



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990



Maj 2022

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 305

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



OBSESJA

Kiedy Caravaggio (1590-1610) malował Narcyza, pokazał młodzieńca o delikatnych rysach twarzy, bladej cerze nakrapianej piegami i odstających uszach przysłoniętych rudymi lokami. Chłopak klęczy na ziemi i pochylony nad kałużą szuka w niej swojego odbicia. Czy na całym świecie nie znalazł nikogo godnego miłości i w sobie samym szukał ocalenia? Lewą dłoń zanurzył niczym chochlę w wodzie, jakby chciał wyłowić mieszkającego tam wodnika, wymacać żywego człowieka. Jednak każdy ruch oddala go od siebie, zamazuje rysy, odsuwa od podobizny. Mężczyzna wzywa bogów, może znają receptę na osamotnienie? Boscy nie zawodzą. Z serca chłopaka kielkuje narcyz, ukorzenia się w trzewiach i wysysa z niego to, co ludzkie. Kwiat nie musi się bać własnego echa, uciekać w autyzm czy jakąś inną wsobność.

Salvadora Dalego (1904-1989) nie interesowały ani uroda młodziana, ani samotność. Namalowany przez niego Narcyz nie liczy na żadnych bogów, jakiś odgórnie wyznaczony los. Nie podda się przemianie na rozkaz, za dotknięciem różdżki. Do metamorfozy dąży sam. Tak długo katuje ciało ćwiczeniami: rozciąga lędźwie, wygina kręgi, napina mięśnie, aż posłuszne układa się na wzór dłoni. Teraz precyzyjne palce iluzjonisty wyczarowują jajo. Skorupka pęka i z wnętrza wykluwa się kwiat. Człowiek – prestidigitator porzuca ludzką postać by wybuchnąć rośliną.

Na obrazie gra powtórzeń. Chłopak i jego cień, rozgrzana do czerwoności skała i chmura, która ją naśladuje, wyciosany z marmuru Dawid i posągowe postacie tancerzy.

Wieczne – ulotne, żywe – martwe, łagodne – dantejskie. W tle wypalone słońcem gołoborza i zielone Alpy, burza piaskowa w Grenadzie i wiedeńska secesja, szutrowe ścieżki Sierry Nevady i szachownica flamandzka.

Odkąd w 1923 roku ogłoszono hiszpańską wersję Interpretacji marzeń sennych Zygmunta Freuda, Dali nie rozstawał się z książką. W swoim Sekretnym życiu zanotował: po lekturze ogarnął mnie szal tłumaczenia, nie tylko własnych snów, ale wszystkiego, co się wokół mnie dzieje. Znał dzieło na wrywki. Marginesy zabazgrał komentarzami, wyklejkę zapaćkał szkicami, pozaginał rogi co ciekawszych stron. I obsesyjnie marzył o rozmowie z autorem. Chciał się z nim podzielić swoją paranoiczno-krytyczną teorią, manifestem surrealistów.

Kilka razy odwiedził w tym celu stolicę Austrii, mieszkał w hotelu Sacher albo Kranz-Ambassador, ale Freuda akurat szykowano do operacji lub trzymano w izolatce. Miał raka jamy ustnej. Przez szesnaście długich lat przeszedł aż trzydzieści trzy operacje. Wraz z kolejnymi cięciami i naświetlaniami jego policzek zmieniał się w jęczącą i cuchnącą jamę. Czeluść zavalona była odłamkami zębów i zmiażdżonymi kośćmi utopionymi w grzęzawisku rozpadłych dziąseł. W martwiczym bagnie taplały się też grudki migdałków, strzępy strun głosowych i nadgnite sznurówki nerwów.

W 1938 roku Wiedeń skonfiskował żydowski majątek doktora i ciężko chorego wypędził z kraju. Azyl znalazł w Londynie przy Esworthy Road 39. Dopiero tam doszło do zaaranżowanego przez Stefana Zweiga spotkania z hiszpańskim malarzem. Dali przywiózł do Londynu szkice Metamorfozy. Potrzebował aprobaty. Doktor Freud przyglądał się rysunkom, muskał opuszkami palców postacie uwięzione na kartkach, jakby chciał sprawdzić, czy oddychają. Skakał wzrokiem od nagich tancerek do hieny nad truchłem, od alpejskich szczytów do posągu Dawida, od człowieka nad źródłem do jego cienia. I raz po raz potakiwał.

W styczniu 2022 roku Wiedeń otworzył przed Dalim i Freudem przestronne komnaty Belvederu. Wrócili do miasta w iście surrealistycznym stylu. Ich wspólna wystawa nosi tytuł Obsesja.

Agnieszka KANIA



Fragment obrazu pt. Metamorfozy Narcyza, Salvador Dali, olej na płótnie, 1937

OD REDAKCJI



Za nami Zjazd Okręgowy. Mamy nowe (stare?) władze. Zarówno frekwencja wyborcza czy luki na listach delegatów, jak i nieobsadzone funkcje w Sądzie Okręgowym i Zespole Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej dość

wymownie świadczą o słabnącym zainteresowaniu, zarówno samym Samorządem, jak i pracą społeczną na rzecz naszego środowiska. Czy ta nowa (?) Rada Okręgowa zdoła odwrócić ten trend – zobaczymy. Nowo wybranej Pani Pre-

zes życzę realizacji ambitnych planów, bo do tej pory była zakładniczką sytuacji zewnętrznej (najpierw pandemia, a potem wojna na Ukrainie), która nie pozwoliła jej wprowadzić w życie swoich zamierzeń.

Bieżący numer Biuletynu zawiera sporo radosnych wieści dotyczących sukcesów i nagród naszych Koleżanek i Kolegów. Sypnęło tymi nagrodami, oj sypnęło! Bardzo to wszystko cieszy, bo jest to wymierny dowód na jednak aktywną postawę wielu spośród nas. A ponieważ jesteśmy już po wyborach działaczy IX kadencji to... „Poloneza czas zacząć” moi drodzy!

Jerzy B. LACH



Koleżanki! Koledzy!

Dzięki zaufaniu, jakim mnie obdarzyliście, Delegaci XLI Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowego

Zjazdu Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej ponownie wybrali mnie na Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej.

Postaram się dołożyć wszelkich starań, by sprostać wyzwaniom, które niesie ze sobą IX kadencja Samorządu. A wyzwań jest wiele. Oprócz realizacji ustawowych zadań będziemy wydawać nowe Prawa Wykonywania Zawodu w postaci karty poliwegłanowej (prawdopodobnie pierwsze nowe PWZ na przełomie maja/czerwca br.). Nie oznacza to całkowitej wymiany Praw Wykonywania Zawodu. Będą je dostawały osoby wchodzące do zawodu lub w przypadku konieczności wydawania duplikatu.

Napływ obywateli Ukrainy, uciekających przed wojną, a są to głównie kobiety z dziećmi, osoby starsze, chore i chęć wspierania ich w tych trudnych chwilach przyczynił się do wydzielienia z naszych izbowych zasobów finansowych specjalnego funduszu celowego o nazwie „Pomoc dla Ukrainy” z kwotą bazową w wysokości 50.000 PLN. Pomoc będzie przeznaczona dla lekarzy, lekarzy dentyków i ich rodzin - uchodźców, którzy legalnie przekroczyli naszą granicę po 23 lutego 2022 r. realizowane będą z tego funduszu różne formy wspierania ich na naszym terenie - jak chociażby organizacja w naszej Izbie stacjonarnych kursów nauki podstaw języka polskiego z elementami medycznymi (jak np. wywiady, badanie pacjenta itp.). Dla

SZPALTA PREZESA

chętnych, chcących wesprzeć finansowo nasze działania utworzone zostało subkonto bankowe pod nazwą „**Pomoc dla Ukrainy**” o numerze: **65-1020-3668-0000-5502-0588-9268**. O innych formach pomocy nie wspomnę, ale zapraszam chętnych do zaglądania na stronę internetową naszej Izby, na której informujemy na bieżąco o organizowanych przez nas formach wsparcia uchodźców z Ukrainy.

Innym naszym celem jest stałe rozwijanie aktywności w realizacji podstawowego zadania, jakim jest ciągłe doskonalenie zawodowe oraz rozwój działalności pozazawodowej w sferze kultury, sportu itd., bo to nie tylko zapobiega wypaleniu zawodowemu, ale sprzyja rozwijaniu naszych pasji, które są nie mniej ważne niż to, co, na co dzień robimy.

Liczymy też na lekarzy, lekarzy dentyków młodego pokolenia, że zechcą wnieść swój wkład w działalność izbową, bo razem można naprawdę wiele zdziałać dla dobra nas wszystkich i nie są to tylko górnolotne słowa.

Przed nami XV Krajowy Zjazd Lekarzy, który także dokonana wyboru nowych władz samorządowych, a w części oficjalnej będziemy mieli radosne chwile, gdyż nasz kolega, **dr Janusz Cholewiński będzie odznaczony Medalem im. W. Biegańskiego „Hominem Inveni”**. To pierwsza osoba w historii naszej Izby, która otrzyma ten zaszczytny Medal. Szczegółowo gratulujemy naszemu Koledze!

Jolanta SMERKOWSKA-MORZYCKA

XLI OKRĘGOWY SPRAWOZDAWCZO-WYBORCZY ZJAZD LEKARZY OPOLSZCZYZNY

W poprzednich numerach Biuletynu przedstawiłem Wam wszystkie materiały zjazdowe, jakimi dysponowali Wasi delegaci na Zjazd. Dziś – sprawozdanie z przebiegu jego obrad.

JBL

W dniu 19 marca 2022 r. odbył się XLI Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowy Zjazd Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej. Miejsmem spotkania była sala konferencyjna Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu.

Zjazd otworzyła Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej kol. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka powitaniem przybyłych delegatów oraz prośbą o uczczenie minutą ciszy naszych Koleżanek i Kolegów, którzy „odeszli na wieczny dyżur” w okresie mijającej kadencji.

Następnym punktem Zjazdu było uroczyste wręczenie przez panią Prezes statuetek oraz dyplomów Prymarusza Opolskiego: dr n.med. Zbigniewowi Kuzyszynowi oraz dr Robertowi Rypniewskiemu, co obecni na sali delegaci nagrodzili gromkimi brawami.

Zgodnie z porządkiem obrad przystąpiono do wyboru Przewodniczącego Zjazdu, którym jednogłośnie został kol. Jerzy Jakubiszyn. Z kolei nowo wybrany Przewodniczący zaproponował na stanowisko Sekretarza kol. kol. Annę Adamską oraz Pawła Mielczarka. Obie kandydatury (przy braku zgłoszeń z sali) zostały przegłosowane przy dwóch głosach wstrzymujących się. Protokołantem Zjazdu została kol. Agnieszka Chomik-Rączy.

W dalszej kolejności Przewodniczący poprosił o przegłosowanie przesłanego w materiałach zjazdowych porządku obrad oraz regulaminu Zjazdu, które bez głosu sprzeciwu z sali zostały zatwierdzone.

Kolejno przystąpiono do wyboru komisji zjazdowych. Kol. Jakubiszyn zaproponował:

- do Komisji Mandatowej: Roberta Rypniewskiego, Marka Błaszczyka i Marka Piętkę - przegłosowano przy jednym głosie wstrzymującym się;
- do Komisji Uchwał i Wniosków: Grzegorza Cybulskiego, Jacka Miarkę i Barbarę Szczepanik - przegłosowano przy jednym głosie wstrzymującym się;
- do Komisji Skrutacyjnej: Janinę Gądek-Baran, Renatę Górecką, Bernadetę Wiciak, Janusza Suzanowicza, Małgorzatę Hitnarowicz-Falentę i Mateusza Śnieżka - przegłosowano przy jednym głosie wstrzymującym się.

Następnym punktem obrad było przedstawienie sprawozdań z mijającej kadencji. Przewodniczący przypo-

mniał zebrany, iż wszystkie sprawozdania kadencyjne i roczne zostały zawarte w dostarczonych materiałach zjazdowych i zapytał, czy któryś ze sprawozdawców chciałby coś dodać albo uzupełnić.

Pierwszy głos zabrała dotychczasowa Prezes ORL kol. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka, która skupiła się na informacjach dotyczących bieżących spraw Izby. Oczywiście najpilniejszą i najważniejszą jest obecnie sytuacja związana z wojną na Ukrainie oraz z napływ uchodźców zza naszej wschodniej granicy. Prezes wystosowała apel do prywatnych podmiotów udzielających świadczeń medycznych, aby w tak trudnym czasie zgłaszały chęć nieodpłatnej pomocy lekarskiej i stomatologicznej przybywającym Ukraińcom w pilnych medycznie przypadkach oraz - w miarę możliwości - o przyjmowanie pod swój dach uciekających lekarzy oraz ich rodzin. Opolska Izba uruchomiła fundusz celowy, na który można wpłacać pieniądze, które to w pierwszej kolejności zostaną przeznaczone na kurs nauki j. polskiego dla lekarzy i lekarzy dentystów, przybyłych do Polski po 24.02.2022 r. oraz na nieprzewidziane wydatki przy zapewnianiu lokum naszym sąsiadom. Na tę pomoc ORL przeznaczyła kwotę 50 tys. zł.

Jako drugi głos zabrał Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, dr Wojciech Derkowski, który uroczyście podziękował za ciężką i wytrwałą pracę na rzecz lekarzy oraz wręczył dyplomy swoim zastępcom: Pawłowi Olszewskiemu, Annie Ziembie, Kazimierzowi Drosikowi, Jolancie Jarce, Donacie Hałaburdo, Maciejowi Szczęśniakowi, Ewie Rogali, Ewie Knopińskiej-Rostkowskiej, Elżbiecie Łomny-Bogdanow i Małgorzacie Knopce-Błaszczyk.

Sprawozdawcy z działalności Sądu Lekarskiego oraz komisji problemowych nie wnieśli dodatkowych uwag do swoich sprawozdań.

Następnie głos zabrał Przewodniczący Komisji Rewizyjnej, który nie zgłosił żadnych zastrzeżeń do działalności Opolskiej Rady Lekarskiej w mijającej kadencji i zwrócił się do Zjazdu o udzielenie jej absolutorium.

Przed przystąpieniem do głosowania Uchwały nr 1 Przewodniczący poprosił Przewodniczącego Komisji Mandatowej o odczytanie protokołu komisji. Kol. Robert Rypniewski ogłosił, iż każdy z delegatów został prawidłowo poinformowany o terminie i miejscu Zjazdu oraz, że na Zjeździe obecnych jest 92 delegatów spośród 134 wybranych w rejonach, co stanowi 68,66%. Jest więc

quorum umożliwiające podejmowanie uchwał i przeprowadzenie wyborów.

Kol. Jakubiszyn odczytał projekt Uchwały nr 1 w sprawie udzielenia ORL absolutorium, która została przyjęta jednogłośnie.

Uchwała Nr 1
XLI Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy w Opolu
z dnia 19 marca 2022 r.
w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu
i udzielenia jej absolutorium

Na podstawie art. 24 pkt. 3 i 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r., poz. 1342) uchwała się co następuje:

§ 1

Przyjmuje się do wiadomości roczne sprawozdanie finansowe Opolskiej Izby Lekarskiej za rok 2021, które zamyka się sumą bilansową po stronie aktywów i pasywów w kwocie 5.564.284,59.

§ 2

Zysk netto w kwocie 72.222,58 zł przeznacza się na podwyższenie funduszu zasadniczego.

SEKRETARZE
XLI OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Anna ADAMSKA, Paweł MIELCZAREK

Przed ogłoszeniem przerwy Przewodniczący poprosił o jej wykorzystanie na dokonywanie zgłoszeń do poszczególnych organów izbowych, których składów będą wybierane w czasie Zjazdu.

Po przerwie kol. Jakubiszyn poprosił kol. Stanisława Kowarzyka - Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej o przedstawienie zgłoszonych kandydatów na funkcję Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej IX Kadencji (zgłoszono tylko jednego kandydata - kol. Jolantę Smerkowską-Mokrzycką) oraz na funkcję Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (zgłoszono również tylko jednego kandydata - kol. Pawła Olszewskiego). Wobec braku innych zgłoszeń z sali, Przewodniczący poddał pod głosowanie zamknięcie list kandydatów w tych dwóch wyborach. Listy zostały zamknięte jednogłośnie wobec czego kol. Jakubiszyn poprosił o drukowanie odpowiednich kart do głosowania.

Następnie głos zabrała kol. Barbara Hamryszak - Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej zgłaszając kandydatów tejże Komisji do Okręgowej Rady Lekarskiej z puli przysługującej lekarzom denty stom: Jolantę Smerkowską-Mokrzycką, Justynę Grzybowską-Substelną, Stanisława Chruszczyka, Wiesława Latałę oraz Barbarę Hamryszak, a także dwie kandydatury na delegatów na Krajowy Zjazd Lekarzy: Jolantę Smerkowską-Mokrzycką i Barbarę Hamryszak.

Dr Jakubiszyn poprosił kandydatkę na Prezesa o przedstawienie swojej sylwetki oraz swoich propozycji dalszej działalności na rzecz Opolskiej Izby. Kol. Jolanta Smer-

§ 3

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

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY
XLI OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
I Jerzy JAKUBISZYN

kowska-Mokrzycka pokrótce opisała swoją dotychczasową drogę zawodową, jak i samorządową oraz określiła swoje priorytety, m.in. dbanie o wizerunek lekarza i lekarza denty stomy, kształcenie lekarzy, dbanie o jakość samooceny lekarza i lekarza denty stomy, integracja środowiska lekarskiego. Nowe zadania jakie sobie postawiła to: wprowadzenie nowego Prawa Wykonywania Zawodu w postaci karty poli węglanowej, pomoc lekarzom i ich rodzinom dotkniętym konsekwencjami choroby COVID-19, pomoc dla uchodźców z Ukrainy, wzmocnienie ochrony prawnej członków naszej izby, rozwijanie kształcenia lekarzy z naciskiem na szkolenia, uaktywnienie młodego pokolenia lekarzy i lekarzy-denty stomów, rozwój działalności pozazawodowej lekarzy i lekarzy-denty stomów (kulturalnej, sportowej). Kol. Smerkowska-Mokrzycka zakończyła swoją prezentację przedstawiając swoje motto na następną kadencję - „RAZEM”, aby - jak tłumaczyła - wzmocnić jakość Samorządu.

Komisja Skrutacyjna zgłosiła gotowość do przeprowadzenia wyborów na stanowiska Prezesa ORL oraz OROZ. Przewodniczący ogłosił więc te wybory

Oczekując na ich wyniki, kol. Jakubiszyn przedstawił projekt Uchwały nr 2, mówiącej o liczebności poszczególnych organów OIL oraz parytetach w wyborach do ORL. Po krótkiej dyskusji, w której Przewodniczący wyjaśnił ideę parytetów - z informacją, jak mogłby wyglądać wynik wyborów, gdyby ich nie było - Uchwała nr 2 przyjęta została przy 1 głosie wstrzymującym się.





Uchwała Nr 2
XLI Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy w Opolu
z dnia 19 marca 2022 r.
w sprawie ustalenia liczebności organów Opolskiej Izby Lekarskiej
oraz okręgowej komisji wyborczej w kadencji 2022-2026

Na podstawie art. 24 pkt 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021, poz. 1342) uchwała się co następuje:

§ 1

1. Ustala się liczebność Okręgowej Rady Lekarskiej IX kadencji na 22 osoby – 17 lekarzy i 5 lekarzy dentyków.
2. W ramach kwoty przyznanej lekarzom przeznacza się:
 - 1) 2 miejsca dla delegatów powiatów brzeskiego i namysłowskiego,
 - 2) 2 miejsca dla delegatów powiatów kluczborskiego i oleskiego,
 - 3) 2 miejsca dla delegatów powiatów kędzierzyńsko-kozielskiego i głubczyckiego,
 - 4) 2 miejsca dla delegatów powiatów nyskiego i prudnickiego,
 - 5) 2 miejsca dla delegatów powiatów krapkowickiego i strzeleckiego,

SEKRETARZE

XLI OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Anna ADAMSKA, Paweł MIELCZAREK

Przewodnicząca Komisji Skrutacyjnej, kol. Renata Górecka, ogłosiła wyniki wyborów. Wydano 94 karty do głosowania i oddano:

- 93 głosy na kol. Jolantę Smerkowską-Mokrzycką oraz
- 91 głosów na kol. Pawła Olszewskiego.

Przewodniczący Zjazdu pogratulował wybranym używanego wyniku oraz wręczył bukiet kwiatów nowowybranej Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej.

W dalszej kolejności Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej kol. Kowarzyk przedstawił kandydatów na:

- członków Okręgowej Rady Lekarskiej (zgłoszono 25 osób);
- Krajowy Zjazd Lekarzy (zgłoszono 13 osób);
- Zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (zgłoszono 7 osób);

- 6) 7 miejsc dla delegatów powiatów opolskiego grodzkiego i opolskiego ziemskiego.

§ 2

Ustala się liczebność zespołu Zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej IX kadencji na 21 osób – 16 lekarzy i 5 lekarzy dentyków.

§ 3

Ustala się liczebność Okręgowego Sądu Lekarskiego IX kadencji na 30 osób – 23 lekarzy i 7 lekarzy dentyków.

§ 4

Ustala się liczebność Okręgowej Komisji Rewizyjnej IX kadencji na 5 osób – 4 lekarzy i 1 lekarz dentyśta.

§ 5

Ustala się liczebność Okręgowej Komisji Wyborczej IX kadencji na 6 osób – 4 lekarzy i 2 lekarzy dentyków.

PRZEWODNICZĄCY

XLI OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
IJerzy JAKUBISZYN

- członków Okręgowego Sądu Lekarskiego (zgłoszono 22 osoby);

- członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej (4 zgłoszenia) oraz

- członków Okręgowej Komisji Wyborczej (6 zgłoszeń).

Wobec braku dalszych zgłoszeń ze strony delegatów listy zostały zamknięte jednogłośnie.

