



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Kwiecień 2022

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 304

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl



SPOKOJNYCH, RODZINNYCH ŚWIĄT WIELKIEJ NOCY

zdj. Janusz Lewandowski

TORBA PODRÓŻNA

Słonie stoją na półce pod oknem. Unoszą trąby i patrzą na siebie, tylko jeden z nich liczy gliniane dzbanuszki i odznaki z Leninem. Ryszard Kapuściński zbierał też muszle i kamienie (Kamyk jest stworzeniem doskonałym – przekonywał Zbigniew Herbert), miał breloczki z czasów PRL-u, amulety i indiańskie bóstwa kupione na pchlich targach. Gromadził pocztówki, zegarki i drewniane ryby ze szklanymi oczami, na secesyjnym lustrze w korytarzu powiesił dzwonki i afrykańskie maski, a karteczki ze złotymi myślami przypiął do belek – pojedynczo lub po kilka na jednej pincesce.

Pracownia Ryszarda Kapuścińskiego wygląda jak dawniej, jakby pisarz wyszedł tylko na spacer po okolicy i zaraz wrócił. Przebiegnie zacienioną ścieżkę, bezszelestnie minie mieszkanie na piętrze i wąskimi schodami skieruje się na poddasze. Poprawi poduszki na sofie, rzuci okiem na książki, czy stoją gdzie trzeba: słowniki na prawo od wejścia, dalej dzieła filozofów, eseje, felietony, powieści i wreszcie stopy tomików poetyckich. Pisanie wierszy jest dla mnie luksusem – mówił, ale to reportaże przyniosły mu sławę. Wydaje się, że zaraz usiądzie przy biurku, na twardym krześle z jajorowatym oparciem i wybierze długopis, ma ich chyba dwieście, ściśnięte w kubkach, jak wojsko przed bitwą.



Często był w drodze. Ciągnęło go do nietrwałych państw, do miejsc, gdzie linieją węże, gdzie młode kolibry czepiają się lian, a na ulicach sprzedaje się maniok i pieczoną kassawę. Pchało go do tropików, do zapachu gajów palmowych mieszających się z fetorem rynsztoków, do powietrza ciężkiego od słońca i kurzu. Do swojej pracowni przy ulicy Prokuratorskiej w Warszawie wracał aby opisać wrażenia i znów gnał na jakiś Daleki Wschód.

To torby podróżnej wrzucał spodnie i kurtkę khaki, sprane koszulki polo, parę książek, ołówki i szczoteczkę do zębów. Co można wziąć na koniec świata? A co zabrać gdy się zbliża koniec świata?

Svitlana przyjechała do Polski z dzieckiem i foliową reklamówką: boję się zaglądać do siatki, wrzuciłam co bądź i wybiegłam z domu kiedy Putin s uma soszoł. Galyna i Olha pozbyły się bagażu i z ukrycia obserwowały mężczyzn oferujących podwózkę na zachód. Wreszcie wsiadły do zdezelowanego opla: takimi rękami chyba się nie wozi dziewczyn do burdelu? Olena w szóstym miesiącu ciąży szła pięć dni i pięć nocy, aż trafiła na peron. Po drodze porzuciła ciężki plecak i doczłapała z torebką podręczną. Pociąg z Przemyśla był zatłoczony, przekimawała na korytarzu.

W opolskim miasteczku akademickim mieszka 260 osób, kobiety i dzieci: niemowlęta, przedszkolaki i nastolatki. Zawieruszyło się wśród nich kilku starszych panów, ale ukrywają się w pokojach - w kance kanców mężczyzny, powinni walczyć z Rosją. Uchodźcy potrzebują wszystkiego, poczynawszy od swetrów skończywszy na kremie pod oczy. Gubią bloczki na obiad i gubią się na ścieżce do „Skrzata”, gdzie chomikuje się zapasy jedzenia. Pomagają sobie w opiece nad dziećmi i garną się do pracy, chcą myć okna, przebierać pościel i nieśmiało sporządzają listę rzeczy niezbędnych. Anna potrzebuje nocnika, Svitlana szuka dużej walizki, Galyna nie ma butów sportowych dla siedmiolatka. Ktoś prosi o klapki gumowe i kąpielówki, ktoś o kabel do internetu, gumkę myszkę i zeszyty w kratkę. A Tetianie marzą się mop, zmiotka i WC kaczka.

Wałęsamy się z B. po sklepie: trampki, dresy, klapki, koszulki z żyrafą i w paski, wiosenne kurki, adidas w paski, dzinsy dla dziewczynki rozmiar 140. Wybieram spodnie z dziurami, ale B. mnie studzi: pomyśli sobie, że ją mamy za obdarciaucha! Jeszcze śpiochy, grzebyszki, gumki i kredki. Gadamy przy tym, bo jak tu nie gadać. Nagle zbliża się pani, taka jakie się spotyka w sklepach z ubraniami. Wcisnęła nam zwitek banknotów: widzę, że lista długa....I szybko odchodzi.

Co wrzucić do torby podróżnej gdy nadchodzi koniec świata? Trzeba zostawić na parapecie porcelanowe słonie i gliniane dzbanuszki, muszle i kamyki, amulety i indiańskie bóstwa kupione na pchlich targach, porzucić rzeźbione serca i pocztówki, zegarki i drewniane ryby ze szklanymi oczami. Nie ma miejsca na dzwonki ani złote myśli spisane na pożółkłych kartkach.

Agnieszka KANIA



Zbliża się Wielkanoc – czas radości i nowego życia. Tymczasem za naszą wschodnią granicą toczy się bezpardonowa wojna, w której giną zwykli ludzie. Wokół nas pełno jest działań i akcji na rzecz walczącej o swoją wolność

i niezależność od potężnego sąsiada Ukrainy i setek tysięcy uchodźców – ofiar konfliktu. Ludzie ci porzucili swoją spokojną dotychczasową egzystencję brutalnie przerwana przez pełnego pychy i obłudy człowieka – jak de facto powracają wspomnienia podobnej sytuacji sprzed ponad 80 laty.

Trudno w taki czas znaleźć w sobie radość i optymizm. Mam nadzieję, że gdy będziecie czytali te słowa (ja piszę je w połowie marca) sytuacja na Ukrainie będzie już lepsza i dużo spokojniejsza. Cały Świat czyni wielkie wysiłki, by konflikt ten po raz kolejny nie rozlał się po Europie i by doszło do zakończenia tej bezsensownej (jak wszystkie konflikty) wojny.

Pomimo tej ponurej sytuacji, ufamy w jaśniejszą przyszłość, życzymy Wam jednak spokojnych i rodzinnych Świąt Wielkiej Nocy – Alleluja!

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA



Koleżanki! Koledzy!

24 lutego obudziliśmy się w nowej rzeczywistości i czy chcemy, czy nie chcemy, ma to wpływ na życie nas

wszystkich. Nas, nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie. Tragedia toczącej się tuż za naszą wschodnią granicą wojny dotyka nas wszystkich. Zwykły ludzki odruch niesienia pomocy jest w każdym z nas. Jest ponad 70 lat od zakończenia II wojny światowej, odchodzą od nas ostatni, którzy ją przeżyli, nasze pokolenie, naszych dzieci i wnucząt doświadczają tego po raz pierwszy.

Po szoku, jaki przeżyliśmy pod koniec lutego zaczęliśmy organizować pomoc uchodźcom z Ukrainy. Opolska Izba Lekarska także stara się pomóc, zwłaszcza lekarzom, lekarzom dentystom i ich rodzinom, którzy w ucieczce przed wojną zawędrowali na Opolszczyznę. Część z nas odpowiedziała na apel Opolskiej Izby Lekarskiej i zaoferowała w nagłych przypadkach chęć udzielenia bezpłatnie niezbędnej pomocy medycznej obywatelom Ukrainy, którzy przybyli do Polski po 24 lutym br. Niektórzy z nas poszli dalej i zaoferowali lokum dla lekarskich ro-

dzin, głównie matek z dziećmi. Okręgowa Rada Lekarska stara się także zorganizować kurs nauki języka polskiego ukraińskim lekarzom i stomatologom, którzy byliby zainteresowani ubieganiem się o pracę na naszym terenie. Z kolei dla naszych członków, którzy mają styczność w pracy z pacjentami - uchodźcami z Ukrainy, przygotowaliśmy materiały językowe pomocne w komunikacji z takimi pacjentami (szczegóły na stronie OIL).

W cieniu tego wszystkiego rozpoczyna się kolejna, IX kadencja Samorządu Lekarskiego (piszę te słowa parę dni przed XLI Sprawozdawczo-Wyborczym Okręgowym Zjazdem Lekarzy Opolskiej Izby Lekarskiej). Nowo wybranym do organów OIL w Opolu życzę wytrwałości, siły i zdrowia, by sprościli wyzwaniom, które przyniesie przyszłość.

Przed nami Wielkanoc - szczególny czas dla wielu z nas. Wiara, nadzieja, miłość - to trzy podstawowe wartości człowieka, każdy z nas może sobie wybrać to, co mu najbliższe. Przez życie idę zawsze z małym światełkiem w sercu, światełkiem nadziei na lepsze jutro. Tej nadziei życzę Wam w ten Świąteczny czas.

Jolanta SMERKOWSKA-MORZYCKA

CO SŁYCHAĆ W IZBIE

POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 23 lutego 2022 r. odbyło się przedostatnie posiedzenie Rady Okręgowej tej kadencji. Rada obradowała nad następującymi problemami.

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Wniosek o przyznanie PWZ w związku z przeniesieniem z innych Izb złożyli:

- lek. Stefaniuk Magdalena - przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach,

- lek. dent. Osasiuk Kamil – przeniesienie z OIL w Łodzi.

Uchwały podjęto jednogłośnie.

Wniosek o wydanie PWZ dla lekarza cudzoziemca w celu odbycia stażu podyplomowego złożył lek. Lasko Polina - obywatel Ukrainy (ukończył Zaporozki Uniwersytet Medyczny). Uchwałę podjęto przy dwóch głosach wstrzymujących się.





Wniosek o przyznanie warunkowego PWZ złożyli:

- lek. Halynska Natalia - obywatelka Białorusi (ukończyła Homelski Uniwersytet Medyczny w Homlu);
- lek. Prapakovich Aksana - obywatelka Białorusi (ukończyła Białoruski Państwowy Uniwersytet Medyczny w Mińsku),
- lek. Yefimowa Olena - obywatelka Ukrainy (ukończyła Narodowy Uniwersytet Medyczny im. O.O. Bohomolca w Kijowie).

Wszystkie uchwały podjęto przy jednym głosie przeciw i jednym głosem wstrzymujących się.

Wniosek o ponowne przyznanie Warunkowego PWZ złożyła lek. Romaniuk Lesia – obywatelka Ukrainy. Uchwałę podjęto przy jednym głosie przeciw i jednym wstrzymującym się.

Wniosek o ponowne przyznanie PWZ dla lekarza cudzoziemca w celu odbycia stażu podyplomowego złożyła lek. Dontsova Olha, dla której przedłuża się ważność PWZ na podstawie decyzji Wojewody Opolskiego z 20.09.2021 r. o udzielenia zezwolenia na pobyt stały (uchwałę podjęto jednogłośnie).

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Firma „MedicaRescue Ł. Szymczyszyn” z Kędzierzyna-Koźła zarejestrowana w naszej Izbie, która przeprowadzi szkolenie dla lekarzy dentyistów złożyła wniosek o przyznanie punktów edukacyjnych na poczet szkoleń „Podstawowe i zaawansowane zagadnienia nagłych stanów zagrożenia życia” organizowanych:

- 05.02.2022r. w Nasielsku,
- 25.02.2022r. w Legnicy,
- 27.02.2022r. w Lubaniu Śląskim,
- 05.03.2022r. w Węgierskiej Górze,
- 12.03.2022r. w Markach,
- 13.03.2022r. w Warszawie,
- 17.03.2022r. w Częstochowie,
- 19.03.2022r. w Pawłowicach.

Uchwałę podjęto jednogłośnie i przyznano 9 pkt. edukacyjnych na każde szkolenie.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Prezes przedstawiła wnioski o wykreślenie 2 indywidualnych praktyk lekarskich z powodu zgonu oraz dwóch z powodu zaprzestania działalności praktyki lekarskiej - uchwałę podjęto jednogłośnie

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Do Funduszu wpłynęły dwa wnioski - uchwały podjęto jednogłośnie.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Wniosek o zwolnienie ze składki członkowskiej złożył jeden lekarz - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawiciela OIL do Komisji Konkursowej

Dyrektor SP ZOZ Zespołu Opieki Zdrowotnej w Głucholazach skierował prośbę o wyznaczenia przedstawi-

ciela Opolskiej Izby Lekarskiej do komisji konkursowej na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki.

Rada jednogłośnie desygnowała kol. Zygmunta Koniecznego.

Rozpatrzenie wniosków i nadanie wyróżnienia „Prymariusz Opolski”

Do honorowego wyróżnienia OIL zgłoszono dwóch kandydatów, którym Rada przyznała wyróżnienie:

- lek. Kuzyszyn Zbigniew - ilością 16 głosów,
- lek. dent. Rypniewski Robert - ilością 14 głosów.

Sprawozdanie z posiedzenia NRL (w trybie on-line) w dniu 28.01.2022 r.

Sprawozdanie złożył kol. Jakubiszyn. Posiedzenie rozpoczęło się spotkaniem z Rzecznikiem Praw Obywatelskich, prof. Marcinem Wiąckiem. Zasygnalizowane zostały następujące tematy:

- dostęp różnych instytucji do danych medycznych pacjentów bez konieczności uzyskania zgody sądu, co może prowadzić do naruszenia tajemnicy lekarskiej,
- problem repozytoriów EDM i możliwość „hakowania” danych,
- możliwość i zakres stanowienia prawa przez samorządy zawodowe,
- akty prawne wprowadzone w okresie epidemii i ich ewentualne „trwanie” po odwołaniu stanu epidemii,
- pobieranie opłat za świadczenia komercyjne, które uzupełniają świadczenia gwarantowane.

W ramach omawiania aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia Prezes Matyja poinformował o:

- wspólnym spotkaniu z Ministrem Zdrowia i Rzecznikiem Praw Pacjenta, gdzie omawiano problem regulacji prawnych tzw. „no fault”. Propozycje Ministerstwa Sprawiedliwości są nie do przyjęcia. Minister Zdrowia zadeklarował, że na posiedzeniu Rady Ministrów zaprezentuje zdanie odrębne w stosunku do propozycji Ministra Sprawiedliwości. Prezes z kolei będzie próbował skontaktować się z kancelarią Prezydenta RP.
- spotkaniu z członkami Rady Medycznej przy Premierze, którzy zrezygnowali z udziału w tej Radzie. Na spotkaniu nie było jedynie dwóch osób z tej grupy. Prof. Pyrc zaproponował opracowanie materiału, dotyczącego postępowania na wypadek różnych epidemii w przyszłości.
- zapowiedzi Ministra Zdrowia dokonania zmian przepisów związanych z wynagradzaniem kierowników specjalizacji, tak by ułatwić wypłaty tego wynagrodzenia.
- możliwości kierowania na testy PCR w kierunku SARS-CoV2 poprzez stronę gabinet.gov.pl przez prywatne praktyki.

- możliwości odwołania egzaminów ustnych w ramach PES w sesji wiosennej 2022,

- wystąpieniu do Premiera o wprowadzenie zerowej stawki VAT na usługi medyczne (skoro możliwe było obniżenie stawek VAT na wiele innych produktów).

W trakcie posiedzenia zatwierdzono budżet NIL na rok 2022. Dużym kosztem jest odpis amortyza-

cyjny związany z zakupem siedziby. Przy okazji omawiania budżetu Prezes przekazał, że pojawiły się duże problemy z finansowaniem Kongresu Polonii Medycznej w 2023 r. w Olsztynie, ponieważ wycofała się z tego Wspólnota Polska.

W trakcie posiedzenia poinformowano o zakończeniu prawomocnym wyrokiem sprawy sądowej przeciwko firmie Confido, która miała stworzyć nowy rejestr lekarzy. Zasądzonych zostało 716.000 zł różnych kar umownych oraz 49.000 zł kosztów sądowych. Pomimo opatrzenia wyroku klauzulą natychmiastowej wykonalności nie udało się komornikowi uzyskać żadnych środków. Wydatki, jakie zostały poniesione przez izby w trakcie umowy z Confido wyniosły po stronie NIL 564.000 zł, a po stronie izb okręgowych – 620.000 zł.

Przekazana została też informacja o rentach, przyznanych dla rodzin lekarzy, zmarłych na COVID-19. Przy-

znane zostały 74 renty (dla współmałżonka przez 2 lata, dla dzieci do ukończenia 25 roku życia).

Sprawozdanie z działalności członków między posiedzeniami

Brak sprawozdań.

Sprawy różne i wolne wnioski

Kol. Jakubiszyn przedstawił sposób realizacji wydania nowego dokumentu Prawa Wykonywania Zawodu Lekarza i Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza Dentysty. Rada jednogłośnie podjęła Uchwałę w sprawie zawarcia umowy z Polską Wytwórną Papierów Wartościowych S.A. w Warszawie oraz Ministrem Zdrowia i udzielenia pełnomocnictwa do podpisania tej umowy Prezesowi NRL i Skarbnikowi NRL.

Rada jednogłośnie podjęła Uchwałę zatwierdzenia Sprawozdania Finansowego OIL za 2021 r.

Wobec wyczerpania porządku obrad na tym posiedzeniu zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

XLI OKRĘGOWY SPRAWOZDAWCZO-WYBORCZY ZJAZD LEKARZY OPOLSZCZYZNY

W poprzednim numerze Biuletynu przedstawiłem Wam większość materiałów zjazdowych. Dziś – pozo-

stałe, a sprawozdanie z przebiegu samych obrad dopiero w następnym numerze.

