



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Marzec 2021

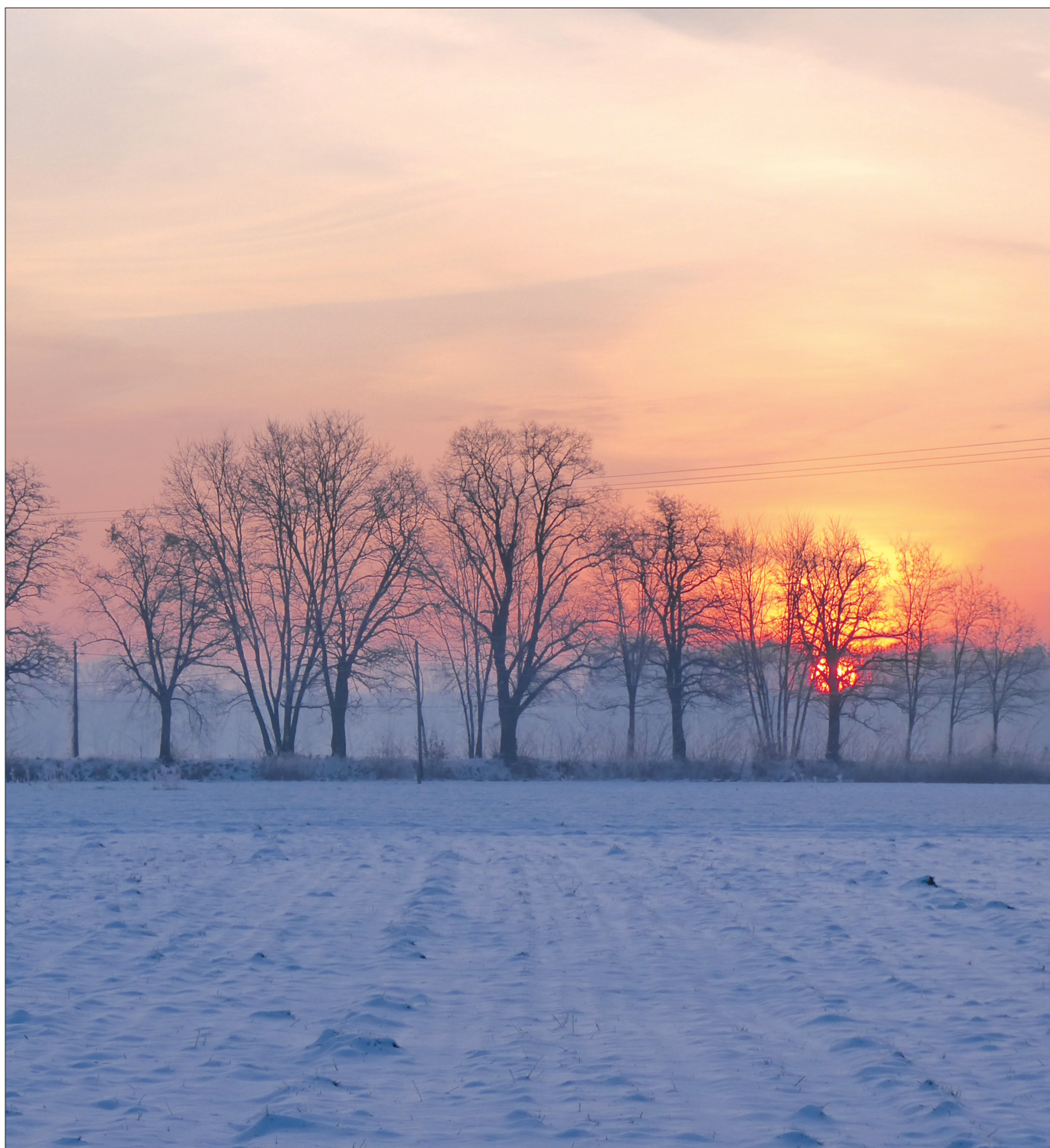
ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 291

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

[www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)



zdj. Jerzy Lach



# POMIĘDZY

Franciszek Starowieyski (1930-2009) malował nieprzynależnych, już wytrąconych z życia, ale jeszcze bez obywatelstwa krainy „potem”. Bohaterowie jego obrazów, zawieszeni w gęstej, lepiącej mazi między – światów, są zbyt słabi aby żyć i zbyt silni na życie po życiu. Iluż takich dogasa dziś w szpitalach i w domach opieki bez opieki. Pozbawieni spojrzenia, dłoni wsuniętej w dłoń, na próżno wyczekają bliskich. Na próżno wyglądają kogoś, kto ich odprowadzi do drzwi czyścica czy Hadesu.

Przebywają w krainie „pomiędzy”. Łóżko w łóżko, świadomość obok nieprzytomności, żal, ból, cierpienie obok innego żalu, bólu, cierpienia. Śpiączka obok pełnego obaw wyczekiwania, młodość obok starości, ciało nietknięte skalpelem obok ciała wytatuowanego przez lekarzy, wypatroszonego z kiszek, nerek i wątroby. W krainie „pomiędzy” nie ma wyróżnionych ani napiętnowanych, wywyższonych ani poniżonych. Są tylko opuszczeni, niegotowi, powołani w zaświaty nie w porę. Oni krzyczą bezgłośnie: Nie ta chwila! Nie ten czas!

Kiedy oglądałam obrazy Starowieyskiego zdaje mi się, że przewidział dzisiaj, że jego obłądna wyobraźnia podpowiedziała mu nasz świat. Świat ludzi onieśmiałonych, zagubionych, struchlałych ze strachu, idących samotnie, choć w tłumie, do nieznanych, cudzych bram.

Pewnego dnia Starowieyski zobaczył w muzeum d’Orsay Pracownię malarza Gustave’a Courbета; artysta maluje tam obraz a towarzyszą mu naga modelka i publiczność. Niedługo potem stworzył swój Teatr Rysowania. Zauważyłem, że publiczne robienie sztuki daje mi rodzaj koncentracji nieosiągalnej w samotności – tłumaczył. Jego spektakle trwały kilka dni, odbywały się w różnych miastach Polski. Widzowie siedzieli na podłodze, w pomieszczeniu panował półmrok, snop światła padał na olbrzymie blejtramy

– malarską scenę, na której rozgrywał się spektakl. Starowieyski miał na sobie luźną koszulę i spodnie związane grubym sznurem. Wdrapywał się na drabinę, zeskakiwał, mrużył oczy, tu coś nachlapał, tam zaczernił, gdzieś dorysował kosmodrom, gdzieś turbinę, gdzieś pompę transfuzyjną. Cały czas przy tym opowiadał. Grzebał w pamięci i wyjmował z niej zdarzenia, budował nastrój, zawieszał głos, mruczał pod nosem i znów snuł baśni. Jednocześnie kreślił koła, elipsy, trójkąty i zaludniał płótna postaciami.

Na jednym z rysunków naga kobieta. Zamiast głowy ma skrzydła albo ich szkielety, badyle sterczące na wszystkie strony. To ona prowadzi procesję, dziwny pochod ludzi zrosniętych ze sobą, którzy wpadają na siebie, potykają się, rozpychają łokciami. Tracą osobność. Tam nagość ociera się o nagość, sflaczało ciało dotyka młodzieńczych muskułów. Znikły granice, ktoś się odwrócił plecami, ktoś upadł i nie wstaje. Bo każdy chce być ostatni. I ten oldboj, dziadyga, gruchot, który coś przeżuwa bezzębnymi szczękami; dopiero co zasmakował życia, a już trzeba się zbierać do wyjścia. I prostytutka z placu Świętego Sebastiana woli przeczekać, i bułgarska nauczycielka (odkąd straciła pracę, bardzo zbrzydła) nie zamierza dojść pierwsza, ani psychoterapeutka, ani jej pacjent, ani nawet jego depresja nie szukają tam dla siebie miejsca.

Trudno odróżnić narodziny od upadku, zwycięzców od uchodźców, wierzących od wątpiących. Wszyscy wirują, kręcą się w kółko, udają, że żyją naprawdę, że to nie jest świat zjaw i duchów, ale drugi ład. Życie po życiu. Potem. A nie kraina „pomiędzy”.

Agnieszka KANIA



„Chaos przez zagładę w obecności jaja wieczności” - Franciszek Starowieyski obraz z Muzeum Narodowego w Szczecinie.



No i za chwilę będziemy mieli wiosnę!!! Czy znacząco odmienni ona panującą sytuację? Myślę, że – wraz z postępującą (opornie i z zaburzeniami) akcją szczepień – na pewno wpłynie pozytywnie na nasze samopoczucie. Natomiast co do pandemii należy być bardzo wstrzemięźliwym w prognozach. Zresztą w bieżącym numerze Biuletynu znajdziecie Państwo szereg rozważań, co do najbliższej covidowej przyszłości.



Koleżanki ! Koledzy !  
Mimo pandemii i obostrzeń Opolska Izba Lekarska pracuje pełną parą. Cały czas apeluję, by wszystko, co jest możliwe do przeprowadzenia telefonicznie czy przez Internet było przeprowadzane w ten sposób. Sprawy, które wymagają wizyt osobiście są możliwe - z zachowaniem reżimu sanitarnego.

Jednym z problemów, z jakim się aktualnie borykamy jest problem ze szczepieniami przeciw COVID-19 wszystkich lekarzy i lekarzy dentyków - członków naszej Izby. Problem ten jednakże nie dotyczy tylko naszego województwa, w związku z czym Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Matyja podjął działania w celu rozwiązania problemu. Chaos informacyjny, jaki panuje obecnie (komunikaty o możliwości szczepienia personelu medycznego na każdym etapie szczepień, komunikaty o wstrzymaniu szczepień w okresie od 15 lutego do 7 marca) pogłębiają rozgoryczenie wśród niezaszczepionych nie z własnej winy. W tej chwili trwa gorąca wymiana pism i telefonów między Prezesem NIL a Ministrem Zdrowia. Na efekty tych działań musimy jednak poczekać.

Drugim poważnym problemem, z którym - jako Okręgowej Radzie Lekarskiej - przyjdzie się zmierzyć już wkrótce, to ułatwione zasady zatrudniania lekarzy spoza UE. Osoby te, aplikujące już w innych Izbach o wydanie warunkowego prawa wykonywania zawodu nie są weryfikowane przez Ministerstwo Zdrowia pod kątem przed-

Drugim wiodącym tematem numeru jest ustawa dopuszczająca lekarzy spoza Unii do pracy w Polsce. Przedstawiam szereg wypowiedzi wielu ekspertów i obserwatorów rynku ochrony zdrowia w tej sprawie.

W części bardziej naukowej znajdziecie natomiast materiał przygotowany (co mnie bardzo cieszy!!!) przez naszych Kolegów z Zakładu Medycyny Nuklearnej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, dotyczący diagnostyki powikłań pocovidowych.

I to tyle na teraz. Do następnego numeru

*Jerzy B. LACH*

## SZPALTA PREZESA

stawiania dokumentów zgodnych z Dyrektywą 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. (art. 24), a głównie dyplomu ukończenia studiów i znajomości języka polskiego. Nie ma kontroli postawy moralno-etycznej, stanu zdrowia czy zaświadczeń o niekaralności. Według prawników decyzja Ministra Zdrowia jest tylko decyzją administracyjną i nie powinna być wiążąca dla decyzji Okręgowej Rady naszej czy też innej izby. Już dziś docierają do mnie informacje, że nie jest to po myśli Ministerstwa Zdrowia i kłopoty czekają wszystkie oil. Izby zgodnie z umocowaniem konstytucyjnym (art. 17 Konstytucji RP), ustawą o zawodach lekarza i lekarza denty, kodeksem postępowania administracyjnego i uchwałą nr 1 Naczelnej Rady Lekarskiej mają obowiązek prowadzić postępowanie dowodowe przed przyznaniem prawa wykonywania zawodu i z pewnością będą to robiły.

Kończąc, chciałabym wszystkim naszym Delegatom przypomnieć, że 20 marca br. odbędzie się XL Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej. W najbliższych dniach zapadnie decyzja (piszę to z wyprzedzeniem, bo cykl wydawniczy swoje prawa ma!), czy ze względu na panujące warunki sanitarno-epidemiologiczne będzie on - jak w poprzednim roku - zjazdem obiegowym, czy też będzie możliwość przeprowadzenia go stacjonarnie. Najważniejsze, byśmy o tym fakcie pamiętali.

*Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA*



## PIERWSZE DWA W TYM ROKU POSIEDZENIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ



W dniu 27 stycznia 2021 r. odbyło się pierwsze w Nowym Roku – podobnie jak i poprzednie z powodu pandemii COVID-19 wyłącznie internetowo – posiedzenie Rady Okręgowej. Rada obradowała nad następującymi problemami:

### **Przyznanie praw wykonywania zawodu**

Do Rady wpłynął wniosek lek. Aleksandry Sobuń o przyznanie PWZ po zakończeniu stażu podyplomowego oraz 2 wnioski o wpis do Opolskiej Izby Lekarskiej w związku z przeniesieniem:

- lek. Sławomira Pajaka - przeniesienie z Beskidzkiej Izby Lekarskiej w Bielsku-Białej,
- lek. Anny Sobkowicz - przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu.

Wszystkie Uchwały podjęto jednogłośnie

### **Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy**

Brak wniosków.

### **Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich**

Prezes przedstawiła 4 wnioski o wykreślenie indywidualnych praktyk lekarskich z powodu zgonu lekarza oraz 5 wniosków z powodu zaprzestania wykonywania działalności leczniczej złożyli. Wszystkie uchwały podjęto jednogłośnie.

### **Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy**

Brak wniosków.

### **Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych**

Dyrektor Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu wystąpiła z prośbą o wyznaczenie przedstawiciela ORL do Komisji Konkursowej na stanowisko Z-cy Dyrektora d/s Lecznictwa.

Prezydium zarekomendowało kandydaturę kol. Małgorzaty Łuszczyńskiej-Ostrowskiej, którą Rada przyjęła przy jednym głosie wstrzymującym się.

### **Zmiany wysokości składki członkowskiej**

Do Rady wpłynęło 6 wniosków o zwolnienie z opłacania składek członkowskich, które Rada jednogłośnie zaakceptowała.

### **Uchwały w sprawie powołań kandydatów na konsultantów wojewódzkich w różnych dziedzinach**

Wojewoda Opolski zwrócił się z prośbą o wydanie opinii w sprawie powołań kandydatów na konsultantów wojewódzkich w dziedzinach:

- reumatologii - lek. Katarzyna Suchoń - kontynuacja kadencji (pozytywna rekomendacja Prezydium),
- urologii - lek. Władysława Błudzin - kontynuacja kadencji (pozytywna rekomendacja Prezydium),
- endokrynologii - dr hab. n. med. Agata Bronisz.

Uchwały podjęto przy 2 głosach wstrzymujących się.

### **Sprawozdanie z posiedzenia Prezesów OIL na Konwencie w dniach 12 i 19 stycznia 2021 r.**

Oba spotkania omówiła Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka. Oba Konwenty miały formułę GoToMeeting. 12 stycznia 2021 r. omówiono następujące sprawy:

- tytuł „Osobowości Medycznej Roku 2020” w ramach 20. edycji konkursu „Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny” dla Prezesa MRL prof. Andrzeja Matyji;

- sprawa wyborów uzupełniających na stanowisko Wiceprezesa NIL, które odbędą się na kolejnej NRL;

- plany modernizacji programu FINN w porozumieniu z firmą LTC oraz przypuszczalnych kosztów finansowych (NIL oraz izby lekarskie).

- powołanie zespołu ds. opracowania procedury przyznawania PWZ lekarzom/lekarzom denty stom spoza UE w składzie: P. Czekalski, W. Kaatz, J. Smerkowska-Mokrzycka.

Z kolei 19 stycznia 2021 r. zajmowano się:

- propozycje powołanego poprzednio zespołu zostały ocenione pozytywnie przez Prezesa Matyję i cały Konwent. Do najważniejszych elementów tej procedury należą:

a) Okręgowa Rada Lekarska otrzymuje decyzję administracyjną MZ w sprawie lekarza/lekarza denty stom spoza UE, która jest dekretowana do działającej przy izbie okręgowej Komisji ds. Rejestracji i Wydawania PWZ.

b) w ciągu 7 dni w Komisji sprawdzane są nadesłane z MZ dokumenty. Jeżeli jest to wyłącznie decyzja administracyjna MZ i brak jakichkolwiek dokumentów, Rada Okręgowa w osobie Prezesa/Sekretarza ORL występuje

je do MZ o przekazanie wniosku lekarza składanego do ORL o przyznanie PWZ (zgodnie z art. 61 § 1 k.p.a. postępowanie administracyjne jest podejmowane wyłącznie na wniosek strony, czyli lekarza a nie MZ). Jeżeli Rada Okręgowa dysponuje danymi lekarza, występuje do zainteresowanego o złożenie takiego wniosku, a po jego otrzymaniu przystępuje do weryfikacji wniosku w trybie art. 64 k.p.a.

c) po wpłynięciu wniosku lekarza Komisja przystępuje do jego weryfikacji, oceny jego kompletności, stwierdzenia braków formalnych itp. Przy stwierdzeniu braków formalnych wzywa się zainteresowanego lekarza/lekarza dentystę do ich usunięcia w terminie nie krótszym niż 7 dni.

d) jeżeli wniosek lekarza/lekarza dentysty nie ma braków formalnych to Rada Okręgowa za pośrednictwem Komisji ds. Rejestracji i Przyznawania PWZ (na podstawie art. 5 i 7 k.p.a.) przystępuje do czynności wyjaśniających (zgodnie z art. 7 ust. 2a oraz ust. 9 ustawy o zawodzie lekarza) w celu wydania rekomendacji Radzie podjęcia de-

cyzji o przyznaniu lub odmowie wydania PWZ. Postępowanie dowodowe powinno być przeprowadzone zgodnie z uchwałą nr 1 NRL dla przypadku ubiegania się o PWZ dla lekarza/lekarza dentysty spoza UE.

Materiał ten został przekazany do Zespołu Radców Prawnych NIL w celu prawnego „wykończenia” prac Zespołu.

- konieczność ubezpieczeń organów samorządowych od odpowiedzialności cywilnej. NIL proponuje wspólne ubezpieczenia dla niej samej i wszystkich okręgowych izb lekarskich (mniejsze koszty). Podjęte zostały rozmowy z odpowiednimi jednostkami.

#### **Sprawozdanie członków Rady z działalności między posiedzeniami**

Brak wniosków.

#### **Sprawy różne i wolne wnioski**

Brak wniosków.

Wobec wyczerpania programu spotkania, na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

Z kolei w dniu 4 lutego br. odbyło się – podobnie jak poprzednie internetowo - dodatkowe posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Rada obradowała nad następującymi problemami:

#### **Przyznanie praw wykonywania zawodu**

Do Rady wpłynął wniosek lek. Olgi Szewczak o przyznanie PWZ po zakończeniu stażu podyplomowego, który przy 1 głosie wstrzymującym się, przyjęto.

#### **Ubezpieczenie Naczelnej i okręgowych izb lekarskich**

Prezes przedstawiła projekt uchwały (jednolity dla wszystkich Izb), o przystąpieniu do wspólnego ubezpieczenia wszystkich okręgowych izb lekarskich i Naczelnej Izby Lekarskiej.