W następnej kolejności przeprowadzono wybory członków ORL oraz delegatów na KZL. Oczekując na wyniki wyborów, Przewodniczący Zjazdu poddał pod głosowanie projekt Uchwały nr 3 w sprawie przyjęcia budżetu Izby na 2022 rok. Jednocześnie wyjaśnił dlaczego w materiałach Zjazdowych tabele związane z planem finansowym na 2022 r. są przedstawione w inny sposób, niż było to dotychczas przyjęte. Uchwała nr 3 została przyjęta jednogłośnie.

Uchwała Nr 3
XLI Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy w Opolu
z dnia 19 marca 2022 r.
w sprawie uchwalenia budżetu Opolskiej Izby Lekarskiej na 2022 rok

Na podstawie art. 24 pkt 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz. 168) uchwała się co następuje:

§ 1

Po zapoznaniu się z preliminarzem budżetowym na rok 2022, przedstawionym przez Okręgową Radę Lekar-

ską, XLI Okręgowy Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Lekarzy w Opolu uchwała budżet Opolskiej Izby Lekarskiej na rok 2022 zgodnie z przedstawionym preliminarzem.

§ 2

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

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2022 r.

SEKRETARZE

XLI OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Anna ADAMSKA, Paweł MIELCZAREK

W dalszej części obrad Okręgowa Komisja Wyborcza przedstawiła listę osób ostatecznie wybranych do Okręgowej Rady Lekarskiej oraz delegatów naszej Izby na Krajowy Zjazd Lekarzy. **I tak nową Radę Okręgową tworzyć będą:**

1. lek. Bugiel Henryk
2. lek. Suzanowicz Barbara
3. lek. Hurek Monika
4. lek. Martyniszyn Adam
5. lek. Mielczarek Marcin
6. lek. Kowarzyk Stanisław
7. lek. Bąk Adam
8. lek. Gajda Iwona
9. lek. Szczepańska Kinga
10. lek. Chełchowski Jacek
11. lek. Błaszczyk Marek
12. lek. Łuszczyńska-Ostrowska Małgorzata
13. lek. Dryja Marek
14. lek. Kowalik Zbigniew
15. lek. Wojtyłko Aleksander
16. lek. Jakubiszyn Jerzy
17. lek. dent. Hamryszak Barbara
18. lek. dent. Chruszczyk Stanisław
19. lek. dent. Grzybowska-Substelna Justyna
20. lek. dent. Latała Wiesław

Z kolei do Warszawy na Zjazd pojadą:

1. lek. Kuzyszyn Zbigniew
2. lek. Miarka Jacek
3. lek. Jakubiszyn Jerzy
4. lek. Kowarzyk Stanisław
5. lek. Derkowski Wojciech
6. lek. Olszewski Paweł
7. lek. dent. Smerkowska-Mokrzycka Jolanta
8. lek. dent. Hamryszak Barbara

Kolejnymi zjazdowymi wyborami były wybory Zastępców OROZ, członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej, członków Okręgowego Sądu Lekarskiego i Okręgowej Komisji Wyborczej. Zaproponowani wcześniej kandydaci na powyższe funkcje zostali wszyscy wybrani przez obecnych na sali delegatów. Tak więc lista członków tych organów wygląda następująco:

Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

1. lek. Ziomba Anna
2. lek. Drosik Kazimierz
3. lek. Szczesniak Maciej

PRZEWODNICZĄCY

XLI OKRĘGOWEGO ZJAZDU LEKARZY W OPOLU
Jerzy JAKUBISZYN

4. lek. Kolek Roman
5. lek. Sysło Piotr
6. lek. dent. Rogala Ewa
7. lek. dent. Jarka Jolanta
8. lek. dent. Rypniewski Robert
9. lek. dent. Hałaburdo Donata

Okręgowy Sąd Lekarski

1. lek. Siewiński Marek
2. lek. Wartenberg Krystian
3. lek. Głęb Grzegorz
4. lek. Derkacz-Jedynak Marzanna
5. lek. Stempniewicz Krzysztof
6. lek. Kaźmierczak Anna
7. lek. Krzymowska Elżbieta
8. lek. Bruzi-Bużowicz Róża
9. lek. Doscocz Krzysztof
10. lek. Zygmunt Jerzy
11. lek. Kanturski Marek
12. lek. Łabuz-Margol Małgorzata
13. lek. Murawski Józef
14. lek. Kobyłecki Czesław
15. lek. Wileński Ryszard
16. lek. Gulewicz Ireneusz
17. lek. Zubrzycka Czesława
18. lek. dent. Dmowska-Zielińska Marzena
19. lek. dent. Nociński-Firlej Ewa
20. lek. dent. Kulig Olaf
21. lek. dent. Baszak Anna
22. lek. dent. Rączy Katarzyna

Okręgowa Komisja Rewizyjna

1. lek. Piętka Marek
2. lek. Zych Michał
3. lek. Sicińska-Werner Teresa
4. lek. dent. Fijałkowski Włodzimierz

Okręgowa Komisja Wyborcza

1. lek. Mielczarek Marcin
2. lek. Błaszczyk Marek
3. lek. Kowarzyk Stanisław
4. lek. Jakubiszyn Jerzy
5. lek. dent. Chruszczyk Stanisław
6. lek. dent. Lechniak Małgorzata

Z kolei Przewodniczący Komisji Uchwał i Wniosków poinformował, że do Komisji nie wpłynął żaden projekt innego dokumentu zjazdowego. Wobec wyczerpania porządku obrad Przewodniczący ogłosił zakończenie Zjazdu.

PIERWSZY OPOLSKI LAUREAT MEDALU „HOMINEM INVENI”

W 2017 r. Naczelna Rada Lekarska ustanowiła specjalne wyróżnienia dla osób lub instytucji zaangażowanych w działalność społeczną lub filantropijną ukierunkowaną na niesienie bezinteresownej pomocy i wsparcia



Lek. Janusz CHOLEWIŃSKI ukończył Wydział Lekarski Śląskiej Akademii Medycznej w 1983 r. Specjalizację z chorób wewnętrznych uzyskał w 1988 r., z reumatologii cztery lata później, a z medycyny paliatywnej - w 2006 r.

Jest absolwentem Studium Życia Rodzinnego Instytutu Pastoralnego Kurii Diecezjalnej w Opolu. W latach 1989 - 1994 radny Miasta i Gminy w Byczynie (w Radzie pełnił funkcję Przewodniczącego Komisji Zdrowia, Opieki Społecznej, Porządku Publicznego i Przestrzegania Prawa).

Ten wszechstronnie wykształcony lekarz prawie od początku swojej kariery zawodowej poświęcił się pracy dla najcięższych chorych. Poza swoją pracą i rozwojem zawodowym, angażował się w liczne akcje społeczne. Już w 1993 r. współtworzył „Stowarzyszenie SOS - nie jesteś sam, pomóż innym”.

W 2003 r., wychodząc naprzeciw cierpieniu osób u schyłku życia, utworzył pierwsze w regionie hospicjum - „Hospicjum Domowe Ziemi Kluczborskiej Św. Ojca Pio”, którym kieruje do dnia dzisiejszego, niosąc osobiście pomoc chorym często do późnych godzin wieczornych.

Od 2008 r. corocznie organizuje naukowe „Kluczborskie Konferencje Medycyny Paliatywnej i Formacji

potrzebującym - Medal im. dr Władysława Biegańskiego „Hominem Inveni”.

Ponieważ zgodnie z regulaminem przyznawane są nie więcej niż 2 medale rocznie, do chwili obecnej uhonorowano nim zaledwie czworo lekarzy oraz jedną instytucję. Decyzją Kapituły Medalu z 7 kwietnia 2022 r. do obecnych laureatów dołączyło następnych 5 osób (4 lekarzy i jedna pielęgniarka), wśród których znalazł się nasz Kolega dr Janusz CHOLEWIŃSKI. Medal „Hominem Inveni” zostanie wręczony podczas najbliższego Krajowego Zjazdu Lekarzy w Warszawie. Bardzo serdecznie gratulujemy tego szczególnego wyróżnienia!! Poniżej przedstawiam krótką notkę o Laureacie

Jerzy B. LACH

Hospicyjnej”, a od 2012 r. „Rekolekcje Wspólnot Hospicyjnych” dla pracowników hospicjów Opolszczyzny i spoza naszego województwa. Od kilku lat prowadzi prelekcje dla księży z 20-letnim stażem kapłańskim na temat opieki duchowej nad chorymi u kresu życia i ich rodzinami.



Ponadto znajduje czas na prowadzenie pogadarek z zakresu oświaty zdrowotnej dla dzieci wiejskich i młodzieży szkół średnich oraz z zakresu przeciwdziałania alkoholizmowi i uzależnienia od nikotyny dla szerszych grup ludności.

Człowiek o wzorowej postawie etycznej, empatyczny społecznik, humanista. W uznaniu całkowitego i bezinteresownego oddania się drugiemu człowiekowi i szlachetnej działalności społeczno-charytatywnej został w 2015 r. nagrodzony „Nagrodą Ostoi Pokoju”.

LAURY UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJI TO NAGRODA MAJĄCA WYMIAR EUROPEJSKI

31 marca 2022 r. w auli Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego odbyła się uroczysta 30 już Gala wręczenia przez Opolską Izbę Gospodarczą Laurów Umiejętności i Kompetencji. Laurami Umiejętności i Kompetencji wyróżnione zostają autorytety moralne, przedsiębiorcy, samorządowcy, wybitni reprezentanci nauki, oświaty, kultury, sztuki, polityki i ochrony zdrowia na Opolszczyźnie - osobowości, które swoją pracą, charyzmą i talentem wpływają na życie społeczności Opolszczyzny. W tym roku

– podobnie, jak w poprzednich latach - pośród wyróżnionych znaleźli się również lekarze, których sylwetki prezentuję poniżej za „Wydaniem Specjalnym Forum Opolskiego Biznesu”. Laureatom tego wyróżnienia bardzo serdecznie gratulujemy!!

Jerzy B. LACH



PLATYNOWY LAUR 2021 W KATEGORII „MEDYCyna I INŻYNIERIA BIOMEDYCZNA”

Dr hab. n. med. Jerzy SACHA - Kierownik Pracowni Badań Hemodynamicznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu.

Prof. Sacha wprowadził i popularyzuje zabiegi wieńcowe bez użycia kontrastu u chorych z niewydolnością nerek, m.in. jako pierwszy przeprowadził taki zabieg na pniu lewej tętnicy wieńcowej. Angioplastyka wieńcowa bez kontrastu jest szansą dla chorych z niewydolnością nerek, ponieważ może ich uchronić przed pogorszeniem funkcji nerek i dializami. Zabiegi bez kontrastu wykonywane są tylko w nielicznych ośrodkach na świecie, m.in. w Columbia University w Nowym Jorku i University of Queensland w Australii. Wśród nich jest od niedawna także i USK w Opolu.

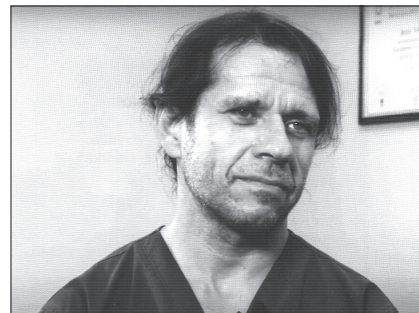
Prof. Sacha zmodyfikował i upowszechnia metodę przezskórnego dostępu do serca przez tętnice podobojczykowe i pachowe bez chirurgicznego rozcinania tkanek. Jest to metoda wykorzystywana do implantacji zastawek serca i pomp wspomagających pracę serca. USK w Opolu jest jedynym ośrodkiem w Polsce i jednym z kilkunastu na świecie stosujących tę metodę.

Kardiolog z USK rozwija też leczenie przy pomocy mechanicznego wsparcia krążenia u chorych wymagających zabiegów o dużym ryzyku i we wstrząsie kardiogennym. W tym względzie należy do grupy międzynarodowych ekspertów (tzw. proktorów), służących swoim doświadczeniem lekarzom z innych krajów, a USK w Opolu jest liderem w Polsce.

W 2021 r. dr hab. n. med. Jerzy Sacha przeprowadził – drugi na świecie – innowacyjny zabieg na zastawce

mitralnej z wykorzystaniem obrazowania holograficznego, w tzw. rozszerzonej rzeczywistości, co przenosi zabiegi kardiologiczne w zupełnie inny, wirtualny wymiar

i stanowi przyszłość interwencji na strukturach serca. Unikalność tej operacji polega na tym, że trójwymiarowy obraz holograficzny serca wykorzystano w czasie rzeczywistym, czyli w trakcie naprawy zastawki. Wcześniej holografia była głównie wykorzystywana na etapie przygotowań do operacji. Hologram jest „magicznym” obrazem widocznym w sali operacyjnej tylko przy użyciu specjalnych okularów (HoloLens2), dzięki którym lekarz operujący może „zanurzyć” się w struktury serca pacjenta i obracać wirtualne serce za pomocą własnych rąk. Rodzi to ogromne perspektywy wykonywania zabiegów w sposób, który dotąd był niedostępny przy standardowych metodach. Na początku 2022 r. prof. Sacha przeprowadził z zespołem kolejny zabieg tą metodą, tym razem na uszku lewego przedsionka. O swoich dokonaniach prof. Sacha pisze do najbardziej renomowanych czasopism kardiologicznych na świecie, jak „JACC: Cardiovascular Intervention” - w sumie 76 publikacji (Impact Factor 160).



ZŁOTY LAUR 2021 W KATEGORII „MEDYCyna I INŻYNIERIA BIOMEDYCZNA”

Dr hab. n. med. Barbara RADECKA - Ordynator Oddziału Onkologii Klinicznej z Odcinkiem Dziennym Opolskiego Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu.

Absolwentka Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu. W Opolu zamieszkała po ukończeniu studiów. Początkowo pracowała w Szpitalu Wojewódzkim, uzyskując specjalizację z zakresu chorób wewnętrznych. Jej mentorem był wówczas, nieżyjący już, doc. Jan Urbańczyk. Od 1993 r. związana zawodowo z Opolskim Centrum Onkologii. W kolejnych latach uzyskała specjalizację z chemioterapii nowotworów, a następnie z onkologii klinicznej, pracując pod kierunkiem wieloletniego ordynatora Oddziału Onkologii Klinicznej - dr Kazimierza Drosika. Przeszła typową ścieżką awansu zawodowego lekarza, od młodszego asystenta do ordynatora, pracując niemal cały czas na jednym oddziale.

Ordynatorem jest od 2016 r. Kieruje się zasadą, że onkologiczne leczenie, zwykle długotrwałe, powinno być realizowane w sposób możliwie przyjazny dla chorego. Stąd

na prowadzonym przez nią oddziale stale poszerzany jest zakres leczenia prowadzonego w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym. Wspólnie z zespołem prowadzi także leczenie w ramach badań klinicznych, co wpływa na poprawę dostępu chorych do nowoczesnych, nierefundowanych leków.

Z jej inicjatywy przeprowadzono kilka lat temu akcję zbierania głosów w ramach Marszałkowskiego Budżetu Obywatelskiego na projekt pt. „Chemioterapia bez utraty włosów - to jest możliwe”. Dzięki zaangażowaniu wielu pracowników i pacjentów Opolskiego Centrum Onkologii, a także władz i studentów Uniwersytetu Opolskiego, projekt zdobył największą liczbę głosów, a szpital uzyskał środki finansowe na zakup urządzenia do chłodzenia skóry głowy podczas leczenia chemiote-





rapia. To znaczący krok dla poprawy jakości życia leczonych osób. Lubi rozmawiać z chorymi i objaśniać im istotę choroby. Uważa, że dzięki temu chorzy łatwiej znoszą trudny choroba i leczenia.

Równolegle z pracą zawodową kontynuuje rozwój naukowy. Głównym przedmiotem jej zainteresowań naukowych jest leczenie chorych na raka piersi, biologia i leczenie przerzutów do mózgu oraz obserwacja chorych po leczeniu onkologicznym. W 2004 r. uzyskała tytuł doktora nauk medycznych, a w 2019 doktora habilitowanego. W 2009 r. była stypendystką Europejskiego Towarzystwa Onkologii (European Society of Medical Oncology, ESMO) w Instytucie Jules-Bordet w Brukseli, wiodącym ośrodku leczenia raka piersi w Europie.

Jest członkiem polskich i międzynarodowych zespołów badawczych, współautorką kilkudziesięciu doniesień naukowych publikowanych w Polsce i za granicą oraz rozdziałów w podręcznikach dla lekarzy. Laureatka nagrody na najlepsze doniesienie plakatu na europejskim kongresie onkologicznym (Best poster award

Dr n. med. Dariusz SOKOŁOWSKI - Ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Powiatowego w Oleśnie.

Dr n. med. Dariusz Sokołowski objął kierownictwo Oddziału Chirurgii Ogólnej w marcu 2021 r.

Od początku jego działalności medycznej zidentyfikowane zostały podstawowe problemy zdrowotne występujące w rejonie – przede wszystkim ze względu na istotny odsetek pacjentów starszych z licznymi chorobami przewlekłymi - i wdrożono kilka nowoczesnych programów leczenia z zastosowaniem najnowszych trendów występujących w medycynie. Dotyczą one przede wszystkim:

- stopy cukrzycowej,
- owrzodzeń troficznych,
- żywienia dojelitowego u pacjentów przewlekle i terminalnie chorych,
- miażdżycy obwodowej,
- chirurgicznego leczenia otyłości w celu ograniczenia występowania chorób cywilizacyjnych.

Stopa cukrzycowa stanowi poważny problem leczenia, zwłaszcza wśród osób starszych z licznymi chorobami współistniejącymi. Zastosowanie nowoczesnych metod leczniczych z wykorzystaniem technik podciśnienia regulowanego (Vaccum Assisted Closure) przyczyniło się do istotnego skrócenia czasu leczenia pacjentów ze stopą cukrzycową o 47%. Dzięki połączeniu tych technik z opatrunkami aktywnymi doprowadzono do zmniejszenia o 34% ilości amputacji w przebiegu tej jednostki chorobowej. Co więcej, w pojedynczych przypadkach wyleczono pacjentów zakwalifikowanych w innych jednostkach leczniczych województwa opolskiego do zabiegów amputacyjnych.

- 5th Central European Oncology Congress, Opatija, Croatia, 2007). Jest wykładowcą polskich i międzynarodowych konferencji i kongresów onkologicznych dla lekarzy, pielęgniarek, a także dziennikarzy medycznych. Zaangażowana również w akcje edukacyjne dla pacjentów i młodzieży. Jest autorką kilku poradników dla pacjentów onkologicznych.

Od 2011 r. pracuje także w charakterze nauczyciela akademickiego (Uniwersytet Opolski - Katedra Biotechnologii i Biologii Molekularnej, Wydział Przyrodniczo-Techniczny; Wydział Lekarski; Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu - Instytut Pielęgniarstwa). W 2021 r. została powołana na stanowisko profesora uczelni, a od 2022 r. jest Kierownikiem Kliniki Onkologii.

Należy do Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, gdzie piastuje funkcję sekretarza Zarządu Głównego oraz Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, gdzie jest członkiem Sądu Koleżeńskiego.

Podobnie, jak w powikłaniach cukrzycy, jednym z dominujących problemów u osób starszych są owrzodzenia troficzne. Dzięki aktywnej współpracy z czołowymi światowymi firmami specjalizującymi się w leczeniu opatrunkami aktywnymi, prowadzonym regularnie szkoleniom pielęgniarek



oraz wprowadzeniu zasad leczenia TIME udało się skrócić czas leczenia pacjentów o około 40%, co ma istotny wpływ na zmniejszenie nadkarzeń wewnątrzszpitalnych, oszczędności pobytu oraz powikłań infekcyjnych spowodowanych długotrwałym leczeniem na oddziale.

Dzięki wykorzystaniu endoskopowych mini inwazyjnych technik leczenia żywieniowego na oleskim Oddziale Chirurgii prowadzone są zabiegi implantacji portów PEG i PEJ w celu leczenia zaburzeń metabolicznych u pacjentów ciężko i terminalnie chorych, m.in. z chorobami nowotworowymi i ich powikłaniami. Szczególnie istotna jest tu aktywna współpraca z ośrodkami opiekującymi się pacjentami terminalnymi i przewlekle leżącymi oraz z onkologicznymi.

Wciąż nierozwiązanym problemem medycznym pozostaje miażdżycy obwodowa, zwłaszcza wśród pacjentów zdyskwalifikowanych z leczenia zabiegowego. Na oddziale wprowadzono dla tych chorych program diagnostyki i terapii zachowawczej lekami naczyniowymi, a dzięki współpracy z Śląskim Uniwersytetem Medycznym trwają przygotowywania do możliwości zastosowania

wania terapii alternatywnej z wykorzystaniem komórek macierzystych.

Otyłość pokarmowa stanowi narastający problem medyczny obserwowany w każdej grupie wiekowej, zwłaszcza w czasie pandemii. Dzięki wieloletniemu doświadczeniu zabiegowemu w tej dziedzinie dr. Sokołowski wykonuje się na jego oddziale zabiegi endoskopowe i laparoskopowe chirurgicznego leczenia otyłości w ramach świadczeń NFZ.

KOLEJNI „PRYMARIUSZE”

W trakcie Okręgowego Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy wręczone zostały statuetki „Prymariuszy Opolskich” - uważni Czytelnicy Biuletynu zapewne pamiętają, że o wyborze laureatów tego honorowego wyróżnie-

Lek. dent. Robert RYPNIEWSKI

W 1994 r. ukończył Akademię Medyczną we Wrocławiu i rozpoczął staż podyplomowy w Zespole Opieki Zdrowotnej w Prudniku. Tam, po zakończeniu stażu w 1995 r., pracował m.in. w Poradni Chirurgii Stomatologicznej, gdzie pod kierownictwem dr Bronisława Fischera podjął specjalizację z chirurgii stomatologicznej. Pierwszy stopień z chirurgii stomatologicznej uzyskał w 1999 r.

W tym samym roku dr Rypniewski wraz z żoną uruchomił własną praktykę stomatologiczną w Głogówku realizując również świadczenia refundowane przez NFZ w zakresie stomatologii ogólnej, stomatologii dziecięcej oraz chirurgii stomatologicznej.