JBL

Sprawozdanie Pełnomocnika ds. Zdrowia Lekarzy OIL w kadencji VIII 2018 – 2022

W czasie objętym sprawozdaniem otrzymałem jedno zgłoszenie dotyczące stanu zdrowia lekarza, uzasadniające podejmowanie działań z mojej strony. Przypadek jest w trakcie badania.

W ubiegłym 2021 roku Komisja Orzekająca w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu powołana przez Prezes Izby, o co wnioskowałem jako Pełnomocnik, uznała niezdolność lekarza do wykonywania zawodu.

Kontynuowany jest monitoring jednej ze spraw z poprzedniego okresu, która zakończyła się uznaniem zdolności lekarza do wykonywania zawodu z zastrzeżeniem konieczności kontynuowania leczenia podtrzymującego remisję i uzgodnienia sposobu jego monitorowania, co jest realizowane wg przyjętych uzgodnień. Sprawa ta nie dotyczy uzależnienia od środków psychoaktywnych.

Pełnomocnik ds. Zdrowia Lekarzy OIL
Maciej SZCZEŚNIAK

Sprawozdanie Komisji Młodych Lekarzy OIL w kadencji VIII 2018 – 2022

W lipcu 2021 roku wznowiono działalność Komisji Młodych Lekarzy w Opolu. Odbyliśmy łącznie trzy spotkania stacjonarnie, podczas których omawialiśmy szczegółowy plan działania w związku z Protestem Zawodów Medycznych oraz planowane zmiany w szkoleniu lekarzy rezydentów.

We wrześniu 2021 roku wraz z grupą Młodych Lekarzy pojechaliśmy na Marsz Protestacyjny Zawodów Medycz-

nych. Rezydenci z województwa opolskiego brali czynny udział w koordynowaniu pracy Białego Miasteczka, monitorowali działalność fundacji, na bieżąco konsultowali program przedsięwzięcia. Po protestach, czynnie uczestniczyliśmy w zjeździe makroregionu KML w Poznaniu oraz zebraniach KML w NIL, zostaliśmy także wybrani do reprezentowania Porozumienia Rezydentów w Ko-



mitiecie Protestacyjno-Strajkowym. Dzięki współpracy z PR na bieżąco przedstawiamy Komisjom propozycje zmian zarówno w kształceniu studentów, jak i w szkoleniu specjalizacyjnym lekarzy.

Do naszych mediów społecznościowych dołączają studenci kierunków lekarskich, którzy mają szanse związania swojej przyszłości z OIL Opole. Grupa najbardziej aktywnych lekarzy, wyraziła chęć dalszego działania jako delegaci OIL Opole. Kontynuujemy wcześniej stworzo-

ne programy kart multisport, becikowego dla lekarskich dzieci. Prowadzimy na bieżąco kampanie informacyjną o kursach podyplomowych, kampanii „Wylecz Nienawiść” oraz „Stop hejt”. Jesteśmy w trakcie organizowania kursu z kompetencji miękkich. Wstępnie zaproponowano program działania na kolejny rok.

Przewodniczący KML
Jacek CHEŁCHOWSKI

Koleżanki i Koledzy,

W ubiegłym roku zaczęliśmy współpracę z zewnętrzną firmą księgową, która zaproponowała zmianę sposobu księgowania wydatków, tak by było to zgodne z generalną pragmatyką prowadzenia ksiąg rachunkowych.

O ile tabela porównująca plan finansowy na 2021 rok z wykonaniem budżetu w 2021 roku sporządzona zosta-

ła zgodnie z dotychczasową praktyką, to tabela preliminowanych wydatków w 2022 roku opracowana została w oparciu o propozycje firmy księgowej.

Skarbnik ORL
Jerzy JAKUBISZYN

WYKONANIE BUDŻETU 2021 I PLAN BUDŻETOWY 2022

	Plan 2021	Wykonanie 2021	Plan 2022
PRZYCHODY	2 006 500,00	2 087 220,43	2 064 870,00
Przychody z działalności statutowej	1 949 000,00	1 972 704,61	1 969 000,00
Składki członkowskie	1 800 000,00	1 830 285,46	1 830 000,00
Refundacja z Ministerstwa Zdrowia (zadania przejęte)	95 000,00	97 337,52	95 000,00
Opłaty za rejestracje praktyk	21 000,00	21 506,00	21 000,00
Refundacja z Urzędu Marszałkowskiego (staż podyplomowy)	10 000,00	8 700,00	10 000,00
Komisja Bioetyczna – wydanie opinii	13 000,00	14 101,63	13 000,00
Inne przychody	10 000,00	774,00	0,00
Przychody z działalności pozostałej	57 500,00	114 515,82	95 870,00
Wynajem pomieszczeń	500,00	1 060,00	1 060,00
Reklamy w Biuletynie Informacyjnym	5 000,00	12 900,00	10 000,00
Prowizja OC	52 000,00	64 687,43	64 000,00
Pozostałe przychody		35 868,39	20 810,00
Zyski nadzwyczajne			
WYDATKI	2 006 500,00	2 014 997,85	
Koszty rodzajowe	1 462 800,00	1 537 361,73	
I. Zużycie materiałów, energii, wody	102 300,00	144 072,62	
1. Energia, gaz, woda	65 000,00	105 034,35	
2. Artykuły biurowe	13 000,00	22 674,18	
3. Środki czystości	7 000,00	0,00	
4. Prenumerata czasopism	2 300,00	3 799,93	
5. Inne materiały	14 000,00	12 564,16	
6. Wybory korespondencyjne	1 000,00	0,00	
II. Usługi obce	294 000,00	329 236,46	
1. Remonty, konserwacja	20 000,00	16 516,36	
2. Koszty kolportażu	26 000,00	24 576,07	
3. Koszty Biuletynu Informacyjnego	50 000,00	48 311,72	
4. Usługi pocztowe	32 000,00	30 652,70	
5. Usługi prawne	89 000,00	138 392,40	
6. Inne usługi	61 000,00	70 787,21	
7. Tworzenie nowego rejestru lekarzy	15 000,00	0,00	
8. Wybory korespondencyjne, zjazd	1 000,00	0,00	
III. Podatki i opłaty	7 000,00	4 382,05	
IV. Wynagrodzenia	703 800,00	716 196,68	
1. Osobowe wynagrodzenia	490 000,00	505 641,32	
2. Umowa zlecenia, umowa o dzieło	157 200,00	130 811,36	
3. Nagrody za specjalizację	50 000,00	75 644,00	
4. Komisja Bioetyczna	5 000,00	4 100,00	
5. Wybory korespondencyjne	1 600,00	0,00	
V. Świadczenia na rzecz pracowników	119 500,00	125 063,04	

	Plan 2021	Wykonanie 2021	Plan 2022
1. Składka ubezpieczeniowa, Fundusz Pracy, FGŚP	107 000,00	110 369,81	
2. Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	12 100,00	12 092,03	
3. Świadczenia BHP	400,00	2 601,20	
VI. Amortyzacja środków trwałych	101 000,00	100 640,13	
VII. Pozostałe koszty	134 900,00	117 770,75	
1. Posiedzenia ORL i Prezydium ORL	35 000,00	23 502,70	
2. Posiedzenia komisji problemowych	5 300,00	0,00	
3. Ubezpieczenia majątkowe	7 300,00	2 219,85	
4. Ubezpieczenie OC organów OIL	4 300,00	0,00	
5. Sport, kultura, turystyka	6 000,00	9 306,28	
6. Komisja Bioetyczna ryczałt	8 000,00	7 333,61	
7. Koszty podróży	14 000,00	20 647,70	
8. Ryczałt OROZ	17 000,00	6 415,97	
9. Ryczałt OSL	14 000,00	7 944,35	
10. Spotkania seniorów	5 000,00	2 700,00	
11. Inne koszty	19 000,00	37 700,29	
Składki do NIL	270 000,00	274 252,42	275 000,00
Kształcenie podyplomowe	60 000,00	0,00	50 000,00
Fundusz Samopomocy	140 000,00	140 000,00	140 000,00
Pozostałe koszty operacyjne		49,60	
Straty operacyjne, odsetki od kredytu	62 000,00	63 334,10	
Rzecznik Praw Lekarza	2 000,00	0,00	
Wydatki delegatur	10 000,00	0,00	10 000,00
Wydatki ogółem			
Wynik - dochód/strata	0,00	72 222,58	
Podatek dochodowy od osób prawnych			

KOSZTY 2022

Koszty działalności statutowej	1 081 700,00
Składki do NIL	275 000,00
Staż podyplomowy	22 700,00
Rejestr lekarzy i rejestr praktyk lekarskich	142 000,00
Posiedzenia Okręgowej Rady Lekarskiej	6 000,00
Posiedzenia Prezydium ORL	25 000,00
Komisja Bioetyczna	15 000,00
Seniorzy	8 000,00
Pozostałe Komisje problemowe	11 000,00
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej	98 000,00
Okręgowy Sąd Lekarski	110 000,00
Kształcenie podyplomowe	50 000,00
Nagrody za specjalizację i uzyskiwanie stopni naukowych	80 000,00
Fundusz Samopomocy	140 000,00
Sport, turystyka, kultura	17 000,00
Wydawanie Biuletynu Informacyjnego	72 000,00
Delegatury	10 000,00
Koszty pozostałej działalności	29 870,00
Obsługa ubezpieczeń OC	29 870,00
Koszty ogólnego zarządu	890 000,00
Koszty finansowe	63 300,00
Koszty ogółem	2 064 870,00

Koszty 2022 według rodzaju	2 001 570,00
I. Amortyzacja	100 640,00
II. Zużycie materiałów	42 000,00
III. Energia i media	150 000,00
IV. Usługi obce	338 000,00
V. Wynagrodzenia	716 000,00
VI. Świadczenia na rzecz pracowników	14 700,00
VII. Świadczenia na rzecz lekarzy	140 000,00
VIII. Ubezpieczenia społeczne i inne	110 000,00
IX. Podatki i opłaty	4 300,00
X. Podróże służbowe	58 500,00
XI. Pozostałe koszty	327 430,00

ELIMINACJA HCV W DOBIE PANDEMII COVID-19



Światowa Organizacja Zdrowia za jeden z kluczowych celów uznała eliminację do 2030 roku zakażeń HCV, czyli wirusa zapalenia wątroby typu C (hepatitis C virus). Już dziś wiadomo niestety, że ten cel raczej nie zostanie zrealizowany. Ani na świecie, ani w Polsce. Ochrona zdrowia zajęta jest walką z SARS-CoV-2, co powoduje, że w naszym kraju dla pacjentów z innymi chorobami brakuje czasu, personelu medycznego, łóżek i po prostu „mocy przerobowej”. Oddziały, a nawet całe szpitale zostały zamienione w tzw. covidowe.

Tymczasem problem HCV jest bardzo istotny. Szacuje się, że globalnie wirusem tym zakażonych jest około 170 milionów ludzi. W Polsce mówi się o około 150 tysiącach. Co gorsza, większość chorych nie zdaje sobie sprawy ze swojego statusu. Zakażenie HCV przebiega niezwykle podstępnie, bez jakichkolwiek charakterystycznych objawów, ale powoduje przewlekłe zapalenie wątroby, które nie boli, a jest bardzo groźne. Po latach doprowadza do włóknienia wątroby, a następnie marskości i HCC, czyli raka wątrobowokomórkowego (hepatocellular carcinoma).

Aby do tego nie dopuścić, konieczne jest wczesne rozpoznanie. Uwagę lekarzy powinna zwrócić szczególnie podwyższona aktywność transaminazy alaninowej lub małopłytkowość. Takim osobom warto zlecać badanie na obecność przeciwciał antyHCV. Jeżeli wyjdą dodatnie, należy skierować pacjenta do Poradni Chorób Za-

kaźnych, gdzie lekarz zleci badanie surowicy krwi na obecność HCV-RNA. W razie stwierdzenia obecności zakażenia, przeprowadzana jest jeszcze kwalifikacja do programu lekowego. Wykonuje się u chorego szereg badań biochemicznych krwi, jak również oceniających stopień uszkodzenia wątroby. Należą do nich m.in.:

- próby wątrobowe,
- elastografia wątroby oceniająca stopień włóknienia,
- wiremia HCV,
- genotyp,
- USG jamy brzusznej.

Konieczne trzeba także wykluczyć lub potwierdzić zakażenie HBV i HIV.

Następnie pacjent wpisywany jest na listę oczekujących do programu lekowego, jednak obecnie kolejki praktycznie nie ma dzięki finansowaniu programu przez NFZ.

Od kilku lat leczenie przyczynowe HCV polega na podawaniu preparatów doustnych. Są one proste w użyciu, skuteczne, dostępne i bezpłatne w ramach programu lekowego w Poradni Chorób Zakaźnych, a więc ambulatoryjnie. Kuracja trwa od 8 do 12 tygodni. Jest to ogromny przełom. Wcześniej dostępne były tylko iniekcje z interferonu stosowane przez 6, a nawet 12 miesięcy, a mimo to skuteczność terapii wynosiła zaledwie około 40-50%. Dziś sięga ona blisko 100%. Eliminacja wirusa z organizmu zwykle powoduje cofanie się włóknienia wątroby,

Objawy i wyniki badań, które powinny skłonić lekarza POZ lub innej specjalności do skierowania pacjenta na test w kierunku HCV

Manifestacje wątrobowe:

- **podwyższone aktywności aminotransferaz** (mogą być wczesnym sygnałem, ale należy pamiętać, że ponad połowa osób zakażonych ma prawidłowe wartości),
- **żółtaczka i hiperbilirubinemia** (pojawia się dopiero w zaawansowanej chorobie wątroby),
- **wodobrzusze** (pojawia się dopiero w zaawansowanej chorobie wątroby).



Manifestacje pozawątrobowe:

- **przewlekłe lub nawracające osłabienie,**
- **bóle stawów,**
- **polineuropatia obwodowa,**
- **glomerulopatia,**
- **chłoniak nieziarniczy z limfocytów B,**
- **małopłytkowość,**
- **autoimmunizacyjne zapalenie tarczycy,**
- **cukrzyca typu 2,**
- **plamica naczyńniowa,**
- **liszaj płaski,**
- **łuszczyca,**
- **rumień guzowaty,**
- **rumień wielopostaciowy,**
- **porfiria skórna późna.**



Prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak, Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

a także normalizację lub poprawę funkcji tego narządu. Jeżeli po 12 tygodniach od zakończenia terapii nie stwierdza się obecności HCV-RNA we krwi, uważa się pacjenta za wyleczonego. Podstawą jest jednak wczesne rozpoznanie. Jeśli pacjent trafia do lekarza chorób zakaźnych zbyt późno, jego stan może być już bardzo poważny.

Jako przykład późnego rozpoznania zakażenia HCV można podać 63-letniego mężczyznę, który trafił w ubiegłym roku do Oddziału Gastroenterologii z podejrzeniem guza wątroby celem dalszej diagnostyki. W trakcie hospitalizacji wykonano choremu wiele badań m.in. TK jamy brzusznej, gastroscopię, badania w kierunku HBV i HCV, oceniono funkcję wątroby. Ostatecznie okazało się, że pacjent jest zakażony HCV i na tym tle doszło do marskości wątroby z wytworzeniem guzków marskościowych oraz żyłaków przelyku. Ten chory ma dużą szansę na eliminację HCV z organizmu, ale marskość wątroby jest procesem nieodwracalnym. Będzie podlegał stałemu, ścisłemu monitorowaniu, bowiem u pacjentów z marską wątrobą zdecydowanie częściej rozwija się HCC.

Dlatego właśnie badanie na oznaczenie przeciwciał antyHCV należy zlecać każdemu, u którego istnieje podejrzenie tego zakażenia, a w szczególności:

- osobom, które miały przetaczaną krew przed 1992 rokiem,

- pacjentom, którzy byli kilkakrotnie hospitalizowani,
- tym, którzy używali lub używają narkotyków doużylnych,
- zakażonym HIV lub HBV,
- chorym u których stwierdza się podwyższone wartości transaminaz,
- pacjentom z rozpoznaniem jakiegokolwiek choroby wątroby,
- kobietom w ciąży,
- chorym z małopłytkowością,
- chorym z krieglobulinemią, która jest przykładem pozawątrobowej manifestacji HCV.

W Poradni Chorób Zakaźnych pacjent zostanie szybko wyleczony z HCV. Dostanie szansę na dłuższe, normalne życie. Innego sposobu na walkę z HCV nie ma, ponieważ mimo wieloletnich prób do tej pory nie zarejestrowano szczepionki przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu C.

