interes własny, z drugiej zaś – obowiązki wobec społeczeństwa oraz interes społeczny. Argument podkreślający znaczenie obowiązków wobec interesu społecznego jest prosty: skoro dzięki nam, bo na to idą nasze podatki, uzyskałeś bezpłatnie dyplom lekarza lub pielęgniarki, to masz teraz moralny obowiązek spłacić zaciągnięty dług. Myśmy cię wykształcili, a teraz kolej na ciebie. Pokaż, co umiesz. Tak właśnie działa fundamentalna dla życia społecznego zasada wzajemności – *Do ut des* (daję, abys dał). Jeśli tego nie czynisz, postępujesz źle.

Z drugiej jednak strony, pojawia się równie mocny argument odwołujący się do interesu własnego. To prawda, mogę powiedzieć, powinienem spłacić zaciągnięty u społeczeństwa dług. Ale proszę pokornie o stworzenie mi szansy na odwzajemnienie się za bezpłatne studia. Proszę pokornie o taką pracę i taki kredyt, dzięki którym mógłbym kupić lub przynajmniej wynająć jakieś przyzwoite mieszkanie, założyć rodzinę i bez reszty skoncentrować się na mojej praktyce lekarskiej lub badaniach naukowych. Jeśli nie jest to możliwe, nie mam żadnych wątpliwości, że zacznę brać poważnie pod uwagę perspektywę emigracji. Okazuje się bowiem, że dalsze pozostawanie w kraju oznacza: marnowanie moich talentów, wykształcenia, szans na rozwój i brak perspektyw na udane życie rodzinne. Zamiast poświęcić życie na to, co dla mnie i bda moich pacjentów najważniejsze, muszę bez przerwy użerać się z systemem i poszukiwać kolejnych możliwości dorobienia.

Czy możliwe jest sensowne rozwiązanie tego konfliktu? Co jest ważniejsze – dobro własne, dobro istniejącej już lub planowanej właśnie rodziny, czy też abstrakcyjne dobro społeczeństwa? Proponuję następującą odpowiedź: w sytuacji konfliktu dobra własnego i dobra społeczeństwa, jeśli w grę nie wchodzi żadne inne istotne względy moralne, powinienem wybrać dobro własne. Nie mogę więc potępić tych lekarzy lub pielęgniarek, którzy kierując się dobrem własnym i dobrem własnej rodziny, wybierają trudną i nie zawsze zakończoną sukcesem ścieżkę emigracji.

Heroizm i poświęcenie są bez wątpienia najszlachetniejszymi przejawami ludzkiego działania. Nikt jednak nie ma obowiązku wykazywać się męstwem. I każde poświęcenie ma swoje granice. Mogę w walce ze śmiertelną epidemią ryzykować własnym życiem. Nie wolno mi jednak narażać życia i szczęścia własnej rodziny.

*Dr hab. Zbigniew SZAWARSKI, prof. em. UW
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH,
przewodniczący Komitetu Bioetyki Polskiej Akademii Nauk*

(przedruk z „Medium” nr 4/16)

CO ZMUSZA MŁODYCH LEKARZY DO WYJAZDÓW ZA GRANICĘ?

Dyskusja na temat wyjazdów młodych lekarzy do pracy za granicę stała się ostatnio jedną z dominujących w środowisku medycznym. Propozycja odpracowywania studiów po ich ukończeniu, trudny dostęp do dobrej jakości kształcenia podyplomowego, niewiele odbiegające od planowanej minimalnej stawki godzinowej [1] zarobki rezydentów wzbudzają sprzeciw wśród młodych lekarzy. Na portalach społecznościowych reaktywowano Porozumienie Rezydentów, które ma walczyć o lepsze warunki pracy dla młodych. Czy słusznie? Młodzi chcą pracować w lepszych warunkach i zarabiać więcej, aby móc godnie żyć wykonując ten wymagający i odpowiedzialny zawód. Skąd taka chęć do walki o zmiany? Młodzi lekarze obserwują swoich kolegów, którzy wyjechali za granicę – do Niemiec, Wielkiej Brytanii czy Australii i to jak tam się pracuje i żyje. Głosy dobiegające od lekarzy emigrantów potwierdzają, że warunki pracy na obczyźnie są zupełnie inne i, niestety, lepsze niż w naszej ojczyźnie.

W Polsce mamy jeden z najniższych w Unii Europejskiej i na Świecie wskaźników liczby lekarzy, dokładnie 2,2 lekarza na 1000 mieszkańców. W Grecji jest ich – sześciu, w Austrii – pięciu. W Rosji, Gruzji, na Litwie, w Szwajcarii, Portugalii, Włoszech, Szwecji, Norwegii ok. czterech. Niższy wskaźnik zanotowano w zaledwie kilku krajach spoza Europy, m. in. w Korei Południowej, Turcji, Chile i Indiach. W ciągu dziesięciu lat od 2000 r. liczba lekarzy na mieszkańca zwiększyła się we wszystkich krajach europejskich z wyjątkiem Polski i Estonii, oba te kraje zanotowały spadek liczby lekarzy na 1000 mieszkańców o 0,1%. Szczególnie widoczny wzrost liczby lekarzy w przeliczeniu na mieszkańca był widoczny w Grecji (3,5%) i w Wielkiej Brytanii (3,3%) [2]. Taki wskaźnik nie do końca odzwierciedla trudność w dostępie pacjentów do lekarzy, ale jak wiadomo, choćby z doniesień medialnych na temat czasu oczekiwania na wizytę u specjalisty, problem istnieje i jest znaczący. Już odczuwalne braki kadrowe i wysoka średnia wieku wśród lekarzy powinny skłaniać do kształcenia takiej liczby adeptów medycyny, które sprostająby zapotrzebowaniu. Dodatkowo należy podjąć działania zachęcające młodych do pozostania w kraju po tym, jak już uzyskają Prawo Wykonywania Zawodu.

Przygotowując się do ubiegłorocznej XXIV Ogólnopolskiej Konferencji Młodych Lekarzy, przeprowadziliśmy wśród naszych koleżanek i kolegów ankietę dotyczące ich poglądów na wyjazdy zagraniczne. Pytaliśmy zarówno studentów, lekarzy stażystów, jak i lekarzy w trakcie specjalizacji o to, czy planują wyjeżdżać i jaka jest ich motywacja. Okazało się, że prawie poło-

wa (43%) młodych lekarzy chciałoby wyjechać do pracy za granicę. 80% z nich chce wyjechać do innego kraju w Europie, a większość z nich pojechałaby do Wielkiej Brytanii, Niemiec i Skandynawii. Poza krajami Europy część osób deklarowała chęć wyjazdu do Australii i Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych, czy Zjednoczonych Emiratów Arabskich. Co ciekawe więcej osób myśli o wyjeździe do Australii niż do USA.