Jest członkiem Oddziału Opolskiego Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych realizuje obecnie poprzez uczestnictwo w różnych kursach zawodowych prowadzonych przez fir-

Dr n. med. Zbigniew KUZYSZYN

Ukończył Wydział Lekarski Akademii Medycznej we Wrocławiu w 1991 r. i podjął pracę w Oddziale Wewnętrznym ZOZ w Ozimku. Tam odbył staż podyplomowy, dyżurując równocześnie w Pogotowiu Ratunkowym. Opiekował się także pacjentami przychodni przyzakładowej Huty „Małapanew” w Ozimku. W latach 1994-97 pracował w Gminnym Ośrodku Zdrowia w Chrzastowicach pełniąc w funkcję jej kierownika.

W 1996 r. zdobył I stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych, a w 3 lata później II stopień specjalizacji. W 1997 r. powrócił do ZOZ w Ozimku, gdzie pełnił funkcję Kierownika, następnie Kierownika Działu Organizacji i Nadzoru. Potem zostaje Zastępcą Ordynatora Oddziału Wewnętrznego szpitala w Ozimku.

W 2002 r. rozpoczął pracę w ZUS w Opolu, początkowo jako lekarz orzecznik, a następnie członek Ko-

miś Sokołowski jest wieloletnim wykładowcą i adiunktem w Państwowej Szkole Medycznej na Wydziale Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, współpracuje ze Śląskim Uniwersytetem Medycznym w Katowicach/Zabrze. Jest autorem wielu publikacji naukowych zamieszczanych w piśmiennictwie polskim i międzynarodowym, w tym także w najnowszych publikacjach książkowych, jak „Obesitologia Kliniczna”, coroczne publikacje w „Co nowego w Chirurgii”, reprezentowane przez Towarzystwo Chirurgów Polskich.

nia naszej Izby pisałem jeszcze w marcu. Poniżej przedstawiam sylwetki laureatów.

Jerzy B. LACH



my stomatologiczne na terenie całego kraju.

Od 2005 r. działa w Samorządzie Lekarskim będąc członkiem Komisji Stomatologicznej, a w VI i VIII kadencji pełnił w niej funkcję Zastępcy Przewodniczącej. W tym samym roku został Zastępcą Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, którym był do 2018 r.

Hobbystycznie uprawia biegi długodystansowe, kolarstwo amatorskie, narciarstwo zjazdowe i turystykę wysokogórska starając się nie utracić również kontaktu z dobrą literaturą i muzyką.



misji Lekarskiej ZUS. W 2003 r. uzyskał specjalizację z diabetologii. Pomimo tylu zajęć w 2005 r. obronił pracę doktorską z diabetologii.

W 2008 r. został Ordynatorem Oddziału Wewnętrznego szpitala w Krapkowicach. W tym samym roku przeniósł się do pracy w Oddziale Wewnętrznym Szpitala Wojewódzkiego w Opolu. Od 2018 r. jest Ordynatorem Oddziału Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii, Diabetologii i Gastroenterologii oraz Pododdziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, gdzie pracuje do dnia dzisiejszego.

W 1999 r. uzyskał uprawnienia kandydata na członka rad nadzorczych spółek Skarbu Państwa. W 2004 r.



podjął studia podyplomowe z zakresu prawa medycznego, bioetyki i socjologii medycyny na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, a w 2017 - podyplomowe studia prawnicze na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego. W latach 2009-13 był także wykładowcą i Dyrektorem Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowej Medycyny Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu.

Jest członkiem Towarzystwa Internistów Polskich, Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Orzecznictwa Lekarskiego.

W Samorządzie Lekarskim w IV i V kadencji był Zastępcą Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, a w VI i VII - Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej. Przez dwie kadencje pracował również w Komisji Etyki Lekarskiej OIL. W VIII kadencji pełnił funkcję Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, jest delegatem na Krajowy Zjazd Lekarzy.

W 2019 r. otrzymał najwyższe odznaczenie samorządowe „Meritus pro Medicis”. W 2016 r. został odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi, a w 2020 r. Odznaką „Za zasługi dla ochrony zdrowia”.

ELŻBIETA RAKUSZANKA - MATKA KRÓLÓW

W dniu 10 lutego 1454 roku na Wawelu odbył się uroczysty ślub dwudziestoletniego króla Kazimierza Jagiellończyka, najmłodszego syna Władysława Jagiełły i Zofii Holszańskiej z osiemnastoletnią Elżbietą Habsburg. Elżbieta Habsburg urodziła się w roku 1437. Jej ojcem był król Węgier Albrecht Habsburg, matką Elżbieta, córka cesarza Zygmunta Luksemburskiego. W Polsce nadano jej przydomek Rakuszanka (Rakuzy to Austria).

Elżbieta nie była ładną kobietą, a niektórzy kronikarze twierdzili, że „była najbrzydszą polską królową”. Faktycznie badanie jej szkieletu po ekshumacji w roku 1972, na którą zgodę wyraził kardynał Karol Wojtyła, w Zakładzie Medycyny Sądowej Krakowskiej Akademii Medycznej wykazało poważne zmiany kręgosłupa spowodowane gruźlicą kości przebytą w młodości. Dlatego jej wzrost musiał wynosić około 160 cm. Badanie czaszki wykazało wadę zgryzu polegającą na poziomie wystawiania przednich siekaczy, co musiało powodować wystawianie ich pomiędzy wargami. Przeprowadzone równocześnie badanie szkieletu Kazimierza wykazało, że mógł mieć około 180 cm wzrostu. Nic dziwnego, że Kazimierz nie był zachwycony widokiem panny młodej. Podobno do jej komnaty udał się dopiero po dwóch dniach.

Tymczasem okazało się, że Elżbieta posiadała wiele zalet. Bardzo szybko zaprzyjaźniła się z teściową, królową Zofią. Nie mieszała się do polityki, co było bardzo na rękę Kazimierzowi zaabsorbowanemu w wojnę trzynastoletnią z Krzyżakami. Tutaj podkreślić należy, że był całko-

witym abstynentem, nie miał żadnych nałożnic i nieślubnych dzieci (jak chociażby Władysław Łokietek czy Władysław Jagiełło). Elżbieta była osobą bardzo religijną, szerzyła kult maryjny, wspomagała Klasztor Paulinów na Jasnej Górze. Wiele czasu poświęcała swojemu ulubionemu zajęciu, wyszywaniu ornatów, głównie dla Katedry Wawelskiej, które można podziwiać do dzisiaj.

Ponadto okazało się, że Elżbieta cieszyła się dobrym zdrowiem i kondycją, co umożliwiło urodzenie trzynastoletniego dziecka (wiadomo, że urodzenie syna, następcy tronu było celem każdego monarchy). Tylko dwie córki o tym samym imieniu Elżbieta zmarły. Pierwszego syna Władysława Elżbieta urodziła w wieku dwudziestu lat, zaś ostatnią córkę Jadwigę (żonę księcia legnickiego) w wieku czterdziestu siedmiu lat.

Z sześciu synów nałożono korony na skronie najstarszego Władysława, króla Czech i Węgier, Jana Olbrachta, króla Polski, Aleksandra, króla Polski, Zygmunta, nazwanego Starym, króla Polski. Pozostali synowie to św. Kazimierz, patron Litwy oraz Fryderyk, drugi po Zbigniewie Oleśnickim kardynał polski.

Córki powychodziły za mąż za księcia szczecińskiego, Bogusława, księcia legnickiego oraz książąt niemieckich, co spowodowało skolidowanie z większością panujących dynastii europejskich.

Po przybyciu do Polski Elżbieta nie знаła języka polskiego, ale wkrótce się go nauczyła - z dziećmi rozmawiała tylko po polsku. Tymczasem Kazimierz znał tylko język polski i ruski (nie znał łaciny, którą w owych czasach wszędzie się porozumiewano) oraz do końca życia był niepiśmienny.

Elżbieta bardzo dbała o wychowanie i edukację dzieci. W rachubę wchodziła nauka czytania, pisanie i łaciny. Wychowawcami byli kronikarz Jan Długosz, a po jego śmierci wybitny włoski intelektualista Filip Kallimach.

Elżbieta najbardziej kochała Jana Olbrachta (nosił imię po dziadku Albrechcie), najmniej Władysława i Aleksandra. Z córek najbardziej kochała najmłodszą Elżbietę (trzecia o tym imieniu). Wszyscy synowie mieli w swo-



Elżbieta Rakuszanka - matka królów

ich herbach pieczęcie Habsburgów, zaś Zygmunt Stary, o czym mało kto wie, ozdobił krużganki wawelskie portretami Habsburgów.

Oto jak przedstawiały się losy synów Elżbiety Rakuszkanki. Najstarszy Władysław został królem Czech i Węgier. Do końca życia nie nauczył się języka węgierskiego i na wszystko odpowiadał „dobsze” (stąd przezwisko Król „dobsze”).

Ukochany syn Elżbiety Jan Olbracht okazał się pijakiem, prowadził hulawczy tryb życia, zaraził się tzw. „chorobą dworską” (syfilis). Jego wyprawa na Bukowinę zakończyła się klęską, a podczas powrotu „wyginęła” szlachta (podobno nie starczyło drzew do ich powieszenia). Jan Olbracht się nie ożenił i zmarł w stosunkowo młodym wieku czterdziestu dwóch lat.

Wiele zmartwień miała Elżbieta z Aleksandrem. Otóż poślubił on moskiewską księżniczkę Helenę, która nawet po ślubie nie przeszła na wiarę katolicką i do końca wyznawała prawosławie. Aleksander zmarł pięć lat po ślubie i nie doczekał się potomka.

Kolejny syn, Fryderyk, w wieku dwudziestu lat został biskupem, a wkrótce kardynałem (drugim po Zbigniewie Oleśnickim). Prowadził rozwiązły tryb życia i również zaraził się „chorobą dworską”.

Najbardziej pobożny tryb życia prowadził książę Kazimierz. Do kościoła chodził codziennie o świcie, a kiedy kościół jeszcze był zamknięty modlił się na jego stopniach. Zmarł młodo w Grodnie i pochowany został w katedrze wileńskiej. Został wyniesiony na ołtarze. Jest patronem Litwy.

Jeżeli chodzi o śluby córek Elżbiety Rakuszkanki to największym przepychem zasłynął ślub najstarszej córki Jadwigi z elektorem bawarskim Jerzym Witelsbachem, zwanym Bogatym, w miejscowości Landshut w roku 1475. Wesele trwające tydzień przeszło do historii z powodu licznych turniejów rycerskich, tańców, pokazów zwierząt egzotycznych i wielu innych atrakcji. Do dzisiaj w Landshut odbywają się coroczne repliki tego wesela. Niestety książę Jerzy okazał się rozpustnikiem i pijakiem i po 10 latach wydał Jadwigę do zamku w Burghausen, w którym przebywała do śmierci.

W roku 1492 (rok odkrycia Ameryki, a formalnie wyspy Haiti przez Krzysztofa Kolumba i wygnania Maurów z Półwyspu Iberyjskiego do północnej Afryki) Kazimierz Jagiellończyk zmarł w Wilnie po 38. latach pożycia małżeńskiego z Elżbietą. Przyczyną jego śmierci była krwawa biegunka, którą leczono kuriozalnie pieczonymi gruszkami.

Król zmarł w dniu 7 czerwca, jego zwłoki w trumnie typu dębówki, pokryte niegaszonym wapnem, przewieziono do Krakowa, 11 lipca. Pochowany został na Wawelu w Kaplicy Świętokrzyskiej pod sarkofagiem w stylu bizantyjskim wykonanym przez samego mistrza Wita Stwosza.

W dniu 30 sierpnia 1505 roku, w wieku jak na owe czasy sędziwym bowiem sześćdziesięciu dziewięciu lat, zmarła Elżbieta. Pochowana została obok męża w Kaplicy Świętokrzyskiej. Pogrzeb niezwykle skromny zorganizował aktualnie panujący jej syn, król Aleksander. Sarkofag pary królewskiej można podziwiać w Kaplicy Świętokrzyskiej znajdującej się w prawej nawie Katedry Wawelskiej. Rok później zmarł Aleksander, a na tron wstąpił najmłodszy syn Elżbiety Zygmunt, któremu nadano przydomek Stary (ponieważ jego następcą miał zostać jego syn Zygmunt August).

*PS. Pozwolenie na ekshumację zwłok Kazimierza Jagiellończyka i Elżbiety Rakuszkanki wydał kardynał Karol Wojtyła w roku 1972. Pracami kierował profesor Szablowski. Niezwykle intrygujący jest fakt, że spośród ekipy badawczej w ciągu 10 lat zmarło piętnaście osób. Przyczyną ich śmierci, jak się okazało, było zakażenie grzybem *Aspergillus Flavus*, często wykrywanym w zwłokach. Powtórny pogrzeb pary królewskiej koncelebrował kardynał Karol Wojtyła, a na ich trumnach umieszczono inskrypcje: *Casimirus Rex i Elizabeth Regina*.*

Historia oceniła Kazimierza jako jednego z najwybitniejszych władców polskich, dorównującemu ojcu Władysławowi Jagielle, zaś Elżbietę Rakuszkankę za prawdziwą „Matkę królów”. Ich małżeństwo zostało uznane za najbardziej udane w naszej historii, a w ocenie ówczesnych kronikarzy „... .on ją umiłował, a ona jego...”.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI

CO PISZĄ INNI

KRYZYS HUMANITARNY VS. SYSTEM W KRYZYSIE. WIĘCEJ PYTAŃ NIŻ ODPOWIEDZI

2 mln uchodźców, którzy znaleźli się w Polsce – to bilans trzech tygodni wojny Rosji przeciw Ukrainie. Co prawda część z nich po krótkim pobycie ruszyła w dalszą drogę na zachód, ale lwia część pozostała i pozostanie w Polsce. A to jeszcze, przestrzegają eksperci, nie koniec. Nawet je-

śli ofensywa rosyjska się zatrzymała, prędzej czy później zniszczonych systematycznie przez lotnictwo i artylerię miast uciekną kolejne setki tysięcy obywateli Ukrainy.

O otwartości serc polskiego społeczeństwa napisano już setki tysięcy znaków w wielu językach. Jednak nawet naj-



lepsze chęci i gotowość niesienia pomocy nie mogą przysłonić oczywistego faktu – żaden kraj w Europie nie jest (nie był) przygotowany na kryzys migracyjny w takiej skali. Polska nie była (i nie jest) przygotowana do kryzysu migracyjnego w żadnej skali, nawet sto razy mniejszej: w latach 2015–2016 odmówiliśmy zgody na mechanizm relokacji uchodźców z Bliskiego Wschodu, choć do Polski miało trafić ich zaledwie kilka tysięcy. Co więcej, w 2016 r. ówczesna premier Beata Szydło przekonywała w Parlamencie Europejskim, że Polska nie może przyjąć uchodźców z Syrii i Iraku, ponieważ przyjęła już milion uchodźców z Ukrainy. Ta narracja została natychmiast oprotestowana, również przez władze Ukrainy, ale skalę nadużycia poznajemy właśnie teraz: milion ekonomicznych imigrantów z Ukrainy kilka lat temu był jednym z motorów napędowych naszej gospodarki. Milion, dwa, może trzy lub cztery miliony uchodźców oznaczają przede wszystkim wyzwania. Jeśli im nie sprostamy, zmienią się w obciążenie.

Edukacja, opieka społeczna, rynek pracy, mieszkania i, last but not least, ochrona zdrowia – to kluczowe, choć niejedynie obszary, w których wyzwania piętrzą się już w tej chwili, za kilka tygodni może być tylko trudniej. Rząd tymczasem wydaje się podzielać niczym nieuzasadniony optymizm ministra edukacji i nauki, że kryzys na Ukrainie skończy się na tyle szybko, byśmy nie odczuli jego negatywnych konsekwencji. Przemysławowi Czarnekowi chodzi o szkoły (18 marca poinformowano, że w Polsce przebywa około 700 tys. uchodźców poniżej 18. roku życia), ale pomysłu na systemowe rozwiązanie problemów nie widać również w ochronie zdrowia.

Eksperti już od pierwszych dni wojny na Ukrainie, gdy fala uchodźców dopiero wzbierała, zalecali, by już na granicy (lub w punktach recepcyjnych w głębi kraju) prowadzić rejestrację i identyfikację medyczną uchodźców, przede wszystkim pod kątem zagrożenia epidemicznego. Podczas Kongresu Wyzwań Zdrowotnych, odbywającego się na początku marca w Katowicach, gen. dyw. prof. Grzegorz Gielera, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, mówił, że z jednej strony uchodźcom należy zapewnić doraźną opiekę medyczną, z drugiej – tylko w taki sposób można zmniejszyć zagrożenie epidemiczne. – To powinny być miejsca, gdzie rejestrujemy, zbieramy informacje, oczywiście te, które można, dotyczące chociażby programu szczepień. Zgodnie z prawem, każda osoba poniżej 19. roku życia przybywająca do Polski i zamierzająca tu pozostać dłużej niż trzy miesiące podlega programowi obowiązkowych szczepień – przypominał, podkreślając, że prędzej czy później władze będą musiały wrócić do tego problemu. – Pytanie, jak to zrobić, jeśli nie będziemy mieli uchodźców w naszych systemach baz danych, a rozjadą się po całej Polsce. Może nastąpić (oby nie!) nawrót chorób, o których zapomnieliśmy. Ukraina jest jedynym krajem w Europie, w którym w ostatnim czasie zanotowano przypadki polio, nie wspominając o lekoopornej gruźlicy.

Choroby zakaźne czy raczej relatywnie niski (nawet o jedną trzecią niższy niż w Polsce) poziom zaszczepienia dzieci i młodzieży na Ukrainie to jeden z wiodących tematów ostatnich raportów WHO poświęconych sytuacji zdrowotnej w tym kraju. Kryzys ukraińskiego programu szczepień trwa od wielu lat. W 2020 r. najwyższe wskaźniki dotyczyły szczepień BCG i DTP – dawkami podawanymi w szpitalach (93%). Szczepionki przeciw odrze otrzymało: pierwszą dawkę 85%, drugą 82% młodych Ukraińców, inaktywowaną szczepionkę przeciw polio – 87%, a trzecią dawkę szczepienia przeciw tej chorobie – 84%. Sytuacja w 2020 r. i tak była dużo lepsza niż w 2017, kiedy inaktywowaną szczepionkę przeciw polio otrzymało jedynie 43% dzieci. Ale rok 2020 i pandemia przyniosły ponowne załamanie. Warto też zwrócić uwagę, że przytoczone dane dotyczą całej Ukrainy – we wschodniej części kraju, w obwodach donieckim i ługańskim, sytuacja jest jeszcze gorsza.

Nierealizowany program szczepień ochronnych wpływa na statystyki chorób zakaźnych: w latach 2017–2019 potężna, jak na Europę, epidemia odry. Przypadki polio. I wreszcie – gruźlica. „WHO uznała Ukrainę za jeden z 20 krajów na świecie o najwyższej szacowanej liczbie przypadków gruźlicy lekoopornej, które w 2020 r. stanowiły jedną czwartą wszystkich potwierdzonych przypadków gruźlicy” – czytamy w raporcie. W liczbach bezwzględnych to niemal 4,3 tys. przypadków gruźlicy lekoopornej.

Eksperti, m.in. dr Paweł Grzesiowski, wskazują, że szczepienie dzieci i młodzieży z Ukrainy to kluczowa dla zdrowia publicznego kwestia, bo wielu młodych Ukraińców w ciągu kilku tygodni (najdalej) trafi do żłobków, przedszkoli i szkół. Tymczasem, zgodnie z przepisami – choć zupełnie wbrew logice – obowiązek szczepień obejmuje ich dopiero po trzech miesiącach. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej zwracają uwagę, że rząd co prawda zagwarantował bezpłatne szczepienia obowiązkowe ujęte w PSO również przed upływem trzech miesięcy, ale realizacja tego uprawnienia, niezależnie od wybranego momentu, wydaje się mało realna. Uchodźcy bowiem na podstawie uchwalonej w marcu specustawy mają prawo do korzystania z pomocy lekarzy POZ na zasadzie incydentalnych, jednorazowo rozliczanych porad. Nie są świadczeniobiorcami, nie mogą się zapisać na listy aktywne. Ułożenie i realizacja kalendarza szczepień w takim przypadku (pomijając niebagatelną kwestię skomplikowanej komunikacji na linii lekarz-rodzic/opiekun prawny) staje pod potężnym znakiem zapytania.

Problemem może być również korzystanie z refundowanych leków. Brak dokumentacji medycznej w połączeniu z modelem jednorazowych wizyt u lekarza POZ, w praktyce wykluczających, a w każdym razie mocno utrudniających zlecenie diagnostyki w celu potwierdzenia chorób przewlekłych, oraz – to powód wręcz kluczowy – negatywnymi doświadczeniami lekarzy w zakresie dochodzenia przez NFZ roszczeń z tytułu nieuzasadnio-

nego wystawiania recept refundowanych przełożą się, przestrzega np. Porozumienie Zielonogórskie, na praktykę wystawiania uchodźcom (nieposiadającym ubezpieczenia zdrowotnego, korzystającym z opieki medycznej na podstawie jedynie spec-ustawy) recept pełnopłatnych. W przypadku niektórych chorób, np. cukrzycy, ale również przewlekłych schorzeń układu oddechowego, wymagających leków wziewnych, oznacza to wydatki nie do udźwignięcia. Przerwanie terapii zaś wiąże się – raczej prędzej niż później – z koniecznością leczenia zaostrej choroby w szpitalu.

Dane WHO nie pozostawiają wątpliwości: stan zdrowia Polaków na tle społeczeństw Europy Zachodniej można uznać za niezadowalający, stan zdrowia społeczeństwa ukraińskiego jest, oględnie rzecz ujmując, jeszcze gorszy. Średnia oczekiwana długość życia na Ukrainie w 2020 r. wynosiła 71,4 roku (76,2 dla kobiet, 66,4 dla mężczyzn). „Dla porównania, w 2015 r. średnia oczekiwana długość życia w Europie sięgała 77,8 roku (81,1 dla kobiet i 74,6 dla mężczyzn)” – czytamy w najnowszym raporcie. Szczególnie trudna sytuacja jest na wschodzie kraju. „Po prawie ośmiu latach konfliktu szacuje się, że 2,9 mln osób potrzebuje w tych obwodach pomocy humanitarnej i ochrony, z czego 1,5 mln potrzebuje opieki zdrowotnej ze względów humanitarnych. Jedna trzecia tej grupy to osoby powyżej 60. roku życia” – przypomina WHO. Kryzys uchodźczy – stres, wielodniowa podróż i przebywanie w warunkach suboptymalnych, odwodnienie, brak warunków do podstawowej nawet regeneracji – również wpływa na kondycję zdrowotną.