Wiesława BŁUDZIN

Ordynator Oddziału Zakaźnego w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu,

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych

*Artykuł przygotowany we współpracy z Gilead Sciences Poland Sp. z o.o.
PL-UNB-0114 Data Przygotowania: 01/2022*

PLAN SZKOLEŃ (ONLINE) NA 2022 R. DLA LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW BĘDĄCYCH W TRAKCIE SPECJALIZACJI

Temat	Termin	Kierownik naukowy	Uczestnicy
Prawo medyczne	25-27.04.2022 r.	prof. dr hab. n.med. i n. o zdr. Teresa Kokot	lekarze, lekarze dentyści specjalizujący się według modułowych programów specjalizacji - wszystkich specjalności
Przetaczanie krwi i jej składników	11-12.05. 2022 r.	dr n.med. Iwona Rajca-Biernacka	lekarze, lekarze dentyści specjalizujący się według modułowych programów specjalizacji - wszystkich specjalności
Zdrowie publiczne	16-20.05.2022 r . Cz.1	prof. dr hab. n. med. i n.o zdr. Teresa Kokot	lekarze, lekarze dentyści specjalizujący się według modułowych programów specjalizacji - wszystkich specjalności
Orzecznictwo lekarskie	23-25.05.2022 r. Cz.2	prof. dr hab. n. med. i n.o zdr. Teresa Kokot	lekarze, lekarze dentyści specjalizujący się według modułowych programów specjalizacji - wszystkich specjalności
Ratownictwo medyczne	12-16.09.2022 r.	hab. dr hab. Krystyn Sosada	lekarze, lekarze dentyści specjalizujący się według modułowych programów specjalizacji - wszystkich specjalności
Onkologia kliniczna	październik 2022 r.	dr n. med. Barbara Radecka	lekarze realizujący moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych
Medycyna paliatywna	październik 2022 r.	lek. med. Anna Świercz	lekarze realizujący moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych
Alergologia	listopad 2022 r.	dr n. med. Janusz Zaryczański	lekarze realizujący moduł podstawowy w zakresie chorób wewnętrznych



Rekrutacja:

1. Lekarze posiadający Elektroniczną Kartę Specjalizacji zgłaszają się poprzez System Monitorowania Kształcenia (SMK).

2. Lekarze posiadający papierową Kartę Specjalizacji poprzez stronę internetową CMKP.

Szkolenie dla lekarzy dentystów „Komunikacja z pacjentem i zachęcenie do leczenia”

- Data: piątek 22.04.2022 r.
- Godzina: 10:00
- Czas trwania szkolenia: 4-5h
- Szkolenie poprowadzi: Pan Kamil Kuczewski.

- Miejsce: siedziba Opolskiej Izby Lekarskiej, ul. Grunwaldzka 23.
- Zapisy: Sekretariat Izby, tel. 77/454-59-39 lub mail: opole@hipokrates.org

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

NIEZWYKŁE LOSY WINCENTEGO KRASIŃSKIEGO, OJCA NASZEGO WIESZCZA NARODOWEGO ZYGmunTA KRASIŃSKIEGO



Obok Adama Mickiewicza i Juliusza Słowackiego, trzecim naszym wielkim wieszczem narodowym jest Zygmunt Krasiński (1812-1859), autor m.in. „Nieboskiej Komedii”.

Zygmunt Krasiński urodził się w roku 1812 w Paryżu, zmarł w roku 1859 - także w Paryżu. Po śmierci jego ciało przewieziono do rodowej Opiniogóry koło Ciechanowa na Mazurach (był drugim ordynatem opiniogórskim). Obecnie w Opiniogórze znajduje się Muzeum Romantyzmu.

Największy wpływ na twórczość Zygmunta Krasińskiego miał jego ojciec Wincenty, którego droga życia była niezwykle pogmatwana. Wincenty Krasiński (1795-1858) w okresie rządów Napoleona przystępuje do zwolenników Francji. Po przybyciu Napoleona do Warszawy zostaje członkiem sztabu cesarskiego, otrzymuje Krzyż Legii Honorowej i zostaje dowódcą uformowanego przez siebie I pułku szwoleżerów gwardii cesarskiej. W roku 1808 dowodzi pułkiem w Hiszpanii, gdzie jego szwoleżerowie wstawili się w słynnej szarży pod Samosierrą, chociaż sam Krasiński nie brał w niej udziału.

W roku 1811 Napoleon mianuje Wincentego Krasińskiego hrabią Cesarstwa Francuskiego i nadaje mu stopień generała brygady. Po odwrocie Napoleona spod Moskwy w 1812 r. pułk Krasińskiego powraca do Paryża, a Wincenty zostaje mianowany generałem dywizji. W roku 1814 Napoleon mianuje Wincentego Krasińskiego naczelnym wojsk polskich stacjonujących we Francji. Po abdykacji Napoleona w roku 1815 Krasiński przeprowadził większość wojsk z Francji do Polski.

W Królestwie Kongresowym Krasiński stał się zwolennikiem współpracy z Rosją i podporządkowania Polski carowi. Właśnie pod panowaniem cara Aleksandra I kontynuował karierę polityczną i wojskową, będąc nawet marszałkiem Sejmu Królestwa Polskiego. Za zasługi car odznaczył go orderem św. Włodzimierza. Wincenty

Krasiński nie wziął udziału w Powstaniu Listopadowym (1830), a po jego stłumieniu pełnił wysokie funkcje w administracji Królestwa Polskiego, będąc nawet namiestnikiem Królestwa.

Wincenty Krasiński zmarł w Warszawie w 1858 r. i został pochowany w Opiniogórze, w ufundowanej przez siebie kaplicy grobowej Krasińskich. Społeczeństwo zapamiętało jego antypolską postawę podczas Powstania Listopadowego. Jego pogrzeb spotkał się z bojkotem narodowym.

Jego syn Zygmunt przeżył ojca o trzy miesiące.

Prof. dr n. med. Janusz KUBICKI



Wincenty Krasiński

SLALOMEM MIĘDZY PIORUNAMI

VIII Narciarski Puchar Polski Lekarzy, Farmaceutów i Radców Prawnych odbył się w Szczyrku w dniach 11-13 lutego 2022 roku.

Zaczął się hucznie, bo gromami. Burza zatrzymała wyciąg, megafony ostrzegały: zostań w domu!, pioruny waliły, a trener Robert Zubek spokojnie wbijał w breję tyczki. Było ich czterdzieści albo i więcej: niebieskie, czerwone, ustawione na przemian i blisko siebie w te wszystkie przeloty, wertykale i łokcie.

Wyciągowy przekręcił wajchę, kolejka ruszyła i wytoczyliśmy się z restauracji prosto w ulewę. Woda odbijała się od kasków, strumienie ciekły po goglach, wlewały się za koszule i wsiąkały w biało-czerwone kombinezony z napisem Polskimed.

Rozsypaliśmy się na starcie. Jeden ostrzył krawędzie, drugi je tępił, ten cyklinował ślizgi, tamten natłuszczał, machały ręce, kiwały się głowy, rozciągały lędźwie. Trzeszczały skorupy butów, zgrzytały dopinane na ostatni ząb klamry, wyginały gardy i ochraniacze. Wreszcie drużyna zbrojnych w kije sportowców wtoczyła się do budki startowej. Wyścig zaczynał się na komendę: do startu, gotowi, hop!

Po kilku zjazdach na trasie slalomu wyżłobił się głęboki kanion. Zawodniczki i zawodnicy sunęli w nim jak wściekły potok, ocierali się o zbocza albo grzęźli w dnie. W meandrach, pętłach i zakolach koryta łatwo było zgubić nogi. Nikt jednak nie stracił ani głowy ani innej części ciała, chociaż kilkoro się wykoleiło.

Wygrali ci, co lubią bobsleje i łyżwiarstwo figurowe. Lekarka dentystka Dorota Sierpińska pojechała z gracją i wdziękiem, jakby tańczyła do muzyki Ennia Morricone. Wyprowadziła wszystkie sportsmenki i wszystkich sportsmenów!

Słońce to gigant, więc wtoczyło się na niebo, gdy na trasie FIS w Szczyrku rozstawiono gigant właśnie. I znów: prawo-lewo, prawo-lewo, wiraż, banan i po wybojach do mety. Najpierw ruszyły specjalistki reumatologii, ginekologii i interny, radczynie prawne i aptekarki, za nimi rzucili się na dzidę sędziowie, adwokaci, dentyści, chirurdzy twardzi i miękcy. Nie zabrakło widowiskowych piruetów i wyskoków. Mecenase Cezary Lipko pikował na mecie, jak pelikan kędzierzawy (*Pelecanus crispus*). Najlepszy czas zawodów wywalczyła podobna do Pocahontas Wiktorija Gibiec.

Nie samym sportem człowiek jednak żyje. W hotelu Meta odbyła się też konferencja naukowa. Fizjoterapeuta Maciej Biały tłumaczył, jak naciągać ścięgna, Łukasz Sajewicz zdradził, gdzie chomikować energię, a Dagmara Krzyżyńska podzieliła się plotkami z Zimowych Igrzysk Olimpijskich w Pekinie.

Na wieczornym bankiecie pojawił się sam prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Matyja. Profesor wygło-



„Złota” autorka na podium.

sił laudację ku czci organizatorów mistrzostw i kolejno ścisnął dłoń Mariuszowi Smolikowi, Piotrkowi Zagórskiemu i Adamowi Dyrdzie, po czym wręczył im tajemnicze szkarłatne pudełka. Adam Dyrda zwolnił haczyk i ostrożnie otworzył wieczko szkatułki. Wstrzymaliśmy oddech, coś błysnęło na aksamitnej poduszce... Polskich dziesięć złotych. Pamiątkową monetę wybito w setną rocznicę utworzenia w Polsce izb lekarskich.

Przystąpiono do ceremonii wręczania medali. I rozwiązał się wór z nagrodami. Mercedes Benz przesiadł się na hulajnogę, Viessmann rozdał ze dwie kopy kurtek i czapek, hurtownia leków - wino Brunello. Były też walizki, plecaki, łańcuchy (zimowe) i trumna (bagażnik samochodowy).

Nie wiem, jak przygotować zawody sportowe, skusić trenerów, policzyć tyczki, zaryglować wejście na stok narciarski, sprawnie rozdać bloczki na kielbasę z cebulką, policzyć sekundy – i ani razu się nie pomylić! I jakie poruszyć piekła, żeby na powitanie uderzył grom z jasnego nieba. Wiedzą to tylko organizatorzy SKIM&L – Mariusz Smolik, Adam Dyrda i Piotr Zagórski.

W Szczyrku udało mi się wywalczyć dwa złote medale: w slalomie i gigancie (w mojej kategorii wiekowej). Miesiąc później sześć kilometrów od granicy z Ukrainą odbyły się Mistrzostwa Polski Lekarzy w Narciarstwie Alpejskim. Miesiąc później świat stanął na głowie i sekundy dzielące złoto od srebra przestały mieć znaczenie. Opuściłam zawody.

Agnieszka KANIA

KONIEC EPIDEMII?

Mamy do czynienia z początkiem końca pandemii – ogłosił na początku lutego minister zdrowia Adam Niedzielski. Eksperci nie zostawili na tej wypowiedzi suchej nitki, mówiąc o myśleniu życzeniowym czy wręcz fantazji, z którą porównać można jedynie szarpanie tygrysa za wąsy. Wydaje się jednak, że minister, przynajmniej częściowo, ma rację. Jednocześnie nie mając jej wcale.

Paradoks? Nie większy niż ten, że Polska – mając jeden z gorszych wskaźników wyszczepialności w Europie – przez piątą falę przechodzi... Powiedzenie, że suchą stopą, byłoby potężnym nadużyciem, bo pod względem liczby zgonów covidowych w stosunku do wielkości populacji mieścimy się w szerokiej światowej czołówce, a w Europie jesteśmy jednym z niechlubnych liderów. Śmiertelność ogółem od początku 2022 r. jest niewiele mniejsza niż w analogicznym okresie 2021. Może więc inaczej: piąta fala nas nie zatopiła. Nie było armagedonu w szpitalach, system nie miał nawet czego wytrzymać, bo naporu pacjentów covidowych na SOR i izby przyjęć w zasadzie nie odnotowano. Zakażenia wywołane Omikronem rzeczywiście przebiegają (jest połowa lutego, fala jeszcze nie opadła do końca, ale można już postawić taką tezę) dużo łagodniej niż spowodowane Deltą. Nie wiadomo, czy COVID-19 wywołany tą mutacją nie pociągnie za sobą odległych skutków zdrowotnych, jak będzie przebiegać tzw. long-COVID-19, ale piąta fala nawet w części nie była dla systemu ochrony zdrowia tak wielkim wyzwaniem jak poprzednie.

To nie znaczy, że przeszła bokiem. W piątą falę weszliśmy z marszu, gdy czwarta jeszcze nie opadła do akceptowalnego poziomu. Szpitale pozostały zablokowane dla dużej części pacjentów niecovidowych i dopiero w połowie lutego rozpoczął się proces zmniejszania zasobów zmobilizowanych do walki z COVID-19.

Żegnamy, być może, piątą falę. Być może nawet – jak uważa wielu ekspertów, których głosu minister zdrowia nie chciał zresztą miesiącami nawet słyszeć – wkrótce pożegnamy pandemię, przynajmniej w Europie. SARS-CoV-2 jednak nie zniknie, a w Europie Środkowo-Wschodniej, która poziomem zaszczepienia odbiega od krajów Europy Zachodniej, może dawać się we znaki bardziej dotkliwie. Scenariusz, w którym COVID-19 staje się sezonową chorobą przede wszystkim wieku dziecięcego, jest w naszym przypadku tak samo prawdopodobny jak sezonowe, mniej lub bardziej lokalne epidemie, dotykające zwłaszcza słabiej zaszczepione populacje. Wnioski płynące z badań nad Omikronem powinny dawać do myślenia: zakażenie nim nie zapewnia odporności na

wcześniejsze warianty SARS-CoV-2. Czy da odporność na kolejne mutacje, które prędzej czy później się pojawią?

Dlaczego więc zapowiedzi ministra zdrowia brzmią fałszywie? Nie minister zdrowia ogłaszał pandemię, nie on będzie ogłaszać jej zakończenie – mówi część ekspertów. To powód formalny. Ale jest i powód materialny: minister zdrowia, premier, którykolwiek z przedstawicieli rządzącej większości nie ma i nie będzie mieć moralnego prawa do „kończenia pandemii”, a już na pewno nie do ogłaszania jakiegokolwiek sukcesu na tym polu. Zanim bowiem „pożegnamy pandemię”, musimy pożegnać zmarłych. Statystyki dla Polski są zatrważające. W czwartej fali notowaliśmy europejskie rekordy pod względem liczby zmarłych w stosunku do wielkości populacji, w piątej – mimo mniejszej zjadliwości wirusa i kilkakrotnie (lub nawet kilkunastokrotnie) mniej intensywnego testowania – utrzymuje się w Polsce wysoki poziom zgonów z powodu COVID-19. A przecież ludzie umierają nie tylko na tę chorobę. Analitycy zajmujący się pandemią już od kilku miesięcy podkreślają, że w związku z naszym ułomnym systemem testowania jedynym wiarygodnym wskaźnikiem rozmiarów pandemii oraz jej zdrowotnych (i demograficznych) skutków są i będą zgony nadmiarowe.

W połowie lutego Eurostat podał dane dotyczące nadmiarowych zgonów w grudniu 2021 r. Polska ze wskaźnikiem +69% zajmuje pierwsze miejsce w UE, w której średnia nadmiarowych zgonów wynosiła 23%. „Najmniejszy przyrost nadmiarowej śmiertelności odnotowano w Szwecji (+4%) oraz w Finlandii i Włoszech (+5%). Najgorzej sytuacja wygląda na Słowacji oraz w Polsce, gdzie tendencja wzrostu nadmiarowych zgonów utrzymała się odpowiednio na poziomie +60% oraz +69%.” – ogłosił Eurostat.

Danych za 2022 r. jeszcze nie ma, ale informacje płynące z urzędów stanu cywilnego pokazują, że w pierwszych sześciu tygodniach roku zmarło 63.285 osób, rok wcześniej w tym samym okresie – 63.812. Trudno mówić o zauważalnym spadku śmiertelności w tych dwóch pandemicznych latach. Dla porównania: w 2020 r. odnotowano w tym okresie 58.480 zgonów.

Wskaźniki nadmiernej umieralności kładą się potężnym cieniem na polskiej walce z pandemią, której to – walki, nie pandemii – praktycznie nie było. Jak na ironię, w ostatnich tygodniach ze skrzynki mailowej Michała Dworczyka, będącej nieocenioną krynicą wiedzy na temat mechanizmów polskiej polityki na przestrzeni kilku lat, wypłynęły fragmenty korespondencji dotyczącej początkowych miesięcy walki z pandemią. Opinia publiczna mogła się dowiedzieć, jak rząd – z osobistym

zaangażowaniem premiera Mateusza Morawieckiego – zamierzał wiosną 2020 r. przejmować od Szwecji seniorów z tamtejszych DPS. Powód? Doniesienia medialne, że nie są leczeni, jedynie otrzymują morfinę.

Szwedzi, którzy na początku pandemii swoje błędy popełnili, a potem się z nich rozliczyli, mają jeden z lepszych w UE wskaźników zaszczepienia populacji, w tym populacji seniorów. Zarówno w czwartej, jak i w piątej fali pandemii utrzymują wskaźniki zgonów z powodu COVID-19 na ekstremalnie niskim, jednym z najniższych w Europie, poziomie. Polska zajmuje 17. miejsce w świecie pod względem liczby zgonów z powodu COVID-19 w stosunku do wielkości populacji (choć to dane niepełne), Szwecja jest na miejscu 56.

Koniec pandemii, czy też koniec piątej fali, przyniesie – jak zapowiada minister zdrowia – znoszenie obostrzeń. – Myślę, że w marcu na pewno trzeba będzie podjąć decyzję, o tym, żeby restrykcje, które w tej chwili obowiązują, a które nie są aż tak bardzo przestrzegane (mówię o maseczkach, mówię o obowiązkowych limitach), trzeba po prostu znieść. Myślę, że jeżeli już będziemy widzieli, że liczba zakażeń oscyluje czy spada poniżej 10 tys., na pewno będę rekomendował panu premierowi taki ruch – mówił Adam Niedzielski 17 lutego, dowodząc – po raz kolejny – że na polu walki z pandemią rząd Zjednoczonej Prawicy przyjął strategię „imposybilizmu stosowanego”. Dysponując większością,

która może przeforsowywać dowolne przepisy podatkowe, deformować edukację, ochronę zdrowia, sądownictwo, jednocześnie nie ma woli, by przeprowadzać rozwiązania, które mogłyby (dowodzą tego przykłady innych krajów) chronić społeczeństwo przed wielkim wymieraniem.