Na kanwie ostatnich aktów prawnych i coraz większego stopnia zagrożenia w działalności samorządowej członków naszej korporacji zawodowej sprawami, które kierowane są na drogę sądową Prezydium NRL i Konwent Prezesów uznał, że należy zawrzeć odrębne ubezpieczenie OC pokrywające ryzyko wyrządzenia szkody przy wykonywaniu zadań Samorządu Lekarskiego określonych przepisami ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

NIL po zapoznaniu się z propozycjami kilku firm ubezpieczeniowych, wybrał ofertę firmy „INTER Polska”. Proponowane ubezpieczenie OC zapewnia ochronę okręgowym izmom lekarskim oraz Naczelnej Izbie Lekarskiej, a także ich organom oraz poszczególnym członkom tych organów. Ochroną ubezpieczeniową objęta będzie także odpowiedzialność cywilna pracodawcy. Z oferty wynika, że ubezpieczyciel ponosi też koszty pomocy prawnej wymaganej w tego rodzaju sprawach o odszkodowanie.

**Ubezpieczenie będzie zawierało zdarzenia mające miejsce od dnia 1 stycznia 2020 r. Proponowane jest jedno wspólne ubezpieczenie w wariantcie II z sumą ubezpieczenia wynoszącą 5 mln. zł., za składkę w wysokości 250 tys. zł. rocznie.**

Na Konwencie prezesi izb zgodzili się na udział w tej składce poszczególnych izb w zależności od wielkości każdej z nich. Opolska Izba Lekarska zaliczona została do grupy izb o najmniejszej ilości członków z najniższą składką roczną w wysokości **4.230 zł.**, co wynosi miesięcznie 352,50 zł. Rada podjęła uchwałę w tej sprawie jednogłośnie.

Na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

# PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA I PÓŁROCZE 2021 r.

Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
15-19.03.2021 r.	dr hab. n. med. Teresa Kokot	Zdrowie publiczne	lekarze, lekarze dentyści w trakcie specjalizacji modułowych, wszystkich specjalności
22-23.03.2021 r.	dr hab. n. med. Teresa Kokot	Orzecznictwo lekarskie	lekarze, lekarze dentyści w trakcie specjalizacji modułowych, wszystkich specjalności
13-05.04.2021 r.	dr hab. n.med. Teresa Kokot	Prawo medyczne	lekarze, lekarze dentyści w trakcie specjalizacji modułowych, wszystkich specjalności
kwiecień/maj 2021 r.	dr n.med. Iwona Rajca-Biernacka	Przetaczanie krwi i jej składników	lekarze, lekarze dentyści w trakcie specjalizacji modułowych, wszystkich specjalności
maj/czerwiec 2021 r.	prof. dr hab. Krystyn Sosada	Ratownictwo medyczne	lekarze, lekarze dentyści w trakcie specjalizacji modułowych, wszystkich specjalności

Wszystkie szkolenia odbywać się będą on-line ze względu na pandemię COVID-19. Zgłoszenia proszę już wypełniać w formularzu do pobrania na stronie internetowej Izby - szkolenia podyplomowe: [opole.szkolenia@hipokrates.org](mailto:opole.szkolenia@hipokrates.org).

Terminy szkoleń, które są w trakcie ustalania pojawią się najszybciej na stronie internetowej Izby.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

## TROCHĘ WSPOMNIENI O SZPITALU GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZYM W OPOLU



Minęło 50 lat od mego, wraz z małżonką, przyjazdu do Opola po ukończeniu studiów na Akademii Medycznej w Krakowie. Moja żona Halina po uzyskaniu specjalizacji pod kierunkiem niezapomnianej dr Aleksandry Pospieszalskiej przez wiele lat była Ordynatorem Pediatrii w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym a później w Wojewódzkim Centrum Medycznym. Tutaj należy wspomnieć, że budynek Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego po renowacji został Collegium Maius - siedzibą Rektoratu Uniwersytetu Opolskiego. Warto zwiedzić wewnętrzny dziedziniec, w którym znajdują się figury zasłużonych Opolan i zabytkowa studnia św. Wojciecha na pamiątkę jego pobytu w Opolu w podróży do Prus w celu chryścianizacji zamieszkujących tam ludów.

Ja, po odbyciu 2-letnich stażów, rozpocząłem specjalizację w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym im. dr Sergiusza Mossora.

Kilka zdań o dr Sergiuszu Mossorze. Urodził się na Kresach Wschodnich w miejscowości Sarny. Przed wojną pracował jako ginekolog i położnik w mieście Sambor. Po wojnie los rzucił go w roku 1945 do zrujnowanego Opola. Był pierwszym i jedynym wtedy ginekologiem i położnikiem w mieście. Był równocześnie nauczycielem i wy-

chowawcą lekarzy naszej specjalności.

Jednak największym dokonaniem dr Sergiusza Mossora była inicjatywa budowy Szpitala Ginekologiczno-Położniczego (pierwszego wybudowanego w Opolu). Otwarcie Szpitala odbyło się w roku 1965 niestety bez udziału dr Sergiusza Mossora, który zmarł niespodziewanie 2 lata przed uruchomieniem Szpitala. Pamięć o nim stanowi tablica znajdująca się przy wejściu do Szpitala oraz nadanie Szpitalowi jego nazwiska.

**Jak rozpocząłem specjalizację pod kierunkiem „czwórki” ordynatorów**

Moimi nauczycielami byli:

- dr n. med. Stanisław Knopiński, wieloletni Dyrektor Szpitala,



Widok na Centrum Kliniczne od strony ulicy Reymonta



- dr n. med. Andrzej Chabałowski,
- dr n. med. Tadeusz Chowaniec,
- prof. hab. n. med. Stanisław Lembrych.

Jedynym żyjącym jeszcze ordynatorem jest dr n. med. Tadeusz Chowaniec, obecnie Przewodniczący Komisji ds. Emerytów i Rencistów Opolskiej Izby Lekarskiej. Z jego inicjatywy odbywają się częste spotkania koleżeńskie oraz integracyjne wyjazdy do najpiękniejszych miejscowości Opolszczyzny i Dolnego Śląska.

Szczególną osobowością był prof. dr Stanisław Lembrych urodzony w miejscowości Zwierzyniec (zbieżność z miejscem urodzenia dr Mossora, Sarnami) koło Zamościa. Był zauroczony Zamościem - miastem zbudowanym od podstaw przez Hetmana Zamojskiego, który przeszedł do historii po zwycięskiej bitwie z cesarzem niemieckim Erikiem Habsburgiem w roku 1588 (jedyną bitwą na Opolszczyźnie pod Byczyną) - nazwa również zoologiczna).

Prof. Lembrych był inicjatorem powołania Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, którego Prezesem był przez kilka kadencji. Zebrania PTG odbywały się regularnie co miesiąc przy dużej frekwencji kolegów z całej Opolszczyzny (niedawno obchodziliśmy jubileusz 500. zebrania). Często na zebraniach gościliśmy luminarzy naszej specjalności, a zwłaszcza prof. Janusza Woytonia z Akademii Medycznej we Wrocławiu (nie było wtedy jeszcze Uniwersytetów) oraz prof. Ryszarda Porębę ze Śląskiej Akademii Medycznej.

Największą pasją profesora Lembrycha była działalność naukowa, którą zarażał asystentów. Efektem było wydanie 200 publikacji naukowych w piśmiennictwie polskim i zagranicznym oraz wygłaszanych na licznych kongresach oraz sympozjach krajowych i zagranicznych. Z inicjatywy prof. Lembrycha 15 kolegów zdobyło tytuł doktora nauk medycznych, odbyły się dwie habilitacje (dr Lembrych i Janusz Kubicki). Ukoronowaniem działalności naukowej było uroczyste nadanie mu w Belwederze tytułu Profesorskiego. Dotychczas w Opolu nikt nie uzyskał tytułu dr habilitowanego i profesorskiego.

Jak wyglądała działalność diagnostyczna i terapeutyczna szczególnie w schorzeniach onkologicznych. Te standardy obowiązują nadal.

### Ginekologia:

Najczęstszym nowotworem złośliwym narządu rodnic kobiet jest **rak szyjki macicy**. Rozpoznanie stawiamy na podstawie rozmazu cytologicznego i histopatologicznego wycinków z tarczy części pochwowej. Leczenie polega na panhysterectomii, która wykonana wcześniej pozwala wrócić do zdrowia. Badanie cytologiczne przynajmniej raz w roku powinno być zalecane przez ginekologów.

**Rak trzonu macicy:** każde nieprawidłowe krwawienia bądź plamienia z dróg rodnych wymaga badania histopatologicznego materiału pobranego podczas łyżeczkowania jamy macicy lub kolposkopii. Leczenie również panhysterectomia.



*Wejście do szpitala*

Najtrudniejszym dla diagnostyki jest bardzo złośliwy **rak jajnika**. Pomocny w rozpoznaniu może być rezonans magnetyczny.

Najczęstszym nowotworem złośliwym kobiety dającą wysoką śmiertelność jest **rak sutka**. Często zawodzi samokontrola, lekarze ZOZ rzadko badają gruczoły piersiowe. Dlatego wydaje się uświadomienie kobietom konieczności badania piersi co najmniej jeden raz w roku, ew. przy kolejnych badaniach ginekologicznych.

### Położnictwo:

W diagnostyce i prowadzeniu ciąży mamy obecnie doskonałą broń jaką jest ultrasonografia. Tutaj należy wspomnieć, że pionierem badania USG w ciąży był dr n. med. Dariusz Kowalczyk (obecnie ordynator w Nysie). Przed 25 lat rozpoznał w USG ciążę pięcioraczą. Badanie USG pozwala na rozpoznanie wczesnej ciąży, zaś później powinno być wykonane co najmniej 3-krotnie (chyba że istnieją dodatkowe wskazania). Badanie USG pozwala na obserwację rozwoju dziecka, wykrycie wad rozwojowych, ciąż mnogich - co bardzo interesuje matki - płę dziecka. Przyszłe matki powinny być przygotowane psychofizycznie do porodu czemu służą „Szkoły Rodzenia” prowadzone przez wykwalifikowane położne.

Należy dążyć do porodów siłami natury. Cięcia cesarskie powinny być wykonywane m. in. w przypadkach:

- zagrażającej zamartwicy (zaburzenia tętna),
- zatrucia ciążowego (EPH-gestozy),
- niestosunku porodowego,
- nadciśnienia tętniczego,
- ciężkich chorób układu krążenia i in.

Nie powinno się wykonywać cięć cesarskich na życzenie, które może doprowadzić do wskaźnika 50% wszystkich porodów (na szczęście nie na Opolszczyźnie).

Zabiegi kleszczowe obecnie wykonywane są rzadko i wymagają dużego doświadczenia prowadzącego zabieg.

Na zakończenie należy wymienić lekarzy, którzy zaangażowaniem, wiedzą i zdrowiem (częste dyżury dwudniowe) zapewniali wysoki poziom działalności szpitala:

- dr Marek Chowaniec - pełni obecnie funkcję ordynatora,



- dr n. med. Wojciech Guzikowski – ordynator, pełniący obecnie funkcję Dyrektora Instytutu Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu,

- Bronisław Łabiak – ordynator,

- dr n. med. Dariusz Kowalczyk (obecnie ordynator w Nysie),

- dr n. med. Grzegorz Głąb – założyciel (wraz ze współpracownikami - Markiem Tomalą i Wojciechem Niemczykiem) Kliniki Leczenia Niepłodności,

- dr n. med. Ryszard Krakowiak – ordynator w Bielsku-Białej,

- dr n. med. Krystyna Plucińska-Kwiecińska

oraz cały szereg innych lekarzy: Jadwiga Kirejczyk, Barbara Lufernica, Alicja Piątkowska, Gizella Polok, Barbara Struzik, Jan Goździuk, Ryszard Kelm, Jan Lika, Krystian Powolny, Helmut Niedworok, Jerzy Ręka-  
wek, Krzysztof Wiśniewski.

Bardzo wysoko należy podkreślić współpracę ginekologów-położników z naszymi neonatologami: dr Marią Pędich, Janiną Iszczuk, Zofią Jakimów i pełniącą obecnie funkcję ordynatora dr Zofią Kucharską.

Należy także wspomnieć o naszych anestezjologach - niezapomnianych dr Kazimierzu Szymczyku i dr Tadeuszu Wyrąbku.

Oddziałowymi, które kierowały pracą położnych i były prawymi rękami ordynatorów były: Hanna Wołase-

wicz, Jadwiga Sporek, Leokadia Latko, Danuta Głogowska, Eugenia Lika, Danuta Żurawicka.

Po przejściu na emeryturę wieloletniego Dyrektora dr n. med. Stanisława Kopińskiego funkcję Dyrektora Szpitala objęła mgr Aleksandra Kozok w pełni zaangażowana w utrzymaniu Szpitala na jak najwyższym poziomie.

Naczelną Położną przez wiele lat była mgr Waleria Rogula, wspaniale kierująca pracą położnych i nieustannie starająca się o podwyższenie ich kwalifikacji.

### Przyszłość

Oto jakie zadania należy postawić obecnie przed Klinicznym Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii:

- walka o jak najmniejszą umieralność okołoporodową,

- wprowadzenie nowoczesnych metod diagnostycznych w ginekologii, położnictwie i neonatologii,

- kontynuowanie działalności naukowej przez publikowanie prac naukowych w piśmiennictwie polskim i zagranicznym oraz przedstawianie ich na Sympozjach i Kongresach, starania się o uzyskiwanie tytułów naukowych m. in. doktoratów,

- włączenie się do zajęć dydaktycznych wyższych uczelni Opola (dr n. med. Dariusz Kowalczyk prowadził zajęcia dydaktyczne na Uniwersytecie Opolskim, dr n. med. Wojciech Guzikowski Dyrektor Instytutu położnictwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu prowadził wykłady z położnictwa, dr hab. n. med. Janusz Kubicki Senator Politechniki Opolskiej pracował na Wydziale Fizjoterapii Politechniki Opolskiej),

- nawiązanie współpracy z Wydziałem Lekarskim i Wydziałem Nauki o Zdrowiu Uniwersytetu Opolskiego z Kliniką Leczenia Niepłodności „Parens” w Opolu, prowadzonej przez dr n. med. Grzegorza Głęba. Niedawno na łamach Nowej Trybuny Opolskiej pracujący w tej Klinice dr Wojciech Niemczyk poinformował, że Urząd Marszałkowski w Opolu przekazał kwotę 4.000.000 zł na zabiegi „in vitro”.

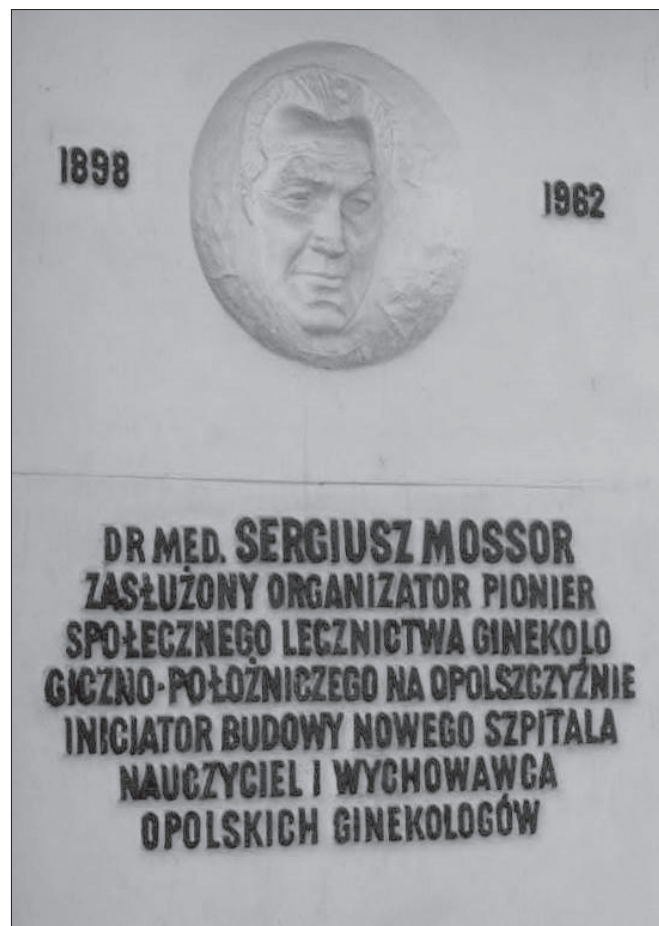
- bardzo ważnym zadaniem będzie reaktywowanie działalności Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (po opanowaniu epidemii koronawirusa). Po przekazaniu przez Prezesów dr Stanisława Knopińskiego, Tadeusza Chowańca i Janusza Kubickiego młodszemu kołegom PTG całkowicie zawiesiło swą działalność.

Tutaj należy przypomnieć, że przed 2 laty obchodziliśmy uroczyste pięćsetne zebranie naszego Towarzystwa.

Na zakończenie chciałbym przekazać wszystkim P.T. Kołegom zaangażowania, satysfakcji i nieustających sukcesów w pracy, aby nasze Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii nadal pozostawało na bardzo wysokim poziomie wśród ośrodków klinicznych w kraju.

*dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*

*b. ordynator oddziału w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym im. dr Sergiusza Mossora w Opolu, b. Proroktor w Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu, b. Senator Politechniki Opolskiej.*



*Pamiętnikowa tablica ku czci dr Sergiusza Mossora - budowniczego Szpitala.*



## OCHRONA ZDROWIA W PANDEMII: JUTRO, CZYLI LEPIEJ?

System ochrony zdrowia w naszym kraju przechodzi przez najważniejszy stress-test w swojej historii. Od jego efektów zależy przyszłość całego sektora zdrowia w Polsce, zarówno w perspektywie krótkoterminowej, jak i długookresowej. Jednocześnie pandemia obnaża bezlitośnie najbardziej nabrzmiałe bolączki organizacyjne całego systemu. Ale i daje niepowtarzalną szansę do odważnych działań wzmacniających jego funkcje w czasie kryzysu epidemicznego. Działania, czyli konkretnych decyzji w miejsce dobrze brzmiących, lecz na ogół mało skutecznych deklaracji.

Znajdująca się w stanie permanentnej ofensywy epidemicznej opieka zdrowotna stanowi obecnie autentyczny poligon zupełnie nowych, nieprzećwiczonych wcześniej doświadczeń praktycznie w każdym obszarze jej funkcjonowania. Wszyscy mamy świadomość powagi sytuacji oraz konieczności utrzymania priorytetów w dramatycznej nieraz walce z koronawirusem dokonującej się na przestrzeni całego systemu. Niemniej jednak oprócz „teraz, tu” nasze obawy coraz bardziej budzi również możliwy wpływ obecnej sytuacji na przyszłość sektora ochrony zdrowia. Czy uda się mu wyjść z tarczą, czy raczej na tarczy? Oto jest pytanie, przed którym stoją wszyscy udziałowcy systemu organizacji świadczeń zdrowotnych, który od ponad pół roku znajduje się pod ciągłym naporem pandemii.