Wyzwaniem jest profil demograficzny fali uchodźców, wśród których dominują kobiety z dziećmi, ale dużą część stanowią seniorzy (obu płci, z przewagą kobiet). Ponieważ uchodźcy dążą ku największym miastom (Warszawie, Krakowowi, Wrocławowi), nietrudno zgadnąć, że zarówno w perspektywie krótko-, jak i długoterminowej

w tych ośrodkach może dojść do przeciążenia publicznego systemu ochrony zdrowia. Ten scenariusz już się zresztą realizuje w Warszawie i w powiatach okołowskich. Oddziały pediatryczne przeżywają prawdziwe obłożenie (nie jest ono niczym dziwnym w sezonie infekcyjnym, który w Polsce trwa do kwietnia). W perspektywie kilkumiesięcznej można się spodziewać pojawienia się fali pacjentów ukraińskich również na oddziałach przeznaczonych do leczenia osób dorosłych. Zarówno interniści, jak kardiologowie i onkolodzy już w tej chwili zastanawiają się, jak będą godzić oczywistą konieczność zapewnienia opieki uchodźcom z pilną potrzebą redukcji długu zdrowotnego u polskich pacjentów.

Niebagatelnym problemem jest też HIV/AIDS. W 2020 r. Ukraina notowała drugi (po Rosji) najwyższy wskaźnik w Europie nowo zdiagnozowanych zakażeń HIV (39 przypadków na 100 tys. osób), co stanowi 15% wszystkich zdiagnozowanych w regionie europejskim. Ukraina miała również najwyższy wskaźnik diagnoz AIDS (9,9 na 100 tys.) w regionie europejskim.

I wreszcie – psychiatria czy raczej cały obszar zdrowia psychicznego. Polska psychiatria, szczególnie psychiatria dzieci i młodzieży, jest, optymistycznie patrząc, w fazie rekonstrukcji. Realistycznie – w fazie głębokiej dekonstrukcji, z której być może za jakiś czas przejdzie do fazy konstrukcji nowych rozwiązań. System w tej chwili jest jednak głęboko dysfunkcyjny, a potrzeby polskich pacjentów dalekie od zaspokojenia. Jak, biorąc pod uwagę barierę językową oraz zupełnie inny profil problemów, specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym od podstawowego, szkolnego (czy też przedszkolnego) poziomu mają sprostać potrzebom, które prędzej czy później zaczną narastać?

Małgorzata SOLECKA
(przedruk z „Pulsu” nr 4/22)

NA STARE PROBLEMY NOWA KONSTYTUCJA DLA ZDROWIA? CZ. II

W poprzedniej części dokonaliśmy podziału szpitali na kategorie według kryterium finansowego określonego w projekcie konstytucji dla zdrowia. Teraz kolej na omówienie funkcji nadzorcy – nowej funkcji w systemie ochrony zdrowia. Nadzorca dla szpitali objętych kategorią C i D to niezwykle ważna osoba.

Kto może zostać nadzorcą?

Według projektu nadzorcą może być pracownik Agencji spełniający poniższe warunki: posiada obywatelstwo UE, konfederacji szwajcarskiej lub EFTA, zna język polski, nie był skazany prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe, nie jest podejrzany o przestępstwo ścigane z oskarżenia pu-

blicznego, posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie finansów, prawa, administracji, ekonomii lub zarządzania, nie jest wpisany do rejestru dłużników KRS, posiada roczne doświadczenie zawodowe w obszarze ochrony zdrowia.

Po pominięciu kilku punktów oczywistych i formalnych – podsumowując i tłumacząc na nasze – potencjalny nadzorca to: magister w zakresie finansów, prawa, administracji, ekonomii lub zarządzania z rocznym doświadczeniem w ochronie zdrowia. Projekt ustawy nie precyzuje z jakim doświadczeniem – może to być nawet pierwsza roczna praca po ukończeniu studiów. Jest też druga ścieżka dla uzyskania tytułu nadzorcy, jeśli kan-



dydat nie jest pracownikiem Agencji, ale wówczas wymagania dla kandydata są większe, np. warunek posiadania licencji doradcy restrukturyzacyjnego.

Jest oczywiste, że osoba mająca być nadzorcą w danej placówce nie może być jej pracownikiem, prokurentem, pełnomocnikiem, współnikiem oraz członkiem organu podmiotu świadczącego usługi w zakresie dystrybucji wyrobów medycznych, leków lub aparatury medycznej czy dostawcą innych usług.

Prezes Agencji dokonuje wpisania na listę nadzorców na stronie Agencji. Wpis na listę obejmuje: numer wpisu, imię i nazwisko, datę i miejsce urodzenia, numer ewidencyjny PESEL (z wyłączeniem cudzoziemców, którzy tego numeru nie posiadają) adres do korespondencji, numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej. Trochę dużo tych danych osobowych w kontekście RODO – na ich podstawie można prawie wyłudzić kredyt. Wydaje się, że wpis zawierający imię i nazwisko, numer licencji i województwo lub miasto by wystarczył, ewentualnie można by dodać adres mail do korespondencji.

Jakie czynności wykonuje w podmiocie leczniczym nadzorca (dla podmiotów leczniczych w formie spółki będzie to zarządca)?

Nadzorca dokonuje czynności w imieniu własnym, na rachunek podmiotu szpitalnego i, co najważniejsze, nie odpowiada za zobowiązania zaciągnięte w sprawach dotyczących podmiotu szpitalnego. Nadal za zobowiązania zaciągnięte przez podmiot odpowiada kierownik podmiotu leczniczego.

Zadania nadzorca według projektu to: opracowanie projektu planu naprawczo-rozwojowego, przekazanie uzgodnionego planu naprawczo-rozwojowego prezesowi Agencji, nadzór nad realizacją planu naprawczo-rozwojowego.

Nadzorca dla podmiotu kategorii C i D jest już wyznaczony – co dalej?

Nadzorca dla podmiotu kategorii C i D opracowuje w porozumieniu z kierownikiem podmiotu leczniczego plan naprawczo-rozwojowy z uwzględnieniem regionalnych potrzeb zdrowotnych i dostosowaniem działalności podmiotu w przyszłości do tych potrzeb. Przykładowo jeśli na danym terenie za dużo jest oddziałów kardiologii, a za mało chirurgii ogólnej, to rozważamy przekształcenie oddziału kardiologii w ten drugi, bardziej potrzebny w regionie, ale czy lepiej finansowany przez płatnika? Jeśli nowy zakres nie będzie lepiej finansowany przez płatnika albo, co gorsza, będzie gorzej finansowany pomimo tego, że jest potrzebny w regionie – to czy spowoduje to poprawę sytuacji finansowej zakładu? Trzeba zatem pamiętać o skutkach finansowych i przekształcać tak działalność, aby nowy zakres dawał szansę lepszemu finansowaniu.

Nadzorca opracował plan naprawczo-rozwojowy i co potem?

Nadzorca przekazuje projekt planu kierownikowi podmiotu leczniczego, który go akceptuje i podpisuje lub wnosi do niego zastrzeżenia w terminie 7 dni. Jeśli były

wniesione zastrzeżenia, to nadzorca rozpatruje je, także w terminie 7 dni, ale jeśli nie uwzględni zastrzeżeń w całości lub w części, to sporządza informację o czynach nieuwzględnienia zastrzeżeń oraz przekazuje ją kierownikowi podmiotu szpitalnego, który może nie podpisać planu. Projekt nie przewiduje opcji niepodpisania planu przez kierownika podmiotu leczniczego. Prezes Agencji może według projektu odwołać kierownika podmiotu leczniczego, ale o tym opowiem trochę później.

Uzgodniony i podpisany przez kierownika podmiotu plan naprawczo-rozwojowy nadzorca przekazuje właściwemu podmiotowi nadzorującemu dany szpital lub – w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki – radzie nadzorczej albo komisji rewizyjnej. Ponadto przekazuje plan prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia celem zajęcia stanowiska w zakresie dostosowania działalności podmiotu szpitalnego do regionalnych potrzeb zdrowotnych – w ciągu 14 dni.

Dalej idzie szybko. Nadzorca przekazuje plan prezesowi Agencji, który – jeśli nie wniesie zastrzeżeń – wydaje postanowienie o zatwierdzeniu planu naprawczo-rozwojowego. Od wydanego przez prezesa postanowienia podmiot leczniczy (także podmiot tworzący) może się odwołać, ale tylko w zakresie, w jakim plan naprawczo-rozwojowy przewiduje przeprofilowanie lub zmienia zakres i/lub liczbę świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez podmiot szpitalny – ale te czynności nie wstrzymują wykonania planu naprawczo-rozwojowego. Tylko sąd może wstrzymać wykonanie planu w części odnoszącej się do zaskarżonego zakresu.

Plan zatwierdzony – przystępujemy do działania

Rozpoczyna się postępowanie naprawczo-rozwojowe (o tym rozdział 7). Prezes Agencji obwieszcza na stronie Agencji wszczęcie postępowania naprawczo-rozwojowego i od tego dnia szpital podlega ochronie, o której mowa w art. 71 projektu, czyli tłumacząc na nasze – wierzyciele nie zabiorą podmiotowi leczniczemu środków, które wpłyną na konto z NFZ.

Za realizację zatwierdzonego planu naprawczo-rozwojowego odpowiedzialny jest podmiot szpitalny, czyli kierownik podmiotu, natomiast nadzór nad procesem realizacji sprawuje podmiot nadzorujący albo rada nadzorcza lub komisja rewizyjna w przypadku podmiotu szpitalnego działającego w formie spółki.

Agencja także monitoruje realizację planu naprawczo-rozwojowego na podstawie: sprawozdań (kwartalnych lub na żądanie) z realizacji planu przekazywanych przez podmiot szpitalny oraz sprawozdania końcowego z realizacji planu naprawczo-rozwojowego przekazanego przez podmiot szpitalny przed przeprowadzeniem kolejnej kategoryzacji w terminie określonym przez prezesa Agencji (obecnie w projekcie raz na 3 lata).

Z jakich przywilejów może skorzystać podmiot leczniczy z zatwierdzonym planem?

W projekcie przewidziano 2 rodzaje mechanizmów wsparcia, tj. środki ochronne (a) i naprawczo-rozwojowe (b):

a) Środki ochronne chronią przed egzekucją (od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego do dnia obwieszczenia o jego zakończeniu egzekucja z majątku podmiotu szpitalnego nie może być prowadzona) i przed wypowiedzeniem umów. Nie stosuje się natomiast, według projektu, zawieszenia egzekucji należności pracowniczych, należności z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, które przysługują wierzycielom, którzy wykonują zawód medyczny, oraz należności z tytułu odszkodowania za uszkodzenie ciała, wywołanie rozstroju zdrowia, niezdolności do pracy, kalectwa lub śmierci, w tym także należności z tytułu zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę;

b) Środkami naprawczo-rozwojowymi są: restrukturyzacja zatrudnienia, odstąpienie od umów, restrukturyzacja majątku, przeprofilowanie działalności, inne środki mające na celu poprawę sytuacji podmiotu szpitalnego.

Przeprofilowanie podmiotu leczniczego w całości albo w części może polegać na zmianie rodzaju lub zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, w wyniku której podmiot szpitalny w szczególności tworzy lub likwiduje komórki organizacyjne lub jednostki organizacyjne, lub zakłady lecznicze.

I tu zaczynają się potencjalne finansowe korzyści dla podmiotu leczniczego. Koszty związane z przeprofilowaniem, w tym koszt koniecznych do poniesienia przez podmiot szpitalny nakładów związanych z dostosowaniem infrastruktury, koszt zakupu aparatury i sprzętu, koszt wynagrodzeń postojowych dla pracowników komórek organizacyjnych, jednostek organizacyjnych lub zakładów leczniczych podmiotu szpitalnego podlegających przeprofilowaniu – są pokrywane przez Agencję na zasadach ustalonych w zatwierdzonym planie naprawczo-rozwojowym.

Uprawnienia prezesa Agencji w okresie realizacji planu naprawczo-rozwojowego

W tym okresie prezes Agencji może w drodze postanowienia dokonać zmiany kierownika podmiotu szpitalnego kategorii C niebędącego spółką w następujących przypadkach: braku współpracy kierownika podmiotu szpitalnego z nadzorcą umożliwiającą przygotowanie planu, braku współpracy kierownika podmiotu szpitalnego z nadzorcą umożliwiającą realizację zatwierdzonego planu, braku realizacji zatwierdzonego planu, braku realizacji obowiązków, o których mowa w art. 124, czyli obowiązku kształcenia, trochę na kształt obowiązku ustawicznego kształcenia lekarzy. W projekcie przewidziano obowiązek dla kierownika podmiotu w postaci przedłożenia prezesowi Agencji do 15 stycznia każdego roku dokumentów potwierdzających udział w co najmniej dwóch zorganizowanych formach kształcenia. Projekt nie precyzuje przez kogo i jak zorganizowanych.

W przypadku podmiotu szpitalnego kategorii D niebędącego spółką prezes Agencji może w każdym czasie wydać postanowienie o zmianie kierownika podmiotu szpitalnego kategorii D niebędącego spółką, z wyjątkiem podmiotów, dla których podmiotem tworzącym jest minister.

Teraz musimy poczekać na prace parlamentarne nad projektem i obserwować ewentualne zmiany w poszczególnych zapisach, ale o tym po zakończeniu procesu legislacji.

Dobranoc Państwu.

Marek LEWANDOWSKI

O autorze: dr n. med. Marek Lewandowski jest dyrektorem SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy, członkiem ORL BIL (przedruk z „Primum” nr 4/22)

SZCZEPIONKI PRZECIW GRYPIE: KOLEJNE WEJŚCIE mRNA?

Szczepionki mRNA przeciw COVID-19 okazały się pod wieloma względami sukcesem. Opracowane w ekspresowym tempie, jak burza przeszły przez kolejne etapy badań i na przełomie 2020 i 2021 r. doczekały się autoryzacji w wielu miejscach na świecie. Wytrzymały napór kolejnych, bardziej transmisyjnych wariantów SARS-CoV-2, zachowując wysoką skuteczność ochrony przed hospitalizacją, stanem krytycznym i zgonem. Kolejnym dużym krokiem ekspansji platformy mRNA będzie najprawdopodobniej rynek szczepionek przeciw grypie. Jednak czy jest ona wystarczająco konkurencyjna wobec stosowanych obecnie preparatów?

Pomysł wykorzystania mRNA w celach profilaktycznych lub terapeutycznych wcale nie jest nowy. Już w połowie lat 70. ubiegłego wieku przeprowadzano pierwsze udokumentowane próby podawania mRNA do komórek w warunkach in vitro, by wymusić w nich produkcję

określonego białka. Na przykład do mysich limfocytów wprowadzano mRNA kodujące króliczą wersję globiny. Z początkiem lat 90. pojawiły się już pierwsze eksperymentalne szczepionki mRNA, m.in. przeciw grypie. Podawane zwierzętom, prowadziły do wytworzenia swoistej odpowiedzi humoralnej i komórkowej. Największy problem polegał na tym, że nośnik, w którym umieszczano cząsteczki mRNA, był zbyt toksyczny. Z kolei mRNA podawane bez niego, w „nagiej” formie, w ograniczony sposób docierało do docelowych komórek, było wysoce podatne na rozpad, szybko rozpoznawane przez układ immunologiczny i niszczone. W XXI w. udało się krok po kroku pokonać te wyzwania, modyfikując różne elementy cząsteczek mRNA oraz opracowując dla nich bezpieczniejsze nośniki lipidowe. Szczepionki mRNA przeciw COVID-19 to rezultat ponad 40-letniego wysiłku naukowego.





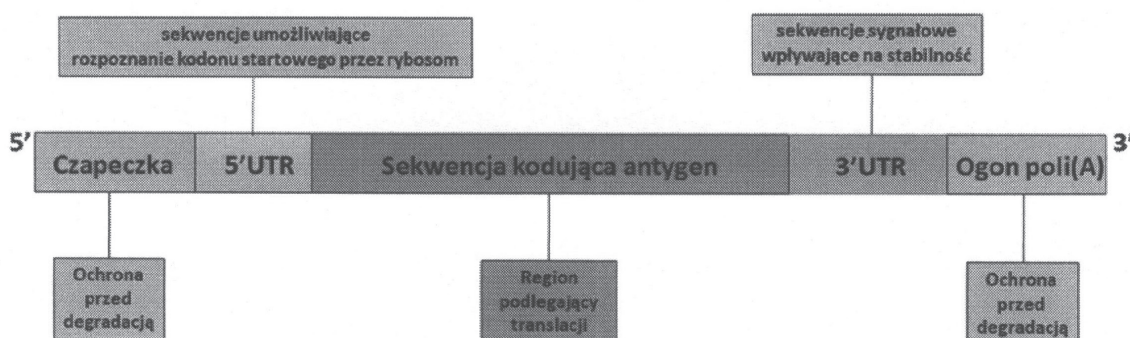
Szczepionki mRNA to garść zalet

Jakie są zalety technologii mRNA? Po pierwsze dysponując sprawną linią produkcyjną i wiedzą o biologii patogenu, zaprojektowanie kandydatki odbywa się w zasadzie „od ręki”. Po drugie w przeciwieństwie do klasycznych rozwiązań nie ma potrzeby stałej pracy z patogenem i utrzymywania go w hodowli. Po trzecie szczepionki mRNA nie wymagają stosowania adiuwantów. Po czwarte cząsteczki kwasu rybonukleinowego umieszcza się w nanolipidowych cząstkach, które – w przeciwieństwie do wektorów adenowirusowych – są obojętne dla układu odporności, nie powodują reakcji ze strony nieswoistej odpowiedzi ani wytworzenia przeciwciał przeciwko sobie. Wreszcie – cząsteczkę mRNA można zaprojektować tak, by kodowała najbardziej immunogenną wersję antygeny. To właśnie dzięki temu szczepionki mRNA przeciw COVID-19 zachowywały skuteczność pomimo ewolucji SARS-CoV-2, czego nie można powiedzieć o preparatach inaktywowanych opracowanych przez chińskie firmy farmaceutyczne. Możliwe jest również takie projektowanie sekwencji, by prezentowany antygen nie prowadził do powstania niekorzystnego zjawiska wzmocnienia zależnego od przeciwciał (ang. antibody-dependent enhancement, ADE).

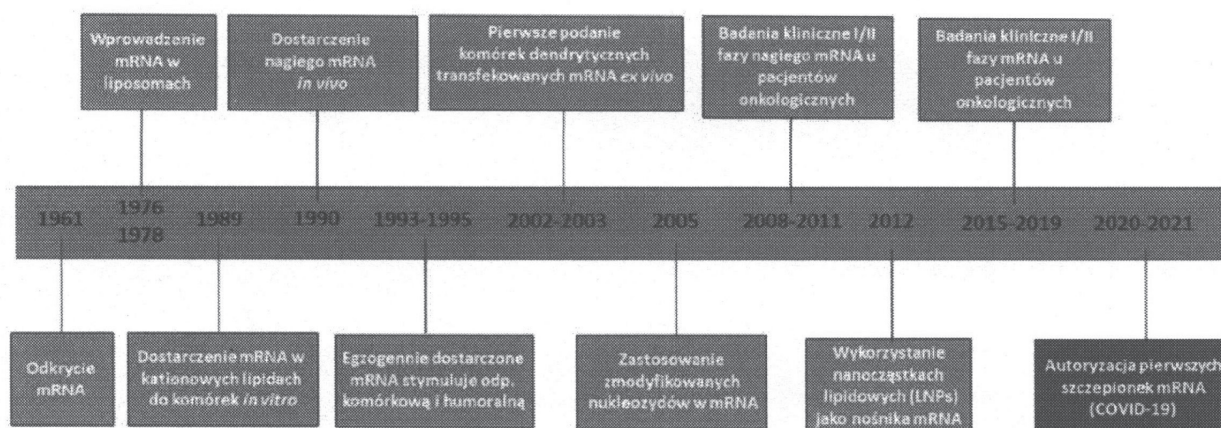
Pierwsze wyniki badań klinicznych szczepionki mRNA przeciw grypie

Nie ulega więc wątpliwości, że w najbliższych latach możemy się spodziewać szczepionek mRNA przeciw kolejnym chorobom zakaźnym. Nie dość, że sukces szczepionek przeciw COVID-19 spowodował zwiększone zainteresowanie tą technologią i rozwój nowych propozycji, to jednocześnie kontynuowane są badania kandydatek na szczepionki mRNA przeciw różnym chorobom, rozpoczęte na długo przed pandemią. Wydaje się, że kolejnym naturalnym krokiem ekspansji platformy mRNA będzie intratny rynek szczepionek przeciw grypie, który według prognoz do końca dekady ma być wart – bagatela – ok. 10 mld dolarów. Do badań klinicznych weszły już cztery kandydatki mRNA. Wstępne wyniki wskazują, że dla osób dorosłych w różnym wieku są immunogenne i bezpieczne.

Jednym z najbardziej zaawansowanych projektów jest mRNA-1010, czterowalentna kandydatka opracowana przez amerykańską Modernę. Podana jednorazowo, w najniższej z badanych dotychczas dawek, 50 mikrogramów, prowadziła do produkcji wysokiego miana przeciwciał przeciwko wszystkim czterem wersjom hemaglutyniny. Zastosowanie wyższych dawek mRNA-1010, rzędu 200 mikrogramów, nie przekładało się już w bardzo



Rycina 1. Schemat budowy mRNA wykorzystywanej w szczepionkach. Oprócz sekwencji nukleotydów określonego antygeny (w przypadku szczepionek przeciw COVID-19 jest to sekwencja kodująca białko S koronawirusa) kluczową rolę odgrywają również regiony niepodlegające translacji (UTR), czapeczka na końcu 5' (ang. cap) oraz fragment poliadenylowy (ogon poli-A) zbudowany z szeregu nukleotydów adeninowych.