Podstawową kwestię prowadzącą do rozwiązania problemu jest uzyskanie odpowiedzi na pytanie – dlaczego młodzi lekarze tak licznie chcą wyjeżdżać? Odpowiadając na nie, studenci medycyny i stażyści najczęściej podawali możliwość realizacji specjalizacji, na którą ciężko dostać się w Polsce. Lekarze w trakcie specjalizacji zwracali uwagę głównie na potrzebę polepszenia warunków pracy, dopiero na drugim miejscu na lepsze zarobki. Patrząc łącznie na obie grupy, można stwierdzić, że lekarze szukają przede wszystkim lepszych warunków pracy, rozumianych nie jako lepsze wynagrodzenia, ale jako stałe (racjonalne) godziny pracy, rozsądną liczbę przepracowywanych dyżurów i brak konieczności pracowania w kilku miejscach jednocześnie. Dla młodych lekarzy ważna jest także możliwość dalszego kształcenia, jego dostępność i jakość. Potwierdzeniem wyników ankiety wydaje się liczba zaświadczeń niezbędnych do ubiegania się o pracę na terenie Unii Europejskiej wydawanych przez Izby Lekarskie. W 2014 r. wzrosła ona o 25% w stosunku do lat poprzednich – wydano ich łącznie 820. Co roku liczba ta odpowiadała liczbie trzech roczników absolwentów studiów medycznych jednej uczelni. Do 2014 r. wydano 11 tysięcy zaświadczeń od momentu przystąpienia Polski do Unii Europejskiej, co oznacza, że działania w kierunku wyjazdu z kraju podjęło tylu lekarzy, ilu przez 3 z tych 10 lat Polska wykształciła (ok. 3700 osób to roczna liczba absolwentów studiów medycznych w Polsce). Ciężko oszacować, jaki procent osób pobierających zaświadczenia rzeczywiście opuściło nasz kraj, ponieważ poza liczbą wydawanych zaświadczeń nie istnieją oficjalne dane na temat emigracji lekarzy [3]. Wśród osób udzielających odpowiedzi w naszej ankiecie 35% podjęło już kroki w celu wyjazdu. Pozostali na razie rozważają wyjazd.

Wnioski z tych danych są niepokojące. Bardzo duża grupa młodych lekarzy chce wyjechać z Polski i należy zrobić coś, co ich tutaj zatrzyma, ponieważ są potrzebni, ze względu na starzejące się kadry medyczne i długi czas oczekiwania pacjentów na wizytę u specjalistów. Nie można pomijać faktu, że zostali wykształceni w Polsce i tu chcieliby pracować, godnie żyć i mieszkać w swoim kraju. Ostatnio zamiast słyszeć o możliwościach rozwo-

ju w ojczyźnie mogli jedynie usłyszeć, że ich kraj chciałby, aby zapłacili za swoje uzyskane na bezpłatnych studiach wykształcenie, na które ciężko zapracowali. Co zatem należy zrobić? Z pewnością młodzi lekarze nie będą chętnie pracować w Polsce pod przymusem, dlatego pomysły odpracowywania studiów są nie do przyjęcia. Zgodnie z tym czego oczekują młodzi lekarze należy przede wszystkim uregulować zasady dotyczące zatrudniania, czasu pracy, nadgodzin, dyżurów i płac lekarzy, tak aby warunki pracy i płacy były lepsze. Trzeba umożliwić w jak największym i najlepszym stopniu dostęp do kształcenia podyplomowego, czyli dać czas i fundusze na rozwój młodego lekarza oraz zwiększyć liczbę rezydentur. Wiadomo, że w krajach zachodnich lekarze zarabiają więcej, i mimo, że wynagrodzenia jak widać nie są sprawą podstawową, to jednak istotną, bowiem bez godnych warunków bytowych nie można oczekiwać, że po studiach będą zostawali w Polsce. Młodzi, bardzo dobrze wykształceni, polscy lekarze są doceniani za granicą, nie tylko poprzez godziwe wynagrodzenia. Kwestia finansów jawi się w wyjątkowo szerokim aspekcie i dotyczy spraw przyziemnych (takich jak kredyty, mieszkania, utrzymanie rodziny), a jej skutkiem jest, tak jak w wielu innych grupach społecznych, występujący i postępujący wciąż niż demograficzny, późne lub brak macierzyństwa

lekarzek i poświęcanie innych aspektów życia, aby zdobyć specjalizację, nierzadko pracując za darmo na dopuszczalnej prawem umowie cywilnoprawnej, czyli tzw. wolontariat. Warto zwrócić uwagę na fakt, że dodatkowo fala migracji może w najbliższym czasie wiązać się z podniesieniem płacy minimalnej w Niemczech (od 1 stycznia 2015 r. zarobki lekarzy wzrosły średnio o 2,9%) [4]. Sprostanie oczekiwaniom młodych lekarzy to zadania dla władz na najbliższe lata, ponieważ zaniechania w tej kwestii mogą się okazać zgubne dla funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia, ale zarazem i dla demografii oraz gospodarki naszego kraju.

Agnieszka NIEMIRYCZ-MAKURAT

<https://www.mpips.gov.pl/aktualnosci-wszystkie/prawo-pracy/art,7587,minimalna-stawka-godzinowa-dla-umow-zleceń-12-zl.html>

http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#page83

<http://www.polskieradio.pl/42/273/Artykul/1360545,Alarmujacy-wzrost-liczby-lekarzy-wyjeżdżających-z-Polski>

<http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Przybywa-lekarzy-zainteresowanych-emigracją-zarobkową,148372,14,1.html>

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 4/16)

WRÓCIŁAM DO NORMALNEGO ŻYCIA

Kilka lat temu na tamach miesięcznika OIL w Warszawie „Puls” ukazał się cykl moich artykułów poświęconych różnym uzależnieniom. Po tych publikacjach spotykałem kolegów, którzy dziękowali mi za przybliżenie tej problematyki, co było korzystne zarówno dla ich pacjentów, jak i bliskich im osób, w tym kolegów lekarzy. Ostatnio, po opublikowaniu w „Gazecie Lekarskiej” artykułów poświęconych uzależnieniom wśród lekarzy, otrzymałem kilka bardzo interesujących listów. Napisali je m. in. koledzy i koleżanki, którym udało się powstrzymać chorobę. Jedną z nich była Bożena (w rzeczywistości autorka nosi inne imię).

Uznałem, że treść listu należy koniecznie udostępnić. Opisana historia jest bowiem charakterystyczna, a znajomość kolejnych etapów wchodzenia w uzależnienie może wielu osobom otworzyć oczy i tym samym spełnić rolę profilaktyczną. Daje także nadzieję tym, którzy jeszcze cierpią i nie wierzą w możliwość porażenia sobie z chorobą, jaką jest uzależnienie. Autorka wyraziła zgodę. Z przyczyn ode mnie niezależnych nie doszło do publikacji tego listu w „Gazecie Lekarskiej”, natomiast redakcja „Pulsu” przychylnie odniosła się do propozycji.

Myszę, że warto wracać do tematu, bowiem problemy związane z używaniem substancji psychoaktywnych (alkoholu, leków, narkotyków) może mieć u nas około 10%

lekarzy (na świecie 8–15%), czyli prawdopodobnie ponad 15 tys. kolegów, w tym na terenie naszej Izby – około 3 tys. Powinniśmy więc, jako środowisko, wiedzieć, jak im rozsądnie pomagać. Zdobyta wiedza może okazać się przydatna także dla naszych pacjentów.