### Teleporada medyczna

Prawdopodobnie jednym z najbardziej rozpoznawalnych symboli obecnego czasu epidemii, który zapisze się trwale w świadomości społecznej, będzie lekarz udzielający świadczenia zdrowotnego w formie teleporady. W perspektywie krótkookresowej telemedycyna zapewnia możliwość zdalnej opieki medycznej, ogranicza ryzyko transmisji koronawirusa, roztaczając „parasol bezpieczeństwa zdrowotnego”. Ma on kluczowe znaczenie m.in. dla osób z chorobami przewlekłymi. Dzięki teleporadzie medycznej pacjenci mogą uzyskać potrzebne zalecenia lekarskie, e-zwolnienie, e-receptę, a także zalecenie bezpośredniej wizyty w placówce lub kontaktu ze stacją sanitarno-epidemiologiczną, jeśli zaistnieje taka konieczność. Wydaje się, że w dłuższym okresie korzystne doświadczenia związane z wykorzystaniem funkcjonalności systemów telemedycznych na froncie walki z pandemią zwiększą przypuszczalnie świadomość lekarzy i pacjentów dotyczącą potencjału i

korzyści płynących ze zdalnej formy udzielania świadczeń zdrowotnych. Całkiem też możliwe, że telemedycyna już na stałe zagości w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej jako świadczenie finansowane ze środków publicznych.

### Proces informatyzacji opieki zdrowotnej przyspieszy?

Pandemiczne koło zamachowe posiada również realne szanse przyspieszenia przewlekającego się procesu informatyzacji opieki zdrowotnej, pełnozakresowej implementacji elektronicznej dokumentacji medycznej wraz ze sprawdzonymi w najtrudniejszym okresie rozwiązaniami z zakresu e-zdrowia. Szybkie, bezstratne i bezpieczne, także z punktu widzenia zagrożenia epidemicznego, przetwarzanie informacji przez technologie informatyczne ma w sobie potencjał przeciwdziałania pandemii, ograniczania jej skutków. To wszystko może sprawić, że w długofalowej perspektywie intensyfikacja procesów informatyzacji ochrony zdrowia stanie się wyborem praktycznej konieczności i priorytetową strategią rozwoju całego państwa.

### Na fali pandemii – prognozy

Podobny bilans przyspieszonych korzyści odnoszonych na fali pandemii można prognozować także w tzw. opiece koordynowanej, czyli w kompleksowym, wielopoziomym i aktywnym podejściu do zarządzania świadczeniami zdrowotnymi zgodnie z zapotrzebowaniem osób objętych opieką w okresie całego ich życia. Taki model zarządzania zasobami ochrony zdrowia w dobie zakażeń koronawirusem znów doskonale sprawdza się w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych pacjentów z chorobami chronicznymi, a także – co istotne – ogranicza niewydolność całego systemu. Niemniej jednak wzmocnienie takiej koordynacji stoi w obliczu wielu niepewności wynikających paradoksalnie z obecnej sytuacji epidemicznej. Pokutuje dziś niestety brak strategicznych rozwiązań organizacyjnych i edukacyjnych w obszarze usprawnienia koordynacji opieki oraz wieloletnie odkładanie w czasie decyzji umożliwiających zagospodarowanie na ten cel określonych zasobów publicznej opieki zdrowotnej. Bardzo możliwe, że obecna i kolejne fale masowych zakażeń koronawirusem wymuszą jednak na politykach zdrowotnych przeprowadzenie w krótkim czasie strategicznych przegrupowań sił i środków w coraz bardziej przeciążonym systemie ochrony zdrowia.

### Przeciążony system ochrony zdrowia

To właśnie przeciążenie od pewnego czasu balansuje na granicy szybko pogłębiającej się niewydolności podstawowych możliwości świadczenia usług zdrowotnych na niespotykaną wcześniej skalę. W połączeniu ze strukturalnym niedofinansowaniem całego systemu ochrony zdrowia oraz przetrwałymi zaniedbaniami po stronie organizacji świadczeń zdrowotnych postępująca skala epidemii jeszcze bardziej ogranicza ich dostępność dla





społeczeństwa. Choć prawdą jest, że w dobie pandemii COVID-19 nawet dużo lepiej dofinansowane i sprawniej zorganizowane systemy ochrony zdrowia znajdują się w podobnej sytuacji, to jednak specyfiką polskiego modelu zarządzania opieką zdrowotną pozostaje podejmowanie działań ograniczonych do perspektywy doraźnej, bez rzetelnego i odpowiedzialnego przygotowania systemu jako całości na możliwe, wielowariantowe scenariusze rozwoju pandemii.

Jeśli obecne, dramatyczne zmagania publicznego systemu opieki zdrowotnej w nierównej walce z zagrożeniem na skalę globalną nie doprowadzą do rzeczowej dyskusji i zmiany modelu finansowania ochrony zdrowia

uwzględniającego rzeczywiste potrzeby zdrowotne społeczeństwa oraz komplementarne rozwiązania finansowania świadczeń zdrowotnych, to czy powinniśmy spodziewać się kolejnej szansy na lepsze jutro?

*Opracowanie powstało na podstawie raportu „Koronawirus a prawo”, Wydawnictwo Must Read Media, wydanie I, kwiecień 2020 r.*

Mariusz KIELAR

*O Autorze: pracownik naukowy Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum (Zakład Promocji Zdrowia i e-Zdrowia IZP UJ CM), pasjonat nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w opiece zdrowotnej, dziennikarz medyczny, muzyk.  
(przedruk z „Medium” nr 12/20-1/21)*

## PRZEŁOM W WALCE Z PANDEMIA KORONAWIRUSA SARS-COV-2?

**Blisko, bliżej, coraz bliżej do zakończenia pandemii... ale czy aby na pewno?**

Pomimo, iż od pierwszego przypadku zakażenia SARS-CoV-2 minął ponad rok, pomimo że dwie fale koronawirusa w Polsce już za nami, a trzecia – według przewidywań ekspertów – za chwilę się zacznie, nadal nie osiągnęliśmy odporności populacyjnej – stadnej (szacuje się, że około 20-30% populacji Polaków przechorowało COVID-19), nadal również nie mamy skutecznego, typowego leku przyczynowego antySARS-CoV-2 (jest remdesivir i osocze ozdrowieńców, które, jak wiemy, zastosowane w okresie namnażania się wirusa – skraca czas jej trwania i poprawia rokowanie), nadal mamy przepełnione oddziały dedykowane pacjentom z COVID-19, nadal mamy dużą dobową liczbę zgonów z powodu choroby – stąd wizja wprowadzenia masowych szczepień przeciw COVID-19 jest jedyną szansą zakończenia trwającej pandemii i powrotu do tzw. normalności...

Ale na tym wizja szybkiego powrotu się kończy... Z jednej strony jesteśmy świadkami wielkiego, jak nie największego w ostatnich latach, sukcesu współczesnej nauki, medycyny, technologii, bowiem udało się podczas trwającej aktualnie pandemii stworzyć i wprowadzić do użytku skuteczną (95% skuteczności po podaniu drugiej dawki) szczepionkę anty-COVID-19. Jest to najlepsze narzędzie w walce z chorobami zakaźnymi, bowiem zapobiega ich występowaniu. Tylko żeby szczepienia były skuteczne, żeby odniosły korzystny efekt populacyjny przekładający się na spadek liczby zakażeń, hospitalizacji i zgonów – wyszczepialność populacji powinna wynosić minimum 60-70%... i to w dość krótkim czasie.

I tu zaczyna się problem. Pomimo, że szczepienia w etapie 0, dla pracowników ochrony zdrowia, rozpoczęły się 27 grudnia w tzw. szpitalach świątecznych, następnie były kontynuowane w kolejnych tygodniach w szpitalach węzłowych – to z jednej strony nie spotkały się

z tak dużym zainteresowaniem – początkowo w niektórych jednostkach 30-50% pracowników zadeklarowało chęć szczepień, z drugiej strony – w pewnej liczbie placówek, zamiast lekarzy, pielęgniarek, ratowników pracujących z pacjentami z COVID-19, została zaszczipiona w pierwszej kolejności administracja szpitala i nie tylko... Część pracowników ochrony zdrowia jest na kwarantannie, część w izolacji z powodu zakażenia, część niedawno zakończyło izolację, część otrzymywała osocze ozdrowieńców z COVID-19 – u osób, które przebyły COVID-19, szczepienie może być odroczone o 1 do 6 miesięcy, a u tych, które otrzymywały osocze ozdrowieńców, o min. 3.

Kontrowersje wokół szczepień – szczepienia poza kolejnością, chociaż społecznie nieakceptowalne, spowodowały wręcz odwrotny skutek – wiele osób, które do tej pory były sceptycznie nastawione, negowały potrzebę szczepienia, jego skuteczność i bezpieczeństwo, zmieniło zdanie i chce się zaszczepić. Obecnie szacuje się, że ponad 60% społeczeństwa wyraziło chęć szczepienia przeciw COVID-19.

Niestety, z uwagi na problemy z dostawami szczepionki Comirnaty firm Pfizer i BioNtech – obecnie jedyna szczepionka dopuszczona do użytku w Polsce (trwa rejestracja szczepionki Moderna, też opartej o model mRNA, która charakteryzuje się 94-procentową skutecznością) – proces szczepienia dla etapu 0 (nowe osoby, które zadeklarowały chęć szczepienia) i dla etapu I może zostać rozciągnięty w czasie – uzależniony od dostaw. Dla osób z etapu 0, które otrzymały już pierwszą dawkę szczepienia – druga dawka, po 3 tygodniach, jest obecnie zagwarantowana i czeka w magazynach Agencji Rezerw Materiałowych.

Szczepionki te zasadniczo różnią się sposobami przechowywania, a tym samym dystrybucją, co do tej pory narzucało również punktom szczepień godziny i dni otwarcia. Szczepionki firm Pfizer i BioNtech można prze-



chowywać do 6 miesięcy w temp. – 70oC; po rozmrożeniu w punkcie szczepień mogą być przechowywane w temperaturze od 2 do 8oC do pięciu dni, a po otwarciu fiolek należy ją zużyć w ciągu 6 godzin. Szczepionki firmy Moderna można przechowywać w temperaturze do – 20oC do 6 miesięcy; po rozmrożeniu w punkcie szczepień mogą być przechowywane w temp. od 2 do 8oC do 30 dni. Drugą dawkę szczepionki firm Pfizer i BioNtech podaje się po minimum 3 tygodniach (3-4 tyg.), a firmy Moderna po minimum 4. Protekcyjne miano ochronne przeciwciał w przypadku szczepionki Pfizer i BioNtech pojawia się po 7 dniach po podaniu drugiej dawki i po 14 dniach od podania drugiej dawki w przypadku szczepionki Moderna.

Najbliższe tygodnie pokażą, czy dostępność i proces dystrybucji szczepionek poprawi się i czy etap I będzie mógł przebiegać bez dalszych zakłóceń.

#### **Nowe mutacje SARS-CoV-2**

Koronawirus, jak inne wirusy, ma skłonność do mutacji. Jednakże procesy te w jego przypadku są znaczne wolniejsze, niż np. w przypadku wirusa grypy, stąd nadzieja, że obecna szczepionka będzie długo aktualna i nie będzie trzeba jej corocznie powtarzać, jak szczepień przeciw grypie. Chociaż wciąż nie wiadomo, jak długo utrzymywać się będzie ochronne miano przeciwciał.

Nowy wariant koronawirusa, oznaczony jako VUI-202012/01, po raz pierwszy stwierdzony w Wielkiej Brytanii w październiku 2020 r., charakteryzuje się szybszym rozprzestrzenianiem, zakaźnością, ale nie wpływa na ciężkość przebiegu COVID-19. Jest wielce prawdopodobne, że występuje on już w innych rejonach Europy, w tym w Polsce. Stąd zalecenia WHO w zakresie zwiększenia możliwości sekwencjonowania wirusa. Dostępne szczepienia przeciw COVID-19 mają być skuteczne również w przypadku nowego wariantu SARS-CoV-2.

#### **LONG COVID w praktyce lekarza POZ**

Wielu pacjentów uznanych za ozdrowieńców z COVID-19 skarży się na wielotygodniowe utrzymywanie się oraz pojawianie się nowych objawów klinicznych.

Najczęściej występuje uczucie zmęczenia, lęk, depresja, suchy kaszel, stany podgorączkowe, zmniejszona tolerancja wysiłku, niespecyficzne bóle w klatce piersiowej, pieczenie i bóle palców.

Szczególną grupą chorych pocovidowych są pacjenci, którzy przebyli ciężkie śródmiąższowe zapalenie płuc z niewydolnością oddechową. W tej grupie regeneracja tkanki płucnej i powrót pełnej wydolności oddechowej jest bardzo powolny, a w niektórych przypadkach nie uda się go uzyskać. Pacjenci ci powinni być objęci pocovidową rehabilitacją oddechową oraz opieką poradni chorób płuc celem okresowych badań czynnościowych układu oddechowego i kontrolnych badań obrazowych. Na chwilę obecną nie ma żadnego skutecznego leczenia wspomagającego, a najważniejszy wydaje się czas i ciągła rehabilitacja.

U pacjentów pozostających pod opieką lekarza POZ, którzy przebyli zakażenie SARS-CoV-2 w sposób bezobjawowy lub skąpoobjawowy i nie wymagali hospitalizacji – przy zgłaszaniu utrzymującego się kaszlu, osłabienia, zmniejszonej tolerancji wysiłku czy nietypowych bólów w klatce piersiowej należy wykonać rtg klatki piersiowej oraz rozważyć wykonanie echa serca, celem wykluczenia zapalenia mięśnia sercowego w przebiegu COVID-19.

*Paweł RAJEWSKI*

*O autorze: dr n. med. Paweł Rajewski, prof. WSG, specjalista chorób wewnętrznych i zakaźnych, hepatolog, konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa kujawsko-pomorskiego.*

*(przedruk z „Primum” nr 1/21)*

## **GDY MEDYCYNĄ PRZYSPIESZA. CZY NADEJDZIE GOLDEN AGE?**

Pandemia COVID-19 sieje w świecie spustoszenie: to nie tylko już ponad 2 mln zgonów przypisanych tej chorobie, ale również wzrost śmiertelności z innych przyczyn, które mają pandemiczny wspólny mianownik – paraliż systemów ochrony zdrowia. Problem dotyczy, w różnym stopniu, wszystkich rozwiniętych krajów świata, niezależnie od poziomu nakładów czy pozapandemicznej wydolności systemu. Dotyczy również Polski.

Trudno o optymizm, zwłaszcza w tej chwili, pod koniec stycznia 2021 r., gdy podskórnie czujemy, że najtrudniejsze chwile ciągle mogą być przed nami, gdy trwa wyścig z czasem, z nowymi mutacjami SARS-CoV-2 i z niedostatkiem szczepionek. Ale przecież nie ma żadnych wątpliwości, że każdy kryzys się (kiedyś) kończy. Co więcej,

jeśli nie zmnajemy doświadczeń z niego płynących, przyszłość może rysować się w jasnych, a w każdym razie jaśniejszych barwach. Dotyczy to zarówno samej medycyny, jak i organizacji systemu ochrony zdrowia oraz zdrowia publicznego ogółem. Pandemia odblokowała możliwości, jakie wcześniej pozostawały ukryte na zapleczu, traktowane ciągle z podejrzliwością przez zdecydowaną większość interesariuszy systemu ochrony zdrowia. Odblokowała, wydaje się, że trwale, technologie, które pozostaną z nami na zawsze. I zmienia sposób uprawiania medycyny, organizację, a być może i finansowanie systemów ochrony zdrowia. Również w Polsce.

Po pierwsze – telemedycyna. W pierwszych miesiącach pandemii teleporady praktycznie zastąpiły osobiste



kontakt lekarza i pacjenta. Z upływem czasu proporcje między wizytami w gabinetach i teleporadami zaczęły się wyrównywać. Ale teleporady – co do tego nie ma żadnych wątpliwości – pozostaną pełnoprawnym narzędziem opieki nad pacjentami i sposobem komunikacji pacjent – lekarz. Lekarze POZ twierdzą nawet, że w tej chwili zdarza się, iż wręcz muszą przekonywać pacjentów do osobistej wizyty w poradniach, jeśli widzą taką konieczność. Co prawda, część pacjentów uskarża się na ograniczenie dostępu do lekarza, wyżej stawiając możliwość osobistej rozmowy i badania fizykalnego, ale przełom już się dokonał? To, co obliczone było na lata, przez pandemię udało się zrobić dosłownie w kilka tygodni. Rzecz jasna, teleporady to jeszcze nie jest telemedycyna. Można się jednak spodziewać dalej idących rozwiązań – że są możliwości (i potrzeby) pokazać choćby niezbyt udany program DOM (czyli monitorowanie stanu pacjentów z COVID-19 za pomocą pulsoksymetrów). Najtrudniejsze są pierwsze kroki, a te mamy już za sobą. Nawet jeśli wypadły nieporadnie, to je wykonaliśmy. Telemedycyna w czasie pandemii jest i dla lekarzy (pracowników ochrony zdrowia), i dla pacjentów rozwiązaniem bezpieczniejszym (oczywiście, muszą być spełnione pewne warunki, niekiedy po prostu telemedycyna jest niewystarczającym środkiem opieki czy pomocy). Zarówno w czasie pandemii, jak i po jej zakończeniu jest i będzie: wygodniejsza, tańsza, ale może być również bardziej efektywna. Rozwiązania telemedyczne, jeśli będą rozwijane, w dużym stopniu pomogą zniwelować nierówności w dostępie do lekarzy, również specjalistów. Można postawić tezę, że po zakończeniu pandemii telemedycyna będzie nadal stanowić istotną część systemu ochrony zdrowia zorientowanego na wartość, systemu opieki kompleksowej i skoordynowanej, jaki chcielibyśmy budować.

Po drugie, boostery w przemyśle farmaceutycznym – cyfryzacja, kooperacja, konkurencja. Pod koniec 2019 r. na portalu Medycyna Praktyczna, w tekście podsumowującym medyczne aspekty kończących się 12 miesięcy, udało mi się napisać coś na kształt prorocstwa: „W ostatnich tygodniach mijającego roku Unia Europejska i Stany Zjednoczone dopuściły do obrotu pierwszą szczepionkę przeciw Eboli, której skuteczność została wcześniej potwierdzona podczas epidemii w Demokratycznej Republice Konga. (...) To przełom w walce ze śmiertelnym wirusem. Niestety – tylko jednym z wielu, które coraz mocniej straszą kraje Starego Kontynentu i Ameryki Północnej. To bezpośredni skutek ocieplania się klimatu, więc w laboratoriach trwa wyścig z czasem, bo groźne wirusy, przenoszone przez owady występujące jeszcze niedawno wyłącznie w strefach tropikalnej i subtropikalnej, wędrują coraz dalej na północ. Świat nauki nie ma wątpliwości: opracowywanie szczepionek tradycyjnymi metodami trwa zbyt długo. W czerwcu w czasopiśmie »Vaccines« opublikowano wyniki badań naukowców z Indian Institute of Science w Indiach i Icahn School of Medicine

w Mount Sinai w Nowym Jorku, którzy proponują nowe sposoby pracy nad szczepionkami, oparte o analizę globalnych danych na temat chorób zakaźnych. Naukowcy proponują użycie modeli matematycznych w pracy nad szczepionkami, które miałyby zastąpić (lub przynajmniej uzupełnić) tradycyjne metody prób i błędów”.