Rycina 2. Historia rozwoju technologii mRNA na przestrzeni dekad.

istotny sposób na dalsze pobudzenie odpowiedzi humoralnej. To dobra informacja – im mniej mRNA znajdzie się w szczepionce, tym niższa cena jej wyprodukowania, podobnie jak ryzyko skutków ubocznych. Z przeprowadzonego badania wynika natomiast, że mRNA1010 jest dobrze tolerowana. Do najczęściej obserwowanych uogólnionych działań niepożądanych należało zmęczenie oraz bóle stawów, mięśni i głowy. Częściej stwierdzano je, podobnie jak w przypadku szczepionek mRNA przeciw COVID-19, u osób młodszych. W tym roku przeprowadzona zostanie faza druga badań klinicznych, jednocześnie trwają również przygotowania do fazy trzeciej. W przypadku pozytywnych rezultatów Moderna przewiduje, że łączona szczepionka mRNA przeciw COVID-19 i grypie mogłaby stać się dostępna już w 2023 r. Obecnie największą konkurencję stanowią dla niej propozycje opracowane przez Translate Bio/Sanofi, BioNTech/Pfizer oraz CureVac/GSK. Pierwsze badanie kliniczne tej ostatniej, o kodowej nazwie CVSQIV, rozpoczęło się w lutym br. w Panamie – uczestnicy otrzymywać będą dawki w zakresie od 3 do 28 mikrogramów mRNA.

Rynek szczepionek przeciw grypie: mRNA versus konkurencja

Warto jednak zauważyć, że o ile w przypadku COVID-19 technologia mRNA wchodziła na zupełnie dziewiczy teren, o tyle w kontekście grypy jest on już dosyć dobrze rozpoznany i od lat zajęty. Pierwszą szczepionkę przeciw grypie dopuszczono do użytku w 1945 r. Obecnie w samych tylko Stanach Zjednoczonych dostępnych jest dziewięć szczepionek produkowanych przez cztery firmy. Wykorzystują one różne rozwiązania technologiczne: są to zarówno szczepionki atenuowane, jak i inaktywowane oraz oparte o rekombinowane białka. Konkurencja jest zatem spora. Co nowego mogłaby zaproponować platforma mRNA, by odnaleźć się na tak dobrze funkcjonującym rynku?

Chcąc uzyskać szczepionkę mRNA przeciw grypie, możliwe jest zaprojektowanie sekwencji kwasu rybonukleinowego w taki sposób, by komórki ludzkie produkowały i prezentowały hemaglutyninę w wierny sposób odpowiadającym poszczególnym typom i podtypom wirusów grypy. W przypadku rozwiązań klasycznych, które wy-

magają hodowli i pasażowania wirusów grypy w liniach komórkowych bądź na zarodkach kurzych zagnieżdżonych w jajach, dochodzi do systematycznego kumulowania mutacji modyfikujących hemaglutyninę względem naturalnego pierwowzoru. To oczywiście ma negatywny wpływ na skuteczność szczepień. Zastosowanie mRNA pozwala ominąć ten problem.

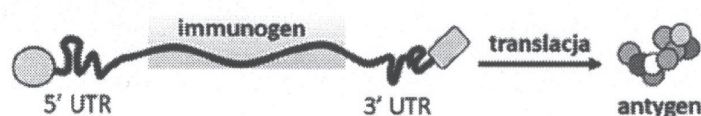
Oczywiście wierną wersję antygeny uzyskać można, produkując rekombinowane szczepionki białkowe. Jednak również względem nich technologia mRNA jest konkurencyjna. Produkcja szczepionki rekombinowanej jest bardziej pracochłonna, stąd wyboru odpowiedniego antygeny trzeba dokonać w lutym, czyli na długo przed kolejnym sezonem grypowym. Dysponując sprawną linią produkcyjną do szczepionek mRNA, będzie można poczekać jeszcze trzy miesiące i selekcji dokonać dopiero w maju, na podstawie bardziej aktualnych danych epidemiologicznych dotyczących dominujących szczepów wirusów. To oczywiście zwiększy prawdopodobieństwo lepszego dopasowania preparatu do potrzeb zbliżającego się sezonu grypowego. To również powinno przełożyć się na wyższą skuteczność szczepionek mRNA względem rozwiązań obecnie stosowanych. A warto nadmienić, że pod tym względem jest sporo do poprawy – obecnie stosowanie szczepionki przeciw grypie cechują się w najlepszym wypadku 40–60-procentową skutecznością.

Ponadto szczepionki mRNA przeciw grypie mogą, a wręcz powinny być multiwalentne. W ich przypadku oznacza to wykorzystywanie cząsteczek kodujących różne wersje hemaglutyniny, ale też i inne białka wirusa, np. neuraminidazę, nukleoproteinę czy białko M2 macierzy. Niektóre z kandydatek, znajdujące się na etapie prac rozwojowych, zawierają kilkanaście mRNA kodujących całą gamę antygenów różnych szczepów wirusów grypy. Takie rozwiązanie powinno potencjalnie zapewniać szerszy zakres ochronny, zwiększać skuteczność szczepionek i być może przekładać się na rzadsze ich podawanie.

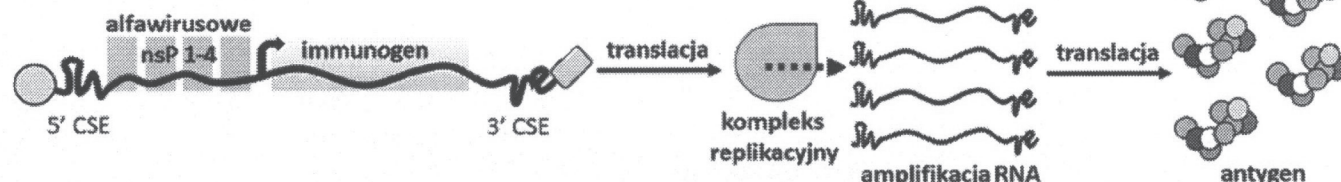
Szczepionki RNA kolejnej generacji – sarna

Co więcej immunogenność, a co za tym idzie, skuteczność szczepionek mRNA przeciw grypie można potencjalnie poprawić, wprowadzając rozwiązania, które

Konwencjonalne mRNA



Samoamplifikujące mRNA (saRNA)



nie znalazły zastosowania w preparatach przeciw COVID-19. Czerpią one z obserwacji poczynionych w trakcie badań alfawirusów i polegają na wykorzystaniu tzw. samoamplifikującego RNA (saRNA). W tym celu cząsteczki kwasu rybonukleinowego projektuje się tak, by zawierały sekwencje kodujące wybrane białka alfawirusowe, a także sekwencje kodujące wybrany antygen. W rezultacie translacji saRNA w komórce powstają najpierw alfawirusowe białka nSP1-4, które tworzą kompleks replikacyjny. Rozpoznaje on sekwencje flankujące transkrypt RNA antygeny i zaczyna go namnażać. W rezultacie wewnątrz komórki powstają kolejne kopie mRNA kodujące antygen, które ulegają translacji. To ostatecznie przekłada się natomiast na większą jego ilość prezentowaną na jej powierzchni i powinno sprzyjać wytworzeniu silniejszej odpowiedzi swoistej. Obecnie w fazie badań przedklinicznych znajdują się już pierwsze propozycje szczepionek saRNA przeciw grypie.

Uniwersalna szczepionka mRNA przeciw grypie?

Jednocześnie trwają, rozpoczęte jeszcze przed pandemią COVID-19, badania nad uniwersalną szczepionką mRNA, czyli taką, której zastosowanie zabezpieczałoby przed infekcją różnymi szczepami patogenu. Nie jest to proste, gdyż tempo mutowania wirusów grypy jest bardzo wysokie. W przeciwieństwie do koronawirusów ich polimerazy, które odpowiadają za namnażanie materiały genetycznego, nie mają systemu korekty błędów (tzw. proofreading). Ponadto ich materiał genetyczny jest segmentowany, co sprzyja zjawisku reasortacji. Polega ono na wymianie jednego bądź kilku fragmentów RNA wirusa w sytuacji, gdy jedną komórkę zainfekuje więcej niż jeden szczep. Doskonałym środowiskiem do takiego „miksowania” jest organizm świni, gdyż komórki wyścielające ich drogi oddechowe charakteryzują

się wersjami kwasu siałowego rozpoznawanego dobrze zarówno przez ptasie (H5), jak i ludzkie (H1) wirusy grypy. Przykładem takiego „miksu” jest szczep G4 EA H1N1, wykryty podczas monitoringu trzody chlewnej w Chinach i opisany w 2020 r. na łamach „Proceedings of the National Academy of Sciences”. Opiera się on na wirusie ptasiej grypy, ale zawiera też m.in. fragmenty pochodzące z linii wirusa H1N1 odpowiedzialnego za pandemię w 2009 r.

Najważniejszym antygenem wirusów grypy jest oczywiście hemagglutynina, która znajduje się na ich powierzchni. Dla układu immunologicznego najbardziej dostępny jest element głowowy tego białka. Jest to zarazem najbardziej zmienny jego region. Zdecydowanie lepiej zakonserwowanym elementem hemagglutyniny jest jej część łodygowa. Koncepcja uniwersalnej szczepionki skupia się m.in. na wytworzeniu swoistej odpowiedzi właśnie wobec tego regionu. Niektóre z kandydatek tego typu znajdują się już na etapie wczesnych badań klinicznych. Pojawiają się również pierwsze propozycje uniwersalnej szczepionki mRNA – najważniejsza została otrzymana w ramach prac rozwojowych amerykańskiego Narodowego Instytutu Alergii i Chorób Zakaźnych i obecnie znajduje się w przedklinicznej fazie badań. Pojawienie się kolejnych kandydatek na uniwersalną szczepionkę mRNA jest zapewne tylko kwestią czasu. Zwłaszcza że niedawno opisano na łamach „Nature” przeciwciała zdolne do wiązania fragmentu części łodygowej hemagglutyniny, który kotwiczony ją w błonie wirionu. Przeciwciała te miały zdolność rozpoznawania różnych wariantów H1 wirusa grypy, jak również pandemicznych szczepów H2 i H5. Opracowanie szczepionki, która pobudzałaby układ odporności do produkcji wysokiego miana tych przeciwciał, mogłoby faktycznie prowadzić do uzyskania uniwersal-

Tabela 1. Kandydatki na szczepionkę mRNA lub saRNA przeciw grypie znajdujące się obecnie na etapie badań klinicznych i przedklinicznych

Producent	Nazwa kodowa	Technologia	Typ	Antygen
Faza kliniczna				
Moderna	mRNA-1010	mRNA	Czterowalentna	Hemaglutynina
Translate Bio/Sanofi	MRT-5400, MRT-5401	mRNA	Monowalentna (H3N2)	
BioNTech/Pfizer	PF-07252220	mRNA	Czterowalentna	
Moderna	mRNA-1010	mRNA	Czterowalentna	
CureVac/GSK	CVSQIV	mRNA	Czterowalentna	
Faza przedkliniczna				
Moderna	mRNA-1020, mRNA-1030	mRNA	Multivalentna	Hemaglutynina + neuraminidaza
Moderna	mRNA-1073	mRNA	Czterowalentna + COVID-19	Hemaglutynina + białko S SARS-CoV-2
Innorna	–	mRNA	Czterowalentna i pięciowalentna (dwa szczepy H3N2)	Hemaglutynina
Sanofi	–	mRNA	Czterowalentna	Hemaglutynina
NIAID	–	mRNA	Monowalentna (H1N1)	Hemaglutynina
NIAID	–	mRNA	Uniwersalna	Część łodygowa hemaglutyniny
Seqirus	–	saRNA	Czterowalentna	Hemaglutynina
Pfizer	–	saRNA	Brak danych	Hemaglutynina
Arcturus	–	Brak danych	Czterowalentna	Hemaglutynina

nej ochrony. Platforma mRNA ma natomiast atuty pozwalające na szybkie otrzymanie odpowiedniej kandydatki tego typu.

Szczepionki przeciw grypie to nie jedyny obszar zainteresowania firm rozwijających platformę mRNA. W opracowaniu i na różnych etapach badań przedklinicznych i klinicznych są kandydatki na szczepionkę, m.in. przeciw malarii, gruźlicy, CMV, Eboli EBV, HCV, HIV, HPV, Nipah i Zika. To pokazuje, jaki potencjał drzemie

w tej technologii. Być może w przyszłości za jej rozwój przyznana zostanie Nagroda Nobla z dziedziny medycyny. Najpierw jednak trzeba cierpliwie poczekać, by przekonać się, czy mRNA dokona prawdziwej rewolucji we współczesnej wakcynologii.

*Dr hab. Piotr RZYMSKI
Zakład Medycyny Środowiskowej,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
(przedruk z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 4/22)*

RODO A EDM

Wdrażanie elektronicznych metod dokumentowania (EDM) działalności lekarskiej rodzi nowe problemy prawne. Jednym z ostatnio podnoszonych kwestii jest Ochrona Danych Osobowych. Na stronie <https://www.infodent24.pl> można przeczytać krótkie opracowanie, w którym radcy prawni poruszają najważniejsze zagadnienia związane z wdrażaniem zasad RODO w trakcie wprowadzania dokumentów EDM w gabinecie stomatologicznym.

Definicję przetwarzania danych podaje Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO (w art. 4 ust. 1): jest to operacja lub zestaw operacji wykonywanych na danych osobowych lub zestawach danych osobowych w sposób zautomatyzowany lub niezautomatyzowany. Do zbioru tych operacji – wymieniono w przepisie – należą m.in.: zbieranie, utrwalanie, organizowanie, porządkowanie, przechowywanie, adaptowanie lub modyfikowanie, pobieranie, przeglądanie, wykorzystywanie, ujawnianie poprzez przesłanie, rozpowszechnianie lub innego rodzaju udostępnianie, dopasowywanie lub łączenie, ograniczanie, usuwanie lub niszczenie danych osobowych.

Gromadzenie danych osobowych pacjentów stomatologicznych oczywiście mieści się w zakresie okoliczności dopuszczonych ustawą. W przypadku placówek medycznych konieczne jest przy tym wyznaczenie administratora danych osobowych (którym może być sam lekarz) lub w przypadku większych placówek – inspektora danych osobowych, na których będzie spoczywał obowiązek ochrony danych osobowych pacjentów, jak również zgłaszanie każdorazowego stwierdzenia naruszenia takiej ochrony osobie, której zdarzenie dotyczy oraz Prezesowi Urzędu Ochrony Danych Osobowych (nie później niż w ciągu 72 godzin).

Niewątpliwie z ochroną danych osobowych łączy się ściśle sprawa tzw. repozytoriów zdarzeń medycznych, które w opinii samorządu lekarskiego powinny być stworzone i nadzorowane przez Ministerstwo Zdrowia, a nie sędowane na pojedyncze podmioty medyczne. „Model funkcjonowania EDM z rozproszonymi repozytoriami, których mogłoby być nawet 180 tys. – mówi Andrzej Cisko, przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL –

oznaczałby wieczną, nierówną walkę z półświatkiem cybernetycznym, a koszty prowadzenia tej wojny są trudne do oszacowania”. W stanowisku z czerwca 2021 r. NRL apelowała o powstrzymanie się od budowania indywidualnych repozytoriów siłami pojedynczych podmiotów medycznych i gromadzenie na nich danych pacjentów, apelując o przejęcie tego obowiązku przez administrację państwową. Na ten apel odpowiedziała była już wiceminister Anna Goławska, wysyłając pismo we wrześniu 2021 r., w którym poinformowała, że funkcję repozytoriów pełnić będą platformy regionalne.

Kolejnym problemem, jaki zrodziła EDM, jest utylizacja dokumentacji papierowej po jej zdigitalizowaniu. Z art. 29 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wynika, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych powinien przechować dokumentację medyczną przez 20 lat. Należy pamiętać, że po sporządzeniu skanu dokumentacji należy zaopatrzyć jej kopię elektroniczną: kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym. Uzyskanie kopii cyfrowej nie jest równoznaczne z możliwością fizycznego zniszczenia papieru. Papierową dokumentację lekarz powinien przekazać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi nie później niż rok od stworzenia kopii elektronicznej i poinformowaniu o tym pacjenta. Jeśli w tym czasie pacjent nie odbierze swojej dokumentacji papierowej, wtedy dopiero można taką dokumentację zniszczyć przy użyciu zwykłej niszczarki do papieru, ale musi to być skuteczne. Większym problemem jest utylizacja innych nośników informacji, co do których nie ma jasnych wytycznych.

Tymczasem NRL zwraca uwagę, że na odpowiedzi z Ministerstwa Zdrowia w sprawach wdrażania EDM czeka się średnio dwa miesiące. Na ostatnie pismo, dotyczące kwestii bezpieczeństwa danych zawartych w programach gabinetowych i archiwizacja danych likwidowanych podmiotów (wysłane 25 października 2021 r.) nie ma jeszcze odpowiedzi. W ministerstwie nie ma też już minister Anny Goławskiej, która była partnerem w rozmowach z samorządem.

*Patrycja PROC
(przedruk z „Panaceum” nr 3/22)*

#SPRAWDZAM: WIĘCEJ PIENIĘDZY NA OCHRONĘ ZDROWIA?

Pula pieniędzy na świadczenia zdrowotne, jaką będzie dysponować Narodowy Fundusz Zdrowia w 2022 r., wzrośnie od marca o ponad 9 mld zł. Fundusz przygotował dużą nowelizację planu finansowego. Kto może liczyć na wyższe finansowanie? A przede wszystkim, czy dodatkowe środki poprawią sytuację podmiotów leczniczych, personelu medycznego i pacjentów?

Zwiększenie przychodów NFZ ze składki zdrowotnej o ponad 9 mld zł w stosunku do pierwotnego planu nie zdarza się co roku (tak naprawdę nie zdarzyło się nigdy wcześniej). Ale zanim wystrzelą korki od szampaków warto sprawdzić, co powoduje aż tak dużą zmianę w przychodach funduszu. Po pierwsze, plan na 2022 r. był przyjmowany w lipcu 2021 i od tamtego czasu nie nowelizowano go, nawet wtedy, gdy uchwalono zmiany w ustawach podatkowych i określono ostateczny kształt budżetu. Ten lipcowy nie mógł zaś uwzględnić nowych zasad opłacania składek zdrowotnych przez osoby prowadzące działalność gospodarczą. To te nowe obciążenia stanowią lwią część (7 mld zł) z 9,1 mld zł, które mają wzbogacić budżet płatnika. Pozostałe 2 mld zł wynikają ze zmiany wskaźników makroekonomicznych.

Marcowa nowelizacja planu finansowego funduszu nie uwzględnia jednak realnego wskaźnika inflacji. Warto przypomnieć, że budżet państwa na 2022 r. oparto na założeniu, że inflacja wyniesie 3,3%, choć już w grudniu prezes Narodowego Banku Polskiego przyznał, iż średnioroczna inflacja w 2022 wyniesie 7,6%. Dziś taka prognoza wydaje się nader optymistyczna. Wielu ekspertów ocenia, że możemy mieć inflację średnioroczną nawet dwucyfrową, a pewne jest, że będzie bliższa 9–10% niż założonemu w budżecie wskaźnikowi. Ekonomisci mówią wręcz o inflacyjnej poduszce finansowej (wyższa inflacja, wyższe nominalnie zarobki, wyższe ceny – więcej pieniędzy z podatków pośrednich i bezpośrednich, łatwiejsza realizacja nominalnych założeń budżetowych).

Ochrona zdrowia jest jednym z obszarów, w których koszty rosną znacząco szybciej. Uzasadnione jest więc pytanie, na ile dodatkowe pieniądze, jakimi będzie dysponować NFZ, zmienią sytuację, a na ile zostaną wchło-

nięte (bez większego śladu) przez struktury systemu ochrony zdrowia.

Dziś wiadomo: 9,1 mld zł nie zmieni struktury finansowania świadczeń. Ponad 5 mld zł trafi do lecznictwa szpitalnego. Największy procentowo wzrost finansowania stanie się wprowadzie udziałem AOS (nieco ponad 2 mld zł), ale to przede wszystkim efekt dramatycznie niskiego poziomu nakładów na ten obszar. Niespełna 440 mln zł otrzymają POZ. W ogóle nie zwiększy się natomiast budżet na refundację leków, co oznacza, że udział wydatków na leki w ogólnej puli wyraźnie się zmniejszy.

NFZ zapewnia, że dodatkowe pieniądze poprawią dostępność świadczeń dla pacjentów (przede wszystkim w AOS, tam mają urealnić zniesienie limitów). Czy tak się stanie? Dyrektorzy placówek medycznych od początku roku biją na alarm z powodu wzrostu kosztów funkcjonowania szpitali i poradni, związanego z podniesieniem cen mediów oraz wynagrodzeń (w tym płacy minimalnej, co pociąga za sobą zwiększenie kosztów praktycznie wszystkich usług niezbędnych dla pracy poradni i szpitali, niezależnie od podwyżek, jakich oczekują pracownicy). Od 1 lipca zaś minimalne wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia mają wzrosnąć skokowo – Ministerstwo Zdrowia kończy prace nad projektem nowelizacji ustawy o minimalnych wynagrodzeniach, która konsumuje listopadowe porozumienie zawarte w ramach Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia. Wiadomo, że podniesienie wynagrodzeń minimalnych dotyczy bezpośrednio pracowników zatrudnionych na podstawie umów o pracę, ale za każdym razem pociąga za sobą podwyżki stawek również dla profesjonalistów na kontrakcie. Nic nie wskazuje, by tym razem miało być inaczej, zwłaszcza że najbliższe miesiące, w kontekście wojny na Ukrainie i pojawienia się w polskim systemie ochrony zdrowia 2, a może nawet 3 mln dodatkowych pacjentów, nie zmniejszą popytu na pracę lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów i innych profesjonalistów medycznych.