Podstawowym środkiem zapobiegawczym są oczywiście szczepienia przeciw COVID-19. Polska z 58% odsetkiem zaszczepionych jest w UE bliżej końca niż średnia stawki (średni poziom dla UE wynosi niemal 72%!). Światowa Organizacja Zdrowia zwróciła się do rządów krajów Europy Wschodniej, by zwiększyły wysiłki na rzecz szczepień przeciw COVID-19. – Wzywam rządy i służby odpowiedzialne za zdrowie do przeanalizowania na poziomie lokalnym przyczyn mniejszego poziomu szczepień, braku ich akceptacji społecznej i, w oparciu o konkretne dane oraz kontekst, opracowania metod interwencji mających na celu pilne zwiększenie poziomu zaszczepień – oświadczył dyrektor WHO na Europę dr Hans Kluge. Na tle krajów Europy Wschodniej (WHO zalicza nas do tego regionu) Polska oczywiście prezentuje się stosunkowo nieźle, bo odsetek zaszczepionych w Bułgarii to niecałe 30 proc., a na Ukrainie – 34,5 proc. Pytanie, czy to dla Polski właściwy punkt odniesienia?

Małgorzata SOLECKA
(przedruk z „Pulsu” nr 3/22)

POWRÓT DO NORMALNOŚCI?!...

Wydaje się, że najbliższe tygodnie będą swego rodzaju próbą powrotu do normalności. Epidemia zdaje się odpuszczać. Czego nas nauczyła? Straciliśmy czy zyskaliśmy? Do czego też zobowiązuje powrót w normalne tryby pracy?

Czas epidemii stał się przede wszystkim sprawdzianem reagowania w sytuacjach trudnych, krytycznych. Niezwykle istotna była umiejętność oddzielania sfery faktów od emocji. Wyzwaniem stało się właśnie unikanie podejmowania decyzji na podstawie emocji. Decyzji medycznych i zarządczych.

Dwa lata ograniczonego działania ukazały, jak wiele wykonywanych w naszych szpitalach procedur medycznych było rzeczywiście niezbędnych. Zmiana sposobu funkcjonowania szpitala „w czasie zarazy” ukazała, jak duża część procedur mogłaby – po bardziej wnikliwym namyśle i modyfikacji organizacyjnej – być wykonywana albo w trybie ambulatoryjnym, albo krótkiej hospitalizacji. Bieżąca sytuacja odsłoniła więc – w pewnym sensie – rangę niezbędności poszczególnych naszych elementów działalności. Obrazem tego było wykorzystanie poszczególnych oddziałów i pracowni. Oczywiście nie można ukrywać, że w wielu obszarach powstał istotny dług zdrowotny, który będziemy odpracowywać w najbliższych latach.

Czas ten ukazał także, w jakiej mierze wysyceni jesteśmy kadrą medyczną. Jak bolesne są jej braki – skutki ułomności perspektywicznego spojrzenia i środowisko-

wych egoizmów ostatnich 30 lat. Taka była bowiem zapewne perspektywa wykluwania się paraliżu pielęgniarzkiego, ale także lekarskiego wielu specjalności.

Można wyrazić opinię, że być może lepiej byłyby przygotowane szpitale, w których działały kompetentne i prężne zespoły do spraw zakażeń. Miały one szanse rozwinąć swą działalność w kontekście choćby pojawiających się w przeszłości zwiększonych zachorowań na grypę czy innych zakażeń w sytuacjach niedoborów odporności. W szpitalu, którym mam zaszczyt współzarządzać, były to wyzwania związane chociażby z obecnością pacjentów hematologicznych czy pulmonologicznych. W ich przypadku zachowanie dobrej kontroli zakażeń bywa niezwykle trudne, a stawaliśmy też już w przeszłości przed ekstremalnymi wyzwaniami.

Obecne szpitalne wyzwania – nieustannie nas zaskakujące – ukazują, na kogo z personelu można liczyć w codziennej praktyce. Który z ordynatorów czy kierowników jednostek lub szeregowych pracowników rozwiązuje problemy, jest twórczy. A kto ucieka w ogóle od problemów czy też komplikuje rzeczywistość.

Ktoś się może zdziwić, jeśli stwierdzę, że szpitale zyskały na pandemii. To nie jest prowokacja, to stwierdzenie oparte na faktach. Generalnie stwierdzając: pracownicy służby zdrowia – jako branża – zyskali. Podobnie system opieki zdrowotnej, oczywiście pełen ograniczeń, nie załamał się i wyszedł – jak się wydaje – zwycięsko



z opresji. Proszę się nie buntować przy tym stwierdzeniu. Tak jest.

Z pandemii wyjdziemy w szpitalach na pewno niezwykle ubogaceni. Zadbamy na pewno lepiej o właściwe utrzymanie higieny, będziemy dokładniej myli ręce i unikali w codziennym postępowaniu ryzyka zakażenia. Nauczymy się merytorycznie uzasadnionego i racjonalnego używania środków ochrony osobistej. Bardziej precyzyjne będą także standardy postępowania w podobnych sytuacjach. I pewnie zmodyfikowana zostanie infrastruktura szpitali tak, by prowadzić skuteczną kontrolę zakażeń. Wspomnę chociażby o zapewnieniu – co jest wstydliwym polskim tematem – odpowiednich zabezpieczeń izolacyjnych na poszczególnych oddziałach czy też w skali każdego ze szpitali.

Pewnie powrócimy w tryby zwyczajnego działania, choć nie wiem, w jaki sposób przywrócona zostanie dydaktyka medyczna. W jakiej mierze będzie zmodyfikowana i przeniesie się do sfery on-line? Jak też będą wyglądały nasze sympozja i konferencje medyczne?

Egzamin w czasie epidemii jako medycy chyba zdałiśmy. Pozostaje teraz nieustanne pytanie, na ile można przenikać dobrą porządkującą myślą stare szpitalne mury, utrwalone w koleinach. Dobrze jest wykorzystywać jako narzędzia zdarzenie niepożądane, zgłaszane przez pacjentów skargi czy analizę zgonów – uczyć mogą one nas bardzo wiele.

Pamiętajmy, że istotą funkcjonowania szpitala jest opieka nad pacjentem, świadczona z optymalną jakością i bezpieczeństwem, ale także z tworzeniem środowiska przyjaznego dla pracowników, zwłaszcza z zachowaniem wspólnego – dojrzałego medycznie i ludzko – ducha. Z poszanowaniem godności lekarskiej. Zachowanie jej jest warunkiem dobrej służby świadczonej pacjentowi.

Czeka więc nas powrót do „normalności”. Koniec tymczasowości. Być może brak w tym pewnej radości. Oby to nie był koniec porywu wszystkich naszych sił i kompetencji.

Szczepan COFTA
(przedruk z Biuletyn WIL nr 3/22)

CZY JESTEŚMY SKAZANI NA CIĘŻKI PRZEBIEG COVID-19?

Z prof. dr hab. n. med. Olgą Haus – kierownikiem Katedry Genetyki Klinicznej Wydziału Lekarskiego CM UMK – rozmawia Magdalena Godlewska

W styczniu naukowcy z UM w Białymstoku poinformowali media o zidentyfikowaniu przez międzynarodowy zespół, którego byli członkami, wariantu genowego odpowiedzialnego za ryzyko ciężkiego przebiegu Covid-19, dodając, że jest on szczególnie częsty w populacji polskiej – do czego doszli już sami. A obecny na konferencji minister Niedzielski zapowiedział stworzenie do końca pierwszego półrocza testu, który pozwoli szybko wykryć, czy pacjent jest nosicielem niekorzystnego wariantu. To chyba w sumie dobre wiadomości?!

Tylko że odkrycie zwiększonej częstości występowania tego wariantu w polskiej populacji nie zostało opublikowane w żadnym czasopiśmie naukowym! Standardowo, jeżeli się dokonuje jakiegoś odkrycia, to w pierw trzeba je zweryfikować, publikując w uznanym periodyku, gdzie dany artykuł zostaje zrecenzowany przez co najmniej dwóch niezależnych recenzentów, a dopiero potem ogłasza się sukces. Tu natomiast wszystko było odwrotnie – czyli najpierw zrobiono sensację. Takie postępowanie nie zgadza się z rzetelnością i etyką naukową – dawanie ludziom fałszywej nadziei to najgorsze, co można zrobić. I to nie tylko moja opinia – to również stanowisko Komitetu Genetyki Człowieka, do którego należę, Komisji ds. Etyki w Nauce PAN oraz innych towarzystw i instytucji naukowych.

Odkrycia międzynarodowego zespołu badaczy dotyczące gorszego przebiegu COVID-19 u osób ze zidentyfikowanym wariantem – do których przyczyniło się wiele różnych konsorcjów, w tym POLCOVID Geno-

mika – są publikowane już od 2020 r. i nie ma w nich jeszcze wzmianki o większej częstości niekorzystnego wariantu genowego w populacji polskiej.

Prawdę mówiąc, to nie wiem, co mam myśleć, ale muszę wierzyć w rzetelność tych odkryć naukowych. Wierzę, że międzynarodowy zespół zidentyfikował wariant genu odpowiedzialny za ciężki przebieg Covid-19 i że – jak podają naukowcy białostoccy – w Polsce ludzi z tym wariantem może być o 5-6 stopni procentowych więcej niż w Europie. Jednak sposób podania odkryć do wiadomości powoduje, że traci się zaufanie do ludzi, którzy tak postępują.

Proszę opowiedzieć o tym genie – gdzie leży, za co odpowiada...

To gen o nazwie LZTFL1 – koduje składniki dopełniacza, leży na krótkim ramieniu chromosomu trzeciego i – tak jak geny sąsiadujące – u dużej części populacji świata pochodzi od Neandertalczyka, co dowodzi, że Neandertalczyki i nasi bezpośredni przodkowie krzyżowali się między sobą.

Wariant genu LZTFL1, który dwukrotnie zwiększa ryzyko ciężkiego przebiegu Covid-19, odpowiada za reakcję mobilizacji składników dopełniacza, czyli za wzmożenie reakcji immunologicznej, ale nadmierne, co nie jest korzystne – szalejąca burza cytokin może uszkadzać różne partie organizmu. Wariant ten, aktywując składniki dopełniacza, jednocześnie może powodować zwiększenie krzepnięcia krwi – a rozsiana zakrzepica płucna może być przysłowio- wym gwoździem do trumny pacjenta z COVID-19. Obecność tego wariantu genu LZTFL1 plasuje posiadacza pod względem ryzyka ciężkiego przebiegu choroby na 4 miejscu – za zaawansowanym wiekiem, nadwagą i płcią męską.

Utrzymywanie się nowego wariantu genu przez dłuższy czas może oznaczać, że stoi za tym jakiś cel biologiczny – czy nowo odkryta mutacja LZTFL1 mogła przetrwać z tego powodu?

Chodzi o tak zwaną selekcję środowiskową heterozygot albo inaczej nosicieli – ludzi, którzy nie są chorzy, ale mają jedną kopię genu prawidłową, drugą nie. Na naszych terenach takim przykładem jest bardzo częste nosicielstwo mukowiscydozy (mniej więcej 1 na 20–25 osób). Uważa się, że może być spowodowane tym, że dawniej bardzo rozpowszechnione były infekcje bakteriami jelitowymi, m.in. *Escherichia coli*, co powodowało zaburzenia żołądkowo-jelitowe, biegunkę i w wielu przypadkach odwodnienie, zwłaszcza u ludzi starszych i dzieci, często kończące się śmiercią. Natomiast w mukowiscydozie mutacja polega m.in. na tym, że komórki jak gdyby oszczędzają jony chloru i wodę. Więc dzieci, które miały w obu kopiach genu mutację – chorowały i umierały na mukowiscydozę, dzieci, które miały obie kopie genu prawidłowe – umierały z powodu odwodnienia organizmu, a dzieci, które były nosicielami, czyli posiadały jedną nieprawidłową kopię, nie chorowały na tę chorobę, a jednocześnie były wystarczająco chronione przed utratą wody z powodu zakażenia jelitowego – ilość wody, która uciekała z organizmu, była dużo mniejsza niż u zdrowych nienosicieli.

Z mutacją genu LZTFL1 oczywiście mogło być podobnie, ale jeszcze nie wiemy, jakie mogłyby być korzyści z posiadania tego wariantu.

Czy ten wariant genowy podnosi ryzyko ciężkiego przebiegu Covid-19 niezależnie od wariantu wirusa? Objawy różnią się przecież w zależności, czy zakażenie wywołała np. delta czy omikron...

Omikron u części osób ma słabsze działanie, ale u niektórych powoduje również komplikacje płucne. Nie oznacza to, że osoby, które nie miały tego typu objawów, nie przechodzą zakażenia omikronem ciężko. A powrót do pełnego zdrowia to czasem kwestia miesięcy. Śmiertelność jest mniejsza, ale jest.

Trudno mi powiedzieć, czy fakt, że omikron, który jest słabszym wirusem, w mniejszym stopniu atakuje płuca – wynika wyłącznie z jego charakteru. Natomiast czy wobec tego ciężkość przebiegu infekcji omikronem nie ma żadnego związku z genem LZTFL1? – nie jestem przekonana. Być może obecność niekorzystnego wariantu powoduje cięższy przebieg choroby, ale skala jest inna przy omikronie, a inna przy delcie.

Czy zgadza się Pani z tym, że – jak mówi wielu naukowców – na omikronie skończy się pandemia, a COVID-19 zamieni się w chorobę sezonową?

Osoby, które się na ten temat wypowiadają, znają się na genetyce, ale znają się też na epidemiologii – ja nie jestem epidemiologiem. Historia epidemii czy pandemii pokazuje, że nic tak naprawdę ich nie zwalczało – epidemie samoistnie się wyciszały. Czasami trwały kilka mie-

sięcy, czasami kilka lat, ale same się ograniczały, kiedy wszyscy przeszli chorobę – jeśli to dawało odporność.

W pewnym stopniu całkowita odporność jest niemożliwa. Przechorowanie grypy może dawać odporność na niecały rok, bo pojawiają się nowe warianty. Prawdopodobnie więc z omikronem lub jakimś następnym wariantem SARS-CoV-2 będziemy sobie żyć. On będzie mutował corocznie, infekcje będą corocznie zbierały żniwo, ale mniej obfite niż obecnie, i będzie trzeba się corocznie szczepić, dostosowując szczepionkę do wariantu, który akurat powstał. Czy tak będzie, czy nie – trudno powiedzieć.

Gdyby się ludzie szczepili nie trzeba by było liczyć, że epidemia wygaśnie, kiedy wszyscy ją przechorują. A to, że wszyscy przechorują, znaczy, że iluś z nas umrze. Przy delcie to był wysoki procent, teraz jest niższy, ale jeszcze niedawno było nawet do 400 zgonów dziennie. Od początku epidemii umarło w Polsce ponad 100 tys. osób! Może jesteśmy bardziej wrażliwi na koronawirusa, ale też na teorie spiskowe i na ograniczanie nam tego, co nazywamy swoją wolnością. Ale nie pamiętamy, że „wolność człowieka kończy się tam, gdzie zaczyna się wolność drugiego człowieka” (Alexis de Tocqueville). A ten drugi może być jeszcze bardziej wrażliwy na Covid-19 niż my.

Czy większy w Polsce niż w Europie procent osób z wadliwym wariantem genu LZTFL1 oznacza, że mimo wyższej śmiertelności nasz rząd niczego nie zaniebdał, że po prostu mamy pecha?

Może rozpowszechnienie tego wariantu przyczyniło się do wzrostu liczby zgonów, ale to nie znaczy, że rząd jest niewinny. Hipotetycznie wyższa – niezwyfikowana recenzowanymi badaniami naukowymi innych grup badawczych – częstość niekorzystnego wariantu w naszej populacji nie może służyć jako usprawiedliwienie olbrzymiej w Polsce częstości zgonów osób chorych na COVID-19. Jeżeli chodzi o leczenie zostało zrobione tyle błędów, że to po prostu jest skandal. W czasie wakacji był czas oddechu – wtedy trzeba było opracować system, zatroszczyć się o sprzęt, łóżka, personel medyczny, zatroszczyć się o to, żeby choroba nie przebiegała ciężko, żeby ludzie się szczepili. Ale teraz już nic nie trzeba, rząd ma usprawiedliwienie – to wina genu, nic nie zrobimy, trzeba się z tym pogodzić.

Prof. dr hab. n. med. Olga Haus – od 1997 r. kierownik Katedry Genetyki Klinicznej Wydziału Lekarskiego CM UMK, którą zorganizowała od podstaw, członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka (w kadencji 2018–2022 – przewodnicząca), współzałożycielka i przewodnicząca Sekcji Cytogenetyki Hematoonkologicznej PTGC od 2006 r., członek Komitetu Genetyki Medycznej i Patologii Molekularnej Wydziału Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk, członek m.in. Polskiego Towarzystwa Genetycznego, Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, przedstawicielka Polski w European Cytogeneticists Association (ECA) w kadencji 2006–2010. Współpracuje z organizacjami pozarządowymi zajmującymi się dziećmi z wrodzonymi zaburzeniami rozwoju



psychoruchowego oraz chorymi z wrodzonymi zespołami wiotkości tkanki łącznej (zespół Marfana, zespół Ehlersa-Danlosa). Specjalizuje się w genetyce hematologicznej

(wrodzone i nabyte zmiany genetyczne w nowotworach układu krwiotwórczego) oraz w genetyce klinicznej, głównie w zakresie ww. zespołów wiotkości tkanki łącznej.

ENDOKRYNOLOGICZNE I DIABETOLOGICZNE KOMPLIKACJE COVID-19

W cyklu artykułów „Pacjent po Covid-19” piszemy o problemach zdrowotnych jakie mogą się pojawić po przejściu zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Przedstawimy je z punktu widzenia specjalistów zajmujących się różnymi obszarami medycyny i nauk pokrewnych.