W tym celu opracowałem „ściągawkę”, która pomaga zauważyć objawy świadczące o rozwijającym się uzależnieniu, wyjaśnia, dlaczego tak trudno przyznać się do niego i zdecydować na terapię, oraz podpowiada, jak rozmawiać o nim, jak interweniować i jak unikać błędów, które odwołają decyzję o zgłoszeniu się do specjalisty terapii uzależnień. Uzyskałem od prezesa OIL w Warszawie zgodę na opublikowanie jej w kolejnym numerze „Pulsu”, a tym samym kontynuowanie delikatnego, jednocześnie niezwykle ważnego tematu i umożliwienie, przynajmniej lekarzom z terenu naszej Izby, zapoznania się z bardzo przydatnymi materiałami.

Ponieważ zasygnalizowane zagadnienia powinni według mnie znać wszyscy lekarze, skłonny jestem udostępnić opracowane wskazówki także redakcjom innych wydawnictw izb lekarskich.

*Dr n med. Bohdan T. Woronowicz
pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy OIL w Warszawie,
psychiatra, specjalista i superwizor terapii uzależnień*

Mam prawie 60 lat. Pochodzę z rodziny, w której alkohol nie odgrywał szczególnej roli, gościł sporadycznie podczas spotkań towarzyskich i rodzinnych w niewielkich ilościach. Inicjacji alkoholowej w pracy doświadczyłam na stażu podyplomowym w roku 1981, na oddziałach zabiegowych. Kolega w podczas „spokojnego” dyżuru poczęstował mnie spirytusem. Do dziś pamiętam, jak bawiło go to, że się krztuszę i nie mogę złapać oddechu. Widziałam starszych kolegów po udanym zabiegu sięgających po trunek z darów wdzięcznych pacjentów. Byli to dobrzy fachowcy z tytułami naukowymi i sławą. Imponowało mi stanie „na hakach” w asyście do operacji u ich boku. Kiedyś, po skomplikowanym zabiegu, zostałam poczęstowana dobrym koniakiem. Do rana czułam się wyśmienicie. Tak odkryłam, że alkohol dodaje energii, a dyżurowy „przestój” nie jest tak nudny. Było na to przyzwolenie. Nawet nie przyszło mi do głowy, że to nieestosowne. Tak bywało wielokrotnie i nic się złego nie działo.

W stanie wojennym dyżurowałam dodatkowo na oddziale pomocy doraźnej. Tam już regularnie piłam z kolegami. Moje alkoholowe doświadczenia przeniosłam po pracy na grunt „bezpieczny”, czyli do domu. Umiiałam sobie nudne „robótki domowe” i dodawałam energii po ciężkich dyżurach. Rozpoczęłam specjalizację. W pracy nie piłam, ale po pracy odreagowywałam stres lub stosowałam alkoholowy doping. Po dyżurach w pogotowiu bywałam skacowana. Po dwóch latach pracy w szpitalu zaczęłam pić często w domu, miałam już objawy uzależnienia i sięgałam regularnie po alkohol dla poprawy fizycznego i psychicznego samopoczucia. Niepokoiło to mojego męża, więc postanowiłam więcej dyżurować, by ograniczyć picie. Strategia okazała się nieskuteczna, bo po dyżurowych maratonach i wymuszonej abstinencji wracałam do upijania się w domu. Nikt z kolegów nie zwrócił uwagi na moje gorsze funkcjonowanie, wszak nie miałam absencji w pracy, nie spóźniałam się. Byłam tylko coraz bardziej zmęczona, nadpobudliwa, degradacji ulegało moje życie rodzinne. W pracy stwarzałam pozory dyspozycyjnej, gorzej mi szło terminowe pilnowanie dokumentacji medycznej. Choroba pogłębiała się. Zaczęłam mieć silny głód alkoholowy podczas dyżurów, już nie wytrzymywałam 24-godzinnej przerwy w picu. Zaczęłam w ukryciu popijać alkohol – traciłam nad tym kontrolę. To było widać nawet po zmianach w charakterze mojego pisma. Jedyną osobą, która wtedy życzliwie ostrzegała, że moje picie nie jest normalne, była zaprzyjaźniona pielęgniarka, ale ignorowałam te uwagi. Wtedy raporty z dyżuru pisało się odręcznie i często mój raport był pisany chwiejnym, zmienionym pod wpływem alkoholu pismem. To także nie zwracało nikzyjjej uwagi, a przecież wszyscy widzieli wpisy w książce raportów, musieli też ode mnie czuć alkohol. Zbliżał się czas zdawania egzaminu specjalizacyjnego. Z dużym trudem na

rok bardzo ograniczyłam picie, ale byłam przygnębiona, dręczyły mnie koszmary, pogłębiły się zaburzenia snu. Maksymalna, całkowita przerwa w picu trwała sześć miesięcy. Ale na przyjęciu z okazji zdanych egzaminów do specjalizacji wypięłam toast. Inni zadowolili się kieliszkiem wina, ja nie poprzestałam na kolejnych lampkach koniaku, w domu musiałam zaraz się upić. Potem była już równia pochyła. Frustrujące, bo coraz bardziej nieudane próby kontrolowania picia, objawy depresji. W tym czasie jedynie raz rozmawiała ze mną życzliwie pani ordynator. Bardzo bałam się stracić pracę, bo tylko to dawało mi resztkę poczucia bycia potrzebną i wartościową osobą. Zapewniłam, że „panuję nad tym”. Rodzina izolowała się ode mnie, a ja od niej. Był rok 1992. Wymyśliłam sobie swój sposób na zapanowanie nad picciem. Wzięłam długi bezpłatny urlop. Przez tydzień odpoczywałam, potem piłam ciągami, złamałam sobie rękę, będąc pod wpływem alkoholu, więc okres przerwy w pracy znacząco się wydłużył. Wróciłam do pracy, ale źle się czułam, popijałam w ukryciu. Czujniejsza już pani ordynator podpowiedziała mi, abym zgłosiła się do psychiatry w przyszpitalnej poradni. To było trudne dla mnie, znałam wielu psychiatrów, z częścią się przyjaźniłam, bardzo wstydziłam się swojej „słabości” i cierpienia, jakiego przysparzałam mojej rodzinie. Nikt z zaprzyjaźnionych psychiatrów otwarcie nie podejmował tematu mojego picia, kilku z nich także nadużywało alkoholu. Wtedy zaczęto mnie leczyć pod przykrywką depresji na psychiatrycznym oddziale dziennym. Dostawałam leki przeciwdepresyjne, uczestniczyłam w zajęciach, a po trzytygodniowej abstinencji znowu popijałam w weekendy, w majestacie leczenia, na oddziale z ludźmi prawdziwie chorującymi na depresję, z zaburzeniami adaptacyjnymi i psychotykami w stanie remisji. Nikt, ani lekarze, ani psycholog, nie dotykali drażliwego tematu mojego picia, a psychiatrzy nie proponowali podjęcia leczenia odwykowego. Powiedziano mi tylko, że nie należy łączyć leków z alkoholem.