Dosłownie kilka tygodni później naukowcy z najważniejszych ośrodków i laboratoriów liczących się firm farmaceutycznych oraz biotechnologicznych stanęli do wyjątkowego wyścigu. Cel był sprecyzowany niezwykle jasno: jak najszybciej opracować szczepionkę, a raczej szczepionki, przeciw SARS-CoV-2. Jak najszybciej, czyli nie w pięć czy dziesięć lat, ale... Na początku mówiono, że to musi potrwać dwa lata. A przynajmniej półtora roku. Tempo wydawało się i tak szalone, wcześniejsze doświadczenia firm amerykańskich i europejskich to pięć, nawet dziesięć lat badań, testów tylko niekiedy zwieńczonych zgodą agencji lekowych na dopuszczenie do obrotu. Tymczasem szczepionki przeciw COVID-19 firm Pfizer i Moderna powstały dosłownie w ciągu kilku tygodni po opublikowaniu przez chińskich naukowców dokładnego kodu genetycznego wirusa.

Tak naprawdę proces trwał o wiele dłużej, bo tylko nad technologią pracowano ponad dekadę. Ale efekt jest oszałamiający – choć nowe mutacje SARS-CoV-2 straszą świat, wiadomo, że szczepionki oparte na mechanizmie mRNA będzie łatwo zmodyfikować, gdyby już zidentyfikowane i kolejne szczepy okazały się odporne (całkowicie lub w dużej części) na obecne szczepionki.

Po trzecie, samoświadomość i analiza danych. Niemal od początku pandemii było jasne, że nowy wirus zagraża wszystkim, bo paraliżuje system opieki zdrowotnej, z którego w każdej chwili może musieć skorzystać również człowiek młody i zdrowy, ale wprost zagraża najbardziej osobom starszym i obciążonym chorobami przewlekłymi. Statystyki są w tej sprawie nieubłagane: nawet ponad 90% ofiar śmiertelnych COVID-19 stanowią osoby obciążone minimum jedną chorobą przewlekłą. Z dnia na dzień cukrzyca, choroby układu krążenia, ale również otyłość – a więc choroby cywilizacyjne – stały się czynnikami ryzyka zgonu z powodu „banalnego” wirusa, atakującego drogi oddechowe (wiadomo, że SARS-CoV-2 takim wirusem nie jest, ale tak był przedstawiany nie tylko w pierwszych tygodniach pandemii).

Choć eksperci z obszaru zdrowia publicznego od lat tłumaczyli, jak wielką rolę odgrywa indywidualna odpowiedzialność za stan swojego zdrowia, te argumenty nie trafiały do przekonania obywatelom, a decydenci też nie wydawali się przesadnie zmotywowani do tego, by (poza deklaracjami) stawiać na profilaktykę i promocję zdrowego stylu życia, prozdrowotnych wyborów. Najlepszym dowodem – wysokość nakładów na profilaktykę w budżetach zdrowotnych państw wysokorozwiniętych (Polska – maksymalnie 3%). Można mieć nadzieję, że z pandemii zostaną wyciągnięte właściwe wnioski (choć pandemia,



jak informowała w ostatnich tygodniach WHO, raczej przyczyniła się do pogłębienia problemów zdrowotnych, bo statystycznie każdy z nas przytył około 2 kg). Samoświadomość i większa dbałość o stan zdrowia, nawet jeśli wyraża się początkowo poszukiwaniem skrótowych dróg do poprawy odporności („morsowanie”), jest nadzieją na przynajmniej częściowe odciążenie systemów

ochrony zdrowia w perspektywie kolejnych kilku, kilkunastu lat. A tego odciążenia ochrona zdrowia, nie tylko w Polsce, będzie bardzo potrzebować, bo będzie się musiała zmierzyć z falą problemów zdrowotnych stanowiących efekt pandemii.

Małgorzata SOLECKA  
(przedruk z „Pulsu” nr 2/21)

## ZDAŹYĆ PRZED CZASEM – KAMPANIA SZCZEPIEŃ PRZECIWKO KORONAWIRUSOWI SARS-COV-2

O ile miniony rok upłynął pod znakiem zaciętej walki z bieżącymi skutkami pandemii koronawirusa, o tyle rok 2021 naznaczony będzie przede wszystkim szeroko zakrojoną kampanią szczepień przeciwko SARS-CoV-2. Informacja o rozpoczęciu szczepień wywołała skrajne emocje wśród społeczeństwa, poczynając od euforii i nadziei, po nieufność i lęk. Rozbieżności w opiniach są nieustannie wzmacniane medialnymi doniesieniami m.in. o niepożądanych odczynach poszczepiennych. W strumieniu sprzecznych informacji i fake newsów warto posłuchać głosu specjalisty chorób zakaźnych, prof. dr. hab. Andrzeja Gładysza. Rozmawia Aleksandra Szołtys.

**Aleksandra Szołtys:** Ile czasu zajmie zapanowanie nad epidemią po rozpoczęciu szczepień? Innymi słowy, kiedy możemy oczekiwać powrotu naszego życia do stanu sprzed wybuchu pandemii? Czy jest to w ogóle możliwe?

**Prof. dr hab. Andrzej Gładysz:** Zmartwię zarówno panią, jak i czytelników, ponieważ trudno jest na to pytanie odpowiedzieć. Dotychczasowy przebieg epidemii wskazuje, że wirus doskonale radzi sobie w środowisku, a jego wyhamowania możemy spodziewać się dopiero po generalnym zaszczepieniu większości populacji. W tej chwili widzimy, że odporność po przechorowaniu jest zróżnicowana czasowo i, co gorsze, mamy coraz więcej, choć nie dużo, doniesień o powtórnych zachorowaniach u ozdrowieńców. Część z nich jest spowodowana tym samym genotypem wirusa, który był przyczyną pierwszego zachorowania, co daje podstawy do twierdzenia, że uzyskana odporność nie jest głęboka i trwała. Należałoby się spodziewać, znając etiopatogenezę chorób zakaźnych i mechanizm ich szerzenia się, że przechorowanie powinno uodpornić człowieka na dalsze kontakty z patogenem. Nie wykluczam, biorąc pod uwagę moje doświadczenie zawodowe w dziedzinie chorób zakaźnych, że pandemia, nawet przy bardzo szerokiej akcji szczepień i odsetku wyszczepialności populacji świata przekraczającym przynajmniej 60%, może potrwać kilka lat. Drugi rok trwania pandemii już się zaczął i obawiam się, że kolejne dwa są jeszcze przed nami. Dalsze wnioski na ten temat będzie można wysnuwać dopiero w drugiej połowie roku, szczególnie po obserwacji krajów, w których

wyszczepialność już obecnie jest duża, np. Izraela czy Wielkiej Brytanii. Miejmy nadzieję, że tamtejsze obserwacje dostarczą nam podstaw do bardziej precyzyjnego i uprawdopodobnionego prognozowania.

**A.Sz.:** Jak długo utrzymuje się odporność po zaszczepieniu? Czy możliwy jest scenariusz, w którym cały świat systematycznie co kilka lat będzie przechodził ponowne zakażenie?

**A.G.:** Oczywiście z pomocą kolegów matematyków i przy zastosowaniu odpowiednich modeli statystyczno-naukowych przewiduje się kilka scenariuszy, ale to są tylko dywagacje. Tzw. falowość obecnego przebiegu pandemii źle prognozuje, a dodatkowo sygnały o zachorowaniach wśród osób już zaszczepionych dowodzą, co warto wszystkim przypomnieć, że wytworzenie odporności poszczepiennej wymaga czasu. W związku z powyższym wszystko będzie zależało od tego, jak szybko i w jakim stopniu nasz układ odpornościowy zareaguje na materiał szczepionkowy.

**A.Sz.:** Jaka jest podstawowa różnica między stosowanymi w Polsce szczepionkami BioNtech-Pfizer i Moderny?

**A.G.:** Różnicy technologicznej właściwie nie ma. Szczepionki są wytworzone nowoczesną metodą z wykorzystaniem inżynierii genetycznej, polegającą na wprowadzeniu człowiekowi szczepionemu „instrukcji” mRNA, która jest „zapalnikiem” pobudzającym do wytwarzania przez komórki odpornościowe białka wirusowego, odpowiedzialnego za jego zakaźność. Dopiero w odpowiedzi na niego, co wymaga czasu (nawet do trzech tygodni), układ odpornościowy wytwarza właściwe przeciwciała, których zadaniem jest zneutralizowanie wirusa przy każdej próbie jego wtargnięcia do organizmu. Różnica między tymi szczepionkami a szczepionkami, które są w fazie procedur dopuszczeniowych tzw. klasycznymi, jak np. oksfordzka i johnsonowska, polega na użyciu bezpiecznego, ale naturalnego fragmentu materiału genetycznego wirusa, a związanego w szczepionce z wektorem, jakim jest nieaktywny adenowirus, który spełnia w tym wypadku nie tylko rolę transportera, ale udostępnia swój DNA do produkcji RNA koniecznego do odtworzenia białka wirusa zakażającego w komórce docelowej



i przeciwko któremu układ odpornościowy wyprodukuje przeciwciała.

Przy tej okazji, w związku z licznymi fałszywymi informacjami, tym wszystkim, którzy boją się szczególnie szczepionek opartych na mRNA i którzy czytali albo słyszeli o wymaginowanych genetycznych korektach mających zachodzić u szczepionych, czy integracji materiału szczepionkowego z ich własnym DNA, chcę uświadomić to, o czym zapewne wiedzą, że organizm ludzki posiada mechanizmy ochronne, bowiem wytwarza np. RNA-azy, substancje biologiczne zdolne do rozkładu RNA, szczególnie będącego obcym genetycznie materiałem dla człowieka. Warto wspomnieć, że najważniejszym elementem kampanii szczepień będzie przede wszystkim to, czy zostanie zachowana odpowiednia staranność przy procesie logistyki szczepienia, głównie mam na myśli transport w bezwzględnie wymaganych warunkach chłodniczych, rozmrażanie i właściwe zadysponowanie szczepionkami. Najbardziej obawiam się wakcynacji szczepionką o osłabionej aktywności, np. z powodu niewłaściwego transportowania, a później przechowywania, gdyż może to prowadzić do szczepienia tzw. „jałowego”, a więc nieskutecznego, preparatem pozbawionym materiału indukującego odporność. Jednakże, w obecnej akcji liczę na odpowiedzialność zarówno dystrybutorów i organizatorów, jak i zespołów szczepiących, która zagwarantuje i nie dopuści do jakichkolwiek zaniedbań, które przyczyniłyby się do tego typu zdarzeń w stanie tak ogromnych nadziei związanych ze szczepieniem przeciw COVID-19.

Z kolei jeśli okazałoby się, że jakiś odsetek osób po zaszczepieniu zachoruje lub nie zostaną u nich wykryte przeciwciała, koniecznym będzie przeanalizowanie wszystkich innych poza oceną stanu immunologicznego osób zaszczepionych. Warto w tym miejscu przypomnieć, że nie ma szczepionek stuprocentowo gwarantujących powstanie pełnej odporności. W najlepszym wypadku, zgodnie z informacją wytwórców, będzie to dotyczyło 95% osób zaszczepionych, a więc zawsze pozostanie margines 5% osób, które mimo prawidłowego zaszczepienia i otrzymania aktywnej szczepionki, mogą nie wytworzyć pełnej odporności, tj. opartej na przeciwciałach i tzw. pamięci komórkowej. Chcę zwrócić uwagę, że szczepienie ma na celu wytworzenie: zarówno odporności komórkowej, która polega na zapamiętaniu patogenu i rozpoznawaniu go w sytuacji, gdy on ponownie próbuje dostać się do organizmu oraz odporności humoralnej, czyli wyprodukowanie przez układ odpornościowy przeciwciał, które z kolei „powędrują” i skupią się w miejscu wtargnięcia wirusa i ewentualnie wywołanego stanu zapalnego, co dzieje się po otrzymaniu sygnału od tzw. komórek (limfocytów) „pamięci”. Na tym polega tzw. złożony proces powstawania odporności, zarówno naturalnej, jak i poszczepiennej.

**A.Sz.: Brak badań klinicznych dot. dzieci poniżej 16 r.ż. uniemożliwia zaszczepienie tej grupy osób. Czy**

**jest to istotna przeszkoda w drodze do uzyskania odporności stadnej?**

**A.G.:** W medycynie panuje zasada, że dzieci do 12 r.ż. nigdy nie są wykorzystywane do badań, chyba że występuje szczególna sytuacja. Zwykle jest tak, że doświadczenia i obserwacje poczynione u szczepionych dorosłych przenosi się na dzieci. Przede wszystkim szczepi się nastolatków, w następnej kolejności dzieci młodsze. Praktyka ta umożliwia w przypadku wystąpienia ewentualnych działań niepożądanych właściwą ocenę oraz szybką i skuteczną reakcję. W przypadku koronawirusa sytuacja jest inna. Dzieci też mogą zachorować, niekiedy bardzo ciężko, ale myślę, że większą uwagę trzeba zwrócić na pediatryczny, wieloukładowy zespół zapalny, który, co zaskakujące, pojawia się nierzadko. Mamy doniesienia zarówno ze wschodu świata, jak i z zachodu, gdzie pandemia dotknęła większą liczbę dzieci, że klasyczny przebieg zakażenia u dzieci zdarza się rzadko, natomiast częściej rozwija się zespół wielonarządowej reakcji zapalnej. Jednocześnie wymaga to analizy odnośnie do patomechanizmu, jakie skutki może ten zespół powodować, jeśli bowiem zaobserwowane zostaną trwalsze, narządowe lub układowe uszkodzenia, będzie to wskazówka, że również i dzieci należy zabezpieczyć przed koronawirusem poprzez szczepienia, pomimo że częściej są oni bezobjawowymi nosicielami i nie chorują równie dramatycznie jak dorośli. Niemniej jednak skłania to do podjęcia kolejnego etapu obserwacji klinicznych i prowadzenia badań, które przybliżą i być może wyjaśnią jego przyczynę. Będzie to konieczne w sytuacji przedłużania się pandemii w latach oraz w przypadku dalszej ewolucji obrazu klinicznego, czego, co jeszcze raz podkreślam, nie można wykluczyć.

**A.Sz.: Kto będzie ponosił odpowiedzialność za pacjentów, u których wystąpią niepożądane odczyny poszczepienne?**

**A.G.:** Mimo wyszczepienia dotychczas kilku milionów ludzi, nie ma szczególnie niepokojących sygnałów, poza przewidywanymi u osób, u których należało je brać pod uwagę na podstawie ich przeszłości i reakcji na inne szczepienia lub leki, również i witaminy np. witaminę B1, które zarejestrowano jako przyczyny wyzwalające silny wstrząs anafilaktyczny, a także, choć w mniejszym stopniu, inne produkty spożywcze czy ukąszenia. Tego typu nadwrażliwość powinna być szczególnym sygnałem obserwacyjnym. Oczywiście to nie oznacza, że tego typu osób nie należy szczepić, jednak powinno być to uczynione z zachowaniem wszelkich środków ostrożności, czyli w punktach szczepień wyposażonych w sprzęt do reanimacji i w obecności lekarza, by w razie wystąpienia takiego odczynu mieć możliwość podjęcia odpowiedniego, skutecznego i profesjonalnego postępowania ratującego. Pewnego rodzaju dodatkową rekompensatą za ewentualne wystąpienie poważnych działań niepożądanych jest obecnie tworzony fundusz kompensacyjny,



który będzie, w moim przekonaniu, w pewnym stopniu ekwiwalentem za niespodziewane cierpienia czy cięższe odczyny niepożądane.

**A.Sz.: Jak wytłumaczyć sceptycyzm personelu medycznego w kwestii szczepień?**

**A.G.:** Trochę mnie to dziwi, jedynym usprawiedliwieniem może być niewiedza, wiedza niezbyt dokładna czy po prostu niewłaściwie interpretowana albo rozumiana przez lekarzy niebędących specjalistami w zakresie chorób zakaźnych lub epidemiologami, ale myślę, że w tym przypadku personel medyczny, w szczególności lekarze, bardziej kierują się uwrażliwieniem na działania niepożądane, zwłaszcza te zaskakujące. Z drugiej strony każdy z fachowych pracowników medycznych ma świadomość, że nie ma ani leków bezpiecznych, ani tym bardziej szczepionek, które w 100% gwarantują bezodczynowość. W każdej sytuacji profesjonalista kalkuluje, co jest wartością nadrzędną, a w obecnej pandemii wartością nadrzędną jest dążenie do jej zahamowania oraz odpowiedzialność społeczna, a więc ochrona najbardziej narażonych członków społeczeństwa, szczególnie z grup ryzyka – niekoniecznie musi to być senior, ale też wszyscy obciążeni chorobami nowotworowymi, metabolicznymi typu cukrzyca, otyłość itd. Każdy z pracowników medycznych, który ukończył pełne studia i wykonuje zawód, jest człowiekiem myślącym, rozumnym i musi zdawać sobie sprawę z korzyści i ewentualnych obciążeń szczepienia. Zakładam, że sceptycyzm personelu medycznego, poza skrajnymi postawami, niezrozumiałymi dla mnie w dobie trwającej pandemii, znacznie zmaleje.

**A.Sz.: Jak wynika z ankiet, odsetek osób deklarujących niechęć do zaszczepienia się wciąż pozostaje bardzo wysoki. Tendencję tę widać szczególnie wśród osób w wieku 18-24 lata. Jakie działania powinny zostać podjęte, by dystans Polaków do szczepień zmniejszył się, a słowa „solidarność społeczna” nabrały znaczenia dla młodych ludzi?**

**A.G.:** Młodzież, z powodu wieku, uważa się za osoby mniej zagrożone, tym bardziej, że w przypadku koronawirusa cały czas się mówi o tym, że młodzież jest mniej podatna na zarażenie, choć w przypadku pracowników ochrony zdrowia, a szczególnie lekarzy, nie mogą sobie wyobrazić, żeby nie mieć świadomości, że nie ma wśród naszego zawodu osób nietykalnych, czy uprzywilejowanych przez patogeny biologiczne i niestety, może się zdarzyć ciężki przebieg choroby u stosunkowo młodej osoby, kończący się zgonem, o czym wiemy z doniesień. Poza tym ważne są ostatnie publikacje z Uniwersytetu Rockefellera w Nowym Yorku czy zamieszczonych na łamach czasopism np. The Lancet i The New England Journal of Medicine, z których wynika, że osoby młode, które przechorowały zakażenia bezobjawowo, zapadają na wirusa po raz drugi i, co gorsze, mogą być aktywnymi nosicielami. Należy oczekiwać od młodych pracowników medycznych społecznego podejścia do sprawy, nie tylko bra-

ku lęku o siebie, ale też troski o pacjentów i wszystkich innych z otoczenia, którzy z racji naturalnych obciążeń są bardziej podatni na zakażenie. Mam nadzieję, że odpowiednio prowadzona edukacja, wyjaśnienia zamieszczane w czasopismach medycznych, samorządowych czy resortowych będą dawką wiedzy uzupełniającej wszystkie niedobory, które z racji specjalności niezakaźnej czy innych przyczyn mogą mieć pracownicy medyczni.