Internet zalewa falą różnej jakości informacji dotyczących zakażeń SARS-CoV-2 – nic zresztą dziwnego, mając na względzie fakt, że pandemia trwa w najlepsze i ponieważ żyje nią cały Świat. Wiemy od dawna, że COVID-19, oprócz mniej lub bardziej typowych objawów ostrych, niesie za sobą ryzyko przewlekłych komplikacji ze strony różnych narządów i układów – nie inaczej jest w przypadku tarczycy, przysadki czy nadnerczy, a zatem szeroko pojętego układu endokrynnego. Przyjrzyjmy się dziś opisywanym naukowo i znanym już endokrynologom możliwym konsekwencjom zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u dotychczas zdrowych osób, w oparciu o przegląd Giuseppe Lisco i wsp., opublikowany w Journal of Clinical Medicine.

COVID-19 jest wysoce transmisyjną chorobą zakaźną (zwłaszcza biorąc pod uwagę jeden z ostatnich wariantów wirusa SARS-CoV-2, tj. wariant omicron), w której to wirus działa na komórki za pośrednictwem receptorów ACE2 oraz TMPRSS2, obecnych między innymi w układzie oddechowym, ale też i w endokrynnym.

Przysadka i podwzgórze

Najczęściej opisywanymi dysfunkcjami hormonalnymi powstałymi w okresie do 3 miesięcy od zakażenia poprzednimi koronawirusami (np. SARS-CoV) były wtórne: niedoczynność kory nadnerczy i niedoczynność tarczycy, co potwierdzono w badaniach autopsyjnych. W przypadku SARS-CoV-2 brak nam jeszcze takich danych, ale wiemy, że sekwencje aminokwasowe wirusa wykazują homologię do pewnych fragmentów ACTH – cel takiej budowy wirusa jest prosty, chodzi bowiem o stłumienie odpowiedzi kortyzolowej gospodarza w reakcji na inwazję wirusa, ale może to być też mechanizm indukujący wtórną niedoczynność kory nadnerczy. To hipoteza trudna do potwierdzenia, mając na uwadze, że już na wczesnych etapach objawowego COVID-19 stosuje się leczenie z użyciem glikokortykosteroidów (np. budezonid wziewnie) – konieczne są zatem dalsze obserwacje. Autorzy przeglądu zaznaczają, że – jak niemal zawsze w przypadku leczenia z użyciem GKS (zwłaszcza w wyższych dawkach) – nie należy ich gwałtownie odstawiać.

Opisywane są też przypadki wystąpienia moczówki prostej centralnej po przechorowaniu COVID-19 (jako

następstwa encefalopatii na tle hipoksemicznego), tudzież moczówki prostej nerkowej (dotychczas opublikowane doniesienia dotyczyły sytuacji z nadmiernie długą ekspozycją na sedację sewofluranem u krytycznie chorych pacjentów po intubacji dotchawiczej).

Tarczycza

Przypadki schorzeń będących powikłaniami tarczycowymi COVID-19 są najlepiej udokumentowane. Niemal od początku pandemii wiemy, że zakażenie SARS-CoV-2 jest czynnikiem ryzyka choroby de Quervaina (podostre zapalenie tarczycy, typowo występujące w przeciągu kilku tygodni od infekcji wirusowej) oraz autoimmunologicznych zapaleń tarczycy (częściej choroby Hashimoto, nieco rzadziej choroby Graves’a-Basedowa). Ma to związek najpewniej z opisywaną przeze mnie w poprzednim numerze przy okazji cukrzycy teorią biernego obserwatora i mimikry molekularnej. Ponadto wirus SARS-CoV-2 może indukować tzw. „burzę cytokinową”, w trakcie której najczęściej dochodzi do pogorszenia stanu ogólnego pacjentów – przejawia się to zwiększeniem poziomu cytokin, m.in. IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-7, IL-8, IL-9, IL-10, IL-17, G-CSF, GM-CSF, IFN γ , TNF α , IP10, MCP1, MIP1A i MIP1B, z wtórnym wpływem na limfocyty T, B i NK – i choć nie wszystkie z tych cytokin stanowią problem wiążący się z możliwością rozwoju, progresji lub zahamowania remisji chorób autoimmunologicznych, część niestety tak.

Przytarczycze i gospodarka wapniowo-fosforanowa

Wapń odgrywa rolę w zakażeniu COVID-19, gdyż jest zaangażowany w transport i fuzję wirusa z błoną komórkową. Nie opisywano dotychczas, by COVID-19 wpływał negatywnie na przytarczycze, jednak infekcja u osoby z hipokalcemią na tle choroby endokrynologicznej najczęściej wiązała się z cięższym przebiegiem, większym ryzykiem niewydolności wielonarządowej i wyższą śmiertelnością.

Nadnercza

W przypadku infekcji poprzednim wirusem SARS-CoV w badaniach autopsyjnych stwierdzano zwyrodnienie i martwicę komórek kory nadnerczy. Ponieważ receptory ACE2 wykazują silną ekspresję w obrębie nadnerczy, uważa się, że konsekwencje infekcji COVID-19 mogą być podobne – dotychczas w niewielkiej liczbie prac opisywano zmiany naczyniowe sugerujące możliwość wystąpienia ostrego uszkodzenia tych narządów na tle ŻChZZ lub krwotoku do nadnerczy.

Gonady

Gonady męskie wykazują dużą podatność na uszkodzenie na skutek zakażenia wirusem SARS-CoV-2. W dotychczas opublikowanych badaniach azjatyckich dowiedziono, że przechorowanie COVID-19 może skutkować pogorszeniem jakości nasienia (w zależności od źródła: spadek liczby plemników nawet o 60%, kryptozoospermia i wysokie stężenie IL-8).

To oczywiście wybitnie skrócone podejście do zagadnienia endokrynologicznych powikłań COVID-19. Za interesowanych odsyłam do artykułu źródłowego (ew. nowszych przeglądów systematycznych i metaanaliz): doi: 10.3390/jcm10132920.

Szymon SUWAŁA
(przedruk z „Primum” nr 3/22)

COVID-19 W POŁĄCZENIU Z UDAREM MÓZGU OZNACZA MNIEJSZE SZANSE NA PRZEŻYCIE

U osób z udarem niedokrwiennym mózgu, do którego doszło w czasie infekcji COVID-19, ryzyko zgonu w ciągu doby wzrasta prawie trzykrotnie. Częściej dochodzi u nich do powikłań krwotocznych, a poza tym gorzej przebiega ich późniejsza rehabilitacja. Co więcej, tę grupę chorych wielokrotnie częściej dotyka udar żylny – to wnioski z analizy stanu zdrowia pacjentów Kliniki Neurologii z Pododdziałem Udarowym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu zakażonych SARS-CoV-2 i hospitalizowanych z powodu udaru. Badanie, w którym uczestniczyła Klinika, objęło ponad 15 tys. osób leczonych z powodu udaru w 139 ośrodkach w Europie i poza nią. Jego koordynatorem był ośrodek portugalski.

– Liderem badania jest pan profesor João Pedro Marto z Lizbony, natomiast w obrębie Polski sieć ośrodków organizowała pani profesor Anna Członkowska – wyjaśnia dr n. med. Marta Nowakowska-Kotas z Kliniki Neurologii USK, dolnośląski konsultant w dziedzinie neurologii.
Skąd tak kiepskie rokowania?

Czym tłumaczy się tak kiepskie rokowania u pacjentów, których jednocześnie dotknął COVID-19 i udar niedokrwienny mózgu? – Po części może to wynikać z ich późniejszego docierania do oddziału udarowego. Jednak te wyniki nie wpływają istotnie na nasze dotychczas wypracowane procedury. Możemy jednak apelować, by pacjenci z objawami deficytu neurologicznego (np. zaburzeniami mowy, opadnięciem kącika ust, osłabieniem siły kończyn) o nagłym początku, niezależnie od tego, czy chorują obecnie na COVID-19, czy też nie, czy są zaszczepieni, czy też nie, nie zwlekali ze zwracaniem się o pomoc. Rzecz bowiem w tym, że procedury stosowane w leczeniu udaru niedokrwiennego mózgu są tym skuteczniejsze, im wcześniej zastosowane – tłumaczy pani doktor.

Co istotne, infekcja pogarsza rokowania pacjentów z udarem niedokrwiennym mózgu nawet wtedy, gdy przechodzą oni COVID-19 bezobjawowo.

Wyniki badań wskazują też jednoznacznie, że udar częściej dotyczy jednocześnie wielu naczyń wewnątrzczaszkowych (jest bardziej rozległy), rośnie też ryzyko powikłań krwotocznych, co znacznie utrudnia leczenie takiego chorego. – Ujawnił się też kolejny problem: udar żylny, spo-

wodowany zakrzepicą żył i zatok wewnątrzczaszkowych, którego ryzyko przy COVID-19 rośnie nawet 100-krotnie – dodaje dr Nowakowska-Kotas. – Warto podkreślić te statystyki, zwłaszcza w kontekście obaw przed niektórymi szczepionkami. Jeśli po podaniu szczepionki ryzyko powstania zakrzepicy (przy czym mówimy o samej zakrzepicy, a nie o udarze) wzrasta dziesięciokrotnie, a w wyniku infekcji mamy 100 razy większe ryzyko, to sprawa jest bezdyskusyjna. Zakażenie koronawirusem jest wielokrotnie bardziej niebezpieczne dla zdrowia i życia niż rzadkie zdarzenia niepożądane po szczepionce. Dlatego nieustannie zachęcamy do szczepień wszystkich, którzy jeszcze tego nie zrobili – podkreśla neurolog z USK.

Nierówne szanse chorych

O ile sięgnięcie po szybką pomoc w dużym Wrocławiu jest stosunkowo proste, o tyle w mniejszych miejscowościach Dolnego Śląska zdarzają się z tym problemy. Jak sobie z tym poradzić? Dolnośląski konsultant wojewódzki w dziedzinie neurologii mówi, że Polskie Towarzystwo Neurologiczne wydało w 2019 r. wytyczne dotyczące tego, jak ma być zorganizowane leczenie pacjentów z udarem mózgu w fazie ostrej. Zakłada ono nadawanie pacjentom z objawami uszkodzenia układu nerwowego o nagłym początku najwyższego priorytetu. Europejskie Towarzystwo Udarowe (ESO – European Stroke Organisation) wyznaczyło cele na 2030 rok w postaci określenia przeciętnego czasu, jaki może mijać od przekroczenia przez pacjenta progu szpitala do rozpoczęcia procedur reperfuzyjnych (tzw. door-to-needle w przypadku reperfuzji lub door-to-groin w przypadku trombektomii) oraz minimalnego odsetka pacjentów z udarem niedokrwiennym mózgu, którzy na danym terytorium powinni zostać zakwalifikowani do tych procedur.

– Zdaję sobie sprawę, że nie we wszystkich rejonach województwa udało się spełnić te parametry, ale jest to stosunkowo nowa inicjatywa i dążymy do usprawnienia procedur we wszystkich szpitalach posiadających oddziały udarowe. Niewątpliwie jednak pacjenci, którzy korzystają z wezwania pogotowia ratunkowego, znacznie częściej uzyskują wyższy priorytet niż ci, którzy samodzielnie się zgłoszą do najbliższego SOR-u – stąd nieraz opóźnienia



w przypadku pacjentów ze stosunkowo niewielkimi objawami – mówi dr Nowakowska-Kotas.

Czy badania, w których uczestniczyli wrocławscy neurologi, będą miały ciąg dalszy? Jak się okazuje, na razie zakończono zbieranie danych. Teraz są one przygotowywane do publikacji. – Mijemy nadzieję, że ukarzą się niebawem w recenzowanym czasopiśmie – mówi pani doktor. – Jako ośrodek wrocławski mamy też nadzieję, że współpraca nie skończy się tylko na tym jednym badaniu.

SARS-CoV-2 a kłopoty ze snem

Okazuje się jednak, że COVID-19 jest sprawcą wielu innych kłopotów neurologicznych. – Trzeba zwrócić uwagę na takie zaburzenia, które się wyrażają głównie bólami głowy i utratą węchu. Zdarzają się też stany, które cechuje zmiana stanu mentalnego, np. skutek pojawienia się wylewu krwi do mózgu czy zapalenia mózgu, mogą się pojawić napady padaczkowe czy zespół Guillaina-Barrégo – mówi prof. dr hab. n. med. Andrzej Gładysz, specjalista chorób zakaźnych. – Dochodzi do uszkodzenia nerwów obwodowych, co w tym wypadku wyraża się osłabieniem siły mięśniowej.

Pan profesor podkreśla, że w fachowej prasie medycznej wiele jest doniesień o pocovidowych dolegliwościach związanych z kłopotami ze snem. Jak się okazuje, zaburzenia snu dotyczą aż 30% ozdrowieńców (pisze o tym „Journal of the Neurological Science”).

– To są poważne problemy, bo pojawiają się (ku zdziwieniu większości z nas) pół roku po przechorowaniu. Ktoś więc już zapomniał o covidzie, a tu ni stąd, ni zowąd pojawiają się objawy, które są jego odległym skutkiem. To się mieści w pojęciu długiego ogona COVID-19 – zaznacza prof. Gładysz. Jak dodaje, trzeba mieć świadomość, że są to rzeczy, których nie obserwuje się chociażby przy ciężkiej grypie, dlatego że wirus grypy nie wykazuje powinowactwa do centralnego układu nerwowego – tak, jak COVID-19, w efekcie którego uszkodzeniu ulegają drobne naczynia krwionośne. To z kolei powoduje niedokrwienia skąpoobjawowe lub nie od razu zauważalne, przejściowe. Jednak one przekładają się później na zakłócenia pewnych funkcji mózgu – w zależności od jego rejonu. Takie problemy mogą się pojawiać wiele miesięcy po przechorowaniu.

– Cieszą mnie badania prowadzone przez wrocławską Klinikę Neurologii. Gratuluję tych badań Klinice. Mam nadzieję, że w przyszłych badaniach nasi naukowcy zajmą się również oceną jakości nocnego wypoczynku osób, które chorują na COVID-19 lub go już przechorowały. Te kłopoty ze snem przekładają się bowiem na negatywne funkcjonowanie umysłu – na gorszą sprawność intelektualną – podkreśla znany zakaźnik. I dodaje, że czasopisma naukowe mówią o kilku rodzajach zaburzeń snu. Wymieniają przede wszystkim problemy z zasypianiem, z wybudzaniem się w nocy bez wyraźnego powodu i przede wszystkim z pogorszeniem się jakości snu oraz z nękającymi ludzi koszmarami sennymi. Niektórym zdarza się też nagle wybudzanie się i niekontrolowanie

swoich zachowań, polegające na czymś w rodzaju lunatykowania. To, jak zaznacza profesor, może być niebezpieczne dla takiej osoby.

Narkolepsja i katalepsja

Kolejnym problemem neurologicznym, opisywanym w światowej prasie medycznej, są porażenia przysenne, a więc paraliż senny mięśni przy całkowitym zachowaniu świadomości. – Polega to na tym, że jesteśmy świadomi, a nie możemy się poruszać, nie mamy wpływu na swoje ciało. To jest koszmarnie, bo człowiek zastanawia się, co się stało. Czuje się tak, jakby doznał udaru – wyłącza się cały system kontroli mózgu nad ciałem – tłumaczy prof. Andrzej Gładysz. – Zaobserwowano też przypadki narkolepsji, a więc nadmiernej senności w ciągu dnia. Mam 2–3 znajomych, którzy w tej sprawie radzili się mnie, pytając, czy to się może łączyć z covidem. Oczywiście, że tak, bo nie mieli żadnych innych dolegliwości, a są to młodzi ludzie. To pojawiło się u nich po przechorowaniu potwierdzonym testem PCR – mówi zakaźnik.

Może się też pojawiać coś takiego jak senność napadowa w ciągu dnia. Wyobraźmy sobie więc, że ktoś prowadzi samochód i nagle doznaje takiego napadu. Opisywane są także stany nagłej utraty napięcia mięśniowego w trakcie aktywności dziennej. To tzw. katalepsja.

Jak się to przełoży na leczenie?

– Wszyscy badacze zastrzegają, że cała sprawa wymaga dalszych wnikliwych obserwacji i szerokich badań. Lekarze muszą sobie uświadamiać, że takie objawy mogą się pojawiać – trzeba się zastanowić nad ich przyczyną – mówi prof. Gładysz. – To, o czym wspomniałem, jest dowodem na to, że jeśli dziwne objawy utrzymują się zbyt długo i pojawiły się problemy neurologiczne, to trzeba szukać pomocy u lekarzy.

Jak dodaje, już wiadomo, że koronawirus ma powinowactwo z komórkami nerwowymi – może infekować same neurony, glej mózgowy, a przede wszystkim śródbłonek naczyń krwionośnych i limfatycznych, co nie tylko przekłada się na działanie w samym mózgu, ale jeśli mamy takie uszkodzenia w organizmie, mogą się pojawić problemy z ukrwieniem mózgowia. Więcej, pojawia się wpływ na barierę krew-mózg. Ta chroni mózg przed inwazją różnych patogenów, bo ten filtr naczyniowy nie przepuszcza ich. – A jeśli wirus uszkadza tę barierę, mogą się pojawiać miejscowe przecieki, w związku z tym to ochronne działanie bariery krew-mózg ulega upośledzeniu, co stanowi poważny problem. Z punktu widzenia medycznego to może być przyczyną rozszerzenia się infekcji na rdzeń kręgowy czy mózg – podkreśla pan profesor. – Na całe szczęście do tej pory nie mamy opisów koronawirusowych zapaleń mózgu czy rdzenia kręgowego, ale tego nie można wykluczyć. To wszystko jest już w tej chwili uznawane za wielce prawdopodobne pod względem patomechanicznym, a wynika z rozumienia mechanizmu przebiegu zakażenia.