W końcu ktoś anonimowo zgłosił policji, że jestem nietrzeźwa na dyżurze w szpitalu. Był rok 1993 r. Policja interweniowała, pobrano mi na pogotowiu krew. W wydychanym powietrzu miałam 1,7 promila alkoholu. Sprawę zgłoszono do prokuratury oraz do sądu lekarskiego. Wtedy postawiono mi otwarcie ultimatum: muszę leczyć się od uzależnienia i wtedy nie stracę pracy. Najpierw umieszczono mnie na miesiąc na oddziale psychiatrycznym, włączono leki przeciwdepresyjne, potem podjęłam leczenie ambulatoryjne w poradni leczenia uzależnień. Kontynuowano farmakoterapię. Na proponowane leczenie w warunkach stacjonarnych nie zgodziłam się. Starałam się pogodzić pracę zawodową w szpitalu (odsunięto mnie tylko od dyżurów) i leczenie uzależnienia w trybie ambulatoryjnym, chodzenie na spotkania anonimowych alkoholików, prowadzenie domu. Z poczuciem winy było to trudne, ale doświadczyłam ulgi, moje picie przestało

być tematem tabu. Zostałam ukarana przez sąd karami grzywny i pozbawienia wolności na pół roku w zawieszeniu na dwa lata, a sąd lekarski dał mi karę upomnienia, bo wziął pod uwagę, że już jestem w trakcie terapii. Poniosłam konsekwencje karne, nie próbowałam ich unikać i przeciągać sprawy w sądzie. Mojego picia w pracy koledzy lekarze nigdy nie komentowali w mojej obecności, zaprzyjaźnione pielęgniarki wyliczały, ilu to innych lekarzy w naszej miejscowości pije bezkarnie, i dopypywały się życzliwie o postępy w leczeniu. Przełożeni dyskretnie monitorowali mój regularny udział w terapii ambulatoryjnej.

Po roku godzenia leczenia ambulatoryjnego z pracą zawodową w czasie urlopu wypoczynkowego znów sięgnęłam po alkohol. Chciałam bardzo poczuć się dobrze. Po wypiciu około 100 g wódki miałam dość, nie doświadczyłam nawet śladu poprawy nastroju, doznałam bolesnego rozczarowania. Coś jednak z terapii ambulatoryjnej uzależnienia i udziału w AA mi zostało, bo zgłosiłam się następnego dnia do psychiatrii. On profesjonalnie skierował mnie do poradni leczenia uzależnień, poprowadził dosłownie za rękę. Postawiono mi ultimatum: tylko leczenie w ośrodku stacjonarnym. Już nie chciałam pić, nie wiedziałam jednak, jak żyć bez alkoholu i jak uwolnić się od depresji. Przełożeni bardzo sekundowali mojemu leczeniu, nikt nie stwarzał mi trudności. Około miesiąca czekałam na przyjęcie do Ośrodka Terapii Uzależnień w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Potraktowano

mnie tam z szacunkiem i powagą. Dopiero tam, oderwana od pracy i domu, mogłam podjąć trud odbudowania swojego poczucia wartości. Zaproponowano mi wielomiesięczny plan leczenia i zdrowienia po hospitalizacji, w postaci uczestnictwa w zajęciach zapobiegających nawrotom choroby oraz w corocznych dwutygodniowych turnusach rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych.

Po latach doceniam konsekwentną postawę pracodawcy wobec mojej choroby: nie zwolniono mnie z pracy, tylko wymuszono zgodę na podjęcie leczenia, a później monitorowano jego przebieg. Niezwykle cenny był dla mnie długoterminowy program zdrowienia obejmujący m. in. turnusy rehabilitacyjne. Początkowo byłam ich uczestniczką, a później opiekunką tych turnusów. Niestety, tę unikatową formę leczenia oraz rehabilitacji osób uzależnionych i współuzależnionych, którą wprowadził pod koniec lat 80. dr Bohdan Woronowicz i która przywróciła do normalnego życia tak wiele osób, zlikwidowano.

Obecnie pracuję jako lekarz i specjalista psychoterapii uzależnień. Pomagam w zatrzymaniu choroby także moim kolegom lekarzom.

Bożena – lekarka, której się udało

List przesłany do dr Bohdana Woronowicza wraz ze zgodą na jego opublikowanie w „Pulsie”.

(przedruk z „Pulsu” nr 2/16)

ODESZLI OD NAS

DR N. MED. JERZY BIERNAT

Dr n. med. Jerzy Biernat urodził się w Uszwi w województwie krakowskim. Ukończył Liceum Ogólnokształcące w Brzesku, a w marcu 1963 r. uzyskał dyplom Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Krakowie. Po ukończeniu stażu podyplomowego rozpoczął pracę w Zakładzie Fizjologii Klinicznej Akademii Medycznej, a także w II Klinice Chorób Wewnętrznych. W 1968 r. uzyskał I stopień, a w 1971 r. – II stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych. W 1972 r. obronił pracę doktorską pod tytułem „*Wpływ biologicznie czynnych polipeptydów gastrynopodobnych na wydzielanie żołądkowe i powstawanie doświadczalnych wrzodów trawiennych*”.

W Klinice Chorób Wewnętrznych w Krakowie pracował do 1974 r., w ostatnich dwóch latach na stanowisku adiunkta. Jego dorobek naukowy z tego okresu to 68 prac naukowych i komunikatów prezentowanych na krajowych i zagranicznych konferencjach oraz zjazdach, m. in. w Wiedniu, Berlinie, Florencji, Rzymie, Genewie, Amsterdamie, Sztokholmie. Tematyka tych prac obej-

mowała główne problemy patofizjologii krążenia wieńcowego oraz wydzielania żołądkowego i trzustkowego. Dr Biernat był też współautorem trzech oryginalnych filmów naukowych o tematyce kardiologicznej, nagrodzonych na Expo w Montrealu w 1969 r. Trzykrotnie otrzymał nagrody naukowe Rektora Akademii Medycznej, a w 1973 r. otrzymał nagrodę naukową I stopnia Ministra Zdrowia.

1 czerwca 1974 r. rozpoczął się opolski rozdział w życiu Pana dr Biernata. Podjął wówczas pracę w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Opolu na stanowisku Zastępcy Ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych. W 1976 r. uzyskał specjalizację z gastroenterologii, po czym zorganizował w Opolu nowoczesną pracownię endoskopii gastroenterologicznej, wykonującą badania dla pacjentów z całej Opolszczyzny. W 1982 r. uzyskał specjalizację z kardiologii.

W 1996 r. objął stanowisko pierwszego Ordynatora nowego Oddziału Chorób Wewnętrznych w Wojewódzkim

Centrum Medycznym w Opolu, organizując ten oddział od podstaw. W 2002 r. został powołany na funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób wewnętrznych. Na stanowisku Ordynatora Oddziału pracował do 2004 r., po czym kontynuował swoją działalność w Poradni Gastrologicznej WCM Opole.

Dr Biernat wychował wielu specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych. Pod jego kierunkiem I stopień specjalizacji uzyskało 10 osób, II stopień – 15 osób.