**A.Sz.: Czy szczepionka chroni w pełni przed transmisją wirusa COVID-19?**

**A.G.:** Odpowiem jednoznacznie – niestety nie. Po pierwsze ze względu na wspomniany przeze mnie margines osób, u których szczepienie nie wywołuje odpowiedniej reakcji immunologicznej. W przypadku szczepionek tzw. klasycznych, czyli np. oksfordzkiej czy Johnson&Johnson, gdzie wektorem nie jest mRNA, ich skuteczność jest niższa i zróżnicowana. Przy przyjęciu granicznych wartości na poziomie 70%, co możemy uznać za wartość zbliżoną do szczepionek przeciw grypowych, samo zaszczepienie się, bez sprawdzenia, czy rzeczywiście wytworzyła się odporność, nie może być gwarantem ochrony. Jest wręcz przeciwnie i niekiedy czas wytworzenia odporności się wydłuża, co wymaga odpowiedniej ostrożności interpretacyjnej tak długo, jak długo nie sprawdzimy, czy uzyskaliśmy odporność i jak wysoce jest ona skuteczna. Przestrzegam też i sygnalizuję, że obecnie nie mamy jednoznacznie ustalonego pewnego granicznego miana przeciwciał, powyżej którego jesteśmy chronieni. Apeluję przede wszystkim do lekarzy, żeby zachowali zdrowy rozsądek i nakłaniali swoich pacjentów do zachowania, pomimo zaszczepienia, niezbędnej jeszcze odpowiedniej ostrożności przeciwepidemicznej.

**A.Sz.: Szczepienia dla populacji ogólnej mają być realizowane m.in. przez przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej. Jak w związku z tym ograniczenia natury operacyjnej i logistycznej mogą się pojawić w codziennej praktyce pracowników punktów szczepień?**

**A.G.:** Najważniejsza będzie logistyka, a więc odpowiednia procedura rejestrowania osób i ich zapraszania. Najlepiej byłoby, gdyby osoby były zapraszane na konkretną godzinę, a tym samym nie musiały oczekiwać w kolejkach lub w większym skupisku ludzkim. Inną kwestią jest to, by profesjonalnych punktów szczepień było na tyle dużo, żeby można było w najkrótszym możliwym czasie wyszczepić jak najwięcej populacji. Dużo będzie zależało od sprawności organizacyjnej, ale też staranności logistycznej tego procesu. Poza tym po szczepieniu konieczna jest obserwacja, przynajmniej półgodzinna, a więc niezbędne jest zapewnienie miejsca właściwego do jej odbycia, w razie potrzeby z możliwością natychmiastowego kontaktu z lekarzem. Widać więc wyraźnie, że logistycznie organizatorzy i podmioty lecznicze są znacznym w stopniu obciążeni dodatkowymi obowiązkami. Myślę, że w tym wypadku izby lekarskie i pielęgniarskie mają duże pole do popisu, ponieważ mogą służyć doświadczeniem,





wskazówkami i pomocą, a być może zachęcać lekarzy i personel medyczny do szerszego włączenia się w logistykę procesu szczepienia. Wszystko będzie zależało od dostępności personelu i czasu, jaki będzie przeznaczony na to szczepienie. Z dotychczasowych sygnałów wynika, że odsetek pacjentów do przyjęcia w punktach szczepień wzrósł. Z jednej strony wskutek tego cały proces szczepienia będzie trwał dłużej, ale miejmy nadzieję, że posłuży on do wypracowania najlepszych możliwych standardów. Musimy więc liczyć się z tym, że pandemia będzie towarzyszyła nam dłużej, w związku z czym będzie więcej ofiar, ale też więcej wiarygodnych i zróżnicowanych obserwacji reakcji poszczepiennych, jak i przebiegu pandemii w środowisku osób zaszczepionych.

**A.Sz.: Wiadomo, że osoby, które z różnych powodów nie będą mogły skorzystać ze szczepienia stacjonarnie, korzystają z mobilnych punktów szczepień. Czy takie rozwiązanie będzie w pełni bezpieczne w przypadku wystąpienia u pacjenta wstrząsu anafilaktycznego?**

**A.G.:** Być może nie wszyscy zdają sobie sprawę, że mobilne punkty szczepień muszą być również wyposażone

w leki i sprzęt reanimacyjny w razie wystąpienia wstrząsu lub innych niepożądanych działań, jak alergię i zasnęnięcia u osób objętych ich usługą. Reakcja musi być natychmiastowa i przeprowadzona profesjonalnie. Zakładam, że podmioty odpowiedzialne za przygotowanie punktów o tym wszystkim pomyślały i są gotowe do tego typu działań. Oczywiście zdarzyć się mogą pojedyncze nieprzewidywalne przypadki, ale, zgodnie z utartym powiedzeniem, że niepowodzeń nie ma tylko tam, gdzie się nic nie robi, bądźmy optymistami i pomimo niewiedzy na temat tego, jak długo potrwa szczepienie społeczeństwa, miejmy nadzieję, że będzie się ono odbywało według najlepszych standardów zawodowych i formalnych oraz z zachowaniem pełnego bezpieczeństwa. Najważniejsze jest zwiększenie dostępności szczepionek na tyle, żebyśmy mogli wyszczepić wszystkich, którzy niecierpliwie na ten proces czekają.

(przedruk z „Medium” nr 2/21)

## SZCZEPIENIE PROFESJONALISTÓW

Znajdujemy się w wielkim tłumie, nad szeroką, rwącą rzeką. Ludzi atakuje podstępny wróg. Co chwila ktoś zostaje ranny albo ginie. Saperzy w pośpiechu budują most. Wystarczy przez niego przejść i jesteśmy bezpieczni. Ale odzywają się głosy zwątpienia: czy most jest na pewno bezpieczny? Czy saperzy za bardzo się nie spieszyli? Najpierw niech przejdą inni, jak będzie bezpiecznie – może spróbuję. Po co ryzykować, przecież wróg nie wszystkich rani i zabija? A może lepiej się z boku, może mi się uda...

Ruch przeciwników szczepień jest tak stary, jak historia szczepień. Krytycy metody Jennera (wakcynacja ospą krowianką) twierdzili, że zdarzały się przypadki powikłań poszczepiennych pod postacią wyrośnięcia ofiarom krowiego ogona. Działo się to w XVIII w., 250 lat temu. Inne czasy – wtedy palono jeszcze czarownice. Czy jednak współczesne argumenty antyszczepionkowców nie przypominają tego z krowim ogonem? Historia przyznała rację Jennerowi. Śmiertelność w epidemiach ospy prawdziwej sięgała 80%. Dzisiaj, dzięki wieloletnim szczepieniom, ospy na świecie już nie ma. Teoria krowiego ogona padła wcześniej. Dzisiaj zastąpiła ją teoria o wpływie mRNA na DNA. W sumie to też genetyka.

Zdeklarowani antyszczepionkowcy stanowią oczywiście niewielki ułamek wśród ludzi zastanawiających się nad celowością szczepienia przeciw COVID-19. Obawy związane z nową szczepionką wynikają zresztą najczęściej z innych przesłanek. Można je sprowadzić do dwóch punktów:

- 1) szczepionka jest za mało i za krótko przebadana,
- 2) jej produkcja opiera się na niesprawdzonej technologii.

Na temat szczepionek przeciw COVID-19 wypowiadało się wielu wybitnych specjalistów. Argumenty są powszechnie znane. Warto podkreślić jednak kilka spraw. Po pierwsze, sama technika produkcji szczepionki opartej na mRNA jest zdecydowanie szybsza niż tradycyjna, oparta na hodowli mikrobów. Dzięki ogromnemu zaangażowaniu (również finansowemu) badania kliniczne mogły być przeprowadzone wyjątkowo sprawnie. Szybko znaleziono dużą grupę ochotników dla badań trzeciej fazy. W typowych postępowaniach grupa badana liczy od kilkuset do kilku tysięcy osób. W przypadku szczepionki Pfizera było to ponad 40 tys. ochotników. Badania trzeciej fazy w przypadku szczepionek trwają długo, ponieważ sprawdza się m.in. jak długo szczepionka działa. Tego nie wiemy, ale nawet gdyby szczepionki przeciw COVID-19 dawały krótkotrwałą odporność, pozwoliłoby to opanować pandemię. Według wstępnych ocen, na podstawie krzywej spadku poziomu przeciwciał u badanych osób, szacuje się, że odporność powinna utrzymywać się co najmniej 2,5–3 lata. Nie ma powodów twierdzić, że powikłania po szczepieniu byłyby inne niż po typowym szczepieniu przeciw grypie. Ponieważ pierwsi ochotnicy byli zaszczepieni już w marcu, to gdyby szczepionka miała dawać poważne powikłania, wiedzielibyśmy już o tym.

Jak wiadomo, szczepionka oparta jest na technologii opracowanej przed 20 laty. Była stosowana przy produkcji szczepionki przeciw SARS-1 i eboli. Oczywiście, nie na taką skalę, jaką obecnie się planuje.

W obecnym etapie masowych szczepień (piszę to w połowie stycznia), powikłania po podaniu szczepionki są



zdecydowanie rzadsze i mniej groźne niż po przyjmowaniu paracetamolu i innych leków sprzedawanych bez recepty. Niepokojący jest fakt częstych wątpliwości w sprawie szczepień w środowisku medycznym, w tym również wśród lekarzy. Jak to tłumaczyć?

Profesjonalizm jest słowem zbyt często używanym, również w medycynie. Termin ten już dawno się zdeprecjonował. Przymiotnik „profesjonalny” stosowany jest jako synonim dobrej jakości, w odróżnieniu od „amatorski”, który ma oznaczać rzecz czy działanie nie w pełni wartościowe. Profesjonalizmu jednak nie można sprowadzać tylko do przymiotnika. Jest to cały zestaw cech w podejściu do wykonywanego zawodu. Jedną z nich jest pozostawianie swoich osobistych poglądów, fobii, przesądów w domu. W pracy obowiązują nas zasady EBM – medycyny opartej na faktach.

Kowalski może obawiać się igły, wstrzyknięcia chipa powodującego impotencję, zmian w kodzie genetycznym. Doktor Kowalski swoje działania zawodowe (w tym tzw. oświatę zdrowotną) powinien opierać o dowody naukowe. Podstawą medycyny jest również ocena ryzyka. Nie ma leków bez działań ubocznych (poza homeopatią). Wypisując każdą receptę musimy zastanowić się, czy leczenie nie jest groźniejsze od choroby. W przypadku szczepienia przeciw covidowi wątpliwości być nie powinno. Ktoś twierdzi, że nie do końca wiadomo do czego może doprowadzić podanie szczepionki? Odpowiedź jest prosta – do czego może prowadzić zakażenie SARS-CoV-2 od roku już wiemy. Statystyki zgonów są przerażające. Możliwe długotrwałe skutki zdrowotne po przejściu zakażenia również. Trudne do oszacowania są skutki zapaści ochrony zdrowia i recesji gospodarczej.

Doktor Kowalski powinien mieć świadomość, że jego postawa może mieć mrozący wpływ na gotowość do szczepień całego społeczeństwa. Zrozumiały tok myślenia przeciętnego obywatela jest następujący: skoro profesjonalści się nie szczepią, to znaczy, że jednak nie jest to tak bezpieczne, tak pewne i tak konieczne, jak przekonują eksperci i politycy. Przecież medycy wiedzą lepiej. Tak więc wszystko obraca się wokół profesjonalizmu.

Definicja tego terminu nie jest łatwa. Może prościej wyjaśnić ją historyczną anegdotą. Angielska królowa Wiktoria wcześniej owdowiała. Współcześni przypisywali jej duży temperament, podejrzewana była o wiele romansów. Anegdota dotyczy jej fascynacji wielkim aktorem znanym z wielkich ról szekspirowskich. Po spektaklu „Hamleta” królowa przesłała aktorowi bilet z zaproszeniem na kolację we dwoje. Warunkiem było, aby zaproszony stawił się w stroju scenicznym. Kolacja była na tyle udana, że przedłużyła się do śniadania. Po kolejnym spektaklu aktor został zaproszony jako Otello. Spotkanie zakończyło się podobnie jak pierwsze. Następna rola – to Makbet. Królowa była zachwycona. W kolejnym zaproszeniu zażyczyła sobie, aby aktor przyszedł do niej w stroju prywatnym. Aktor nie stawił się, a w odpowiedzi na zaproszenie odpowiedział: „Wasza Wysokość, prywatnie to ja jestem impotentem!”.

Zakończę jednak patetycznie. Jak wielu z nas, nigdy nie lubiłem terminu „służba zdrowia”. Wolałem „ochrona zdrowia”. Jednak na okres wojny z pandemią zmieniłem zdanie. W czasach zarazy powinniśmy być służbą. A ściślej – bądźmy profesjonalną służbą.

Grzegorz WOJCIECHOWSKI  
(przedruk z „Vox Medici” nr 1/21)

## GDZIE CI STATYŚCI, PRAWDZIWI TACY?

*Lekarz chory na COVID-19 wymaga hospitalizacji – tak bywa. Jednak lekarzowi hospitalizowanemu, słyszącemu od samozwańczych „ekspertów”, że pandemia to wymysł, bardzo trudno pogodzić się z faktem, że w społeczeństwie szerzone są szkodliwe teorie. Gdy nie widzi się sensu dyskusji, można wypowiedzieć się, np. śpiewając. Marek Posobkiewicz wielokrotnie w ten niekonwencjonalny sposób propagował postawy prozdrowotne. Z byłym głównym inspektorem sanitarnym, lekarzem, o doświadczeniach z COVID-19, terapii osoczem i rozprawianiu się z fake newsami rozmawia Renata Jeziółkowska.*

### Jak pan się czuje jako ozdrowieniec?

Czuję się jeszcze nie całkiem dobrze, ale dużo lepiej, a przede wszystkim cieszę się z tego, że żyję. Bo choroba COVID-19 niestety jest śmiertelna, choć w małym procencie.

**Co pan czuł, chorując? Pytam nie tylko o samopoczucie fizyczne, lecz również o emocje.**

Przez pierwsze dwie doby miałem nadzieję, że zostanę w domu, ale mój stan na tyle się pogorszył, że na ponad dwa tygodnie wyładowałem w szpitalu. Zdawałem sobie sprawę, że przebieg choroby bywa bardzo różny, z natury jestem jednak optymistą, dlatego cały czas wierzyłem w to, że będzie dobrze.

**Lekarz w roli pacjenta – to sytuacja odwrócona i niecodzienna.**

Zdecydowanie bardziej jestem przyzwyczajony do roli lekarza niż pacjenta, ale myślę, że takie odwrócenie ról to dobre doświadczenie dla każdego lekarza. Może się wtedy przekonać, jak sytuacja – nie tylko podczas pandemii, ale podczas każdego leczenia – wygląda z perspektywy szpitalnego łóżka.

### I jak wyglądała z tej perspektywy?

Nie był to mój pierwszy pobyt w szpitalu, ale ten różnił się zdecydowanie od poprzednich. W dobie pandemii pacjent jest w pewnym sensie więźniem we własnej



sali. Nie wolno mu jej opuszczać, nie może być odwiedzany przez rodzinę, przez przyjaciół. Ograniczona jest możliwość podawania rzeczy z zewnątrz. Jednak obecnie ułatwieniem są wszelkie elektroniczne narzędzia komunikacji, dzięki którym pacjent ma szansę rozmawiać, zobaczyć się z rodziną. Ma możliwości, jakich nie mieli pacjenci podczas pandemii grypy hiszpanki 100 lat temu. Zresztą nie mieli ich jeszcze pacjenci w podobnej sytuacji w drugiej połowie XX w.

**A co z systemem? Czy pana zdaniem państwo radzi sobie z epidemią, czy system działa niejako z rozpędu? Czy problemy, które istniały przed wybuchem pandemii, nasilają się?**

Sytuacja przerosła przewidywania i możliwości całego świata medycznego. Oprócz osób, które zostały mocno dotknięte przez zakażenie, są również ofiary COVID-19 wśród niezakażonych. W okresie pandemii, tak jak w każdym innym, wielu pacjentów przechodzi zawał serca, nasilenie choroby wieńcowej, świeży udar mózgu, są osoby wymagające diagnostyki i leczenia onkologicznego. Zdrowie tych ludzi z powodu spowolnienia funkcjonowania systemu bywa bardziej zagrożone, a część chorych, których udało się uratować w normalnych warunkach, niestety umiera. To smutne, nie można jednak wskazać jednego winnego, poza tym głównym, którym jest koronawirus.

**Podawano panu osocze. Jak wpłynęło to na przebieg choroby? Jeszcze kilka miesięcy temu w terapii osoczem ozdrowieńców pokładano ogromne nadzieje, z czasem pojawiała się coraz więcej wątpliwości, co do jej skuteczności.**

Próby leczenia osoczem ozdrowieńców pacjentów chorych zakaźnie, których nie można leczyć swoiście, stosowane były od dawna. Mam pozytywne nastawienie do tej metody, bo jest stosunkowo bezpieczna. W osoczu ozdrowieńców znajdują się przeciwciała rozpoznające i częściowo inaktywujące wirusa, który zaatakował organizm biorcy. W przypadku osocza istotny jest czas, w którym zostanie podane pacjentowi. Wiremia trwa z reguły do dwóch tygodni. Jeżeli stan pacjenta stopniowo się pogarsza i po dwóch tygodniach, gdy chory zostanie podłączony do respiratora, będziemy chcieli podawać mu osocze, niewielkie są szanse, że odegra ono swoją rolę. Mechanizm destrukcji organizmu przez chorobę będzie wówczas rozpędzony, a sam wirus nie będzie już w tym procesie uczestniczył.

**Podczas gdy pan chorował, pseudoeksperti negowali pandemię, kwestionowali zasadność noszenia maseczek. Jako chory nie krył pan irytacji wobec takich postaw.**

Wydaje mi się, że gdyby ludzie, którzy negują istnienie COVID-19, mogli spojrzeć w oczy młodej osobie duszącej się w przebiegu infekcji koronawirusowej i bojącej się, że za chwilę umrze, zmieniliby zdanie i chociaż część z nich przestałaby wygadywać głupstwa.

**Jak należy reagować na to „wygadywanie głupstw”? Te głupstwa są nośne, medialne i dlatego często powielane. Spora grupa osób w nie wierzy.**

Sporo osób ulega iluzji tej rzekomej rzeczywistości przekazywanej przez koronasceptyków, antyszczepionkowców. Część z nich zderza się potem z realną rzeczywistością, lądując na łóżku szpitalnym. Były już osoby, które protestowały przeciwko wprowadzeniu restrykcji, twierdząc, że nie ma żadnej pandemii, że to jest koronaściana, a potem trafiały do szpitala, z którego część z nich już nie wyszła. Pewien procent koronasceptyków stanowią ludzie z „przeciwnej strony” nauki i wiedzy medycznej, którzy chcieliby być traktowani poważnie, żeby oficjalnie z nimi wchodzić w polemikę, prowadzić debaty. Ale byłoby to legitymizowanie ich prawa do publicznego wygadywania głupstw. Głupotę należy nazwać po imieniu. Tym, którzy zbłądzą, trzeba pewne rzeczy wyjaśniać, a jeżeli ktoś z premedytacją miesza w głowach innym, czego wynikiem jest szerzenie się choroby zakaźnej bądź śmierć innych osób, powinien zostać ukarany.