Co więcej, nie można też wykluczyć (coraz poważniej bierze się to pod uwagę), że kiedy nie zapanujemy w porę

nad burzą cytokinową u pacjenta, bo np. jest leczony domowo i akurat nieco przetrzymał coś takiego, wtedy może to przełożyć się na to, że własne komórki układu odpornościowego staną się przeciwnikiem własnego organizmu, a więc w sposób autoimmunologiczny mogą uszkodzić centralny układ nerwowy. Musimy się z tym liczyć.

Znakomity wrocławski zakaźnik zwraca też uwagę na fakt, że podczas trwania ostrej infekcji, u wielu chorych (i ozdowieńców) obserwuje się też nietolerancję wysiłku fizycznego czy dysautonomię – to jest uszkodzenie nerwów autonomicznego układu nerwowego. – To bardzo ważne, bo ten układ komunikuje przecież mózg z całym organizmem, np. sercem, naczyniami krwionośnymi, gruczołami potowymi. Takie napady pocenia nocnego czy zaburzenia pracy serca przekładają się następnie na niedotlenienie mózgu i, co najgorsze, układ autonomiczny niejako traci kontrolę nad tym wszystkim. Wtedy mogą pojawić się zaburzenia w funkcjonowaniu całego orga-

nizmu – wyjaśnia profesor. Na całe szczęście na razie nie ma na ten temat jakichś jednoznacznych, licznych doniesień. Ale – jak podkreśla – już się to bierze pod uwagę.

Autorzy wielu artykułów naukowych podkreślają, że pacjentów pocovidowych trzeba będzie obserwować znacznie dłużej niż do tej pory, bo u części takich osób stwierdza się poważne zaburzenia zdolności poznawczych i psychiczne, których dotąd w takiej liczbie psychiatrzy nie rejestrowali. – Jeśli przyjmujemy hipotezę, że COVID-19 przejdzie w fazę endemiczną, będziemy mieć sezonowe wysiewy tego wirusa. Musimy w związku z tym brać pod uwagę, że mogą się pojawiać bardzo wysublimowane przypadki powikłań, takie medyczne „rarytasy”, a więc bardzo złożone objawowo i klinicznie – zapowiada prof. Andrzej Gładysz.

Agata GRZELIŃSKA
materiały prasowe USK
(przedruk z „Medium” nr 3/22)

NA STARE PROBLEMY NOWA KONSTYTUCJA DLA ZDROWIA?

30 grudnia 2021 r. minister zdrowia przedstawił do publicznej konsultacji projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa, zwany potocznie konstytucją dla zdrowia. Nowa regulacja wraz z uzasadnieniem to 152 strony. Nie sposób do tak obszernego dokumentu odnieść się w krótkim artykule, a co istotniejsze – pokusić się o głębszą analizę. Jest to projekt, którego szczegółowe postanowienia w toku prac parlamentarnych mogą ulec modyfikacji. Poniżej krótkie odniesienie się do ww. projektu, który dla większości naszych koleżanek i kolegów pracujących poza systemem szpitalnym w codziennej pracy nie ma większego znaczenia praktycznego, a na pracujących w szpitalach może mieć wpływ pośredni.

Co zatem było podstawą powstania projektu? Czy nam, szpitalnikom, pomoże?

Diagnoza zawarta w punkcie I uzasadnienia Potrzeba i cel projektu ustawy wskazuje w aktualnym systemie ochrony zdrowia kilka podstawowych problemów:

- hamująca rozwój szpitali pogarszająca się ich sytuacja finansowa (w uzasadnieniu projektu czytamy – zobowiązania wymagalne podmiotów oraz zobowiązania na spłatę kredytów i pożyczek na koniec I kwartału 2021 r., czyli drugiego roku pandemii, wyniosły 9,1 mld zł);

- istniejąca konkurencja pomiędzy szpitalami działającymi na tym samym terenie z powodu m.in.: różnych podmiotów tworzących, utrzymywania w sposób ciągły podwyższonej gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych (ciągle dyskutowany problem nieformalnego dzisiaj dzielenia na danym terenie ostrych dyżurów pomiędzy poszczególnymi podmiotami czy też opcja druga – wszystkie podmioty pracują w tzw. ostrym dyżurze w sposób ciągły);

- ograniczenie katalogu źródeł finansowania dla SP ZOZ w świetle wyroku TK z 20 listopada 2019 r. – sygn.

akt K 4/17 (wspomnieć należy, że obowiązek pokrywania straty netto SP ZOZ przez jednostkę samorządu terytorialnego, która jest podmiotem tworzącym dla tegoż SPZOZ, jest niezgodny z konstytucją);

- brak skoordynowanych działań zarządczych w sytuacji kryzysu (różne podmioty tworzące), brak koordynacji opieki nad pacjentem na danym terenie (koleżanki i koledzy pracujący w zawodzie długo pamiętają, że tę funkcję spełniały kiedyś ZOZ-y mające w swoich strukturach poradnie i szpital działający w danym rejonie zaopatrzenia).

To tyle o przyczynach powstania, a co mamy w projekcie konstytucji dla zdrowia?

Po pierwsze zostanie powołany nowy podmiot na rynku zarządzania szpitalami o nazwie Agencja Rozwoju Szpitali (Agencja). Agencja nie zastępuje podmiotów tworzących SP ZOZ-y takich jak: minister, samorząd, uczelnia. Głównym zadaniem Agencji ma być wsparcie w zarządzaniu, wspomaganie wymienionych powyżej podmiotów tworzących w zarządzaniu podmiotem leczniczym (nazwanym w projekcie podmiotem szpitalnym). Projekt ustawy określa zadania, warunki powstania i organizacji Agencji. Ta część jest mniej interesująca dla nas, pracowników ochrony zdrowia, gdyż szczegółowo określa poszczególne kroki w organizacji Agencji.

Po drugie ustawa wprowadza 4 kategorie podmiotów szpitalnych: A, B, C, D. Podstawą przyznania podmiotowi szpitalnemu jednej z kategorii są obliczone dla tego podmiotu wskaźniki ekonomiczno-finansowe. Najkrócej ujmując: w kategorii A znajdują się najlepsze szpitale pod względem parametrów finansowych, a w kategorii D szpitale najgorsze pod tymi względami. Temu tematowi poświęcę więcej uwagi.





A, B, C, D – o co w tym chodzi? Czy już nie będzie podziału na szpitale specjalistyczne, wielospecjalistyczne?

Rozdział 4 projektu ustawy traktuje o kategoriach i kryteriach oceny podmiotu szpitalnego. Wszystkie podmioty szpitalne podlegać będą co 3 lata obowiązkowej ocenie przez Agencję. Pierwszym wiążącym terminem będzie rok 2023. Zatwierdzone i przekazane do Agencji w terminie 15 dni od zatwierdzenia sprawozdanie finansowe podmiotu szpitalnego stanowić będzie bazę dokonania oceny i kategoryzacji podmiotu szpitalnego. W Art. 25 projektu wyszczególnia się powyżej wymienione 4 kategorie podmiotów szpitalnych:

Kategoria A – to the beściak i jego podmiot tworzący też – podmiot w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej. Aby podmiot szpitalny został zaliczony do kategorii A musi spełnić łącznie warunki:

- wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość większą niż 0,0% (tłumacząc na nasze – szpital ma wynik dodatni);
- wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość większą niż 1,00 (tłumacząc na nasze – szpital ma fizycznie na koncie sporą gotówkę);
- wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 0,2% (tłumacząc na nasze – szpital ma do zapłacenia mały stos faktur po terminie płatności, nie więcej niż 0,2% przychodów ze wszystkich źródeł, czyli de facto głównie z NFZ, a najlepiej jak ma wszystkie faktury zapłacone w terminie);
- wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość mniejszą niż 30,0%.

Być zaliczonym do kategorii A jest trudne. W projekcie ustawy nie ma w tych kryteriach słowa o nierozliczonych nadwykonaniach przez NFZ, których nierozliczenie w terminie do zamknięcia sprawozdania finansowego wpływa na obniżenie wskaźników. Przypomnę, że w przeszłości wiele podmiotów toczyło długotrwałe procesy z płatnikiem o sfinansowanie nadwykonań, w tym także procedur ratujących życie i nielimitowanych, co powodowało brak gotówki na koncie placówki i rodziło powstawanie zobowiązań wymagalnych.

Kategoria B – to podmiot szpitalny, które nie kwalifikuje się do kategorii A lub C lub D, czyli nie ma w tym przypadku za dużo do myślenia. Podmiot nie pasuje do innych kategorii więc łąduje w grupie B – to akurat prosta definicja. Kategoria B to prawie the beściak, a prawie robi różnicę – o tym jaką – w dalszej części.

Kategoria C – to podmiot szpitalny, który nie został zakwalifikowany do kategorii D oraz spełnia łącznie następujące warunki:

- wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż – 2,0%,
- wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,70 lub
- wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 5% i jednocześnie mniejszą lub równą 15%.

Kategoria D, czyli to, co najgorsze – podmiot spełniający łącznie następujące warunki:

wskaźnik rentowności działalności operacyjnej przyjmuje wartość mniejszą niż – 5,0%, (tłumacząc na nasze – w danym roku podmiot szpitalny wygenerował stratę powyżej – 5% np. – 6%);

- wskaźnik płynności szybkiej przyjmuje wartość mniejszą niż 0,35,
- wskaźnik zobowiązań ogółem do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 50% lub
- wskaźnik zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem przyjmuje wartość większą niż 15%...

Dobrze, że już zakwalifikowaliśmy mozolnie podmiot szpitalny do jednej z kategorii, przyszedł czas na konsekwencje tej kwalifikacji dla podmiotu szpitalnego.

Spróbujmy znaleźć w tej układance swój podmiot szpitalny.

Konsekwencje kategoryzacji dla szpitala

Po doręczeniu do podmiotu tworzącego i podmiotu szpitalnego postanowienia o przyznaniu podmiotowi szpitalnemu określonej kategorii pojawiają się obowiązki dla podmiotu. Podmiot szpitalny zakwalifikowany do kategorii A obowiązkowo tworzy plan rozwojowy, w którym – oprócz przedstawienia analizy finansowo-ekonomicznej oraz oceny regionalnych potrzeb zdrowotnych – może wystąpić do Agencji o środki wsparcia finansowego wraz z uzasadnieniem (podobnie jak podmiot kategorii B). To ważny punkt – pokazujący nową drogę pozyskania funduszy na rozwój. Nawet the beściak coś pisze i może ubiegać się o wsparcie na rozwój.

Podmiot szpitalny zakwalifikowany do kategorii B tworzy plan rozwojowy (minister właściwy dla zdrowia określi w rozporządzeniu wzór planu rozwojowego), który zawiera działania optymalizujące, ale – w odróżnieniu od kategorii A – na wniosek podmiotu szpitalnego, prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe. Plan rozwojowy podmiot szpitalny przekazuje do prezesa NFZ, który z kolei może wnieść uwagi dotyczące dostosowania planu do regionalnych potrzeb zdrowotnych. Plan wraz ze stanowiskiem prezesa NFZ podmiot szpitalny w terminie 3 miesięcy przekazuje do Agencji, jest on publikowany na stronie Agencji – jest dokumentem jawnym. Pytanie, czy dobry pomysł rozwojowy nie zostanie po opublikowaniu skopiowany przez sąsiadujący podmiot szpitalny?! Czy w praktyce powstanie mechanizm blokujący rozwój 2 sąsiadujących podmiotów w jednym mieście lub w powiecie o tym samym zakresie – np. projekt powstania oddziału o tym samym profilu? Płatnik monopolistyczny wielokrotnie w przeszłości do brze wyceniał niektóre zakresy, a inne pozostawiał niedoszacowane, i nie byłoby nic dziwnego, gdyby wszystkie podmioty chciały u siebie operować np. zaćmę, a zamykać np. chirurgię ogólną, która jest niedoszacowana.

Inaczej wygląda postępowanie w przypadku przyznania podmiotowi szpitalnemu kategorii C lub D. Wobec podmiotu z kategorii C – prezes Agencji wszczyna postępowanie

naprawczo-rozwojowe. Podmiot szpitalny, któremu przyznano kategorię D, jest podmiotem wymagającym pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych. W tym przypadku prezes Agencji ma prawo powoływania i odwoływania kierownika tego podmiotu. Procesy naprawczo-rozwojowe odbywają się przy udziale nadzorcy dla SP ZOZ-ów i zarządcy dla szpitali prowadzonych przez spółkę prawa handlowego. Podmiot tej kategorii po opracowaniu planu naprawczego będzie mógł liczyć na wsparcie finansowe, by możliwa była kontynuacja działalności bez obciążeń finansowych. W ramach swojego budżetu Agencja będzie mogła udzielać podmiotom szpitalnym pożyczek z możliwością częściowego umorzenia, finansowania bezzwrotnego oraz stosować instrumenty poręczenia. Ostatni po restrukturyzacji mogą być pierwszymi, czyli po latach procesów naprawczych możliwym będzie przejście z kategorii D do A. Podobne projekty restrukturyzacyjne były

realizowane w przeszłości i pozwalały po przeprowadzonej restrukturyzacji umorzyć część zobowiązań publiczno-prawnych, a także zaciągniętych pożyczek na oddłużenie. Na stronie 149 projektu ustawy podany jest budżet Agencji na pomoc szpitalom i tak w roku 2023 to 100 milionów (niezbyt dużo, ale według kalendarza formalnego to zatwierdzone plany naprawcze będą mniej więcej na koniec 3 kwartału 2023 – nie będzie to rok wydatkowy Agencji), natomiast w roku 2024 to już 1,2 miliarda. SIC!

Kto opracuje plan naprawczy dla kategorii C, D? Kto może być nadzorcą? Jakie ma uprawnienia? Jakie wymagania kompetencyjne dla kandydata na nadzorcę przewiduje projekt? O tym w następnym odcinku. Dobranoc Państwu...

Marek LEWANDOWSKI

O autorze: dr n. med. Marek Lewandowski jest dyrektorem SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy, członek ORL BIL (przedruk z „Primum” nr 3/22)

STYL ŻYCIA NA RECEPTĘ

Badania epidemiologiczne nie pozostawiają złudzeń – to nie geny, a styl życia w największym stopniu odpowiada nie tylko za stan naszego zdrowia, ale także za jakość życia.

Czy w dobie zabiegów chirurgicznych z wykorzystaniem robotów i terapii genetycznych jest w medycynie jeszcze miejsce na zalecenia odnośnie stylu życia? A może to właśnie ostatni moment, by powrócić do źródła i unikając nadmiernej medykalizacji zaangażować pacjenta do walki o własne zdrowie?

Poważna gałąź medycyny czy „altmed”?

Medycyna stylu życia (ang. lifestyle medicine) to dziedzina medycyny, która opierając się na dowodach naukowych, wykorzystuje kompleksowe zmiany codziennych nawyków w celu zapobiegania chorobom, odwracania ich skutków oraz wspierania procesu leczenia. Aktywność fizyczna, dieta, sen, relacje społeczne, stres i używki to główne obszary promowanej zmiany. Choć codzienne dbanie o zdrowe nawyki to trzon najstarszych odmian medycyny, takich jak Tradycyjna Medycyna Chińska czy Ajurweda, z biegiem lat oraz rozwojem farmakoterapii i technik zabiegowych, interwencje oparte na zaangażowaniu pacjenta w dbanie o własny dobrostan zaczęły ustępować miejsca wygodniejszym i często (choć nie zawsze!) skuteczniejszym tabletkom i zabiegom.

W aktualnym rozumieniu pojęcie medycyny stylu życia pojawiło się w piśmiennictwie pod koniec lat osiemdziesiątych XX w. i od tego czasu dziedzina ta zaczęła stopniowo zdobywać popularność. W kolejnych latach na całym świecie zaczęły pojawiać się kolejne publikacje, podręczniki i towarzystwa naukowe, m.in. American College of Lifestyle Medicine (ACLM) i The European Lifestyle Medicine Organization. Stopniowo medycyna stylu życia zaczęła także gościć w aulach uniwersytetów, stając się elementem kształcenia studentów niektó-

rych uczelni medycznych w takich państwach, jak m.in. Litwa, Stany Zjednoczone i Wielka Brytania.

W Polsce medycyna stylu życia zawitała na dobre w roku 2018 – wtedy bowiem wydany został pierwszy polski podręcznik „Medycyna Stylu Życia” (pod redakcją prof. Artura Mamcarza, wyd. PZWL) oraz utworzono Polskie Towarzystwo Medycyny Stylu Życia z siedzibą w Warszawie. Dziedzina zaczęła także prężnie rozwijać się na polu akademickim, wykorzystując koła naukowe na uczelniach.

Niebieskie strefy i kolorowy talerz

Blue zones (z ang. niebieskie strefy) to miejsca na świecie, w których mieszkańcy wyróżniają się szczególnie długim życiem w sprawności i poczuciu subiektywnego szczęścia. Co wyróżnia te regiony? Naukowcy wyszczególnili dziewięć wspólnych dla nich elementów – codzienna naturalna porcja ruchu, poczucie celu w życiu, umiejętność zarządzania stresem, nieprzejadanie się, dieta oparta na warzywach i strączkach, umiarkowane spożycie alkoholu, przynależność do grupy wyznającej podobne wartości, skoncentrowanie na relacjach z bliskimi i otaczanie się ludźmi dbającymi o zdrowe nawyki. Zamiast pakować walizki z zamiarem przeprowadzki na Sycylię licząc, że ten prosty zabieg pozwoli nam w dobrym zdrowiu dożyć setki, możemy spróbować przełożyć wnioski z tej lekcji na rodzimy (choć na pewno mniej słoneczny) grunt.