Od początku swojej działalności zawodowej był aktywnym członkiem Towarzystwa Internistów Polskich, początkowo Oddziału Krakowskiego, następnie Opolskiego. W latach 1986–2004 był Przewodniczącym Zarządu Oddziału Opolskiego, a w latach 1992–1998 – członkiem Zarządu Głównego. W latach 1991–1996 był też członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii. Zorganizował ok. 150 konferencji regionalnych TIP, w tym 20 konferencji ogólnopolskich. Szczególnymi wydarzeniami, organizowanymi przez Pana dr Biernata były: V Kongres Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii w 1991 r., XXXI Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich w 1992 r., Konferencja z okazji

40-lecia Oddziału Opolskiego TIP pod tytułem „Medycyna wewnętrzna u progu XXI wieku” w 2004 r., a także dwie Polsko-Czeskie Konferencje Internistyczne w Nysie w 1992 r. oraz w Polanicy w 2001 r.

Za zasługi na polu szkolenia podyplomowego oraz dużą aktywność Oddziału Opolskiego TIP został wyróżniony Medalem TIP, Medalem im. Mikołaja Kopernika, Medalem Międzynarodowego Towarzystwa Schweitzrowskiego, a w 2004 r. otrzymał Honorową Odznakę „Za zasługi dla Województwa Opolskiego”. W 2006 r. w uznaniu swej działalności zawodowej, naukowej, organizacyjnej i dydaktycznej dr Biernat otrzymał tytuł Członka Honorowego Towarzystwa Internistów Polskich.

Aktywna, ponad 40-letnia, działalność Pana dr n. med. Jerzego Biernata dobrze przysłużyła się promowaniu wiedzy i postępów w zakresie chorób wewnętrznych i gastroenterologii dla dobra tak pacjentów, jak i lekarzy tych specjalności.

(Dr Jerzy Biernat zmarł w dn. 15. grudnia 2015 r. – przyp. Red.)

NOWOŚCI WYDAWNICZE

Edra Urban & Partner, Sp. z o.o.
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia:
ksiegarnia@edraurban.pl
tel.: 42/680-44-09,
fax: 42/680-44-86



Pediatrya Crash Course

R. Kapoor, K. Barnes
wyd. IV, red. M. Czerwionka-Szaflarska, rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-29-8, format: 175 x 252, opr. broszurowa, 300 stron, cena: 61.19 zł (136 EUP pkt)

Seria podręczników Crash Course to idealne antidotum na stres egzaminacyjny. Dzięki

ki niej zaoszczędzisz czas i zyskasz pewność, że dysponujesz zebranymi w jednym miejscu informacjami, których potrzebujesz, aby zaliczyć zajęcia z danej dziedziny i zdać egzamin.

Formuła serii sprawdza się od ponad 15 lat. Niezwykle przejrzysta forma podręczników, liczne tabele, ryciny i zestawienia są tak przemyślane, aby zainteresować studenta i ułatwić mu naukę.

Autorami są studenci i nauczyciele akademicki, czyli osoby, które doskonale wiedzą, na czym polega zdawanie egzaminu i jaki zakres materiału należy przyswoić, aby ten cel osiągnąć. Ani na chwilę nie zapominają oni o potrzebach swoich czytelników. Podkreślają i dowcipnie obrazują najważniejsze informacje, podają najczęściej spotykane pytania egzaminacyjne, pomijają zaś rzeczy zbędne i nieistotne.

W nowym wydaniu zmodyfikowano kolejność rozdziałów, przesuując na początek podręcznika informacje dotyczące wywiadu i badania przedmiotowego. Zaktualizowano również część testową, pomagającą w powtórkach materiału. Obecnie składa się ona z testów wielokrotnego wyboru oraz zadań na przyporządkowanie typu rozszerzonego, co odzwierciedla aktualną postać egzaminu.

Zachowano natomiast najważniejszą cechę serii, czyli praktyczne podejście do pediatrii, co widoczne jest w zmodyfikowanej treści rad i wskazówek. Książka Crash Course. Pediatrya jest adresowana przede wszystkim do studentów, lecz stanowi także nieocenione źródło informacji dla rezydentów oraz dla lekarzy innych specjalności pragnących specjalizować się w pediatrii.



Terapia manualna kręgosłupa

K.A. Olson; wyd. II, M. Kuszewski; rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-13-7, format: 215 x 285, opr. broszurowa, 423 strony, cena: 117.00 zł (260 EUP pkt)

Niniejsza publikacja jest skierowana do początkujących i już praktykujących terapeutów manualnych, którzy chcieliby udoskonalić i rozwijać swój warsztat terapeutyczny oraz aktualizować wiedzę. Powinna zainteresować zarówno uczestników szkoleń

z zakresu terapii manualnej i fizjoterapii ortopedycznej, jak i prowadzących te szkolenia – zawiera bowiem opis sposobów nauczania i skutecznego stosowania terapii manualnej w praktyce. Może okazać się pomocna także studentom fizjoterapii, fizjoterapeutom oraz wykładowcom i nauczycielom akademickim. Polecana jest również wykwalifikowanym masażystom oraz tym, którzy zajmują się leczeniem następstw wszelkiego rodzaju uszkodzeń układu ruchu.

W publikacji m. in.:

- diagnostyka i leczenie manualne dysfunkcji poszczególnych okolic anatomicznych kręgosłupa oraz stawu skroniowo-żuchwowego;
- opis skutków ubocznych i przeciwwskazań do stosowania leczenia manualnego;
- liczne ilustracje i zdjęcia ukazujące pozycję i układ rąk terapeuty, a także ułożenie ciała pacjenta;
- opisy przypadków klinicznych i ich leczenia;
- płyta DVD – dodatkowe źródło informacji pomocne w opanowaniu wielu technik diagnostycznych i terapeutycznych.



Badanie palpacyjne układów mięśniowego i kostnego z uwzględnieniem punktów spustowych, stref odruchowych i stretchingu

J.E. Muscolino; wyd. II, red. Z. Śliwiński; rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-18-2, rmat: 210 x 275, opr. broszurowa, 557 stron, cena: 198.00 zł (440 EUP pkt)

„Jestem przekonana, że to właśnie ta książka pomoże nowemu pokoleniu terapeutów uzyskać efekt poprawy jakości życia pacjentów”.

Słowo wstępne – Ruth Werner

Publikacja jest skierowana do studentów fizjoterapii, fizjoterapeutów, wykwalifikowanych masażystów, rehabilitantów oraz lekarzy zajmujących się medycyną manualną. Polecana jest też tym, którzy zajmują się leczeniem następstw wszelkiego rodzaju uszkodzeń układu ruchu.

W podręczniku m.in.:

- anatomia, fizjologia oraz terapia mięśniowo-powięziowych punktów spustowych;
- opisy badania palpacyjnego kości i mięśni;
- omówienie podstawowych i zaawansowanych technik stretchingu oraz możliwości ich zastosowania w praktyce terapeutycznej;
- wskazówki ułatwiające zastosowanie poprawnej mechaniki ciała;
- ilustracje struktur mięśniowo-szkieletowych w ich rzeczywistym ułożeniu w czasie wykonywania badania palpacyjnego;

- pytania kontrolne do samodzielnego sprawdzania wiedzy



Triage. Ratunkowa segregacja medyczna

K. Mackway-Jones, J. Marsden, J. Windle; wyd. II, red. J. Jakubaszko; rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-08-3, format: 155x233, opr. broszurowa, 172 strony, cena: 62.10 zł (138 EUP pkt)

„W polskim piśmiennictwie medycznym nie było dotychczas tak szerokiego opracowania w tym zakresie, a rosnące kadry specjalistów medycyny ratunkowej, rosnąca liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych i ich codzienna praktyka jednoznacznie wskazują na pilną potrzebę popularyzacji i wdrażania klinicznych zastosowań nowoczesnych technik ratunkowej segregacji medycznej.