**Pan rozmawiał w przestrzeni publicznej z takimi osobami, stosując różne środki wyrazu. Dość niekonwencjonalnie podchodził pan do tej „dyskusji”.**

Czasami działałam „reakcyjnie” i kieruję się intuicją. Leżałam w szpitalu, w którym dyżurowałam od początku pandemii, widziałem, że część pacjentów bardzo ciężko przechodzi COVID, umiera wielu takich, którzy mogliby pożyć jeszcze nawet kilkadziesiąt lat. W dodatku sam byłem chory, więc gdy słyszałem opinie, że na łóżkach szpitalnych nie leżą pacjenci, tylko statysci, zareagowałem tak jak zareagowałem...

**I w odpowiedzi na słowa piosenkarki m.in. nagrał pan cover jej utworu z nowym tekstem i tytułem „Ja nie jestem statystą”. Było warto odnosić się do teorii wygłaszanych przez celebrytów?**

Wydaje mi się, że tak. Celebryci – aktorzy, sportowcy, piosenkarze, inni influencerzy internetowi – są obserwowani przez rzeszę fanów, a także ludzi ciekawych, co u tych osób się dzieje. I słowa wypowiedziane przez celebrytów na podstawie ich własnego wyobrażenia, nawet klójące się z logiką i rzeczywistością, mogą mieć duży wpływ na postępowanie fanów i obserwatorów. Słowa idola często oddziałują na poglądy fanów.

**Na każdym etapie pandemii pojawiają się absurdalne teorie. Był okres, gdy wiele osób, które rzeczywiście nie miały styczności z koronawirusem, podawało, jako argument za nieistnieniem pandemii fakt, że nie znają nikogo chorego na COVID. Teraz wiele osób wypowiada się negatywnie o szczepieniach: „szczepienia nie mają sensu, to ubezwłasnowolnienie ludzi” itd. Jak więc zachęcać do szczepień, jak je propagować, jak walczyć z mitami, fałszywymi newsami, teoriami spiskowymi?**

Zdając sobie sprawę z emocji, jakie mogą się wiązać ze szczepieniami przeciwko COVID, od początku twierdziłem, że powinny to być szczepienia dobrowolne. Po to, by



budziły mniej emocji. Zarazem podkreślałem, że wszyscy mądrzy się zaszczepią. Miejmy nadzieję, że do niektórych ta mądrość nie przyjdzie zbyt późno. W ostatnich dniach już odnotowano wzrost liczby deklarujących chęć zaszczepienia się. W Polsce zaszczepiło się kilkadziesiąt tysięcy osób, kilkadziesiąt milionów na całym świecie. Gdyby wspomnianych kilkadziesiąt milionów osób się nie zaszczepiło, zgodnie ze światową statystyką, która wskazuje, że około 2% pacjentów z potwierdzonym zakażeniem umiera, mielibyśmy liczbę kilkuset tysięcy osób, które mogłyby umrzeć. Rachunek jest prosty, a ze statystyką i matematyką trudno dyskutować.

**Trudno też dyskutować z faktem śmierci na COVID-19 kogoś bliskiego czy znajomego. Niestety, tragiczne sytuacje weryfikują beztróskie podejście do tej choroby.**

W zeszłym roku na wiosnę, tak jak pani wspomniała, wiele osób mówiło: „Czy ktoś widział chorego? Czy znasz kogoś, kto zmarł z powodu koronawirusa?”. W tej chwili trudno znaleźć rodzinę, która w jakiś sposób nie została nim dotknięta. Zanotowaliśmy już w Polsce tyle tysięcy zgonów, że niemal każdy zna kogoś, kto zmarł na COVID-19.

(przedruk z „Pulsu” nr 2/21)

## PLASTER NA NIEOCZYSZCZONĄ RANĘ

Pod koniec listopada 2020 r. rząd przyjął nowelizację ustawy w sprawie kadr medycznych spoza Unii Europejskiej, która przewiduje możliwość zatrudniania na uprzywilejowanych zasadach lekarzy, pielęgniarki, położne i ratowników medycznych. Wielokrotny sprzeciw środowisk lekarskich jak dotąd nie przyniósł rezultatu. Samorząd lekarski dopracowuje rozwiązania, które mają zapobiec niebezpieczeństwu zatrudniania lekarzy bez nostryfikacji dyplomów i znajomości języka polskiego.

Do tej pory, by pracować w Polsce, lekarze spoza Unii Europejskiej musieli przejść długi i skomplikowany proces nostryfikacji dyplomów. Musieli także posiadać status imigracyjny oraz znać język, co poświadczał egzamin. Mieli również obowiązek odbycia trwającego nieco ponad rok stażu. Wszystko po to, by utrzymać wysokie standardy opieki medycznej i merytorykę zawodów medycznych.

Nowe przepisy bardzo liberalizują te wymagania. Zdaniem przedstawicieli samorządu lekarskiego, przede wszystkim ze szkodą dla pacjentów. – *To nie jest tak, że my się rękami i nogami bronimy przed lekarzami z zagranicy – mówi dr Paweł Czekalski, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi. – Przecież wielu kolegów z innych krajów pracuje w Polsce i robi to świetnie. Nam chodzi o to, żeby lekarze spoza UE musieli spełniać takie same warunki, jak nasi absolwenci uczelni medycznych. Na podstawie przepisów zawartych w nowej ustawie, możemy się spodziewać najazdu ludzi, którzy nawet nie będą musieli przedstawić dyplomu ukończenia studiów ani znać słowa po polsku. To ogromne i niepotrzebne ryzyko. Lekarzy brakuje, ale nie możemy sobie pozwolić na obniżenie poziomu leczenia.*

Podobnie sprawę komentuje prof. Andrzej Matyja, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. W wywiadzie dla „Rynku Zdrowia” czytamy: *Polscy lekarze nie boją się konkurencji, ale niepokoi obniżenie standardów. Chodzi o to, by zasilala nas kadra, wobec której postawiono te same wymagania, co studentom polskich uczelni. Z kolei w roz-*

*prawie z „Polityką Zdrowotną” czytamy: Trzeba domagać się od ustawodawcy gwarancji, że lekarz będzie miał odpowiednie kompetencje, dzięki czemu nie będzie zagrażać bezpieczeństwu pacjenta – podkreśla prezes Naczelnej Rady Lekarskiej A. Matyja.*

Samorząd lekarski jeszcze na etapie prac nad ustawą apelował do parlamentarzystów i Ministerstwa Zdrowia, zarówno na poziomie izb regionalnych, jak i głosem Izby Naczelnej. Ustawodawca pozostał jednak obojętny na wszystkie argumenty. W stanowisku nr 19/P-VIII/2020 Prezydium ORL w Łodzi z 20 listopada czytamy:

*Po raz kolejny zademonstrowano całkowite lekceważenie bezpieczeństwa pacjentów, zarówno tych, którzy zostali zakażeni wirusem SARS-CoV-2, jak i tych, którzy chorują na inne choroby i w dobie epidemii nie znajdują, ze względu na działania rządzących, należytej pomocy medycznej. Postanowienia projektu są krańcowo groźne dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, gdyż pozwalają na dopuszczenie do zawodu lekarzy bez konieczności weryfikacji i legalizacji zdobytego dyplomu lekarza, a także poświadczenia zdobytych specjalizacji, na podstawie i w zakresie określonym w decyzji Ministra Zdrowia. Jedynym zabezpieczeniem będzie 3-miesięczny okres pracy pod nadzorem innego lekarza, który za postępowanie podopiecznego będzie w pełni odpowiadał przed polskim wymiarem sprawiedliwości. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi nie godzi się na to, żeby pacjenci byli leczeni przez osoby, które nie są w stanie wykazać swoich kwalifikacji, a przedstawią jedynie skany dokumentów, bez ich uwierzytelnienia, czy nawet poświadczenia, że są zgodne z wymogami kraju ich wystawienia. Do tego osoby te, w założeniach projektu, nie muszą nawet w najmniejszym stopniu władać językiem polskim. [...] Przyjęcie projektu ustawy, bez jakiegokolwiek refleksji nad jego skutkami, godzić będzie nie tylko w Konstytucję RP, ale w zdrowie i życie Polaków. Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi domaga się odrzucenia tego projektu w pierwszym czytaniu.*





– Powoli ustawa o zawodzie lekarza i lekarza denty-  
sty przestaje być zgodna ze swoim tytułem, to zaczyna  
być ustawa o zawodzie felczera i technika stomatologicz-  
nego. Z całym szacunkiem do tych zawodów – dodaje dr  
P. Czekalski. – W tej chwili lekarz, aby otrzymać prawo  
wykonywania zawodu, musi udokumentować kształcenie,  
które jest uznawane na terenie Unii Europejskiej. Mini-  
mum pięcio- lub sześcioletnie studia, odpowiedni staż pra-  
cy wraz z obowiązkowymi kursami i w ramach kształce-  
nia specjalizacyjnego, całą ścieżkę specjalizacyjną, która  
dokumentuje, że ten lekarz jest specjalistą w swojej dzie-  
dzinie. – dodaje P. Czekalski.

Nic więc dziwnego, że samorząd lekarski zwrócił się  
o interpretację nowych przepisów do znawców prawa.  
Szczegółową opinię w tej sprawie przedstawił między  
innymi prof. zw. dr hab. Jan Zimmermann z Uniwersy-  
tetu Jagiellońskiego. W przedstawionej opinii prawnej  
Profesor stwierdza, że okręgowe rady lekarskie mogą,  
a nawet powinny badać przesłanki potrzebne do przy-  
znania kandydatowi prawa wykonywania zawodu. Zda-  
niem Profesora okręgowe rady lekarskie mogą wydawać  
zarówno decyzje pozytywne, jak i decyzje negatywne  
w zakresie swoich kompetencji – nie są więc związane  
uprzednią decyzją Ministra Zdrowia. W opinii prawnej  
wskazano, że okręgowa rada lekarska w trakcie badania  
spełniania przez kandydata przesłanek warunkujących  
przyznanie prawa wykonywania zawodu może oceniać,  
czy posiadany przez niego dyplom lekarza/lekarza den-  
tysty spełnia minimalne wymagania kształcenia okreś-  
lone w prawie unijnym. Opiniujący uważa ponadto, że przy  
braku odpowiedniej regulacji w ustawie można bezpo-  
średnio zastosować art. 27 Konstytucji RP, który stanowi,  
że w Rzeczypospolitej Polskiej językiem urzędowym jest  
język polski, co oznacza, że osoby, które uzyskają w Pol-

sce prawo wykonywania zawodu lekarza, są zobowiąza-  
ne do używania w swojej działalności języka polskiego.

Zmiana przepisów wymusza na okręgowych radach  
lekarskich (to nadal one, a nie minister przyznają prawo  
wykonywania zawodu) wypracowanie schematów postę-  
powania w przypadku wniosku ministra o przyznanie  
prawa wykonywania zawodu lekarzowi spoza UE. Nad  
nowymi przepisami pochylił się prawnicy zarówno re-  
gionalnych rad, jak i NRL. Podczas Konwentu Prezesów,  
który odbył się 18 stycznia, udało się wypracować sche-  
mat postępowania dla wszystkich izb w Polsce.

Schemat zakłada między innymi, że to nie minister,  
a konkretny lekarz musi wystąpić do ORL z wnioskiem,  
jeśli tego nie robi, rada nie może przyznać PWZ. Rady  
będą się również domagać od chcącego podjąć w Pol-  
sce pracę lekarza dokumentów zgodnych z Dyrektywą  
2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 7 wrze-  
śnia 2005 r. (art. 24), w szczególności dyplom ukończe-  
nia studiów, łącznie z dokumentami umożliwiającymi  
ocenę przebiegu studiów, (czas trwania, zakres i ocenę  
efektów) oraz dokumenty dotyczące znajomości języka  
polskiego (np. egzamin NIL). Dodatkowo okręgowe ra-  
dy lekarskie będą wymagać od lekarzy spoza Unii Euro-  
pejskiej, aby wszystkie dokumenty były przetłumaczone  
na język polski przez tłumacza przysięgłego.

– Te działania nie mają na celu utrudnienia podjęcia  
pracy w Polsce kolegom spoza UE – zapewnia dr P. Cze-  
kalski. – Wynikają one z obowiązujących przepisów i ma-  
ją na celu chronić pacjentów, a także lekarzy, którzy biorą  
przecież odpowiedzialność za pracę kolegów, przed skutka-  
mi wprowadzanych ad hoc nieprzemyślanych rozwiązań.

Justyna KOWALEWSKA  
(przedruk z „Panaceum” nr 1-2/21)

## # SPRAWDZAM

# LICZBA LEKARZY ZWIĘKSZYŁA SIĘ W POLSCE O PIĘĆ OSÓB

Liczba lekarzy w Polsce nie należy do najwyższych w Eu-  
ropie. To jest dzień ważnej zmiany systemowej, w którym  
mogę wręczyć pierwsze decyzje o pozwoleniu na pracę uzy-  
skane w uproszczonej procedurze – ogłosił pod koniec  
stycznia minister Adam Niedzielski, przekazując pięciu  
lekarzom z Białorusi i Ukrainy dokumenty, na podsta-  
wie których okręgowe rady lekarskie mają im wydać pra-  
wo wykonywania zawodu.

Ministerstwo Zdrowia informowało zresztą począt-  
kowo, że czterech mężczyzn i kobieta, w imieniu której  
w konferencji prasowej wziął udział pełnomocnik, ode-  
brało od ministra prawo wykonywania zawodu (czy też  
– pozwolenie na pracę). Dopiero po interwencji samo-

rządu lekarskiego, przypominającego, że PWZ wyda-  
ją okręgowe izby lekarskie po weryfikacji dokumentów,  
zmieniono komunikat.

Czy rzeczywiście nadszedł „dzień ważnej zmiany  
systemowej”, jak twierdzi Adam Niedzielski? Minister  
sam przyznał, że po zmianach przepisów, uchwalonych  
przez Sejm w październiku i listopadzie, które uprości-  
ły - jego zdaniem - nadmiernie skomplikowaną proce-  
durę uzyskiwania prawa wykonywania zawodu leka-  
rza i lekarza dentystry przez osoby spoza UE, do resortu  
zdrowia trafiło 46 wniosków lekarzy (34) i lekarzy den-  
tystów (12). Połowa została odesłana do uzupełnienia.  
Z pozostałych tylko pięć Ministerstwo Zdrowia uzna-



ło za na tyle kompletne, by wydać na ich podstawie pozytywną decyzję.

– System był skomplikowany. Teraz procedura jest uproszczona, ale zapewniająca bezpieczeństwo – przekonywał Adam Niedzielski. – Dzisiaj liczba lekarzy w Polsce wzrasta o pięć osób. To uzupełnienie potężnego deficytu lekarzy w Polsce i poprawa dostępności leczenia.

Rzecz w tym, że liczba lekarzy wzrośnie wtedy, gdy właściwe okręgowe rady lekarskie wydadzą prawa wykonywania zawodu. Czy tak się stanie? Czy tak się stanie we wszystkich pięciu (i kolejnych) przypadkach? Odpowiedź przyniesie przyszłość.

Czy pięciu lekarzy – choćby i najlepszych, najbardziej kompetentnych – może stanowić „uzupełnienie potężnego deficytu” i zapewnić „poprawę dostępności leczenia”? Ani pięciu, ani pięćdziesięciu, ani nawet pięciuset, których nota bene na horyzoncie nie widać. Tak, również pięciuset lekarzy nie wystarczy, by częściowo uzupełnić „potężny deficyt”, zwłaszcza że w wyniku pandemii ma on ogromne szanse się powiększyć, bo szczególnie młodzi (choć nie tylko) lekarze już w tej chwili deklarują chęć opuszczenia, najchętniej na zawsze, publicznego systemu ochrony zdrowia, gdy tylko skończy się pandemia. Działania resortu zdrowia, m.in. system wypłacania (czy też raczej niewypłacania) dodatków covidowych, są w tym zakresie doskonałym motywatorem.

Ministerstwo Zdrowia widzi to jednak inaczej. – Mam nadzieję, że dzisiejsze wydarzenie zachęci też inne osoby

do ubiegania się o pracę w Polsce. Warunki pracy i wynagrodzenia lekarzy w Polsce są godne, zwłaszcza w czasie pandemii. Tym bardziej dla osób pochodzących z krajów nie tak bardzo rozwiniętych gospodarczo jak Polska – mówił Adam Niedzielski.

Tajemnicą poliszynela jest jednak to, że lekarze zza wschodniej granicy nie mogą liczyć w szpitalach, które chcą ich zatrudnić, na warunki płacy choćby zbliżone do tych, jakie mają polscy lekarze.

Trudno też nie zauważyć, że kilkadziesiąt (niekompletnych) wniosków o pozwolenie na pracę w Polsce to nie jest wynik, który oznaczałby spektakularny sukces pomysłu resortu zdrowia na załatwienie dziury kadrowej wśród lekarzy. Już na etapie prac nad tymi przepisami – zarówno wiosną i latem 2020 r., jak i jesienią – samorząd lekarski i eksperci przestrzegali przed pokładaniem zbyt wielkich nadziei w tym, że lekarze z Białorusi czy Ukrainy (bo tak naprawdę chodzi o te dwa państwa) zechcą (lub będą w stanie) przyjechać akurat do Polski. Zwłaszcza, że wbrew potocznym sądom, które Ministerstwo Zdrowia zdaje się podzielać, bariera językowa jest niebagatelna. Oczywiście, jeśli od lekarza oczekujemy, że bez przeszkód będzie się komunikował zarówno z pacjentami, jak i ze wszystkimi współpracownikami. Często (nawet bardzo często) w warunkach ogromnego stresu.

Małgorzata SOLECKA  
(przedruk z „Pulsu” nr 2/21)

## LEKARZE SAMI ZBOJKOTUJĄ USTAWOWY BUBEL CZYLI – NIC O NAS, BEZ NAS!

Wykonywanie zawodu zaufania publicznego, jakim jest zawód lekarza, wymaga wysokich umiejętności językowych, zaś zbyt niski poziom znajomości języka polskiego uniemożliwia przeprowadzenie wywiadu z pacjentem oraz uzyskanie niezbędnych informacji o stanie zdrowia chorego. Co z oczywistych względów stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów i stoi na przeszkodzie do odpowiedzialnego wykonywania zawodu. To słowa, jakie na jednej z ostatnich rozpraw wypowiedzieli sędziowie Naczelnego Sądu Administracyjnego. Trudno nie zgodzić się z czymś, co jest oczywiste.

Stworzona naprędce przez grupę politycznych dyletantów tzw. ustawa covidowa miała na celu ułatwienie dostępu do zawodu lekarza oraz lekarza dentysty cudzoziemcom spoza Unii Europejskiej. W rzeczywistości wyszedł szkodliwy społecznie i uderzający w polskich pacjentów administracyjny gniot. Nie byłoby żadnego problemu, gdyby politycy zapraszali do Polski wyłącznie wykwalifikowany personel, który wystarczająco dobrze włada językiem polskim i bez problemu porozumiewa się ze współpracownikami i pacjentami. Sprowadzanie personelu,

którego przeszkolenie nawet w połowie nie dorównuje wiedzy i umiejętnościom polskich lekarzy i pielęgniarek może realnie zagrozić polskim pacjentom. Dlatego nieznanomość lub znajomość jedynie podstawowych zwrotów języka polskiego powinny z miejsca dyskwalifikować tego typu kandydatów.