Małgorzata SOLECKA
(przedruk z „Pulsu” nr 4/22)

W KONTRZE: SYSTEM ORDYNATORSKI CZY KONSULTANCKI?

Garść faktów

Dyskusja na temat działania w Polsce systemu konsultanckiego w zarządzaniu oddziałami szpitalnymi ciągnie się od lat ze zmienną częstotliwością. Jej nasilenie wiąże się z reguły z propozycjami ministrów przeprowadzania kolejnych reform w systemie ochrony zdrowia. Szczegól-

nie intensywnie toczyła się na przełomie lat 2006 i 2007, kiedy zmiany proponował rezydujący w gmachu przy ul. Miodowej prof. Zbigniew Religa. „Chcę, by każdy lekarz z dyplomem specjalisty sam podejmował decyzje i ponosił za nie odpowiedzialność. Dziś jest ona rozmyta” – uzasadniał swój pomysł legendarny kardiochirurg.

Specyfika systemu ordynatorskiego polega na wyborze z grupy fachowców wykonujących wolny zawód lekarza na danym oddziale jednego, który jest najważniejszy i przyjmuje pełną odpowiedzialność za pracę zespołu. Zgodnie z obowiązującymi przepisami ordynator:

- planuje, organizuje i kontroluje pracę zespołu lekarskiego oraz personelu pomocniczego na oddziale placówki medycznej,
- odpowiada za sprawne funkcjonowanie oddziału pod względem lekarskim, administracyjnym i gospodarczym oraz za właściwe leczenie chorych,
- bierze udział w bezpośredniej opiece nad pacjentami oraz sprawuje funkcje administracyjne związane z działalnością oddziału placówki medycznej,
- odpowiada za utrzymanie oddziału na odpowiednim poziomie, w tym za zgłaszanie dyrektorowi podmiotu leczniczego potrzeb w zakresie remontów, zakupu wyposażenia, zaopatrzenia w leki itp.,
- odpowiada za kształcenie zawodowe podległego personelu.

Innymi słowy stanowisko ordynatora nie jest funkcją wyłącznie medyczną, ale w dużej, a może nawet w większej mierze – administracyjną. System ordynatorski to rozwiązanie charakterystyczne dla opieki zdrowotnej krajów Europy kontynentalnej, podczas gdy w krajach anglosaskich stosowany jest wzorzec pracy oddziałów nazywany konsultanckim (na polskim gruncie wykorzystywany przede wszystkim w szpitalach prywatnych). W drugim z wymienionych systemów kwestiami pozamedycznymi zajmuje się osoba pełniąca funkcję kogoś na kształt menedżera. Zespoły medyczne natomiast działają pod kierownictwem lekarza konsultanta. Na łamach czasopisma „Zdrowie Publiczne” w 2008 r. charakterystyka zespołu takiego konsultanta została opisana następująco: „Samodzielny specjalista tworzy swój własny zespół złożony np. z asystentów, dla których jest kierownikiem specjalizacji, oraz – co może stanowi najpoważniejszą różnicę względem modelu funkcjonującego w Polsce – od początku do końca samodzielnie odpowiada za leczenie przypisanych do niego pacjentów. Macierzysty szpital płaci konsultantowi w zależności od liczby wykonanych zabiegów”.

Należy podkreślić, że zespół medyczny konsultanta nie jest tożsamy z funkcjonującym w systemie ordynatorskim zespołem medycznym danego oddziału. Konsultantów z własnymi „drużynami” może być na oddziale przynajmniej kilku. Ponieważ pacjent jest przypisany do danego zespołu, a nie np. znajduje się pod opieką róż-

nych lekarzy, w zależności od tego, który z nich pełni dyżur, odpowiedzialność za każdy element leczenia nie jest – jak przekonywał Zbigniew Religa w przytoczonym na początku cytacie – rozmyta.

Reformy ministra Religi nie zostały zrealizowane. Kolejna próba ich wprowadzenia miała miejsce w następnej kadencji Sejmu, a jej inicjatorką była minister Ewa Kopacz. W popieranym przez posłów ówczesnej koalicji rządzącej (PO-PSL) projekcie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej znalazły się przepisy mówiące wprost o niezależności kierownictwa placówki w zakresie powoływania ordynatorów lub konsultantów. Ich rolę definiowały następująco:

1. „System ordynatorski oznacza, że:

1) oddziałem kieruje ordynator będący lekarzem zatrudnionym w zakładzie,

2) ordynator ponosi odpowiedzialność przed kierownikiem zakładu za sprawne funkcjonowanie oddziału pod względem leczniczo-diagnostycznym oraz administracyjno-gospodarczym,

3) ordynatorowi podlegają osoby wykonujące zawód medyczny, udzielające świadczeń zdrowotnych na oddziale.

2. System konsultancki oznacza, że:

1) oddziałem kieruje kierownik oddziału (konsultant) albo zespół konsultantów,

2) konsultant albo zespół konsultantów ponosi odpowiedzialność przed kierownikiem zakładu za sprawne funkcjonowanie oddziału pod względem leczniczo-diagnostycznym,

3) konsultant albo zespół konsultantów sprawuje nadzór merytoryczny nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych na oddziale”.

Projekt ustawy został przyjęty przez parlament, ale zawetowany przez ówczesnego prezydenta Lecha Kaczyńskiego. Kwestia zarządzania zespołem medycznym nie była rzecz jasna przesądzająca. Pakiet ustaw zdrowotnych proponowanych przez rząd wzbudził obawy prezydenta dotyczące możliwości prywatyzacji systemu ochrony zdrowia.

Do dyskusji na temat systemów ordynatorskiego i konsultanckiego warto dodać jeszcze jeden fakt. Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, w komisjach konkursowych na stanowiska ordynatorów zasiada przedstawiciel właściwej terytorialnie rady lekarskiej, ale oprócz tego także dwóch przedstawicieli izby lekarskiej.

Michał NIEPYTALSKI

NIE POZBYWAĆ SIĘ ORDYNATORÓW

Cała polska ochrona zdrowia oparta jest na systemie konsultanckim. Oto mamy zarządzającego nią ministra, któremu podlegają konsultanci. Dzięki ich światłym radom minister rozwiązuje problemy, a efekty widać w GUS i na cmentarzach.

System konsultancki, w pewnym skrócie mówiąc, polega bowiem na rozdzieleniu kompetencji w zakresie zarządzania rozwiązywaniem problemów zdrowia od kompetencji w zakresie bezpośredniego rozwiązywania tych problemów (inaczej tzw. udzielania świadczeń me-





dycznych). W systemie ordynatorskim te kompetencje są połączone – ta sama osoba odpowiada za organizację udzielania świadczeń i za ich udzielanie. Przenosząc to na poziom oddziałów szpitalnych: w systemie konsultanckim są jednoimienne oddziały ze swoją obsługą przyjmującą pacjentów bez względu na ich schorzenia, do tych pacjentów zaprasza się konsultantów z poszczególnych specjalności, którzy zlecają wykonanie odpowiednich procedur przez obsługę danego oddziału. Jego lekarską załogę stanowią rezydenci, którzy – jak sama nazwa wskazuje – rezydują w szpitalu, prawie z niego nie wychodząc i wykonując całą czarną robotę, dopóki nie zostaną konsultantami.

W systemie ordynatorskim oddziały są sprofilowane. Z założenia takim oddziałem kieruje najlepszy dostępny lekarz danej specjalności, który odpowiada za wszystkie aspekty jego funkcjonowania. Zajmuje się remontami, wyposażeniem, pozyskaniem i wykształceniem kadry oraz nadzorowaniem bezpośredniej obsługi chorych, a jak trzeba, to sam ich też przyjmuje. W systemie konsultanckim chodziłby sobie po całym szpitalu, zlecał, co ma zlecić, i nic więcej by go nie obchodziło.

Kiedyś odbyłem ciekawą rozmowę z menedżerem szpitala, którego chciałem przekonać do zajmowania się ciężko chorymi. W końcu wymusnęło mi się, że „szpital przecież po to jest, aby rozwiązywać problemy tych ludzi”. Tutaj mój rozmówca zrobił wielkie oczy i powiedział: – Pana zdaniem sklep spożywczy jest od rozwiązywania problemu głodu? Otóż nie, jest od zarabiania na sprzedaży żywności. I dodał: – Właśnie się pozbyłem wszystkich ordynatorów, bo mieli dziwną manierę zajmowania się deficytowymi chorymi. Ja rozumiem, że ktoś może mieć hobby, ale niech to robi za swoje pieniądze! U mnie są konsultanci i są procedury. Jeśli dla pacjenta jest odpowiednio wyceniona procedura, to konsultant ją zleca, wykonuje, rozlicza i wszyscy są szczęśliwi. Jeśli nie ma procedury, to mówimy pacjentowi, że swoje zrobiliśmy i tyle.

KONSULTANT – TO SIĘ PO PROSTU OPLACA

W zarządzaniu oddziałami szpitalnymi czas odejść od „feudalnej” struktury opartej na osobie ordynatora. Nierozzerwalnie wiąże się to z potrzebą porzucenia systemu oddziałów przypisanych do danej specjalizacji lekarskiej i skupienia się na kształtowaniu oddziałów wieloprofilowych. Takie oddziały należałoby podzielić pod względem natężenia opieki nad pacjentem. Dzięki temu można by wdrożyć system konsultancki, znany przede wszystkim z Wielkiej Brytanii i USA, który również w krajach europejskich staje się coraz popularniejszy. Chociażby w Holandii, a także w krajach skandynawskich.

Przyjmując takie rozwiązanie, wychodzimy z założenia, że lekarz, który odbył pełne szkolenie spe-

W zawodzie lekarza moim zdaniem najważniejsza jest odpowiedzialność. Odpowiedzialność za zdrowie i życie innych. Ordynator to funkcja, która opiera się na tej odpowiedzialności. Nie chodzi o odpowiedzialność karną czy cywilną, tylko wobec własnego sumienia. Ordynator ma misję. Ma misję na miarę oddziału, którym kieruje. Słyszy się zarzut, że ordynator jest swoistym księciem na swoim oddziale. Jednak dla chorego lepiej, jeśli ktoś odpowiada za jego leczenie. Ponieważ prawie każdy z nas prędzej czy później będzie chorym, nie powinniśmy się zbyt szybko ordynatorów pozbywać.

Poza tym Polacy nie są narodem, który wczoraj zszedł z drzewa i stwierdziwszy, że o dziwo jest człowiekiem, musi teraz przejmować rozwiązania od tych, którzy z drzewa zeszli wcześniej. System praktykowania medycyny w Polsce liczy setki lat i jest to system ordynatorski. Ma to do siebie, że nie obejmuje tylko tej jednej funkcji, wszystkie inne funkcje i kompetencje na oddziale są ze sobą powiązane.

W Polsce istnieją jednak szpitale, które funkcjonują w systemie konsultanckim. Zwykle to szpitale prywatne, które zajmują się seryjnym wykonywaniem powtarzalnych procedur. Szpital, który ma ambicję kompleksowego zajmowania się chorym, siłą rzeczy musi się opierać na liderach, którymi są ordynatorzy.

W krajach, gdzie stosuje się system konsultancki, część oddziałów, np. ośrodki przeszczepiania szpiku, działa w systemie ordynatorskim, gdyż system ordynatorski to nie tylko ordynator, to także wyspecjalizowany w danej specjalności zespół pielęgniarstwa, diagnostyczny itp. Kiedy procedura wymaga wieloosobowego zespołu, potrzebny jest ktoś, kto nim pokieruje.

Podsumowując, rozwiązaniem jest system mieszany, oparty jednak na ordynatorach z uzupełnieniem w postaci wykonywania niektórych bardzo wyspecjalizowanych procedur w systemie konsultanckim.

*Wiesław Wiktor JĘDRZEJCZAK
hematolog, onkolog kliniczny i transplantolog,
Klinika Hematologii, Transplantologii i Chorób
Wewnętrznych WUM, obecnie konsultant.*

cializacyjne i zdał stosowny egzamin, jest specjalistą w dosłownym znaczeniu tego słowa. Jest to więc lekarz samodzielny w swoich działaniach, co nie znaczy oczywiście, że nie powinien się w określonych sytuacjach konsultować z innymi specjalistami, a nawet z bardziej doświadczonymi kolegami. Niebagatelną zaletą postawienia na samodzielność będzie zatrzymanie w kraju wielu młodych lekarzy. Świeżo upieczeni adepci sztuki medycznej częstokroć szukają drogi rozwoju poza granicami naszego kraju nie tylko z powodu perspektywy lepszych zarobków, ale również niezgody na utrwalone w szpitalach stosunki „feudalne”, na to, że nawet samodzielny lekarz specjalista musi się ze swo-

ich decyzji przy łóżku pacjenta niemal codziennie tłumaczyć ordynatorowi.

Warto podkreślić, że w realiach niedofinansowanego polskiego systemu ochrony zdrowia proponowane rozwiązanie pozwoli na racjonalniejsze kierowanie personelem. Będzie systemem bardziej od dotychczasowego efektywnym. Lekarz specjalista robi to, co do niego należy, a nie straci czasu na obchód z ordynatorem. Dokumenty nie będą czekać na podpisanie przez szefa, zniknie potrzeba składania tradycyjnych raportów, które potem są gremialnie omawiane i zatwierdzane przez szefa. Widzimy więc ogromną oszczędność czasu i lepsze wykorzystanie potencjału lekarzy specjalistów.

Nie da się rzecz jasna zmienić systemu z dnia na dzień. W pierwszej kolejności należy postawić na modyfikację kształcenia studentów medycyny ostatnich lat, by więcej czasu spędzali przy łóżku pacjenta, np. wykorzystując ich jako asystentów medycznych, asystentów doświadczonych lekarzy. W takiej roli przestaną być biernymi obserwatorami pracy starszych koleżanek i kolegów. Wykorzystanie studentów w pracy placówek medycznych jest wskazane, bowiem proces przygotowania do wykonywania zawodu lekarza specjalisty jest w Polsce dłuższy niż w większości krajów zachodnich.

Oprócz konieczności takiej zmiany szkolenia lekarzy, aby mogli być samodzielnymi specjalistami, potrzebna

jest oczywiście także zmiana mentalności przedstawicieli naszego zawodu. Ale, co ważne, reformy wymaga także infrastruktura szpitalna. Obecna nie sprzyja powstawaniu wieloprofilowych oddziałów opartych na pracy zespołów wielodyscyplinarnych oraz charakteryzujących się określonym stopniem natężenia opieki nad pacjentem, jak oddziały terapii progresywnej. Architektura szpitali jest pod tym względem niewłaściwie projektowana, np. jedno piętro zajmuje jeden oddział specjalizacji lekarskiej, do którego drzwi są dosłownie zamknięte. Dostęp pacjenta do aparatury terapeutycznej, personelu i procedur medycznych z innego oddziału ograniczają więc także ściany. Pokonanie tej bariery jest wielkim wyzwaniem.

To wszystko powoduje, że choćbyśmy chcieli, z dnia na dzień nie zmienimy systemu ogólnymi decyzjami obligującymi szpitale do określonych działań. Natomiast mamy możliwość promowania szpitali, których funkcjonowanie opierać się będzie na progresywnej opiece medycznej. W naszym systemie nie jest to zresztą rozwiązaniem nieznanym. Popatrzmy na tymczasowe szpitale covidowe. Przecież wszystkie są de facto szpitalami wieloprofilowymi, z obszarami wg natężenia terapii, od intensywnej przez progresywną do ostrej.

Jarosław FEDOROWSKI
prezes Polskiej Federacji Szpitali
(przedruk z „Pulsu” nr 3/22)

ZAINWESTUJ W SWOJE SERCE, GDY JESTEŚ MŁODY, BY NA STAROŚĆ CIĘ NIE ZAWIODŁO

Chcesz uprawiać sport i być sprawny do późnej starości? Dopasuj aktywność fizyczną do swoich możliwości. I rób sobie przegląd zdrowotny tak, jak robisz przegląd techniczny swojego samochodu – tak brzmi wstęp do dbania o męskie zdrowie według prof. dr. hab. n. med. Waldemara Banasiaka, kardiologa, kierownika Ośrodka Chorób Serca w 4. Wojskowym Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu. Rozmawia z nim Grzegorz Drozd.

Grzegorz Drozd: Teoretycznie sprawa jest prosta: chorujemy po połowie – i mężczyźni, i kobiety. Kiedyś się mówiło, że mężczyźni w większości umierają na serce, a kobiety – nie. Teraz wiemy, że jest inaczej. Ale też po części i czynniki, które do tego prowadzą, i przebieg choroby są inne. Jak różnią się problemy kardiologiczne męskie i damskie?

Prof. dr hab. n. med. Waldemar Banasiak: Jest oczywiście różnica (jeżeli tak pobieżnie będziemy chcieli ocenić), jak chorują na schorzenia sercowo-naczyniowe populacyjnie mężczyźni i kobiety. I jest racją to, co pan powiedział, że przez wiele dziesiątków lat, od kiedy zostałem lekarzem, utrwał się przekaz, że mężczyźni chorują głównie na serce, a kobiety, owszem, będą chorowały na serce, ale w późnych dekadach. A jeżeli mają zawał,

to o łagodniejszym przebiegu. To wynikało z charakteru i metodyki przeprowadzanych badań klinicznych. Wprowadzenie w ostatnich kilku dekadach dobrze zaprojektowanych badań oceniających zależności przyczynowo-skutkowe między płcią a schorzeniami kardiologicznymi przekonały nas, że obie grupy chorują podobnie.

G.D.: Czyli chodziło o zastosowanie odpowiedniej metodologii?

W.B.: Tak. Problem polega na tym, że u kobiet mniej więcej dekadę później to wszystko się ujawnia. Przyczyny są bardzo różne – począwszy od faktu starzenia się mięśnia sercowego. To dziwne zjawisko – serce się starzeje tak, jak starzeje się skóra, która robi się mniej elastyczna, czy jak nam wypadają albo siwieją włosy. Tak samo serce ulega starzeniu. Jeżeli spojrzymy na serce 30-letniego mężczyzny, okazuje się, że metrykalnie ono wygląda, jakby miało już 35 lat. U 30-letniej kobiety wiek serca zgadza się z metryką, a więc ma 30 lat. Ale gdy kobieta ma 40 lat, to jej serce już się postarzało o 10 lat i wygląda zupełnie inaczej. A kiedy osiągnie 70 lat, to jej serce wygląda, jakby miała o 25 lat więcej. To jest ta zasadnicza różnica.

G.D.: Hormony tak działają?



W.B.: Oczywiście. Hormony to element, który bardzo korzystnie działa na kobietę, mówiąc krótko, chroni ją. Ale już po okresie menopauzy lub jeżeli pojawia się przedwcześnie albo w przebiegu różnych chorób ginekologicznych, które zaburzą wydzielanie hormonów, ryzyko kardiologiczne zaczyna się stopniowo wyrównywać między płciami. Jeżeli pan spojrzy na: brak ruchu, palenie tytoniu, cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej, spożywanie alkoholu, jest to grupa czynników, która występuje zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Jeśli chodzi o panów, to takim bardzo złowieszczym momentem jest przedział wieku 40-60 lat, czyli czas największej aktywności zawodowej. Obserwuję to na co dzień. Codzienne życie modyfikuje podejście do swojego stanu zdrowia. Niestety, najczęściej w sposób demotywujący do podjęcia walki z istniejącymi czynnikami ryzyka.

G.D.: Dlaczego?

W.B.: Bo same czynniki ryzyka nie boją. Co jest powodem zgłoszenia się do kardiologa czy do innego lekarza? Coś się musi zacząć dziać, jakiś sygnał musi się pojawić – taki, który zaniepokoi. Najlepiej wytłumaczyć to nadciśnieniem tętniczym. U większości ludzi to nadciśnienie wykrywane jest przypadkowo, bo na przykład na imieninach ktoś ma aparat i pada hasło: „to sobie zmierzmy”. Ale później część ludzi (to już wiem z mojej praktyki) zaczyna się wsłuchiwać w swój organizm, bo jest przejęta faktem, że ma nadciśnienie i wie, że najczęstszymi konsekwencjami mogą być: zawał, udar albo zgon. Kiedy wysłany zostaje sygnał typu: ból głowy, ból klatki, uczucie duszności dokonuje pomiaru ciśnienia tętniczego. Jeżeli jest podwyższone, za pięć minut mierzy jeszcze raz. I oczywiście jest jeszcze wyższe. To normalna reakcja każdego organizmu. Wtedy utrwała się w mózgu myśl: „Moje nadciśnienie powoduje już objawy”. A to niekoniecznie tak musi wyglądać.

G.D.: Skupmy się na mężczyznach. Wspomniał Pan, że czynniki ryzyka w większości są podobne, ale też, że póki nic nie boli, to do lekarza nie idziemy. Od kilku lat się mówi, że coraz młodsi ludzie, a zwłaszcza mężczyźni, bo u nich wcześniej te kłopoty się pojawiają, trafiają na przykład do Pańskiej kliniki. Ale też z badań wynika podobno, że ci w wieku lat 40–60 najsłabiej przestrzegają rozmaitych zaleceń kardiologów. Z czego to wynika i jakie są tego konsekwencje?

W.B.: To jest taki złowieszczy moment w życiu każdego mężczyzny. Podeprę się własnymi obserwacjami. Jeżeli mężczyźni udaje się przeżyć ten okres bez nagromadzenia czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, to prawdopodobieństwo, że będzie żył długo, jest dużo większe, aniżeli tego, który te czynniki zgromadził.

G.D.: Czyli przejście przez kardiologiczne piekło?