Oddawane do rąk czytelników polskie opracowanie książki Triage. Ratunkowa segregacja medyczna przybliży te zagadnienia praktykom medycyny ratunkowej i z pewnością uporządkuje te działania w na szczych oddziałach ratunkowych. Należy jednak zdawać sobie sprawę, że śródszpitalna ratunkowa segregacja medyczna jest zjawiskiem stosunkowo nowym w praktyce polskich szpitali i będzie podlegała szybkiej ewolucji ku poprawieniu funkcjonowania oddziałów ratunkowych, jak również zwiększeniu satysfakcji pacjentów przez nie przeżywających”.

Prof. dr hab. n. med.

Juliusz Jakubaszko

Prezes Polskiego

Towarzystwa Medycyny

Ratunkowej

OGŁOSZENIA



IV Ogólnopolski Kongres Starzenia się, Gdańsk, 13–14 maja 2016 r.

Podczas IV Ogólnopolskiego Kongresu Starzenia się wielu uznanych wykładowców przedstawi zagadnienia nie tylko z dziedziny kardiologii, hipertensjologii czy psychiatrii, lecz także neurologii (zespoły otępienne) czy gastroenterologii (choroba uchyłkowa jelit, zapalenie błony śluzowej żołądka itd.). W tym roku poruszy-

my tematy, które dotychczas nie były omawiane, również z dziedziny okulistyki (zaćma, jaskra, suche oko, AMD), endokrynologii, angiologii czy hematologii.

Podczas Kongresu przedstawiony zostanie także bardzo istotny problem – leczenie bólu u osób starszych leczonych onkologicznie oraz z bólem przewlekłym. Istotną częścią tegorocznej edycji będą warsztaty z zakresu badań EKG, USG oraz leczenia ran.

Termin: 13–14 maja 2016 r.

Miejsce: Centrum Kongresowe PFB, ul. Ołowianka 1, 80-751 Gdańsk

Kierownik Naukowy: prof. dr hab. Tomasz Grodzicki

Organizator: Wydawnictwo Termedia

Patronat merytoryczny i nadzór naukowy: Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medium

Biuro organizacyjne: Wydawnictwo Termedia ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl

* * *



Wiosenna Szkoła Tyreologii, 20–21 maja, Międzyzdroje

20 i 21 maja zapraszamy Państwa do udziału w Wiosennej Szkole Tyreologii. Spotkanie połączone będzie z obchodami 25-lecia Kliniki Endokrynologii i Chorób Metabolicznych ICZMP.

Termin: 20–21 maja 2016

Miejsce: Amber Balic, Promenada Gwiazd 1, 72-500 Międzyzdroje

Kierownik naukowy: prof. dr hab. med. Andrzej Lewiński

Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy: Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych ICZMP i Polskie Towarzystwo Tyreologiczne

Organizator wykonawczy: Wydawnictwo Termedia

Biuro organizacyjne: Wydawnictwo Termedia ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl

* * *



Zachęcamy do zapoznania się z najnowszymi trendami w ortopedii dziecięcej podczas **XXVI Sympozjum Sekcji Ortopedii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego – Nowoczesne Rozwiązania w Ortopedii Dziecięcej**. Tematyka spotkania dotyczyć będzie nowatorskich metod operacyjnych w ortopedii dziecięcej oraz złamań nasad kości długich u dzieci. W ramach Sympozjum zostanie przeprowadzony kurs na temat nowoczesnych metod leczenia wad wrodzonych kończyn dolnych – stanowiący przedsmak sesji naukowych.

Termin: 19–21 maja 2016 r.

Miejsce: Poznań, IBB Andersia Hotel, plac Andersa 3

Organizator: Wydawnictwo Termedia

Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy: Sekcja Ortopedii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego i Katedra Ortopedii

i Traumatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Kierownik Naukowy: prof. dr hab. Marek Józwiak

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego: dr n. med. Maciej Idzior

Patronat: Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu prof. dr hab. Jacek Wysocki

Patronat honorowy: Marszałek Województwa Wielkopolskiego Marek Woźniak

Biuro organizacyjne: Wydawnictwo Termedia ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl

* * *

WCZEŚNIACTWO, AKTUALNY PROBLEM DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZY

W dniach 9–10 września 2016 r. odbędzie się w Bydgoszczy kolejna już edycja Konferencji Naukowo-Szkoleniowej, pod tytułem „**Wcześnieństwo, aktualny problem diagnostyczno-leczniczy**”. Tegoroczna konferencja jest kontynuacją spotkań, które wcześniej odbywały się w Tarnowie, jednak z uwagi na ogromne zainteresowanie personelu medycznego z całej Polski została przeniesiona do Bydgoszczy.

W 2015 r. konferencja poświęcona była problemom hematologicznym okresu noworodkowego i dziecięcego. Relacje z konferencji w postaci zdjęć z wykładów i warsztatów są dostępne na stronie Organizatorów: www.alka-tech.com.pl.

W roku bieżącym tematem przewodnim konferencji będzie wcześnieństwo. Jest to jeden z najważniejszych problemów, z którym aktualnie musi zmagać się środowisko medyczne, zarówno lekarskie jak i pielęgniarskie. Swój udział w konferencji zapewnili czołowi specjaliści w tej dziedzinie, którzy przedstawiają najnowsze trendy w zakresie diagnostyki, leczenia i opieki nad wcześniakami.

Wykładom będą towarzyszyły warsztaty specjalistyczne, które umożliwią poznanie najnowocześniejszego sprzętu medycznego wykorzystywanego w opiece nad najmłodszymi pacjentami.

Koszt uczestnictwa (udział w wykładach i warsztatach, lunch, przerwa kawowa, materiały konferencyjne): od 95 do 145 zł brutto – w zależności od terminu dokonanej wpłaty (95 zł do końca kwietnia 2016).

Rejestracja uczestników odbywa się elektronicznie, poprzez formularz zgłoszeniowy na stronie internetowej Organizatorów: www.alka-tech.com.pl.

* * *

V MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W LEKKIEJ ATLETYCE

W dniu 2–3 lipca 2016 r. na Stadionie Miejskim w Opolu odbędą się V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce. Zawody organizowane będą równolegle z 26 Mistrzostwami Polski Weteranów w Lekkiej Atletyce.

Osoba uczestnicząca w zawodach może być klasyfikowana podwójnie (kobieta, która ukończyła 30, a mężczyzna 35 rok życia) zarówno w mistrzostwach weteranów, jak i lekarzy. Klasyfikacja lekarzy odbywać się będzie w kategorii „open”.

Medale mistrzostw w poszczególnych konkurencjach otrzymają najlepsi po przeliczeniu wyników na punkty, z uwzględnieniem kategorii wiekowych stosowanych w sporcie weteranów.