Warto tu przytoczyć ważne fakty. Otóż przeprowadzone kilka lat temu w Wielkiej Brytanii badania wykazały, iż błąd medyczny jest trzecią główną przyczyną śmierci, plasując się za chorobami nowotworowymi oraz chorobami serca.

Kilka lat temu falę burzliwej dyskusji rozpętała sprawa nigeryjskiego lekarza, który w 2008 roku z powodu zbyt słabej znajomości języka angielskiego „niechcący” uśmiercił 70 letniego pacjenta, zalecając mu 10 krotną dawkę bardzo silnego opioidowego środka przeciwbólowego. Podobne błędy, aczkolwiek mniej tragiczne w skutkach, choć często z obawy przed procesami sądowymi sprytnie zamiatane pod dywan, były w przeszłości dla Brytyjczyków chlebem powszednim. Według przedstawicieli brytyjskich izb lekarskich – General Medical Co-





uncil (GMC), zdarzały się sytuacje, gdy w ciągu roku aż 779 lekarzy, którzy stanowili 45% wszystkich ubiegających się o pracę w brytyjskich szpitalach – z powodu złej znajomości języka angielskiego, traciło szansę na pracę w zawodzie. Z kolei według Royal College of Surgeons w ciągu niespełna 12 miesięcy aż 39 „napływowych” chirurgów miało przynajmniej raz postawiony zarzut niedostatecznej znajomości języka angielskiego. Skutkiem tego była większa liczba błędów medycznych, poważnych powikłań i zgonów. Drugą stroną medalu były horrendalnie wysokie odszkodowania, które szpitale musiały wypłacać rodzinom poszkodowanych.

Biorąc przykład z bardziej doświadczonych krajów, w Polsce lata temu wprowadzono dla lekarzy spoza UE proces nostryfikacji dyplomów oraz ocenę znajomości języka polskiego, aby mieć pewność że lekarz obcokrajowiec będzie w stanie skutecznie komunikować się z pacjentem. Zdaniem polskich lekarzy, dopuszczenie do zawodu ludzi, których wiedza nie została zweryfikowana, a do tego nieznających dobrze języka polskiego, może jedynie pogрузić polską służbę zdrowia w jeszcze większym chaosie, narażając pacjentów na większą liczbę powikłań, generując przy tym niebagatelne koszty.

Jeśli chodzi o Wielką Brytanię, to błędów popełnianych przez nieznających języka lekarzy było w pewnym momencie zbyt dużo, by można było skrywać je pod dywanem politycznej poprawności. Błędne rozpoznania, poważne problemy w komunikacji z pacjentami i personelem, a nawet niezdolność do zrozumienia i zaakceptowania norm społecznych, do tego zlecenie niewłaściwych leków oraz nieodpowiednich ich dawek, nieznajomość procedur, skutkująca zbyt często kalectwem i śmiercią chorych, spowodowały, że Wielka Brytania przywróciła obowiązkowe testy językowe i wydalila wielu tzw. foreign doctors, którzy zamiast leczyć, częściej szkodzili. Tym bardziej zaskoczyły nas wszystkich kompletnie niezrozumiałe zabawy w tworzenie prawa przez polskich polityków, którzy już od jakiegoś czasu działają w kompletnym oderwaniu od otaczającej ich rzeczywistości.

Jak wyliczył jeden z dyskutantów, liczba chorych, którzy mogliby paść ofiarami błędów lekarskich spowodowanych przez napływowych medyków z różnych, w tym bardzo egzotycznych, rejonów świata, może niepokojąco wzrosnąć, przewyższając nawet liczbę osób, które przebędą Covid 19 o ciężkim przebiegu.

Jest jednak światło w tunelu! Wygląda na to, że to, co zepsuli politycy, wprowadzając niebezpieczną dla pacjentów ustawę, za wszelką cenę będą starali się naprawić lekarze. Na medycznych forach wrze już od kilku dobrych tygodni. Lekarze wyrażają swoje zdanie. „Nie dopuścimy, by chorych leczyły osoby bez odpowiednich kompetencji i odpowiedniej znajomości języka polskiego. Skoro prawo tworzą dyletanci, ignorujący głosy ekspertów, to właśnie na nas spoczywa misja powstrzymania tego szaleństwa”. Głosów w podobnym tonie jest znacznie więcej. Niektórzy są zdania, że należy zbojkotować decyzje administracyjne, a osobom bez potwierdzonych kwalifikacji nie przyznawać prawa wykonywania zawodu, co najpewniej Izby Lekarskie uczynią. Jednak minister zdrowia otrzymał prawo nadawania dodatkowych uprawnień, w tym prawa wykonywania zawodu. Na to również dyskutanci mają własną receptę: „Jeśli minister podejmie decyzję, nie należy wyznaczać opiekuna stażu, a dyrektorów pozywać, zarzucając im stwarzanie zagrożenia dla życia i zdrowia pacjentów”. Podstawą jest precyzyjne typowanie osób odpowiedzialnych i niedopuszczenie do sytuacji, gdzie odpowiedzialność ulegnie rozmyciu. Co do jednego lekarze są zgodni: „Nikt o zdrowych zmysłach nie będzie nadzorował pracy lekarza, który nie potrafi porozumieć się z pacjentem po polsku i nie ma prawa wykonywania zawodu lekarza na terenie RP”. Tym bardziej nikt nie nadstawi karku za błędy, jakich mogą dopuścić się w trakcie leczenia Polaków ludzie bez prawa wykonywania zawodu. I w taki właśnie sposób lekarze mają zamiar skutecznie zneutralizować ustawowy bubel.

Marek DERKACZ  
marekderkacz@interia.pl  
(przedruk z „Medicusa” nr 1-2/21)

## NIE MA CUDÓW

W polskim systemie ochrony zdrowia brakuje kilkudziesięciu tysięcy lekarzy. Rocznie studia medyczne rozpoczyna niespełna 10 tys. studentów. Duża liczba medyków jest w wieku emerytalnym, a uczelnie zwiększają przyjęcia przede wszystkim na studia w języku angielskim. Można się więc domyślać, że ich absolwenci będą szukać pracy na innym niż polski rynku. Zapełnianie luki kadrowej w taki sposób zajmie wieczność. Ale czy da się ten proces znacząco przyspieszyć?

Wyobraźmy sobie, że rząd nagle rzuca wszystko, by ratować ochronę zdrowia. Środki z kasy państwa płyną

szerokim strumieniem, a jednym z celów jest zapełnienie luki kadrowej wśród lekarzy. Władze dają sobie na to 11 lat, czyli tyle, ile w najbardziej optymistycznym wariantcie zajmuje szkolenie lekarza od studiów przez staż po rezydenturę. Koncepcja być może absurdalna, ale przecież system ochrony zdrowia pełen jest absurdów...

### Studenci

Spróbujmy w ramach eksperymentu myślowego sprawdzić, z jakimi barierami twórcy takiej reformy musieliby się zmierzyć. Według obliczeń Naczelnej Izby Lekarskiej z 2019 r. w Polsce brakuje 68 tys. lekarzy. W bieżącym



roku akademickim limit przyjęć na studia medyczne na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym wyniósł 9.717. Oznacza to, że gdybyśmy chcieli w ciągu jednego cyklu szkoleniowego zlikwidować całą lukę, na uczelnie medyczne w danym roku należałoby przyjąć siedem razy więcej studentów.

Prawdopodobnie znalazłoby się tylu zainteresowanych. Do rekrutacji na kierunki lekarskie maturzyści zgłaszają się masowo. Na jedno miejsce z reguły przypada więcej niż 10 chętnych. Pierwszy problem wynika z faktu, że w przypadku nagłego zwiększenia liczby oferowanych indeksów uniwersytety będą miały ograniczoną możliwość przeprowadzania selekcji. Do zawodu lekarza powinni w końcu trafiać najlepsi z najlepszych, by pacjent bez lęku powierzał im swoje zdrowie i życie.

Jeśli jednak taką pozytywną selekcję udało by się przeprowadzić, studentów należałoby gdzieś pomieścić. Kampusy uczelniane nie są z gumy. Od wielu lat były dostosowane do określonej liczby studentów, trudno więc zmieścić w nich nagle siedem razy więcej osób. Teoretycznie możliwe jest oczywiście, że rządzący stworzą kampusy tymczasowe (jak w czasie epidemii szpitale). Przy niemal nieograniczonym budżecie pewnie by się to udało.

Jeśli już przyjmujemy studentów i stworzymy infrastrukturę do ich szkolenia, będziemy potrzebować kogoś, kto by ich uczył. Efektywny proces szkolenia wymaga odpowiednio licznej kadry naukowej. Nie ma szansy, by obecni pracownicy uczelni medycznych szkolili siedem razy więcej osób i nie obniżył się poziom tego szkolenia. Gdy zwiększa się liczbę studentów, potrzebna jest proporcjonalnie wyższa liczba wykładowców – lekarzy. *– Liczba wykładowców prezentujących wymagany poziom merytoryczny jest ograniczona. Wprawdzie w ostatnich latach otwierane są nowe uczelnie kształcące na kierunkach medycznych, ale śmiem twierdzić, że na niektórych poziom nauczania budzi poważne wątpliwości. Brakuje im odpowiedniej kadry. Jasne, możemy „produkować” absolwentów, ale czy oni poradzą sobie w pracy? Poza tym kadry naukowe nawet na renomowanych uczelniach są na skraju wydolności. Przecież muszą prowadzić regularną działalność kliniczną, nie jest im łatwo godzić ją z pracą naukową* – przekonuje prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska, zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji.

### **Stażyści i rezydenci**

Przyjmijmy jednak, że po sześciu latach od wprowadzenia naszej reformy uczelnie medyczne opuszcza siedem razy więcej studentów, którzy planują staż. Pojawia się kolejny problem: kto tych stażystów w szpitalach będzie szkolił. *– W województwie mazowieckim – czyli na terenie działania naszej izby – doszliśmy do granicy możliwości racjonalnego kształcenia w ramach stażu podyplomowego. Oczywiście, można podnieść liczbę miejsc stażowych do 100 w każdym szpitalu powiatowym, tylko nie ma to większego sensu, bo wiąże się ze spadkiem jakości*

*kształcenia. Dlatego w naszym okręgu nie widzę szans na znaczące zwiększenie liczby miejsc stażowych* – wyjaśnia Maciej Nowak, członek ORL w Warszawie i przewodniczący Komisji ds. Stażu Podyplomowego.

W skali kraju możemy postarać się o istotne zwiększenie liczby szkolących się lekarzy, ale z pewnością nie siedmiokrotne. Skoro na terenie działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie (tradycyjnie najchętniej wybieranej przez stażystów) placówki ochrony zdrowia uprawnione do prowadzenia stażu właściwie już wyczerpały limity, przyjrzyjmy się, jak jest w innych województwach. Otóż np. w świętokrzyskim na 169 miejsc stażowych dla lekarzy w 2020 r. wykorzystanych zostało 45, a na 53 miejsca lekarsko-dentystyczne tylko 8. Na Lubelszczyźnie z 534 miejsc stażowych (obu typów) zapelnionych zostało 329. W Zachodniopomorskim stosunek ten wynosi 615 do 373. Podobny trend zanotowano w innych regionach. Zatem liczbę stażystów udało by się zwiększyć chociaż o kilkadziesiąt procent, ale pod warunkiem, że będą chcieli się szkolić we wszystkich województwach.

– Nie widzę innej możliwości niż zachęty finansowe. Zachęty zawodowe, m.in. większa samodzielność w małym ośrodku niż w wielkim, jakim jest szpital uniwersytecki, stosowane są już teraz i, jak widać, nie wystarczają – mówi Maciej Nowak.

Brak kadry szkolącej adeptów sztuki medycznej w szpitalach dotyczy nie tylko stażystów, ale także rezydentów. Pomińmy fakt, że miejsca na specjalizacjach nie są wykorzystywane, bo w naszym idealnym scenariuszu rządzący pomyśleli o zachętach finansowych dla przyszłych chirurgów, lekarzy rodzinnych i przedstawicieli innych specjalizacji deficytowych. – Jeden specjalista może szkolić trzy osoby. Zwiększenie limitu ma miejsce w wyjątkowych sytuacjach – podkreśla prof. Brygida Kwiatkowska. Odejście od tej reguły wpłynęłoby na drastyczne pogorszenie się jakości nauki. Siedmiokrotny wzrost liczby rezydentów trzeba więc włożyć między bajki. Ale i w tej dziedzinie są pewne rezerwy, które można wykorzystać.

– Ważną kwestią jest zapewnienie płynności przepływu specjalizujących się lekarzy. Ostatnio kilku naszych rezydentów zdało egzaminy specjalizacyjne i może się okazać, że nie będzie miał kto przyjść na ich miejsce. Decydenci powinni podjąć działania, by takim sytuacjom zapobiec – uważa nasza rozmówczyni.

### **Ewolucja, a nie rewolucja**

Właściwie na każdym etapie kształcenia brakuje lekarzy, którzy mogliby dzielić się swoją wiedzą i doświadczeniem. Okazuje się, że właśnie ta luka kadrowa w systemie uniemożliwia szybką poprawę sytuacji personalnej w ochronie zdrowia. Polskie władze chyba nigdy nie zaprzętały sobie głowy przyszłością opieki zdrowotnej, więc także tej nieoczekiwanej konsekwencji spychania na plan dalszy kwestii zdrowia Polaków nikt z polityków nie przewidział. I nawet gdyby nagle pojawił się cudotwórca, ►►



który jak z rękawa wyciągnąłby miliardy złotych, miałyby związane ręce. Brak lekarzy to błędne koło, w które wpędziły nas dekady zaniedbań. Naprawa to proces powolny, wiele dziesięcioleci zajmie wychodzenie z kryzysu kadrowego. I nie da się tego zrobić inaczej, niż poprawiając sytuację lekarzy (nie tylko finansową). – *Przed wszystkim należy zmienić warunki wykonywania zawodu*

– *odciążyć lekarzy od biurokracji i najróżniejszych drobnych zadań, które scedować można np. na sekretarki i asystentów medycznych. Poza tym trzeba przenieść systemowo ciężar zajmowania się pacjentami z opieki szpitalnej na ambulatoryjną* – uważa Maciej Nowak.

Michał NIEPYTALSKI  
(przedruk z „Pulsu” nr 2/21)

## MEDYCYNĄ PO DYPLomie

# SCYNTYGRAFIA PERFUZYJNA PŁUC W DIAGNOSTYCE PRZYCZYNNY NIEWYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ U CHORYCH PO PRZEBYTYM COVID-19.

Wirus SARS-CoV2 wnika do komórek układu oddechowego poprzez receptor enzymu konwertującego angiotensynę II - ACE2. Powoduje to aktywację mechanizmów obronnych organizmu. Niektórzy jednak na obecność patogenu reagują wystąpieniem intensywnego pobudzenia układu odpornościowego – tak zwanej „burzy cytokinowej”. Jest ona wynikiem niekontrolowanego wydzielania dużej ilości cytokin o działaniu prozapalnym i - wraz z aktywacją układu krzepnięcia oraz rozsianym wewnątrznaczyniowym wykrzepianiem - towarzyszącym chorobie, prowadzi do uszkodzenia płuc. W następstwie tego, pogorszeniu ulega funkcja układu oddechowego i jego wydolność. Choć w wielu wypadkach rozgraniczenie mechanizmów prowadzących do niewydolności oddechowej u chorych po przebytych COVID-19 nie jest w pełni możliwe, to z uwagi na charakter leczenia, ważne jest wykluczenie zatorowości płucnej.

U chorych wymagających intensywnej terapii w przebiegu COVID-19 powikłania zatorowo-zakrzepowe może dotyczyć, według najnowszych doniesień, nawet 30% osób. Powikłania te prowadzą do istotnego zwiększenia ryzyka zgonu oraz rozwoju niewydolności oddechowej, wymagającej długotrwałego leczenia i rehabilitacji.

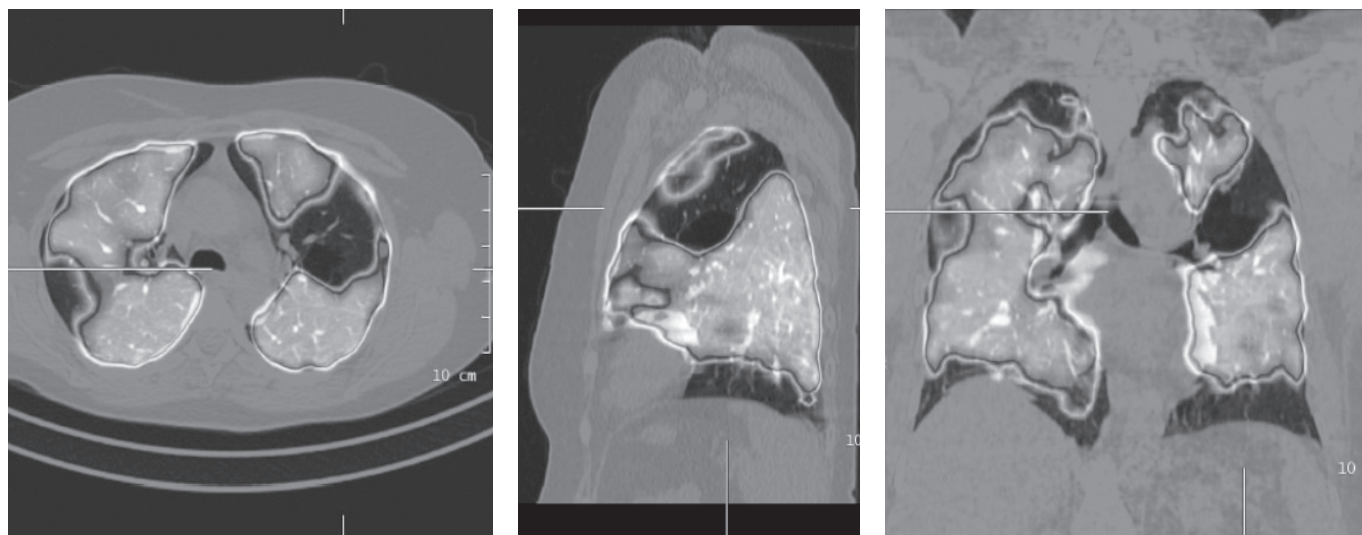
Badaniem diagnostycznym pierwszego rzutu przy podejrzeniu zatorowości płucnej jest - w większości przypadków - angiotomografia komputerowa po podaniu środka kontrastowego. Tak wykonany angiogram pozwala na uwidocznienie materiału zatorowego w dotkniętej zatorą tętnicy. Choć angiografia tętnicy płucnej może być teoretycznie najdokładniejsza, ze względu na wysoką inwazyjność nie jest rutynowo wykonywana.