Stwierdzenia, że żyjąc zdrowo, możemy skutecznie zapobiegać wielu chorobom, raczej nikt już nie kwestionuje. Ale leczyć je? Okazuje się, że i w tym zakresie dowodów jest coraz więcej! Badania wskazują, że regularna aktywność fizyczna może być skuteczniejsza niż PCI w odwracaniu stabilnej choroby wieńcowej (Hembrecht et al., 2004), a wraz z dużym spożyciem owoców i warzyw prowadzi do redukcji śmiertelności u kobiet po leczeniu raka piersi (J. Pierce et al., 2008). Interwencje dietetyczne mogą reduko-

wać zaburzenia lipidowe ze skutecznością porównywalną do stosowania statyn (Portfolio Diet, 2011), prowadzić do normalizacji funkcji komórek beta trzustki w cukrzycy typu 2 (Lim et al., 2011; DiRECT Trial, 2018). Modyfikacje z zakresu stylu życia wpływają też na redukcję objawów depresyjnych (SMILES Trial, 2017), znacząco zmniejszają ryzyko sercowo-naczyniowe (Lyon Diet Heart Study, 2001; Esselstyn Diet for CAD, 2017; Ornish Lifestyle Heart Trial, 1998), a nawet mogą wpływać na ekspresję genów w komórkach raka prostaty (D. Ornish et al., 2008).

I choć wdawanie się z pacjentem w skomplikowane niuansy proponowanych interwencji rzeczywiście może wydawać się nadmiernie czasochłonne, to wręczenie podstawowych zaleceń żywieniowych do zapoznania się z nimi w domu (jak choćby bardzo dobrze opracowane materiały edukacyjne z Narodowego Instytutu Edukacji Żywnościowej dostępne na stronie <http://ncez.pzh.gov.pl/>) w zasadzie nie przedłuża czasu wizyty, a zachęca pacjenta do aktywnego wzięcia odpowiedzialności za swoje zdrowie.

Jak żyć, panie doktorze?

Nasuwa się jednak pytanie, czy w rzeczywistości lekarze mają odpowiednie kompetencje, by doradzać pacjentom odnośnie do modyfikacji stylu życia i przeprowadzać ich przez proces zmiany, a także wspierać w podejmowanych próbach. W aktualnym systemie kształcenia młodych medyków zajęcia wprowadzające zasady prawidłowej diety, aktywności fizycznej czy higieny snu stanowią raptem kilka godzin w całym kilkuletnim kształceniu. W praktyce lekarze często czerpią wiedzę dotyczącą szeroko pojętego lifestyle'u i zdrowego stylu życia z tego samego źródła, co ich pacjenci – z kolorowych magazynów, popularnych portali internetowych, celebryckich profili w mediach społecznościowych czy programów śniadaniowych. Ciężko zatem oczekiwać, że będą promowali wśród pacjentów racjonalne, oparte na evidence-based medicine interwencje w ramach medycyny stylu życia. Choć poszczególne towarzystwa naukowe w wydawanych przez siebie rekomendacjach odnośnie do leczenia konkretnych jednostek chorobowych formują zwykle zwarte zalecenia obejmujące zmianę nawyków, to jednak nie mają one najczęściej praktycznego zastosowania. Kto bowiem wie, co tak naprawdę oznacza zalecana w nadciśnieniu „redukcja spożycia sodu poniżej 3 g na dobę”? Nasz statystyczny pacjent zwykle nie ma o tym pojęcia i najczęściej od razu zakrzyknie, że on „przecież wcale nie soli!”, choć regularnie przekracza zalecane normy spożycia sodu, codziennie nakładając na talerz przetworzone produkty. Odpowiedzią na ten problem są studenckie koła naukowe oraz fakultety medycyny stylu życia powstające na kolejnych uniwersytetach, dające studentom możliwość zapoznania się chociaż z podstawowymi zagadnieniami z tego zakresu. Istnieje także program certyfikacji umożliwiający lekarzom i innym specjalistom ochrony zdrowia zdobycie praktycznej wiedzy w temacie profilaktyki chorób cywilizacyjnych i podejście do egzaminu, którego zdanie umo-

liwia poświadczenie swoich umiejętności międzynarodowym certyfikatem. To wiedza i narzędzia, które przydają się nie tylko w gabinecie lekarskim, ale też przy własnych codziennych wyborach. A badania jasno wskazują, że lekarze, którzy sami dbają o zdrowe nawyki, z dużo większym prawdopodobieństwem będą zalecać je swoim pacjentom!

Oczekiwania a szara rzeczywistość

W idealnym systemie opieki zdrowotnej każdy pacjent mierzący się z chorobą przewlekłą miałby wsparcie specjalistów w zakresie diety i aktywności fizycznej, a także opiekę psychologiczną i dopasowane do potrzeb interwencje obejmujące redukcję stresu, wzmacnianie relacji społecznych, budowanie nawyków dotyczących higieny snu czy profilaktykę lub terapię uzależnień. Niestety, w praktyce dostęp do specjalistów jest niekiedy na tyle utrudniony, że całość edukacji zdrowotnej spada na lekarza prowadzącego, który w kilkunastominutowej wizycie musi zebrać wywiad, zbadać pacjenta, przeanalizować dotychczasowe postępowanie, zmodyfikować leczenie i zadbać o szczegółową dokumentację. Próżno liczyć na to, że zostanie mu jeszcze czas na szczerą rozmowę z pacjentem oraz wsparcie w zakresie zmiany nawyków. Nie lepiej sytuacja ma się w przypadku hospitalizacji, kiedy interwencje z zakresu stylu życia redukują się najczęściej do lakonicznych formułek w zaleceniach na karcie wypisu.

Ale jeśli nie nasz lekarz, to kto ma nas wspierać w wybieraniu tego, co zdrowsze? Edukacji zdrowotnej i psychoedukacji próżno szukać przecież także w szkołach, więc nie mając wykształcenia kierunkowego, trudno nie zagubić się w zalewie coraz powszechniejszej „medycyny opartej na celebrytach” królującej w mediach społecznościowych, gdzie niemal każda popularna postać sprzedaje swoje sposoby na szczupłą talię, zdrowe jelita i świetny nastrój, nierzadko reklamując przy tym stosowne suplementy czy zabiegi. Modne diety zmieniają się co sezon, reklamy suplementów krzyczą do nas z ekranów telewizorów i odbiorników radiowych, a aktorki i piosenkarze doradzają, jak zadbać o naturalną odporność, krytykując przy tym szczepienia. Żyjemy w świecie, w którym zasięg publikowanych treści zależy głównie od popularności autora postu, niekoniecznie idąc w parze z wiarygodnością i rzetelnością informacji. A tego, jak weryfikować informacje i wychwytywać fake newsy, niestety także nie dowiemy się w ramach standardowych zajęć lekcyjnych w toku edukacji. Stąd gruntowne rozeznanie w sprawach zdrowia wydaje się coraz istotniejszym atrybutem lekarzy, którzy dotychczas koncentrowali się głównie na tym, jak leczyć chorobę, a nie jak jej zapobiegać.

Być może najwyższy czas odrzucić wszechobecną w medycynie paternalistyczną relację terapeutyczną, w której pacjenta postrzega się jako niezdolnego do samodzielnego kierowania swoim postępowaniem, wymagającego kontroli i w końcu przestać pozbawiać go realnego wpływu na proces leczenia. Wydaje się, że jedyną metodą na uniknięcie całkowitego krachu systemu opieki zdrowotnej w starzejącym się społeczeństwie jest skuteczne zapobieganie

chorobom cywilizacyjnym, a więc przede wszystkim inwestycja w zdrowie. Warto nie tylko edukować i to od najwcześniejszych lat, ale także wspierać pacjentów w budowaniu ich własnych zasobów umożliwiających im aktywny

udział w leczeniu i realną zmianę. A przede wszystkim uwierzyć, że ta zmiana naprawdę ma znaczenie!

Katarzyna ZYDEK-ŚWIĆ

*Autorka jest lekarką, należącą do łódzkiej Okręgowej Izby Lekarskiej oraz certyfikowaną specjalistką medycyny stylu życia IBLM.
(przedruk z „Panaceum” nr 3/22)*

DOKTORZE, NIE GOŃ WŁASNEGO OGONA

Równowaga między pracą a domem... Jak to ugryźć? Gdzie leży złoty środek? Czy praca powinna być oddzielona grubą kreską od życia osobistego, czy wręcz przeciwnie – powinna się z nim przenikać? Po czym poznasz, że złapałeś balans? Wskaźnikiem będzie Twoje osobiste poczucie.

Oczywiście, zdarzą się takie sytuacje, w których szala przechyli się na jedną lub drugą stronę, jeżeli jednak nie masz przy tym poczucia, że coś tracisz albo zaniedbujesz – jest OK. Jeśli w obie te role jesteś zazwyczaj równomiernie zaangażowany – jest OK. I jeśli obie przynoszą Ci spełnienie – jest jak najbardziej OK. Nie OK jest wtedy, kiedy dysproporcje między czasem, zaangażowaniem i zadowoleniem z którejs z tych dziedzin zaczynają być tak duże, że powodują u Ciebie napięcie, stres i konflikty. Jak mówi psycholog Małgorzata Taraszkiewicz: „uruchamia się reakcja łańcuchowa: czujemy się winni, że praca odbiera nam rodzinę, zakłóca życie towarzyskie i realizację marzeń... A z kolei, spędzając czas z rodziną i przyjaciółmi, widzimy nieodrobione zadania zawodowe. W związku z tym nie jesteśmy ani tu, ani tu...”

Ludzie zazwyczaj wiedzą, co powinni zmienić, żeby żyć w większej równowadze, dlaczego więc tego nie robią? Dlaczego Ty tego nie robisz? Dlaczego ślęczysz długie godziny w pracy, a członków rodziny częściej widzisz w galerii telefonu niż w rzeczywistości?

Może nic nie zmieniasz, bo myślisz, że się nie da... Może w głowie panoszy się bezczelnie głos wewnętrznego sabotażysty, który nie chce zmian, nie chce rozwoju? Zrobi wszystko, żeby zbytkotować Twoje plany i głośno tupnie nogą, kiedy spróbujesz wyjść ze swojej strefy komfortu, często zresztą bardzo pozornego? Powie Ci, że nie warto nic zmieniać, że tak jest dobrze, że i tak nikt nie zauważy, nie doceni...

Może więcej hałasu robi jednak Twoje EGO? To ono każe Ci biec po kolejny sukces i dawać z siebie wszystko, choć już od dawna jedziesz na rezerwie... Wszyscy jesteśmy przeładowani. W ciągu jednego dnia pochłaniamy tyle informacji i bodźców, co dziewiętnastowieczny człowiek w ciągu roku albo nawet całego swojego życia. Zaczynamy dzień od smartfona i zasypiamy w jego objęciach. Buszujemy w sieci, sprawdzamy maile i Facebooka – wydaje nam się, że odpoczywamy, ale w rzeczywistości aktywność naszego mózgu

rozkreca się na całego. Wracamy do domu i w ramach relaksu włączamy telewizor albo przeglądamy aukcje – ponowna stymulacja układu nerwowego. Z biologicznego punktu widzenia z regeneracją ma to niewiele wspólnego. Potem zbyt późny sen, który nie przynosi odpoczynku. Następnego dnia cykl chemicznego kołowrotka powtarza się od nowa.

Bazą dla zdrowia i balansu jest RYTM. Rytm dnia i nocy. Rytm aktywności i odpoczynku. Czas pracy zawodowej i czas odpoczynku w domu. I tu pytanie do Ciebie, Doktorze – jak u Ciebie z tym rytmem? Czujesz równowagę czy może gonisz swój ogon? A może pojąłeś już, że jeśli Ty sam o siebie nie zadbasz, nikt tego za Ciebie nie zrobi?

Mówią Ci: „wyciśnij życie jak cytrynę!”, „żyj na maxa!”, „kto jak nie Ty!” i już jesteś w kołowrotku. Cały czas słyszysz SZUM, tymczasem jedynie w ciszy możesz usłyszeć PRAWDĘ – jak to NAPRAWDĘ jest

z tym Twoim małżeństwem, pracą, finansami, relacjami? A jak już to usłyszysz, zapytaj siebie: „Co będzie teraz dla mnie dobre? Co mi będzie służyć? Jakie małe zmiany mogę wprowadzić?”. I słuchaj uważnie – ten wewnętrzny głos jest cichy. Jeśli nie zrobisz tego, co szepcze Ci Twoja prawda, ciało zrobi to za Ciebie. Jak?

Podaruj Ci chorobę. Wyłącz Ci system. Przyniesie depresję, anemię, problemy z sercem – zrobi wszystko, żebyś przestał tak gonić. Rozumiesz już?

A zatem – odpoczywaj na bieżąco. Nie czekaj, aż baterie się wyczerpią. Oddychaj. Naładuj się niebiesko-zieloną energią (niebo – las). Docień bliskich. Skup się na priorytetach i puść ogony tych wszystkich niepotrzebnych srok, które jeszcze trzymasz.

W mądrych poradnikach znajdziesz wiele wskazówek, jak uzyskać równowagę między pracą a domem. Lektura jest cenna, jednak jedyna prawdziwa odpowiedź jest bliżej niż myślisz – w Tobie. Nikt inny nie ma prawa mówić Ci, jak masz ustawić swoje życie. Nikt inny nie wie, jakie proporcje dadzą Ci radość i spełnienie. To pod Twoim palcem jest przycisk ON/OFF. Używaj go z pożytkiem dla siebie.

Agnieszka WOJDA

*pedagog, tutor, trener kompetencji społeczno-emocjonalnych,
córnica lekarza*

(przedruk z „Pro Medico” nr 12/21-1/22)

DLACZEGO DIETY NIE DZIAŁAJĄ

Obywatele naszego pięknego kraju tyją w zastraszającym tempie. Większość ludzi z nadwagą próbowała lub

nadal próbuje różnych diet polecanych w gazetach, Internecie czy w gabinetach dietetycznych. Skutki są naj-





częściej takie same. Po początkowym spadku wagi następuje szybki powrót do stanu wyjściowego. Winą za to obarczani są najczęściej sami pacjenci, którzy jakoby nie stosują się do zaleceń.

Te dwa podstawowe zalecenia, powtarzane jak mantra przez niemal wszystkich specjalistów, to ograniczenie spożywanych kalorii i zwiększenie wysiłku fizycznego. Skoro jednak efekty tych porad są mało skuteczne, można przypuszczać, że zalecenia te są po prostu błędne.

Organizm człowieka nie jest prostą maszynką do spalania kalorii. Każdy człowiek ma swój własny, niepowtarzalny metabolizm, zależny od czynników genetycznych, poziomu hormonów czy budowy ciała. Liczenie kalorii ma bardzo ograniczony sens. Każdy rodzaj pokarmu powoduje inną reakcję metaboliczną. Inaczej organizm reaguje na spożycie prostych węglowodanów, zupełnie inne konsekwencje metaboliczne powoduje spożycie tłuszczu czy białka. Nie można porównać kalorii z coca-coli z kaloriami zawartymi w brokułach czy maśle. Inne jest wchłanianie i inne są szlaki metaboliczne.

Przewlekłe ograniczanie kalorii powoduje przestawienie organizmu na niższy poziom metabolizmu, co skutkuje m.in. ograniczeniem produkcji ciepła. Pacjentowi jest zimno, czuje się fatalnie i mimo ciągłego głodu nie jest w stanie schudnąć. Zniechęcenie przychodzi bardzo szybko, z wiadomym skutkiem.

Następnym nonsensem w zaleceniach dietetycznych jest częste spożywanie pokarmów w małych ilościach. Każdy posiłek stymuluje wydzielanie insuliny, której zadaniem jest magazynowanie energii; po uzupełnieniu glikogenu nadwyżka pokarmu natychmiast przekształca się w tak nielubianą tkankę tłuszczową. Częste posiłki nie pozwalają na sięgnięcie po zapasy. Wysoki poziom insuliny skutecznie zapobiega spalaniu tkanki tłuszczowej. Przykładem tych błędnych zaleceń są tak popularne obecnie „diety pudełkowe”, które w mojej opinii są wielkim oszustwem. Za duże pieniądze otrzymujemy ładnie opakowane produkty niskiej jakości, które bardzo rzadko spowodują trwały spadek wagi.

Tak często zalecane ćwiczenia fizyczne mają również niewielki wpływ na spalanie kalorii. Katowanie się na siłowni, bieganie czy jazda na rowerze bez odpowiedniego przygotowania i bez nadzoru profesjonalnych fizykoterapeutów powodują często kontuzje i pozostają bez wpływu na naszą wagę i kondycję fizyczną. Godzina intensywnych ćwiczeń na siłowni pozwala spalić 500–800 kalorii, a więc dwa pączki.

Są dwa skuteczne sposoby na trwałe pozbycie się zbędnych kilogramów. Pierwszymi najważniejszym zaleceniem jest stosowanie długich przerw między spożywanymi posiłkami. Jeżeli nie przyjmujemy pokarmów przez okres dłuższy niż około 12 godzin, zaczynamy, po wyczerpaniu glikogenu, korzystać z własnych zapasów, a więc głównie tłuszczu. Zbawienna jest głódówka jednodniowa lub dłuższa. Jest to też dobry sposób na wzmożenie przemian metabolicznych.

Drugim ważnym zaleceniem jest próba wyeliminowania z diety węglowodanów. Bez białek i tłuszczów nasz organizm nie może funkcjonować. Węglowodany nie są niezbędnym składnikiem pokarmowym, gdyż możemy je wytworzyć, wykorzystując mechanizm glukoneogenezy. Znakomitym paliwem energetycznym dla naszego organizmu są gromadzone przez nas nieustannie tłuszcze. Niestety podstawę wyżywienia człowieka we współczesnym świecie stanowią cukry proste i złożone. Nie trzeba znać dobrze biochemii, żeby wiedzieć, że spożyte, a nie wykorzystane węglowodany natychmiast odkładają się w postaci tkanki tłuszczowej.