Rywalizacja w MPL odbywać się będzie w następujących konkurencjach: 100, 200, 400, 1500, 5000, skok w dal, skok wzwyż, trójskok, pchnięcie kulą, rzut dyskiem, rzut oszczepem, rzut młotem. Możliwe jest poszerzenie zakresu konkurencji w sytuacji dodatkowego zainteresowania udziałem w konkurencjach nie ujętych w wykazie.

Osoby chętne do udziału w Mistrzostwach proszone są o kontakt z organizatorem mistrzostw: telefoniczny 504-101-375 lub e-mail julekp@onet.pl. Komunikat organizacyjny i karta zgłoszenia do mistrzostw dostępne na stronie WWW.pzwla.pl.

*Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego 5 MPL
Lek. med. Julian PEŁKA K-P OIL Toruń*
* * *

I MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W WIELOBOJACH RZUTOWYCH I PENTATHLONIE

W dniu 18 czerwca 2016 r. na Stadionie Miejskim w Toruniu, ul. gen. J. Bema 23/29 odbędą się I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wielobojach Rzutowych i Pentathlonie. Zawody organizowane będą równolegle z Mistrzostwami Polski Weteranów w Pięcioboju Lekkoatletycznym i Mistrzostwami Polski Weteranów w Wielobojach Rzutowych. Osoba uczestnicząca w zawodach może być klasyfikowana podwójnie (kobieta, która ukończyła 30, a mężczyzna 35 rok życia) zarówno w mistrzostwach weteranów, jak i lekarzy. Klasyfikacja lekarzy odbywać się będzie w kategorii „open”.

Medale mistrzostw w poszczególnych konkurencjach otrzymają najlepsi – kobiety i mężczyźni, po przeliczeniu wyników na punkty, z uwzględnieniem kategorii wiekowych stosowanych w sporcie weteranów.

Rywalizacja w MPL odbywać się będzie w następujących konkurencjach:

Wieloboje rzutowe
pięciobój rzutowy –kula, dysk, oszczep, młot, ciężarek

Pentathlon (pięciobój klasyczny – skok w dal, rzut oszczepem, 200 m, rzut dyskiem, 1500 m).

Osoby chętne do udziału w Mistrzostwach proszone są o kontakt z organizatorem mistrzostw: telefoniczny 504-101-375 lub e-mail julekp@onet.pl. Komunikat organizacyjny i karta zgłoszenia do mistrzostw dostępne na stronie WWW.pzwla.pl.

*Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
Lek. med. Julian PEŁKA K-P OIL Toruń*

* * *

Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku zatrudni lekarza laryngologa oraz lekarza pediatrę do pracy w oddziale. Forma zatrudnienia dowolna. Zainteresowanych lekarzy prosimy o kontakt:

tel. 77/417-35-00 lub 77/417-35-04, e-mail: sekretariat@pczszpitalkluczbork.pl.

* * *

Stobrowskie Centrum Medyczne sp. z o.o. z siedzibą w Kup zatrudni lekarzy ze specjalizacją z interny lub pokrewnej dziedziny medycyny na stanowisku:

Kierownika Izby Przyjęć (lekarza Izby Przyjęć);
lekarza Oddziału Chorób Wewnętrznych;
lekarza dyżurnego pionu internistycznego.

Dowolna forma zatrudnienia i bardzo atrakcyjne warunki finansowe. Kontakt: kadry@szpital-kup.eu; tel.77/40-32-851 lub 691-100-936.

* * *

Stobrowskie Centrum Medyczne sp. z o.o. z siedzibą w Kup pilnie zatrudni lekarza pulmonologa do pracy na Oddziale Chorób Płuc i na dyżury. Bardzo dobre warunki finansowe. Forma zatrudnienia dowolna. Kontakt: kadry@szpital-kup.eu, tel.77/40 32 851 lub 691-100-936

* * *

Poszukujemy kandydatów na stanowisko: **Lekarza Specjalisty Chorób Wewnętrznych.**

Wymagania niezbędne:

Wykształcenie wyższe, dyplom lekarski

Minimum 2 letnie doświadczenie zawodowe

Specjalizacja z zakresu chorób wewnętrznych

Wymagania dodatkowe:

Umiejętność szybkiego podejmowania decyzji,

Odpowiedzialność, systematyczność, terminowość, dobra organizacja pracy, komunikatywność, umiejętność pracy w grupie.

Dyspozycyjność i zaangażowanie

Wymagane dokumenty i oświadczenia:

Życiorys i list motywacyjny,

Kopie dokumentów potwierdzających wykształcenie,

Oświadczenia kandydata o korzystaniu z pełni z praw publicznych i o niekaralności za przestępstwo popełnione umyślnie,

Oświadczenie kandydata o niekaralności za przestępstwo skarbowe popełnione umyślnie,

Kopia dowodu osobistego lub oświadczenie o posiadaniu obywatelstwa polskiego,

Oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych do celów rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r.o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. nr 101, poz.926 ze zm.).

Zainteresowanych prosimy o składanie dokumentów w siedzibie **Prudnickiego Centrum Medycznego S.A.**, ul. Szpitalna 14, 48-200 Prudnik. Szczegółowe informacje tel.: (77)4067890, e-mail: pcm@pcm.prudnik.pl

* * *

POSZUKUJEMY
KANDYDATÓW
NA STANOWISKO:
**Ordynatora Oddziału Chorób
Wewnętrznych**

Wymagania niezbędne:

- Wykształcenie wyższe, dyplom lekarski
- Minimum 5 letnie doświadczenie zawodowe
- Specjalizacja z zakresu chorób wewnętrznych

Wymagania dodatkowe:

- Umiejętność szybkiego podejmowania decyzji,
- Odpowiedzialność, systematyczność, terminowość, dobra organizacja pracy, komunikatywność, umiejętność pracy w grupie.
- Dyspozycyjność i zaangażowanie

Wymagane dokumenty

i oświadczenia:

- Życiorys i list motywacyjny,
- Kopie dokumentów potwierdzających wykształcenie,
- Oświadczenia kandydata o korzystaniu z pełni z praw publicznych i o niekaralności za przestępstwo popełnione umyślnie,
- Oświadczenie kandydata o niekaralności za przestępstwo skarbowe popełnione umyślnie,
- Kopia dowodu osobistego lub oświadczenie o posiadaniu obywatelstwa polskiego,
- Oświadczenie kandydata o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych do celów rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. nr 101, poz.926 ze zm.).

Zainteresowanych prosimy o składanie dokumentów w siedzibie **Prudnickiego Centrum Medycznego S.A.**, ul. Szpitalna 14, 48-200 Prudnik. Szczegółowe informacje tel: (77)4067890, e-mail: pcm@pcm.prudnik.pl

* * *

**Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej „Śródmieście”
w Opolu** pilnie poszukuje lekarza
do świadczenia usług w **Poradni
Pediatricznej POZ**. Tel. kontaktowy
77/44-120-72.

* * *

**Zespół Opieki Zdrowotnej
w Nysie** zatrudni lekarza specja-
listę w dziedzinie radiologii i dia-
gnostyki obrazowej. Kontakt: kadry
- tel. 77/408-78-49, Kierownik Za-
kładu Diagnostyki Obrazowej – tel.
77/408-79-46.