W.B.: Tak. I wtedy należy się martwić, czy nie ujawni się jakiś proces nowotworowy, aktualnie nagminny u pacjentów w starszym wieku, którzy są w mniejszym

bądź większym stopniu obciążeni kardiologicznie. Szereg klasycznych czynników ryzyka leży u podłoża schorzeń zarówno kardiologicznych, jak i onkologicznych. Ale wydaje mi się, że to jest kwestia edukacji mężczyzn (skoro o nich rozmawiamy) w okresie największej aktywności zawodowej. Brak odczucia dolegliwości, o których powiedziałem, powoduje, że nie mają racjonalnego spojrzenia na to, co się może wydarzyć z ich stanem zdrowia w następnych dekadach życia. Bowiem inwestycja w zdrowie w tym okresie może być w dobrym tego słowa znaczeniu brzemienne w pozytywne skutki w następnych dekadach. Starość przyjdzie do każdego, ale niech ta starość będzie w komforcie jakości życia. Bez względu na tytuł, bez względu na stanowisko i status materialny to będzie dotyczyło każdego z nas! Dlatego właśnie w późnych dekadach życia (siódmej, ósmej czy dziewiątej) najistotniejsza jest jakość życia z punktu widzenia pacjenta.

G.D.: A to jest efekt tego, co się zrobiło w wieku 30-40 lat.

W.B.: To jest ta inwestycja w siebie. Wszystkim moim pacjentom, ludziom, z którymi się spotykam, proponuję przebadac się raz w roku.

G.D.: Czyli?

W.B.: Wywiad i badanie pacjenta oraz podstawowe badania laboratoryjne pozwalają nam zorientować się odnośnie do odchyśleń od normy. Wykonanie takiego corocznego „przeglądu” pozwala utwierdzić badaną osobę w przypadku prawidłowych wyników w słuszności i chęci dbania o swoje zdrowie, a w sytuacji stwierdzenia odchyśleń, skierować na kolejne etapy diagnostyki i/lub leczenia. Ja od 40. roku życia wspólnie z żoną raz w roku, w styczniu robimy tego typu badania. I wszystkim radzę to samo. Później żartuję zawsze, że proszę pokazać moje wyniki personelowi, niech będą pewni, że będą długo ze mną jako szefem pracować (śmiech).

G.D.: Na co lekarze pierwszego kontaktu powinni zwracać uwagę swoim męskim pacjentom? Jak to zrobić, żeby chcieli oni stosować się do zaleceń?

W.B.: Mamy bardzo proste algorytmy postępowania, które potrafią ocenić, w jakiej grupie ryzyka znajduje się mężczyzna po 40. roku życia (kobieta po 50.), nawet jeżeli nie ma żadnych objawów. To są proste tabele, które uwzględniają: płeć, wiek, fakt palenia/niepalenia tytoniu, wartości ciśnienia tętniczego, stężenie cholesterolu. Można skwantyfikować tzw. 10-letnie ryzyko wystąpienia zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych. To są tabele dla polskiej populacji. Bo, jak pan się zapewne orientuje, w krajach klimatu śródziemnomorskiego te wartości są trochę inne. Zresztą, nawet rozsądny pacjent, który spojrzy na tę tabelę i zobaczy, jakie ma wyniki, to sam sobie szybko to ryzyko wyliczy. Jeżeli ma kłopot, to warto się udać do lekarza i zadać pytanie, co mogę zrobić, żeby odsunąć od siebie perspektywę incydentu sercowo-naczyniowego. Tylko trzeba chcieć...

G.D.: To jest też wątek, na który nie zwracamy uwagi, ale to się po prostu opłaca pacjentowi i społeczeństwu. Jeśli odpowiednio szybko wyłapiemy chorobę, to nie zapłacimy tragedią.

W.B.: Muszę panu powiedzieć, że od ponad 25 lat prowadzę swoją praktykę lekarską. Mam wielu pacjentów, zajmuję się kilkoma pokoleniami i wszyscy sobie naprawdę chwalą moje rekomendacje kontroli stanu zdrowia. Oczekują, że zlecę im takie badania raz w roku. Oczywiście, jeżeli są jakieś istotne schorzenia, to te badania zlecam częściej w kontekście monitorowania bezpieczeństwa i skuteczności terapii. Ale też bez jakiejś przesady. Nie ma potrzeby, żeby się badać co miesiąc czy dwa, bo korzyści z takiego postępowania są praktycznie niewielkie lub żadne.

G.D.: Chcę Pana zapytać o taki szczególny czas w wieku mężczyzn, różnie się na to mówi – druga młodość i tak dalej. Chodzi o czas, kiedy wielu mężczyzn postanawia sprawdzić stan swojej męskości, niekoniecznie w sposób medyczny, czyli biegamy maraton, przejedziemy mnóstwo kilometrów rowerem, wsiądziemy na motocykl i objedziemy pół świata. Często robią to bez przygotowania, bez zastanowienia się, czy naprawdę nic im się nie stanie po drodze. A chyba warto byłoby to zrobić, prawda?

W.B.: Wielokrotnie zabierałem głos w dyskusjach na ten temat. Absolutnie nie jestem przeciwny, a wręcz jestem wielkim zwolennikiem wysiłku fizycznego, ale rozsądnego wysiłku fizycznego. Nie oszukujmy się, nigdy wydolność układu sercowo-naczyniowego mężczyzny mającego 50–60 nie będzie taka, jak wydolność 30–35-latk. I takie udowadnianie, że przebiegnę ultramaraton jest bez sensu i może stać się powodem do zmartwień nie tylko osoby, która zdecydowała się przebiec ten dystans. Najgorsza rzecz, jaka może się przytrafić, to chęć udowodnienia sobie czegoś bez przygotowania. Generalnie nie jestem zwolennikiem tak ekstremalnych wysiłków w tych przedziałach wiekowych, o których mówimy (40–60). Nawet po uprzednim przygotowaniu treningowym.

G.D.: A co radzi Pan młodszym: 30-, 40-latkom?

W.B.: Tak, możesz to robić, ale jest jeden warunek – regularnie trenujesz. Nie może być tak, że cały rok jesteś zapracowany, bierzesz udział w „pogoni szczurów” i nagle masz zamiar uczestniczyć w maratonie. Efekt może być taki, że przywiozą cię do mnie, to znaczy do szpitala. Nie jestem gołosłowny, ponieważ w ostatnich latach hospitalizowaliśmy w naszej Klinice kilku uczestników maratonów organizowanych we Wrocławiu czy w okolicach. W tych przypadkach związek przyczynowo-skutkowy wydaje się jasny. Ile by pan mógł przebiec tak naprawdę?

G.D.: Gdybym przebiegł 2 kilometry, może bym przeżył...

W.B.: No właśnie. Naprawdę do wszystkiego trzeba podchodzić bardzo racjonalnie. W tych przedziałach wiekowych (40–60) raczej jeżeli chcesz biegać, to biegaj dla przyjemności, nie dla bicia rekordów.

G.D.: Ale to jest niemożliwe. Sam Pan zna, podobnie jak ja, wielu mężczyzn, którzy w każdej dziedzinie muszą wygrać. To samo tutaj – muszą mieć rekord, żeby mieć cel.

W.B.: A wie pan, który sport jest najbardziej niebezpieczny dla mężczyzn?

G.D.: ?

W.B.: Tenis.

G.D.: Dlaczego?

W.B.: Najczęściej uprawiają go ludzie ambitni w średnim i starszym wieku. I nawet jeżeli będą wstępnie deklarować grę dla przyjemności, to tylko do pierwszego przegranego gema. A później zaczynają się raptowne zrywy, podbiegnięcia, narastające emocje i stres, które mogą doprowadzić do katastrofy. Pamiętajmy o tym, że większość ostrych zachorowań, które trafiają na erkę kardiologiczną, nie miała żadnych symptomów poprzedzających. Dopiero retrospektywnie dowiadujemy się, że „...tata w młodym wieku, mama...”, że były stwierdzone zaburzenia gospodarki lipidowej, węglowodanowej itd. Wtedy już jesteśmy mądrzy, tylko że po fakcie... Jeżeli mężczyźni w tym przedziale wiekowym, mający czynniki ryzyka, pytają mnie, to rekomenduję: jeżeli chcesz tak bardzo biegać jak dotychczas, to biegaj dalej, ale 10–12 kilometrów dla przyjemności. I oczywiście nie do bólu w klatce piersiowej czy do utraty tchu. To ma być przyjemność. Jazda na rowerze? Proszę bardzo, ale nie po górach 200 kilometrów. Chcesz pływać? Pływaj, ale dla przyjemności. Jeżeli powiesz, że będziesz chciał codziennie przejść 30, 40, 60 minut normalnym krokiem, to dla twojego serca też jest dobre.

G.D.: Podsumujmy ten wątek naszej rozmowy: po pierwsze, dopasować wysiłek do swoich możliwości, a po drugie, warto też przed takim intensywniejszym wysiłkiem (jeżeli cały czas tego nie robiliśmy) zbadać się.

W.B.: Oczywiście. Największe tragedie odbywają się w młodszych przedziałach wiekowych. Pamiętam, jak komentowałem rekomendację amerykańskich towarzystw, które bardzo ograniczały liczbę wykonanych badań kardiologicznych mogących potwierdzić lub wykluczyć istotne patologie w układzie sercowo-naczyniowym przed decyzją o wyczynowym uprawianiu sportu. Bo jeżeli pan patrzy na jakiś maraton czy jakiegokolwiek zawody sportowe i tam umiera na oczach tysięcy młodych ludzi, to to robi niebywałe wrażenie na wszystkich. „Jak to nie rozpoznali..?!”. I dopiero sekcja wykazuje, że ktoś taki miał jakieś pierwotne schorzenie serca, które było nierozpoznane. Jeżeli rodzic chce, żeby jego dziecko uprawiało wyczynowo jakiegokolwiek sport, to niech na starcie zadba o to. Bo tak jak się dba o to, żeby kupić superbuty, superstrój, trzeba zadbać również o konsultację kardiologa, który powinien oprócz badań laboratoryjnych zrobić też EKG i echo serca. Wykonanie tych badań pozwala wykryć większość zagrażających życiu patologii, ale przede wszystkim upewnia nas, badaną osobę i jej najbliższych, że nie ma powo-



du do obaw o zdrowie i życie w trakcie intensywnego uprawiania sportu.

G.D.: To swego rodzaju paradoks, pozorny przynajmniej, że w przypadku dzieci marzy nam się dla nich kariera tenisisty, piłkarza czy kogoś jeszcze.

W.B.: Zbadaj dziecko przed rozpoczęciem treningów.

G.D.: Jest jakaś grupa mężczyzn, która stanowi kardiologiczną czarną dziurę, czyli takich, którzy powinni więcej uwagi poświęcić swojemu zdrowiu, przynajmniej pod tym względem? Wcześniej skupiliśmy się głównie na 40-, 60-latkach, którzy już mogą podejrzewać, że coś się zdarzy. Być może to jest związane ze statusem ekonomicznym albo z wykonywanym zawodem.

W.B.: Myślę (jednak, mimo narzekania, w Polsce kontakt z lekarzem nie jest zły), że jeżeli ktoś chce, to trafi na badania. Nawet jeżeli nie pójdziesz do lekarza rodzinnego, który wykona pewne podstawowe badania, to trafisz na przykład na SOR szpitalny z powodu jakiegoś urazu i tam też ci zrobią podstawowe badania. Zorientują się i powiedzą, że coś jest nie w porządku i że trzeba się tym zainteresować. Ale to jest tylko sygnał i dalej to zależy od pacjenta, czy chce zareagować na ten sygnał. Bo możesz wyjść z takiego założenia, że skoro dotychczas nic mi nie dolegało, to po co się badać – co ma być, to będzie. Niech pan spojrzy na naszą populację w kontekście pandemii i szczepień. Zastanawiałem się wielokrotnie, jakich argumentów należy używać, bowiem cały czas mamy do czynienia z covidowymi pacjentami i nasz przekaz jest bardzo jednoznaczny. Jeżeli wśród zmarłych pacjentów covidowych na 10 aż 9 było nieszczepionych, to czy tak trudno jest zatem wyciągnąć racjonalne wnioski? Duży odsetek naszych rodaków nie chce i nie wyciąga wniosków. To jest smutne. Mówię to po to, bo być może podobne mechanizmy w mentalności ludzkiej działają w kontekście zadbania o swoje zdrowie. A kto lepiej za-

dba o zdrowie każdego z nas, jak nie my sami? Przecież na siłę ani rodzina, ani lekarz, ani pielęgniarka, ani system, ani państwo nikogo nie przymuszają.

G.D.: Okłamywanie przez pacjentów to okłamywanie przede wszystkim samych siebie, bo wydaje mi się, że to może być też powodem wielu kłopotów.

W.B.: Ma pan rację. Dziesiątki lat już obcuję codziennie z pacjentami trafiającymi do naszego ośrodka z zawałem serca. Każdemu w trakcie wizyty zadaję pytanie, o czym myślał i z czym kojarzył mu się ból w klatce piersiowej. Zdecydowana większość reprezentuje w mojej opinii tzw. syndrom wyparcia. Jako przyczynę bólu podaje kilka możliwości np. „zawiało mnie”, czy „tak się pochylałem nieszczęśliwie” itp. Ale nie uwzględnia wśród przyczyn faktu, że to właśnie jego serce woła o pomoc. Zupełnie inaczej taka osoba zachowa się w podobnej sytuacji, jeżeli dolegliwości pojawiają się u innej osoby np. u sąsiada. Wówczas zgłaszane dolegliwości w pierwszej kolejności będzie kojarzył z zawałem serca, bo wie o potencjalnym śmiertelnym zagrożeniu. Ale niepokojące jest co innego – wielu pacjentów, którzy już są po incydencie zawałowym i doznali zagrożenia stanu życia, trafia do nas po raz drugi i nadal wypierają problem. To jest ciekawe, nielogiczne. Czyli chcemy wyprzeć, to najgorsze nie dochodzi do nas. I stąd też wielu ludzi tak późno wzywa pomoc, co jest dla ich serca dramatycznie niekorzystne.

G.D.: Jak młodzi coś takiego poczuć, to chyba jest najgorzej?

W.B.: Tak. Każdy inteligentny człowiek wymieni kilka przyczyn, które mogły doprowadzić do bólu, byleby nie powiedzieć, że to niestety serce.

G.D.: „Bo ja przecież mam tylko 30 lat”.

W.B.: No właśnie...

(przedruk z „Medium” nr 3/22)

REHABILITACJA MEDYCZNA – KIERUNEK PRZYSZŁOŚCI

Z dr. hab. n. med. Piotrem Majchrem, konsultantem krajowym w dziedzinie rehabilitacji medycznej, prezesem Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji, rozmawia Iwona Wronka.

– **Naczelna Rada Lekarska wyraziła jakiś czas temu zaniepokojenie małym zainteresowaniem młodych lekarzy specjalizacją w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Jej zdaniem jest to dziedzina zbyt obszerna, a świadczenia wyceniane bardzo nisko. Czy, pana zdaniem, może to być kierunek przyszłości?**

– Rehabilitacja rozwija się dynamicznie od kilku lat, jest elementem skoordynowanych programów Kompleksowej Opieki nad Pacjentem (KOS zawał, KOS bariatryczny), znajduje się także w programach onkologicznych kompleksowego leczenia raka piersi, w przyszłości – raka płuc. Trwają też prace nad projektem związanym

z neonatologią, czyli wcześniakami. Uważam, że rehabilitacja medyczna zdecydowanie jest kierunkiem przyszłości. Aby jednak cieszyła się większym zainteresowaniem młodych lekarzy, trzeba wprowadzić zmiany nauczania na studiach medycznych. Rehabilitacji jest mało i lekarze nie bardzo wiedzą, czym zajmuje się lekarz rehabilitacji medycznej.

Trzeba zmienić proces nauczania, bo mamy zbyt małe nabory chętnych. Poza tym, my, rehabilitanci, medyczni starzejemy się. W tej chwili średnia wieku to 50-60 lat. Jest przewaga kobiet, które wcześniej osiągnęły wiek emerytalny. W każdym województwie jest mnóstwo wolnych miejsc specjalizacyjnych rezydentkich i pozarezydentkich. Najbardziej do tej dziedziny garną się lekarze, którzy już mają inną specjalizację, bo widzą potrzebę rehabilitacji i chcą się w tym szkolić. Mniejszy nabór na ten

kierunek specjalizacji może wynikać stąd, że w 2015 r. weszła w życie ustawa o Zawodzie fizjoterapeuty, a niektóre jej zapisy wskazywały, że fizjoterapeuta dubluje pracę lekarza. Myślę, że to było czynnikiem hamującym zainteresowanie tą specjalizacją. Tymczasem lekarza nie można zastąpić fizjoterapeutą. Lekarz podchodzi do pacjenta holistycznie.

– **Nauczyliśmy się komunikować o postępach w medycynie posługując się spektakularnymi wydarzeniami z sal operacyjnych, gdzie pacjent po operacji przy użyciu sprzętu za kilka milionów złotych już na drugi, trzeci dzień wychodzi do domu. Rzadko mówi się o tym, że powrót do zdrowia to długa droga pod okiem lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji medycznej. Może ta dziedzina potrzebuje reklamy?**

– Nie. Wymaga pewnych organizacyjnych zmian. Przede wszystkim chodzi o rozróżnienie pacjenta ostrej fazy i pacjenta przewlekłego. Według Narodowego Funduszu Zdrowia wszyscy pacjenci są równi. Pacjent z przewlekłym bólem jest równy pacjentowi po urazie narządów ruchu czy po udarze mózgu. Musimy zdefiniować różnicę między pacjentem pilnym a pacjentem stabilnym. To jest podstawa.

Kolejną rzeczą jest włączenie do rehabilitacji uzdrowisk, które mają doskonałą bazę, są świetnie wyposażone i mogłyby być włączone w sieć rehabilitacji, gdzie pacjent jest leczony w oddziale stacjonarnej rehabilitacji, a następnie przechodzi do szpitala uzdrowiskowego. Z kolei pacjenci przewlekli korzystają z rehabilitacji w ramach leczenia sanatoryjnego. Do zaproponowania takich rozwiązań włączył się Parlamentarny

Zespół do spraw Lecznictwa Uzdrowiskowego i Mundurowej Służby Zdrowia. Próbuje w tej chwili na nowo stworzyć unowocześnione rekomendacje do ustawy „uzdrowiskowej”.

– **Czy starzejące się społeczeństwo daje nadzieję na rozwój rehabilitacji medycznej?**

– Pacjent geriatryczny, 65+, jest problemem znaczącym. Demografia wskazuje, że będzie przyrastała liczba pacjentów 65+, 75+, a nawet 85+. Są to pacjenci z wielochorobowością, licznymi problemami wynikającymi nie tylko ze stanu zdrowia, ale też fizjologii starzenia. Członkowie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej widzą, że

dostępność leczenia uzdrowiskowego dla seniorów jest ważna. Rehabilitacja dla seniorów będzie bardzo dużym wyzwaniem XXI wieku. Tu, w procesie kompleksowego leczenia, niezbędny jest lekarz.

Fizjoterapeuta sam nic nie robi, może być członkiem zespołu interdyscyplinarnego, ale nie może określać kierunku leczenia i rehabilitacji. Na przykład w przypadku choroby nowotworowej lekarz specjalista rehabilitacji musi wspólnie z onkologiem ustalać proces rehabilitacji i decydować, kiedy pacjent powinien ją zacząć. Dziś obowiązują zapisy, że dopiero po roku od zakończenia leczenia, z wyjątkiem chorych na czerniaka złośliwego, białaczkę, chłoniaka, raka nerki – po pięciu latach od zakończenia leczenia. Część nowotworów złośliwych nigdy nie jest do końca wyleczona, ma okresy remisji, sztywne zapisy uniemożliwiają podjęcie rehabilitacji we właściwym momencie.

– **Z punktu widzenia zwykłego pracownika, dla którego powiedzenie szefowi, że moje L4 będzie bardzo długie, bo po operacji albo ciężkiej chorobie jadę na rehabilitację trwającą od trzech do sześciu tygodni wydaje się fanaberia.**

– Rehabilitacja ma za zadanie przywrócić do zdrowia bądź ograniczyć niepełnosprawność. To najtańsza forma leczenia i przywracania zdrowia pacjentów. Nie ma nic tańszego, ale to świadczenie musi być właściwie wycenione, obecnie deficyt wyceny to ok. 30-50%. Po rehabilitacji pracodawca będzie mógł jeszcze bardziej skorzystać z możliwości pracownika, bo ten będzie zdrowy i bardziej wydajny. Musimy jednak zwrócić uwagę na jeszcze jedną ważną sprawę. Pracownicy chcący dojść do sprawności i szybko powrócić na rynek pracy, albo pacjenci w stanie ostrym, mają utrudniony dostęp do rehabilitacji. Między innymi przez to, że pacjenci przewlekli korzystają z rehabilitacji w sposób niekontrolowany. Kończą jedną, a zaczynają drugą rehabilitację ambulatoryjną. Jest to niewłaściwe, bo zabierają miejsca tym potrzebującym – po urazach, w ostrych fazach choroby, po operacjach, zawałach serca, udarach mózgu. To właśnie ci pacjenci powinni mieć dostęp do rehabilitacji w pierwszej kolejności.

Od Redakcji Opolskiego Biuletynu: bohater tego wywiadu – prof. Piotr Majcher zmarł nagle w 28 marca 2020 r. (przedruk z „Pro Medico” nr 3/22)

EMOCJE RZĄDZĄ!

Większość z nas zdaje sobie sprawę, że emocje wpływają na nasze życie i na podejmowane przez nas decyzje. Czy jednak zastanawiamy się nad tym, że dzieje się to na poziomie biochemicznym w naszych komórkach? „Panaceum” rozmawia z dr Pauliną Wigner z Katedry Biochemii Ogólnej Wydziału Biologii i Ochrony Środowiska Uniwersytetu Łódzkiego.

„Panaceum”: – **Czy emocje rządzą naszym życiem?**

Dr Paulina Wigner: – Tak, a właściwie rządzą nami bodźce, które odbieramy ze środowiska. To właśnie one nadają kierunek naszym działaniom. To one są przetwarzane przez nasz mózg i dopiero na podstawie uzyskanych informacji decydujemy się na odpowiedź, czyli na działanie i konkretną reakcję emocjonalną.

– Czy można więc powiedzieć, że te najważniejsze emocje, na podstawie których podejmujemy decyzje, powstają w naszym organizmie na poziomie biochemicznym?

– To gra hormonów i neuroprzekazników.