Podstawowym wskazaniem do scyntyigrafii perfuzyjnej płuc jest podejrzenie zatorowości płucnej. Zasada wykonania scyntyigrafii perfuzyjnej płuc opiera się na

blokadzie naczyń kapilarnych przez znakowane nadtechnecjanem ( $^{99m}\text{Tc}$ ) cząsteczki albuminy o średnicy 100-150  $\mu\text{m}$ . Podane dożylnie, przenoszone są z prądem krwi i zatrzymują się w naczyniach przedkapilarnych, proporcjonalnie do stopnia ukrwienia płuca. W segmentach, w których przepływ krwi nie występuje lub jest znacznie zmniejszony, obserwuje się obszary o znacznie zredukowanej radioaktywności - tak zwane ubytki perfuzji. Ogniska braku perfuzji, często o kształcie klina, którego podstawa położona jest w kierunku opłucnej, występują obwodowo.

Wraz z rozwojem techniki coraz więcej pracowni wyposażonych jest w gammakamery, które umożliwiają badania metodą tomografii emisyjnej pojedynczego fotonu (SPECT) w połączeniu z klasyczną, ale niskodawkową tomografią komputerową (CT). Ta fuzja badań tomograficznych pozwala na jednoczesną, trójwymiarową ocenę perfuzji i dodatkowo upowietrznienia płuc, co w rezultacie w znaczący sposób podnosi wartość ostatecznej diagnozy.

Należy wspomnieć, że występowanie ubytków perfuzji krwi występuje także w obecności guza płuc, obszarów niedodmy w przebiegu zapalenia czy zwłóknienia płuc. W tych przypadkach ubytkom perfuzji towarzyszy charakterystyczny obraz radiologiczny zmian. Klasycznym, scyntygraficznym objawem zatorowości płucnej jest obecność licznych obustronnych ubytków perfuzji w obszarze o prawidłowym obrazie radiologicznym w badaniu CT. Ubytki perfuzji obejmujące mniej niż 25% objętości segmentu klasyfikowane są jako małe, zaś większe niż 75% jako duże. Wszystkie pozostałe ubytki (25-75% objętości segmentu) określane są jako średnie.



Ryc. 1. Scyntygrafia perfuzyjna płuc – badanie metodą SPECT+CT.

Widoczny duży ubytek w lewym, średni w prawym polu płucnym oraz drobne ubytki perfuzji zlokalizowane w obwodowych partiach obydwu płuc, którym odpowiadają prawidłowo upowietrzone obszary w badaniu CT.

Badanie wykonano u 49-letniej chorej diagnozowanej z powodu niewydolności oddechowej po przebytych COVID19, bez dodatkowych czynników ryzyka schorzeń zatorowo-zakrzepowych.

Interpretując badanie porównuje się ubytki perfuzji ze stanem upowietrznienia segmentu. W badaniu fuzyjnym – SPECT+CT – prawidłowy obraz scyntygraficzny wyklucza zatorowość płucną, zaś każdy ubytek perfuzji korespondujący z prawidłowym upowietrznieniem odpowiedniego segmentu znacząco zwiększa prawdopodobieństwo jej wystąpienia. Wielkość i liczba ubytków jest brana pod uwagę w ocenie prawdopodobieństwa zatorowości płucnej. W tej ocenie posługujemy się kryteriami wypracowanymi na podstawie prospektywnych badań w diagnostyce zatorowości płucnej – PIOPED (Prospective Investigation of Pulmonary Embolism Diagnosis), wskazującymi na wysokie, pośrednie lub niskie prawdopodobieństwo zatorowości płucnej:

- o wysokim prawdopodobieństwie zatorowości płucnej - przekraczającym 80% - świadczy obecność co najmniej dwóch lub więcej dużych ubytków perfuzji. Gdy wynik badania scyntygraficznego jest zgodny z obrazem klinicznym, angiografia tętnicy płucnej wykonana jako „złoty standard” u tych osób, potwierdza zatorowość płucną u 96% chorych. Włączenie leczenia przeciwzakrzepowego w takich przypadkach jest w pełni uzasadnione i nie wymaga wykonania dodatkowych badań;

- o pośrednim prawdopodobieństwie zatorowości płucnej - na poziomie 20-79% - świadczy obecność co najmniej jednego średniego, ale nie więcej niż dwóch dużych ubytków perfuzji. Wprowadzenie leczenia przeciwzakrzepowego jest zależne od stężenia dimeru D w surowicy krwi, oceny prawdopodobieństwa klinicznego zatorowości płucnej (skala Wellsa, modyfikacja genewska), a także obecności klasycznych czynników ryzyka powikłań zatorowo-zakrzepowych, jak: przebyte wcześniej epizody zatorowo-zakrzepowe, długotrwałe unieruchomienie, przebyte duże zabiegi operacyjne, niewydolność serca, migotanie przedsionków, duże złamanie czy rozległe zabiegi operacyjne.

Niewątpliwie jako czynnik ryzyka należy również uznać przebiecie COVID-19 u takich chorych;

- o małym prawdopodobieństwie zatorowości płucnej - poniżej 20% - świadczy obecność małych ubytków perfuzji. Gdy takiemu wynikowi towarzyszą niskie kliniczne prawdopodobieństwo zatorowości, leczenie przeciwzakrzepowe nie jest uzasadnione.

Przebiecie zatorowości płucnej w przebiegu COVID-19, jak również pozapalne zwłóknienia powstałe w następstwie infekcji SARS-CoV2 mogą przyczynić się do pogorszenia tolerancji wysiłku albo też wystąpienia jawnej niewydolności oddechowej osób po przebytych zakażeniu. Z kolei prawidłowe leczenie tych stanów stwarza duże nadzieje na uniknięcie trwałego upośledzenia funkcji układu oddechowego i w konsekwencji poprawę jakości życia osób po przebiegu COVID-19. Osoby te bowiem wymagają rehabilitacji oraz odpowiedniej farmakoterapii – odrębnej w przypadku zwłóknienia płuc i innej w przypadku zatorowości płucnej. Należy przy tym podkreślić, iż leczenie przeciwzakrzepowe w sposób znaczący zwiększa ryzyko krwawień i nie powinno być stosowane u tych chorych, u których ryzyko zatorowości płucnej nie jest wysokie. Także leczenie immunosupresyjne stosowane w leczeniu postępującego zwłóknienia płuc nie pozostaje obojętne dla organizmu, zwłaszcza w czasie zagrożeń, jakie niesie ze sobą pandemia. Zatem precyzyjne ustalenie przyczyny z jakiej dochodzi do pogorszenia wydolności oddechowej po przebiegu COVID-19 ma kluczowe znaczenie u tych chorych.

Istotne miejsce w tym procesie diagnostycznym zajmuje scyntygrafia perfuzyjna płuc, zwłaszcza u osób uczulonych na kontrast jodowy, gdy wykonanie angio-CT jest niemożliwe. Badanie to daje możliwość precyzyjnego obrazowania przepływu krwi przez płuca, stanowiąc doskonale uzupełnienie obrazowania morfologicznego o diagnostykę na po-







ziomie molekularnym. Cieszymy się zatem, iż świadcząc swe usługi Zakład Medycyny Nuklearnej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, każdego dnia, od 50 lat, przyczynia się zarówno do pogłębienia diagnostyki, jak i do leczenia naszych wspólnych pacjentów, wśród których coraz większy odsetek zajmują osoby po przebytej infekcji SARS-CoV2.

Scyntygrafia perfuzyjna płuc jest procedurą refundowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie skierowania z dowolnej Poradni Specjalistycznej. W razie wątpliwości, informacje można uzyskać w Zakładzie Medycyny Nuklearnej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu pod numerem 77 4433652.

#### **Bibliografia:**

- Birkenfeld B., Listewnik M.: Medycyna nuklearna – obrazowanie nuklearne. Wydawnictwo PUM, Szczecin 2011
- Królicki L.: Medycyna Nuklearna, Wyd.: Fundacja L. Rydygiera, Warszawa 1995

• Brant W.E., Helms C.A.: Podstawy diagnostyki radiologicznej, MediPage Warszawa 2008

• Ell P.J., Gambhir S.S., Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis and Treatment, Elsevier Churchill Livingstone, Edinburgh 2004

• Fogelman I., Clarke S.E.M., Cook G., Gananasegaran G.: An Atlas of Clinical Nuclear Medicine, CRC Press 2014

• Ademola S.O et al. Pulmonary fibrosis in COVID-19 survivors: predictive factors and risk reduction strategies. Pulmonary Medicine 2020

• Zuckier L.S. Et al. Diagnostic evaluation of pulmonary embolism during the COVID-19 Pandemic. J.Nucl. Med. 2020.

• Yang L. Macapinlac H.A. Perfusion SPECT/CT to diagnose pulmonary embolism during COVID-19 pandemic. Eur. J. Nucl. Med Mol. Imag. 2020

*Red. dr n. med. Aleksander SKOCZYLAŚ  
Zakład Medycyny Nuklearnej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu*

## OGŁOSZENIA

Komisja Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie organizuje konkurs fotograficzny dla lekarzy i lekarzy dentystów pt. „Praca lekarza w czasie pandemii”. Konkurs jest otwarty i ma zasięg ogólnopolski. Konkurs podzielony jest na następujące etapy:

- nadsyłanie zdjęć do 31 marca 2021 roku – na adres mail: komisjakultury@oilwaw.org.pl
- rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do 31 maja 2021 roku.

Uczestnik konkursu może zgłosić maksymalnie jedno zdjęcie. Laureaci konkursu otrzymają nagrody za zajęcie 1, 2 i 3 miejsca. W razie dodatkowych pytań proszę o kontakt e-mailowy.



*Z wyrazami szacunku  
Przewodnicząca Komisji Kultury  
Bożena Hoffman*

**Mistrzostwa Polski Lekarzy w narciarstwie alpejskim odbędą się w Jurgowie w dniach 26-27.02.2021**  
Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi jest jednym z organizatorów tego wydarzenia. Mistrzostwa są współfinansowane przez Komisję ds. Sportu NRL.

Więcej informacji i rejestracja na: [www.polskimed.pl](http://www.polskimed.pl)

*Ryszard Golański  
Przewodniczący Komisji Sportu i Rekreacji ORL*

**Prywatny ośrodek leczniczy KORT KLINIKA w Korfantowie wynajmie w pełni wyposażony gabinet lekarski** w pomieszczeniach poradni, w celu prowadzenia działalności w ramach praktyki lekarskiej dowolnej specjalności. Mile widziane specjalności zabiegowe. Dostępność do USG i RTG, wyposażony w pełni gabinet zabiegowy. Możliwość zabiegów w warunkach Bloku Operacyjnego z dostępem do ramienia C. Kontakt mailowy: [marek.czerner@neostrada.pl](mailto:marek.czerner@neostrada.pl).

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi, ul. Wodociągowa 4 w Opolu zaprasza do współpracy: LEKARZY specjalistów w dziedzinie psychiatrii dorosłych.

Poszukujemy:

- lekarza do pracy w Poradni Zdrowia Psychicznego,
- a także:
- lekarzy do pełnienia dyżurów w Izbie Przyjęć i w Oddziałach Psychiatrycznych.

Możliwość zatrudnienia na **umowę o pracę** lub **kontrakt**. Szczegółowe informacje: Dział Kadr i Organizacji tel. 77/54-14-243.

NZOZ ALFA MED 34-340 Jeleśnia powiat żywiecki województwo śląskie zatrudni lekarzy w POZ dla dorosłych i dzieci, stawka 100-150 zł/godz. brutto pomoc w znalezieniu mieszkania. Tel. 603-098-794.

Nowy gabinet stomatologiczny w Prószkowie k. Opola poszukuje do pracy młodych lekarzy dentystów. Zapewniamy atrakcyjne wynagrodzenie. Chętne osoby proszone o przesłanie zgłoszeń CV na adres: stomatologia@awimed.com.pl.

Przychodnia Rodzinna „Dom Zdrowi” w Popielowie (pow. opolski) zatrudni lekarzy do pracy w poradni podstawowej opieki zdrowotnej – 99% pacjentów dorosłych, w przychodni pracuje pediatra.

- specjalizacja w zakresie medycyny ogólnej lub
- specjalizacja, szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej lub
- specjalizacja I lub II stopnia lub
- tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych lub
- bez specjalizacji, ale z doświadczeniem w pracy w POZ.

Rodzaj zatrudnienia: umowa cywilno-prawna - kontrakt lub zlecenie (120zł/godz.). Godziny pracy do uzgodnienia – preferowane 2-3 razy w tygodniu 3-4 godziny do południa. Kontakt: domzdrowia.popielow@gmail.com.

## 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 86w



### CHOROBY ALERGICZNE SKÓRY W PRAKTYCE LEKARZA RODZINNEGO

red. J. Narbutt

rok wydania 2021

ISBN 978-83-66548-55-8, format 165 x 240, opr. miękka, stron 112, cena: 71.11 zł

Współczesna medycyna wymaga współpracy pomiędzy lekarzami różnych specjalizacji, a dyscypliną „spinającą” wszystkie inne jest medycyna rodzinna. To Państwo w swoich gabinetach na co dzień spotykacie pacjentów z wieloma chorobami, leczonych specjalistycznie, często nowymi lekami o jeszcze nie do końca poznanym mechanizmie działania oraz profilu bezpieczeństwa. W oddanej w Państwa ręce książce chciałam zwrócić szczególną uwagę na obrazy kliniczne skórnych odczynów polekowych, ze szczególnym uwzględnieniem zmian

**SAMSUNG**

**Gabinet pełen możliwości**



**Zobaczysz jeszcze więcej**

**Samsung RS85 Prestige**

Samsung RS85 to istna rewolucja w ultrasonografii dzięki nowym funkcjom diagnostycznym i doskonałej jakości obrazowania. To jeszcze większa pewność diagnostyczna i uproszczony, bardziej przyjazny system. RS85 to aparat, który zrewolucjonizuje Twój gabinet.

**Technologia w zasięgu**

**Samsung HS40**

Atrakcyjna cena w połączeniu z nowoczesną technologią – to właśnie aparat ultrasonograficzny Samsung HS40. Popraw możliwości wizualne każdego badania i zapewnij efektywną diagnostykę.



**GEMED®** | ul. Batorego 19, 41-506 Chorzów | 32 350 04 18 | gemed@gemed.info.pl

skórnych rozwijających się w trakcie nowoczesnego leczenia onkologicznego. Poza tym przedstawiam Państwu najnowsze informacje na temat obrazu pokrzywki, jej podziału i możliwości terapii. Pokrzywka wciąż stanowi ogromny problem, natomiast wprowadzenie leczenia biologicznego, refundowanego w Polsce, zdecydowanie ułatwiło jej leczenie. Naturalnie, mówiąc o chorobach alergicznych, nie sposób zapomnieć o atopowym zapaleniu skóry. Przybliżyłam Państwu mniej znane aspekty tej choroby, zwracając uwagę szczególnie na możliwości profilaktyki tej przewlekłej dermatozy.

Mam nadzieję, że przekazana wiedza wpisuje się w Państwa oczekiwania, a przede wszystkim umożliwi lepszą, kompleksową opiekę nad naszymi Pacjentami.

Serdecznie Państwa pozdrawiam, życząc miłej lektury,

Joanna Narbutt



#### EKG W MEDYCYNIE RATUNKOWEJ I POMOCY DORAŻNEJ

red. J. Wranicz

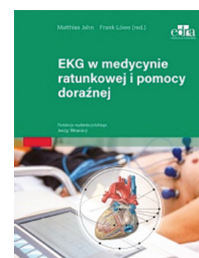
rok wydania 2021

ISBN 978-83-66548-56-5, format 210 x 270, opr. miękka, stron 264, cena: 71.20 zł

Dzięki tej książce interpretacja EKG stanie się naprawdę prosta! Szybka i prawidłowa interpretacja elektrokardiogramu w warunkach pomocy doraźnej należy niewątpliwie do największych wyzwań w medycynie ratunkowej. Ratownicy muszą być w stanie, w bardzo ograniczonym czasie, poprawnie zinterpretować zapis EKG, aby rozpoznać najczęstsze obrazy kliniczne i zaburzenia rytmu serca. EKG w medycynie ratunkowej i pomocy doraźnej jest precyzyjnie dostosowane do tych potrzeb. Niniejsza książka ma za zadanie pomóc wszystkim zainteresowanym w utrwaleniu posiadanej wiedzy, a także wzbudzić chęć głębszego zainicjowania się w świat elektrokardiografii.

Struktura książki ułatwia to zadanie:

- Cele nauczania, podzielone na podstawowe i zaawansowane, umieszczone na początku każdego rozdziału, pomagają skupić się na określonych treściach.
- Podsumowania i pytania, znajdujące się na końcu rozdziałów, ułatwiają utrwalenie przyswojonej wiedzy.
- Ramki, w których wyszczególnione są najważniejsze informacje, zawierają m.in. wiadomości o stanach zagrożenia życia, ale także pomocne wskazówki do zastosowania w codziennej pracy.
- Przypadki kliniczne do interpretacji EKG umożliwiają sprawdzenie swojej wiedzy w praktyce.



#### CALLEN. ULTRASONOGRAFIA W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII. TOM 4

L.M. Scoutt, M.E. Norton, V.A. Feldstein

wyd. 6, red. R. Dębski, M. Dębska

rok wydania 2021

ISBN 978-83-66548-51-0, format 210 x 275, oprawa twarda, stron 376, cena: 161.10 zł

[...] Callena powinien przeczytać każdy zajmujący się ultrasonografią położniczo-ginekologiczną, czyli w praktyce każdy położnik-ginekolog. Kolejne wydania Callena to były książki absolutnie podstawowe dla rozwoju mojej wiedzy, nie tylko ultrasonograficznej, ale i położniczej; uczyłem się z nich patologii ciąży i terapii prenatalnej. Tak naprawdę to nie jest podręcznik ultrasonografii, tylko raczej przewodnik po zastosowaniu metod obrazowych w położnictwie i ginekologii. Kiedykolwiek ktoś mnie zapytał, z jakiego podręcznika powinno się uczyć ultrasonografii, odpowiadałem: z Callena. Dla wielu ze względu na barierę językową był on niezbyt dostępny. Dlatego też z ogromną radością przekazuję Państwu tłumaczenie na język polski podręcznika Callena, biblii ultrasonografii położniczo-ginekologicznej. Jeżeli chce się dobrze i mądrze prowadzić diagnostykę ultrasonograficzną, należy zapoznać się z tą książką.

Romulad Dębski

### OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39

[opole@hipokrates.org](mailto: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](mailto:opole.rejestr@hipokrates.org)

Praktyki Prywatne: [opole.praktyki@hipokrates.org](mailto:opole.praktyki@hipokrates.org)

Radca prawny – tel. kontaktowy: 601 708 952,  
przyjmuje: poniedziałek 9.00–10.30, środa 14.30–17.00,  
czwartek 14.00–16.00,

piątek – po uprzednim ustaleniu telefonicznym.

Składki: [opole.skladki@hipokrates.org](mailto:opole.skladki@hipokrates.org)

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej:

tel. 77/453-75-72; [opole.rzecznik@hipokrates.org](mailto:opole.rzecznik@hipokrates.org)

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:

tel. 77/454-85-75; [opole.sad@hipokrates.org](mailto:opole.sad@hipokrates.org)

### 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](http://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