* * *

Wynajmę gabinetu lekarskie
w budynku przychodni „TAR-MED”
Sp. lekarzy w Tarnowie Op., ul. Świer-
czewskiego 1. Kontakt – 77/403-22-
95; 608-509-015; 608-509-016.

* * *

**Wynajmę nowe gabinety lekar-
skie** w centrum Opolu. Kontakt tele-
foniczny: 508-202-754.

* * *

**LEKARZ SPECJALISTA –
LEKARZ BEZ SPECJALIZACJI**

Centralny Szpital Kliniczny MSW
w Warszawie

ZATRUDNI

**w Klinice Neurologii lekarzy
specjalistów, w trakcie specja-
lizacji albo chcących specjalo-
wać się w podanej dziedzinie.**

Warunki finansowe pozostają do
uzgodnienia. Wymagana dyspozy-
cyjność.

Oferty zawierające CV prosimy kie-
rować na adres e-mail: maria.barcikowska@cskmswia.pl

*Odpowiadamy tylko wybranym
kandydatom.*



BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, www.izbalekarska.opole.pl; nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

REDAKCJA: Jerzy Lach. OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X



Sieć nowoczesnych placówek medycznych Blue Medica wynajmie w pełni wyposażony blok operacyjny zlokalizowany w Prywatnym Szpitalu Blue Medica w Jastrzębiu-Zdroju.

- Oszczędność stałych kosztów
- Dostęp do nowoczesnej technologii
- Współpraca z wykwalifikowanym personelem

Kontakt: **+48 512 99 88 17**



Poland, Poznań
September 7-10. 2016



**Annual
World
Dental
Congress**

Face the world with a smile!



IX Sympozjum „Dylematy etyczne w praktyce lekarskiej”

Czy lekarz może pomóc choremu umrzeć?

19 maja 2016, Kraków, Teatr im. Juliusza Słowackiego

Organizator: Medycyna Praktyczna

Współorganizatorzy:

Komisja Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej
Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie
Towarzystwo Internistów Polskich
Międzywydziałowy Instytut Bioetyki Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie

Współpraca: American College of Physicians

Komitet organizacyjny:

Dr n. med. Piotr Gajewski (przewodniczący, Redaktor naczelny Medycyny Praktycznej)
Prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela (Prezes-elekt Towarzystwa Internistów Polskich)
Dr hab. n. med. Jacek Imiela (Prezes-elekt Towarzystwa Internistów Polskich)
Dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik (Prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie)
Dr Małgorzata Krajnik (Prezes Bonifaterskiej Fundacji Dobroczynnej)
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Matyja (Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie)
Dr hab. Andrzej Muszala (Dyrektor Międzywydziałowego Instytutu Bioetyki Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie)
Dr hab. n. med. Andrzej Wojnar (Przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej)



Cele sympozjum:

- wskazanie roli lekarzy w opiece nad chorymi umierającymi
- ocena znaczenia różnych interwencji, takich jak wzmacnianie godności umierającego oraz sposobów reagowania lekarzy na prośby chorych o przyspieszenie śmierci

Program

10.00–16.00

Współczesne umieranie i możliwe sposoby udzielania pomocy umierającemu choremu przez lekarza

dr hab. Małgorzata Krajnik, prof. UMK (Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy)
Tematyka: szczególne wyzwania okresu umierania we współczesnej medycynie; interwencje stosowane w różnych krajach w stosunku do osób umierających.

Znaczenie duchowości w okresie umierania chrześcijanina

Ks. Arcybiskup Henryk Hoser SAC
Tematyka: do czego może się odwołać lekarz w zakresie duchowości chorego chrześcijanina, żeby lepiej się nim opiekować; co może przeskądzać a co pomagać w sterze duchowości w okresie umierania?

Znaczenie duchowości w okresie umierania osób niewierzących w Boga

prof. Carlo Legat (University of Humanistic Studies, Utrecht, Holandia; Wiceprezydent European Association for Palliative Care [EAPC], Przewodniczący EAPC Taskforce on Spiritual Care in Palliative Care)
Tematyka: gdy chory niewierzący w Boga prosi o śmierć – do czego można się odwołać w zakresie jego duchowości; co może pomóc lekarzowi opiekować się takim chorym.

Duchowość chorego, jego pełnomocnika i duchowość lekarza w procesie podejmowania decyzji pod koniec życia

prof. Daniel Sulmasy (Department of Medicine and Divinity School, University of Chicago, USA)
Tematyka: podejmowanie decyzji medycznych pod koniec życia; rezygnacja z terapii podtrzymujących życie – zaprzestanie terapii daramnej czy przyspieszenie śmierci; jak lekarz ma sobie radzić ze swoimi wątpliwościami i niepokojami w sterze duchowej; konflikt duchowości pacjenta lub jego pełnomocnika i lekarza w odniesieniu do podejmowanych decyzji medycznych.

Czy i jak lekarz może pomóc choremu, który prosi o śmierć

prof. Raymond Voltz (Department of Palliative Medicine, University of Cologne, Kolonia, Niemcy)
Tematyka: co się kryje za prośbą chorego o przyspieszenie śmierci; międzynarodowe stanowisko w sprawie definicji prośby o przyspieszenie śmierci – w jaki sposób lekarz może odpowiedzieć na taką prośbę, jakie interwencje mogą być pomocne.

Pełnomocnik medyczny w Polsce – propozycja Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych

Konka Życia
dr hab. Marek Czarowski (Warszawski Uniwersytet Medyczny, Ośrodek Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej)
Tematyka: propozycja powołania pełnomocnika medycznego; w jaki sposób może wpłynąć na sposób postępowania lekarza w stosunku do umierających chorych w Polsce.

Regulacje prawne w Polsce związane z okresem umierania

– czy lekarz pozwalający choremu umrzeć jest bezpieczny?
dr n. prawn. Małgorzata Szeroczyńska (Prokuratura Rejonowa Warszawa-Mokotów w Warszawie)
Tematyka: co jest w Polsce uregulowane prawnie w odniesieniu do decyzji medycznych w okresie umierania; co lekarz może zrobić, aby czuć się „bezpiecznym” w opiece nad chorym umierającym.

Godność ukryta w umieraniu – sposoby wzmacniania godności umierającego chorego przez lekarza

prof. Harvey Max Chochinov (University of Manitoba, Kanada; Manitoba Palliative Care Research Unit)
Tematyka: co kryje się pod słowem „godność” w umieraniu; jak lekarz może wzmacniać godność umierającego.

Gdy umierający ma do wyboru samobójstwo wspomagane lub opiekę paliatywną

– czy można coś zrobić, aby chciał jednak żyć?
dr Piotr Sobiechowski (Palliativzentrum Hildesheim, Bazylika, Szwajcaria)
Tematyka: historie chorych z codzienną pracą lekarza medycyny paliatywnej w Szwajcarii.

Dyskusja panelowa

Zgłoszenia

Medycyna Praktyczna – Dział Szkoleń,
Cholewczyn 445, 32-060 Liszki,
tel.: 12 293 40 04, e-mail: etyka@mp.pl

Udział w konferencji jest bezpłatny po wcześniejszej rejestracji.
Uczestnicy Sympozjum otrzymują 6 punktów edukacyjnych.