– A zatem zakochujemy się mózgiem a nie sercem?

– Mózg może pełnić funkcję nadrzędną i doradczą, ale to, co się w nim dzieje, rzutuje na to, jak działa i reaguje cały nasz organizm. Neurobiolodzy dzielą mózg na trzy części: mózg gadzi, mózg ssaczy i korę mózgową. Mózg gadzi jest jego najbardziej prymitywną częścią i odpowiada za podstawowe funkcje życiowe, które regulują oddech i tempo pracy serca, ale również te, które pozwalają przeżyć, takie jak jedzenie czy ucieczka. W mózgu ssaczym tworzą się emocje i uczucia, ta część mózgu jednak nie potrafi ich kontrolować – za ten obszar odpowiedzialna jest kora mózgowa, która gwarantuje nam racjonalne myślenie. To dzięki niej także wyciągamy wnioski i przewidujemy. Kiedy się zakochujemy, w naszym mózgu zaczyna się istna burza z gradobiciem. Neuroprzekazniki i hormony zaczynają szaleć.

Fenyletyloamina (nazywana potocznie narkotykiem miłości) powoduje, że nasz ukochany wydaje się nam wspaniały i pozbawiony wad. Noradrenalina pobudza nas do działania i powoduje, że potrzebujemy mniej snu. Dopamina sprawia, że uzależniamy się od ukochanej osoby, czujemy tęsknotę i chcemy przebywać z nią przez cały czas. Do tego dochodzi serotonina, czyli hormon szczęścia i hormony płciowe. Ten koktajl powoduje, że mózg ssaczy przejmuje kontrolę nad naszym organizmem i powoduje tak zwane uśpienie racjonalne.

– Czy wiadomo, jak długo może potrwać taki stan?

– Uważa się, że od roku do czterech lat, w zależności od organizmu. Rzeczywiście badania pokazują, że to właśnie po czterech latach związku oparte na „szaleńczej miłości” najczęściej się rozpadają. Nic w tym dziwnego, po prostu uspokaja się burza napędzających nas hormonów i neuroprzekazników.

– Czy da się tego uniknąć?

– Oczywiście. Ważne, żeby w momencie osłabienia tego „miłosnego haju” dbać o siebie nawzajem w związku, przytulać się i okazywać sobie czułość. Te drobne gesty powodują, że wzrasta poziom hormonów odpowiedzialnych za tzw. stabilną miłość. Te hormony to endorfiny, a także oksytocyna i wazopresyna.

– Czy mechanizmy, o których tu mówimy, działają tak samo u kobiet i mężczyzn?

– Nie do końca. Przede wszystkim przecież różnią nas hormony płciowe. Kobiety mają wysoki poziom estrogeenu, a mężczyźni testosteronu. To wysoki poziom testosteronu u mężczyzn wzmacnia również działanie dopaminy, która biologicznie popycha do zdrady, będącej jednak częstą przypadłością mężczyzn.

– Mówi się, że kobiety są bardziej emocjonalne od mężczyzn, czy to również kwestia hormonów?

– Między innymi. Kobiety jako potencjalne matki nastawione są na wytwarzanie dużych ilości oksytocyny, która w przyszłości pomoże im silnie związać się z dzieckiem. Ma to wpływ także na inne hormony i neuroprzekazniki, które są wytwarzane w większych ilościach. A to z kolei wpływa na fakt, że jako kobiety będziemy bardziej intensywnie odpowiadać na bodźce, czyli faktycznie jesteśmy bardziej emocjonalne. Dodatkowo na nasze reakcje będzie wpływał również cykl menstruacyjny. Ta sama sytuacja w jednym momencie cyklu może nie zrobić na nas najmniejszego wrażenia, a w innym doprowadzi do wybuchu „wulkanu emocji”.

– Słyszałam, że są takie momenty w życiu kobiety, w których partnerowi nie pozostaje nic innego jak rzucić w nią czekoladą...

– Pod warunkiem, że jest to czekolada o zawartości kakao nie mniejszej niż 60% [śmiech]. Ale na poprawę samopoczucia równie skuteczne będzie wpływało spędzanie czasu w gronie dobrych znajomych i wzajemne „zarażanie się śmiechem”. Po zjedzeniu nawet niewielkiego kawałka czekolady w naszym mózgu rośnie poziom serotoniny i endorfin, które potocznie znamy jako hormony szczęścia. Endorfiny biochemicznie są podobne do morfiny i pozytywnie wpływają na nasz ośrodek przyjemności w mózgu, dzięki niej czujemy zadowolenie. Jednak pamiętajmy, że od czekolady również możemy się uzależnić, a jest to jednak silnie tucząca rozkosz dla podniebienia i mózgu.

– Można odnieść wrażenie, że jako gatunek jesteśmy bardzo nieracjonalni i niesamowicie ulegamy emocjom. Czy mamy szansę choć na odrobinę racjonalności?

– W Stanach Zjednoczonych istnieje taki zawód jak coach emocji. To trener, który początkowo zapoznaje swoich uczniów z reakcjami zachodzącymi w organizmie od strony biochemicznej, a potem wskazuje techniki, które pomagają panować nad emocjami. Będą to między innymi techniki oddechowe i relaksacyjne, które pomogą uspokoić emocje.

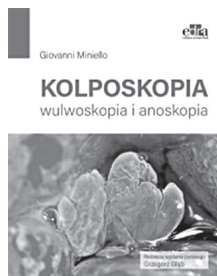
Drugim ważnym aspektem będzie nasz bagaż doświadczeń. Inaczej na zakochanie będzie reagować szesnastoletnia dziewczyna, a inaczej kobieta czterdziestoletnia. Osoby doświadczone potrafią lepiej panować nad emocjami. W miarę zbierania życiowych doświadczeń, uczymy się, jak okiełznać emocje.

– Uff, czyli nie jesteśmy całkiem bezbronni w starciu z naszymi emocjami. Myślę, że czasem warto też im ulec, bo bywa to bardzo przyjemne, nawet jeśli już wiemy, że wszystko to dzieje się na poziomie biochemicznym.

– Tak, w pełni się zgadzam. Czasem warto dać biochemii zawładnąć naszym umysłem i chociaż na chwilę uśpić racjonalizm i znów poczuć się dzięki temu szesnastolatkiem/ką.

*Rozmawiała Justyna KOWALEWSKA
(przedruk z „Panaceum” nr 3/22)*

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



KOLPOSKOPIA, WULWOSKOPIA I ANOSKOPIA

G. Miniello

red. G. Głęb

rok wydania 2022

ISBN 978-83-66960-37-4, format 210 x 270, oprawa miękka, str. 224, cena 88,20 zł

Kolposkopia, wulwoskopia i anoskopia jest pierwszą w literaturze międzynarodowej pozycją, której treść zapewnia podejście dedukcyjne, podążające ścieżką diagnostyczną klinicysty: od obserwacji zmiany chorobowej

do ustalenia rozpoznania. Oprócz opisu najczęściej występujących zmian, książka zawiera również omówienie najciekawszych i nietypowych przypadków, które mogą wystąpić w codziennej praktyce klinicznej.

Bogata ikonografia, na którą składa się ponad 500 ilustracji, w tym niezwykle dydaktyczne diagramy i wyniki badań kolposkopii, wulwoskopii i anoskopii stanowią cenne narzędzie szybkiej i dogłębnej konsultacji specjalistycznej.



DR FOOD. ZDROWE ODŻYWIENIE DLA MOCNYCH, ZDROWYCH I RUCHOMYCH STAWÓW

Bernhard Hobelsberger, Dr W. Feil

rok wydania 2022

ISBN 978-83-66960-53-4, format 170 x 240, miękka, str. 208, cena 40,50

Najlepsze strategie żywieniowe w chorobach narządu ruchu. Kolana, biodra, barki – to nasze stawy pozwalają nam na jakikolwiek ruch. Bez 140 stawów nasz układ ruchu byłby sztywny, a każda aktywność mięśni bezproduktywna. Tym więc gorzej, gdy zaczynają one chorować. Gdy każdy ruch sprawia ból, tracimy radość życia i przestajemy działać.

W poradniku wyjaśniono, dlaczego powrót do zdrowych stawów możliwy jest dzięki diecie przeciwzapalnej oraz jakie produkty spożywcze pomogą nam ograniczyć ból i uruchomić własne siły samouzdrawiania organizmu.

Przejrzyste infografiki przedstawiają budowę naszych stawów oraz zasadę ich działania. W książce znajdują się również informacje, jak dochodzi do najczęstszych chorób stawów, a także w jaki sposób – stosując minimum leków – nad nimi zapanować.

Dodatkowo - ponad 50 urozmaiconych przepisów umożliwia wykorzystanie składników żywieniowych, które w optymalny sposób zaopatrzą układ ruchu w substancje odżywcze.



DAVIDSON CHOROBY WEWNĘTRZNE. PYTANIA TESTOWE

red. P. Cantley, D. Wake

red. J. Różański

rok wydania 2022

ISBN 978-83-66960-63-3, format 165 x 240, oprawa miękka, str. 464, cena 71,20 zł

Davidson Choroby wewnętrzne – Pytania testowe stanowi uzupełnienie cieszącej się międzynarodową renomą książki Davidson Choroby wewnętrzne. Wraz z jej sukcesem pojawiło się zapotrzebowanie na uzupełniającą publikację służącą do samooceny, dzięki której Czytelnicy mogą sprawdzić swoją wiedzę na podstawie typowych scenariuszy klinicznych. Poszczególne rozdziały zostały napisane przez ekspertów w danej specjalności, a ich zawartość zachowuje styl i układ rozdziałów podręcznika Davidsona.

Pytania testowe zostały skonstruowane na podstawie nowoczesnych zasad edukacyjnych i wykorzystują współczesny styl oceniania, zgodny z obecnym nauczaniem na studiach wyższych i podyplomowych. Mają na celu zapewnienie pomocy i wsparcia studentom w trakcie ostatnich lat nauki oraz we wczesnym okresie po uzyskaniu

dypłomu. Ich styl jest zgodny z tym, który wykorzystuje się podczas nowoczesnych egzaminów na całym świecie.

JAK KORZYSTAĆ Z PODRĘCZNIKA?

- Każdemu pytaniu towarzyszy kilka opcjonalnych odpowiedzi. O ile nie wskazano inaczej, należy wybrać odpowiedź „najlepiej pasującą”. Tam, gdzie było to właściwe, podano pełne uzasadnienia, aby ułatwić Czytelnikowi przyswajanie wiedzy.

- Pytania obejmują szeroki zakres zagadnień w podziale na specjalistyczne rozdziały, odpowiadające strukturze podręcznika Davidson Choroby wewnętrzne.

- Podane odpowiedzi są zgodne z najlepszą praktyką kliniczną opartą na dowodach naukowych, jednak przy stosowaniu zdobytej wiedzy u poszczególnych pacjentów i w konkretnych sytuacjach należy zawsze brać pod uwagę opinię chorego i czynniki kulturowe.

- Niektórym pytaniom towarzyszą obrazy kliniczne lub radiologiczne. Tam, gdzie wskazane jest obejrzenie obrazu w kolorze, odpowiednie ilustracje zostały również zamieszczone w pełnym kolorze na końcu książki.

- W pytaniach ani wyjaśnieniach nie uwzględniono zakresów wartości referencyjnych badań laboratoryjnych, ale można je znaleźć w ostatnim rozdziale książki.



MANIPULACJA POWIĘZI® – METODA STECCO® Z PERSPEKTYWY TERAPEUTY

red. J.A. Day

red. polska M. Szkolnicki

rok wydania 2022

ISBN 978-83-66960-60-2, format 189 x 246, oprawa miękka, str. 192, cena: 107,10 zł

Manipulacja powięzią to manualna metoda terapii dysfunkcji układu powięziowego opracowana przez fizjoterapeutę Luigiego Stecco.

Metoda opiera się na modelu, który wykorzystuje nowy sposób postrzegania układu mięśniowo-powięziowo-szkieletowego.

Prezentując opis przypadku lub krótkiej serii przypadków, autorzy wyjaśniają, w jaki sposób zmieniło się ich postrzeganie układu mięśniowo-szkieletowego i roli powięzi w interakcjach między tym układem a układami wewnętrznymi, odkąd zaczęli stosować nową metodę, oraz jaki wpływ wywarła ona na ich pracę kliniczną.



BADANIE STANU PSYCHICZNEGO. ROZPOZNANIA WEDŁUG ICD-11

red. P. Gałęcki

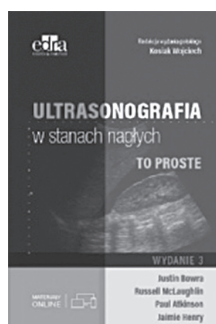
rok wydania 2022

ISBN 978-83-66960-56-5, format 210 x 270, oprawa miękka, str. 296, cena 89,10 zł

Badanie psychiatryczne jest kluczowym etapem w procesie diagnostycznym i terapeutycznym w pracy klinicznej z osobami z zaburzeniami psychicznymi i to od tego elementu w znaczącym stopniu zależy postawienie poprawnej diagnozy i wprowadzenie trafnego leczenia. Ze-

spół znakomitych lekarzy psychiatrów i psychologów pod kierunkiem Profesora Piotra Gałęckiego podjął się ambitnego zadania przedstawienia w obszernej monografii i kluczowych aspektów psychopatologii oraz przebiegu badania psychiatrycznego, w tym oceny stanu psychicznego i stawiania rozpoznania w kontekście szerokiego zakresu zaburzeń psychicznych, pogrupowanych według najnowszej wersji klasyfikacji międzynarodowej ICD-11.

Fragment recenzji prof. dr. hab. n. med. Marcina Wojnara



ULTRASONOGRAFIA W STANACH NAGŁYCH. TO PROSTE

J. Bowra, R.E. McLaughlin, P. Atkinson

red. W. Kosiak

rok wydania 2022

ISBN 978-83-66960-58-9, format 140 x 210, oprawa miękka, str. 272, cena: 66,60 zł

Niezbędny kieszonkowy podręcznik ultrasonografii w stanach nagłych. Ultrasonografia jest małoinwazyjną, szybką i niezbyt kosztowną metodą diagnostyczną powszechnie stosowaną przez radiologów, kardiologów i położników. W ostatnich latach metoda ta jest szeroko stosowana również na oddziałach intensywnej opieki medycznej.

ULTRASONOGRAFIA w stanach nagłych TO PROSTE została kompleksowo uaktualniona. Zawarto w niej najnowsze wskazania do badania ultrasonograficznego, w tym te związane z pandemią COVID-19.

Książka została napisana tak, aby czytało się ją łatwo w pilnych stanach klinicznych. Skierowana jest do lekarzy wszystkich specjalizacji wykorzystujących diagnostykę USG, przede wszystkim do specjalistów medycyny ratunkowej, chirurgii oraz intensywnej terapii.

- Napisana przystępnym, pozbawionym żargonu językiem.
- Zawiera wskazówki oraz przejrzyste schematy ułatwiające przeprowadzenie badania.
- Wydanie 3 zostało uzupełnione o procedury ultrasonograficzne wykorzystywane w pediatrii, w ocenie małych struktur anatomicznych oraz zastosowanie ultrasonografii w przebiegu COVID-19.
- Do książki dołączono liczne filmy wideo z przykładami zastosowania ultrasonografii w praktyce klinicznej.



DIETA KETOGENICZNA PO PIĘĆDZIESIĄTCE

M. Devine

rok wydania 2022

ISBN 978-83-66960-57-2, format 190 x 240, miękka, str. 152, cena 36,75 zł

WSZECHESTRONNY PRZEWODNIK PO DZIECIE KETOGENICZNEJ DLA OSÓB PO 50. ROKU ŻYCIA

W ostatnich latach dieta ketogeniczna zyskała wielu zwolenników dzięki licznym właściwościom prozdrowotnym, w tym redukowaniu lub nawet całkowitemu wyeliminowaniu skutków wielu schorzeń chronicznych, m.in. cukrzycy typu 2 i chorób neurologicznych, takich jak choroba Parkinsona i epilepsja. Jest ona również skutecznym sposobem na utratę masy i poprawę składu cia-

ła. Klucz do sukcesu stanowią wiedza i solidny, możliwy do zrealizowania plan. Dieta ketogeniczna po pięćdziesiątce została napisana w odpowiedzi na obie te potrzeby, a zawarte w niej przepisy i plany posiłków zostały stworzone specjalnie dla osób powyżej 50. roku życia.

- PRZEWODNIK PO DZIECIE KETOGENICZNEJ pomoże Ci zrozumieć, jak powinna wyglądać dobrze zbilansowana dieta ketogeniczna oraz w jaki sposób ją wdrożyć.

- 28-DNIOWY PLAN POSIŁKÓW pozwoli rozpocząć dietę, wyrobić nowe nawyki żywieniowe, co przyniesie Ci długoterminowe korzyści zdrowotne.

- 55 KETO-PRZYJAZNYCH PRZEPISÓW, które pozwolą Ci przygotować pyszne i pożywne śniadania, lunchy, obiady oraz przekąski.

OPOLSKA IZBA LEKARSKA

Biuro: tel. 77/454-59-39, opole@hipokrates.org

czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek **7.30-15.30**; środa **7.30-16.00**; piątek **7.30-15.00**

Rejestr Lekarzy: opole.rejestr@hipokrates.org

Praktyki Prywatne: opole.praktyki@hipokrates.org

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

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej: tel.
77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:
tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org



NET 4 DOCTOR
WIEDZA JEST TUTAJ

24-25.06.2022 R.
ZATOKA SPORTU, ŁÓDŹ

Patroni



Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi jest organizatorem II Mistrzostw Polski Lekarzy w Koszykówce.

Zawody zaplanowano w hali sportowej Zatoki Sportu Politechniki Łódzkiej przy ul. Aleje Politechniki 10 w Łodzi, w dniach 24–25 czerwca 2022 r.

Prawo startu w Mistrzostwach Polski Lekarzy mają tylko lekarze i lekarze dentyści. Szczegółowe informacje oraz formularz zgłoszeniowy znajdują się na stornie www.mplbasket.pl

Zapraszamy również do odwiedzenia strony mistrzostw na Facebook II Mistrzostwa Polski Lekarzy w Koszykówce 2022.

NZOZ „Zdrowie” w Strzelcach Opolskich zatrudni lekarza pediatrę i/lub lekarza o specjalizacji medycyny rodzinnej w przychodni POZ ul. Chopina 3/1. Kontakt pod nr tel.: 606-783-799, 602-348-500 lub 573-238-676.

Przyjmę do pracy lekarza w Przychodni Rodzinnej ul Moniuszki 16 w Strzelcach Opolskich na etat lub godziny, mile widziana specjalizacja z medycyny rodzinnej lub interny. Posiadam wolne miejsce z rezydentury na specjalizacji z medycyny rodzinnej. Osoby zainteresowane proszę o kontakt tel. 602-384-460 .

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej UROSPEC w Nysie przy ul. Komisji Edukacji Narodowej 54/P11 zatrudni specjalistę urologa do pracy w Poradni Urologicznej. Kontakt - Krzysztof Partyka tel.602-449-467.



PZU Zdrowie S.A. Oddział CM Medicus w Opolu zatrudni lekarza kardiologa - realizacja kontraktu w ramach NFZ

Oferujemy atrakcyjne wynagrodzenie. Istnieje możliwość uzgodnienia wymiaru czasu pracy i formy zatrudnienia.

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt telefoniczny: 77/441-50-89, 513-103-451 lub przesłanie podania na adres mailowy: medicus@medicus.opole.pl.

NZOZ VERITAS w Dobrej k/Krapkowic zatrudni do pracy w Przychodni Rodzinnej w miejscowości Dobra lekarza POZ (lekarz rodzinny, pediatra, internista lub lekarz w trakcie specjalizacji). Forma pracy do uzgodnienia: pełny etat, część etatu, praca na godziny i in. Warunki płacowe do uzgodnienia. Zainteresowanych prosimy o kontakt: tel. 506-174-745, 506-174-735 oraz e-mail: agwik@esculap.pl.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu, al. W. Witosa 26 poszukuje osoby na stanowisko: Lekarza pediatrii/Lekarza w trakcie specjalizacji w odcinku pediatrycznym Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

Wymagania wobec kandydata:

- dyplom oraz aktualne prawo wykonywania zawodu,
- specjalizacja lub rozpoczęcie specjalizacji z: pediatrii, medycyny rodzinnej lub w dziedzinie pediatrycznej,
- posiadanie wiedzy z zakresu pediatrii,
- zaangażowanie i odpowiedzialność w codziennej pracy zawodowej,
- umiejętność pracy w zespole i podejmowania samodzielnych decyzji,
- umiejętność pracy z dziećmi i rodzicami,
- przyjazne nastawienie do pracy i ludzi wokół,
- wysokie wartości etyczno-moralne.

W zamian oferujemy:

- dowolny rodzaj współpracy: kontrakt/ umowa zlecenie/ umowa o pracę,
- 5 lekarzy pełniących funkcję lekarza SOR: odcinka internistycznego, urazowo-ortopedycznego, chirurgii ogólnej, pediatrii, medycyny ratunkowej, dodatkowo lekarze udzielający konsultacji w zakresie innych dziedzin,
- całodobową możliwość diagnostyki obrazowej, dostęp do badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, oraz konsultacji specjalistycznych (w zakresie chirurgii dziecięcej, anestezjologii i intensywnej terapii dzieci i noworodków, chirurgii urazowo-ortopedycznej, laryngologicznej, okulistycznej)
- możliwość rozwoju kompetencji zawodowych,
- pracę w profesjonalnym zespole ludzi, dla których liczy się człowiek,
- komfortowe warunki pracy,
- możliwość zamieszkania w hotelu pracowniczym.

KONTAKT: jeśli rozważasz zmianę oraz chęć poszerzenia swych doświadczeń zawodowych w dynamicznym środowisku, jakie tworzy nasz szpital to serdecznie zapraszamy do złożenia swej aplikacji na adres e-mail: rekrutacja@usk.opole.pl. Pytania kierować można pod nr tel.: 77/45-20-133, 77/45-20-290.

BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

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

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

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

NAKŁAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X