Media, dietetycy, lekarze oraz często sponsorowane przez przemysł spożywczy i farmaceutyczny towarzystwa naukowe przez wiele lat propagowały błędne założenia zdrowego żywienia. Spowodowało to niesamowitą epidemię chorób przewlekłych i lawinowo narastające koszty leczenia. Próba odwrócenia i zmiany tych zaleceń przebiega bardzo powoli i z dużym oporem. Warto chociaż część olbrzymich pieniędzy przeznaczonych na służbę zdrowia skierować na profilaktykę oraz edukację zarówno pacjentów, jak i pracowników medycznych.

Dr n. med. Roman ŁESIŃ

(przedruk z Biuletynu Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej nr 12/21)

PRAWO NA CO DZIEŃ

PRAWO PACJENTA DO INFORMACJI - CZĘŚĆ III

Jak wskazałem w poprzednich cyklach artykułów dotyczących zgody – lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić świadczeń zdrowotnych po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Zgoda pacjenta ma doniosły skutek, bo legalizuje działanie lekarza w stosunku do pacjenta. Zasadą jest, iż zgody udziela pacjent.

W przypadku osób małoletnich bądź też osoby ubezwłasnowolnionej, sytuacja bardziej się komplikuje. Omówmy poszczególne możliwe scenariusze zwią-

zane z podmiotami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Małoletni pacjent, który nie ukończył 16. roku życia

Potrzebne jest uzyskanie zgody przedstawiciela ustawowego (tj. rodziców, opiekuna prawnego), a w przypadku braku przedstawiciela ustawowego potrzebna będzie zgoda sądu opiekuńczego. Sytuacja ta dotyczy zgody zarówno na udzielenie świadczeń zdrowotnych, jak również na samo zbadanie pacjenta. Przepisy przewidują ponadto w opisywanym

przypadku możliwość odebrania zgody od opiekuna faktycznego małoletniego, np. babci – jednak z zastrzeżeniem, że zgoda taka jest ograniczona jedynie do zbadania małoletniego pacjenta. O zgodę sądu wnioskować powinien lekarz.

Małoletni pacjent, który ukończył 16. rok życia

Należy uzyskać zgodę przedstawiciela ustawowego, a w przypadku braku przedstawiciela ustawowego – zgody sądu opiekuńczego oraz zgody samego małoletniego. Ustawodawca przyjął zasadę, iż osoby powyżej 16. roku życia, mimo iż nie są pełnoletnie w sensie prawnym, to jednak o kwestiach zdrowotnych ich dotyczących powinny współdecydować. Jest to tzw. zgoda kumulatywna.

Małoletni pacjent, który ukończył 16. rok życia, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, które to osoby sprzeciwiają się czynnościom medycznym

W takim przypadku – poza zgodą przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody – wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. To do oceny lekarza należy sprawdzenie „dostatecznego rozeznania” osoby ubezwłasnowolnionej – pacjenta.

Pacjent jest całkowicie ubezwłasnowolniony

W takim przypadku zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy tej osoby. Jeżeli osoba ubezwłasnowolniona jest w stanie z rozeznaniem wyrazić opinię w sprawie badania, konieczne jest ponadto uzyskanie również jej zgody. **Pacjent ubezwłasnowolniony częściowo znajdujący się w sytuacji zabiegu o podwyższonym ryzyku**

Wymagana jest zgoda przedstawiciela ustawowego. W przypadku jedynie badania stanu zdrowia, osoba ta może wyrazić zgodę samodzielnie. Zwykle dla osoby ubezwłasnowolnionej częściowo ustanawia się kuratelę prawną. Zakres uprawnień kuratora każdorazowo określa postanowienie sądu opiekuńczego. Jeśli postanowienie sądu nie wskazuje uprawnień kuratora co do leczenia, konieczne jest wtedy uzyskanie zgody zastępczej sądu opiekuńczego. **Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności, zabiegu operacyjnego lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko, które są niezbędne do usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub doznania ciężkiego uszkodzenia ciała, bądź ciężkiego rozstroju zdrowia**

Wtedy lekarz może wykonać takie czynności wyłącznie po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.

Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności, zabiegu operacyjnego lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko, które są niezbędne do usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub doznania ciężkiego uszkodzenia ciała, bądź

ciężkiego rozstroju zdrowia, a zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

Lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.

Pacjent pełnoletni, mający pełną zdolność do czynności prawnych, ale z uwagi na stan zdrowia (nieprzytomny lub z innego powodu faktycznego niezdolny do komunikacji)

Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, nie może wyrazić zgody z przyczyn powyższych i nie ma możliwości porozumienia się. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w takich okolicznościach lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem i odnotować taki przypadek w dokumentacji medycznej.

Pojęcia prawa rodzinnego

Pojęcie przedstawiciela ustawowego małoletniego pacjenta obejmuje rodziców lub opiekuna prawnego, o ile został ustanowiony przez sąd. Zgodnie z kodeksem rodzinnym i opiekuńczym władzę rodzicielską wykonuje każdy z rodziców, o ile nie został jej pozbawiony lub nie została ona ograniczona przez sąd opiekuńczy. Zatem dla ważności wyrażonej zgody wystarczy działanie jednego z rodziców. Zgodnie z art. 97 § 2 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego „o istotnych sprawach dziecka rodzice rozstrzygają wspólnie”. Orzecznictwo przyjmuje, iż istotną sprawą dziecka jest decyzja co do leczenia w przypadku choroby o poważnym charakterze. Lekarz wobec konfliktu rodziców co do decyzji o leczeniu dziecka, winien uzyskać zgodę sądu opiekuńczego.

W przypadku, gdy pacjent, który jest dzieckiem, ma opiekuna prawnego ustanowionego przez sąd opiekuńczy, to w gestii opiekuna prawnego leży uzyskanie zezwolenia sądu opiekuńczego we wszelkich sprawach, które dotyczą osoby lub majątku małoletniego (vide: art. 156 k.r.o.). Za „ważniejszą sprawę” dotyczącą osoby dziecka uważa się wyrażenie zgody na dokonanie zabiegu medycznego. Wskazuje się, iż wymóg uzyskania zezwolenia sądu opiekuńczego dotyczy zarówno zabiegów, z którymi wiąże się znaczny stopień ryzyka, jak i tych, z którymi takie ryzyko się nie wiąże. Wymóg ten ma zastosowanie również do pacjentów, wobec których zostało orzeczone umieszczenie w rodzinie zastępczej lub placówce opiekuńczej. W takim przypadku dochodzi do ograniczenia władzy rodzicielskiej na podstawie art. 112 [1] § 1 krio i to na rodzinę zastępczą lub placówkę opiekuńczo-wychowawczą przechodzą wówczas ściśle określone prawa i obowiązki wynikające z władzy rodzicielskiej, a przysługujące dotychczas rodzicom. O zakresie ograniczenia władzy rodzicielskiej decyduje sąd opiekuńczy. Treść po-



stanowienia sądu opiekuńczego wskazuje, kto faktycznie jest uprawniony do wyrażenia zgody na leczenie dziecka.

W opisanych powyżej sytuacjach pojawia się również pojęcie opiekuna faktycznego, należy rozumieć przez to osobę, która sprawuje stałą pieczę nad pacjentem; pa-

cjent zaś wymaga takiej pieczy ze względu na wiek, stan zdrowia lub stan psychiczny i piecza ta jest wykonywana bez obowiązku ustawowego.

Paweł LENARTOWICZ
radca prawny
(przedruk z „Panaceum” nr 3/22)

DZIESIĘĆ PRZYKAZAŃ DEONTOLOGICZNYCH

W połowie 1925 r. przedstawiciele środowisk lekarzy dentystów* opublikowali zapis „dziesięciu przykazań” deontologicznych. Kodeks krótko i trafnie spisuje zasady moralne, godne życie, odnosi się również do stosunków między lekarzami. Zwięzły tekst, niemal skromny, jednak ponadczasowy, z przesłaniem humanistycznym, podnosił już wtedy (początek XIX w.) nasz zawód z rzemiosła do rangi sztuki leczenia.

Kodeks Deontologii Dentystycznej:

1. Jesteś człowiekiem. Staraj się czynić dobrze dla dobra samego i poświęcić część swego czasu dla ulżenia cierpieniom wydziedziczonych.

2. Jako praktyk udoskonalać się, studiuj. Udziel innym owoców swych studiów, wyników swego doświadczenia.

3. Łącz się z kolegami zawodowymi dla ochrony i podniesienia swego zawodu. Nie pozostawaj sam, izolowany.

4. Tajemnica, poświęcona ci, jest świętą. Nic nie może ciebie z niej zwolnić.

5. Bądź łagodny z tymi, którzy cierpią. Pomagaj im. Ich interes góruje nad twoim.

6. Powstrzymuj się od wszelkiej reklamy. Ona poniża praktyka i rzuca cień na cały zawód.

7. Umiej żądać odpowiedniego wynagrodzenia od tych, którzy szukają twoich usług.

8. Szanuj swych kolegów, jeśli chcesz, żeby oni ciebie respektowali. Bądź wstrzemięźliwy w krytyce, wypowiadaj ją tylko, jeżeli okoliczności do tego cię zmuszą.

9. Otaczaj się higieną i komfortem. Nie nadużywaj swych sił. Przemęczenie szkodzi zarówno temu, który je wywołuje, jak i temu, który mu się oddaje.

10. Nie pozwól, by żaden człowiek niegodny wszedł do zawodu i wykonywał go. Kochaj swój zawód. Dbaj o to, by go szanowano.

* Sekcja Stomatologiczna XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, 1925 r.

(przedruk z biuletynu *Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej* nr 9/21)

ODESZLI OD NAS

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że niespodziewanie odeszła od nas
wspaniała lekarz

Barbara MALINOWSKA-DĘBIEC

Pogrążeni w smutku przyjaciele

Z wielkim smutkiem zawiadamiamy,
że w dniu 13 marca 2022 roku,
odszedł nasz kolega lekarz

Janusz KOSTECKI

Przyjaciele

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.

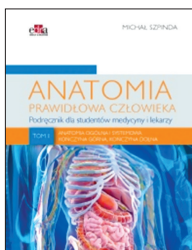
Składki: opole.skladki@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:

tel. 77/453-75-72; opole.rzecznik@hipokrates.org

Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:

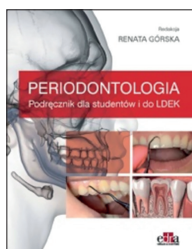
tel. 77/454-85-75; opole.sad@hipokrates.org



ANATOMIA PRAWIDŁOWA CZŁOWIEKA. TOM I
M. Szpinda
rok wydania 2022
ISBN 978-83-66960-38-1, format 210 x 275, oprawa
miękka, str. 218, cena 53,10 zł

Intencją Autora było precyzyjne przedstawienie anatomii prawidłowej człowieka w ujęciu topograficznym wraz z naświetleniem ważnych aspektów klinicznych w możliwie przystępny, jednoznaczny i usystematyzowany sposób. W opisie struktur anatomicznych kompleksowo zastosowano ujednolicone najnowsze międzynarodowe mianownictwo anatomiczne w języku polskim, łacińskim i angielskim, co ma istotne znaczenie przy mobilności studentów między różnymi ośrodkami uniwersyteckimi na świecie.

• W tomie I zawarto niezbędne informacje wprowadzające z zakresu anatomii ogólnej i systemowej, które są nie-



PERIODONTOLOGIA. PODRĘCZNIK DLA STUDENTÓW I DO LDEK
red. R. Górka
rok wydania 2022
ISBN 978-83-66960-50-3, format 210 x 275, oprawa
miękka, str. 244, cena 143,10 zł

Periodontologia. Podręcznik dla studentów i do LDEK skierowana jest przede wszystkim do studentów stomatologii przygotowujących się do zawodu lekarza i do Lekarsko-

odzwonne dla zrozumienia anatomii szczegółowej poszczególnych części ciała, a także skoncentrowano się na budowie kończyny górnej i kończyny dolnej.

- Tom II dotyczy tułowia i kolejno prezentuje budowę klatki piersiowej, brzucha i miednicy.
- Tom III skupia się na budowie czaszki oraz głowy i szyi.
- Tom IV poświęcono narządom zmysłu, układowi nerwowemu ośrodkowemu i drogom nerwowym.

Wyłącznie na bazie zawartych informacji merytorycznych każdy rozdział podręcznika kończy się testem sprawdzającym jednokrotnego wyboru przy pięciu odpowiedziach, dla których w rozdziale Odpowiedzi wyszczególniono prawidłowe rozwiązania.

„Podręcznik zawiera bogaty merytorycznie materiał podany prostym i klarownym językiem. Opis struktur jest precyzyjny i na pewno wystarczy do śledzenia ich za pomocą atlasu anatomicznego w trakcie lektury podręcznika. Cenne są uwagi czynnościowe i kliniczne oraz zestawienia topograficzne i czynnościowe”.

Prof. dr hab. n. med. Bogdan Cisek

„Z pełnym przekonaniem rekomenduję niniejszy podręcznik, ponieważ wyszedł on spod ręki znakomitego teoretyka wiedzy anatomicznej oraz sumiennego nauczyciela akademickiego”.

Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Bajor

-Dentystycznego Egzaminu Końcowego oraz lekarzy, którzy interesują się tą dziedziną wiedzy.

Podręcznik zawiera podstawowe wiadomości z zakresu budowy, anatomii, fizjologii i patologii tkanek przyzębia oraz zasad diagnostyki i metod leczenia chorób przyzębia i implantologii.

Autorzy starali się przedstawić nowe osiągnięcia w poszczególnych dziedzinach. W odpowiednich rozdziałach uwzględnili wysoką liczbę przypadków (częstość występowania) oraz powszechność występowania chorób przyzębia i ścisły związek z innymi problemami z zakresu stomatologii zachowawczej, protetyki czy ortodoncji, a także wpływ zapalenia przyzębia na ogólny stan zdrowia pacjentów.

W podręczniku uwzględniono nową klasyfikację chorób przyzębia i wytyczne dotyczące leczenia Europejskiej Federacji Periodontologicznej (EFP) i Amerykańskiej Akademii Periodontologicznej (AAP), a także pojawienie się wielu nowych poglądów na temat etiopatogenezy i leczenia chorób przyzębia

OGŁOSZENIA

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.





Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku zaprasza na XIII Ogólnopolskie Regaty Żeglarskie Lekarzy w klasie „Puck”.

- **Termin i miejsce regat:** 28-29 maja 2022 r. (sobota, niedziela) – Zatoka Pucka;
 - **Organizator:** Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku Komisja Sportu i Rekreacji;
 - **Współorganizator i Biuro Regat:** Harcerski Ośrodek Morski, 84-100 Puck, ul. Żeglarzy 1, tel. 58/673-21-50, hom@hompuck.org; informacji udziela:
 - Marcin Szczęśniak tel. 603-696-160 – organizator regat OIL Gdańsk
 - Sławomir Dębicki tel. 501-674-698, 58/673-21-50 sprawy techniczne – Komendant HOM
 - **Zgłoszenia do regat:**
 - Do dnia 29 kwietnia 2022 r. Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku (wyłącznie mailowo sekretariat@oilgdansk.pl)
 - Druk zgłoszenia do regat do pobrania ze strony www.oilgdansk.pl zakładka „po pracy – wydarzenia kulturalne i sportowe” należy wypełnić, zeskanować i wraz ze zeskanowanym potwierdzeniem wpłaty wpisowego na konto HOM przesłać na adres mailowy sekretariat@oilgdansk.pl
 - Ilość miejsc jest ograniczona do 25 załóg - decyduje kolejność zgłoszeń.
 - Za kompletne zgłoszenie uznajemy wypełniony druk zgłoszenia na regaty wraz z opłaconym wpisowym i dołączonym do zgłoszenia potwierdzeniem wpłaty!!!
 - **Wymagania od uczestników:**
 - liczba członków załogi – 3 lub 4 osoby (w tym minimum 2 lekarzy)
 - prowadzący jednostkę minimum w stopniu żeglarza jachtowego (musi być lekarzem)
 - znajomość przepisów PPŻ, przepisów regatowych, przestrzeganie instrukcji żeglugi, umiejętność pływania.
 - **Sposób prowadzenie regat:**

Przewiduje się rozegranie 5 wyścigów w sobotę 28.05 i 4 wyścigów w niedzielę 29.05 - szczegóły poda Sędzia Główny w instrukcji żeglugi i komunikacie sędziowskim; regaty zostaną uznane za ważne przy rozegraniu min. 2 wyścigów.
 - Informacje organizacyjne:
 - Wpisowe do regat 200 zł/osoba płatne na konto: Bank PKO SA 11-1240-5400-1111-0010-6457-8713 HOM 84-100 Puck ul. Żeglarzy 1 - tytuł wpłaty: XIII Regaty Lekarzy – pobyt w HOM imię i nazwisko uczestników
 - **W ramach wpisowego organizator zapewnia:**
 - wyżywienie od śniadania w sobotę 28.05.2022 r. Do obiadu w niedzielę 29.05.2022 r.
 - zakwaterowanie od piątku 27.05.2022 r. do niedzieli 29.05.2022 r. (w zgłoszeniu proszę podać ile osób i z ilu noclegów będziecie państwo korzystać – piątek/sobota, sobota/niedziela). Uwaga!!! Nie rezerwujecie Państwo noclegów w trakcie trwania regat indywidualnie w HOM w Pucku! Miejsca noclegowe będą przydzielane przez organizatorów na podstawie zgłoszeń do regat. Ewentualny nocleg dla osób towarzyszących możliwy będzie jedynie po zamknięciu listy zgłoszeń do regat i zakwaterowaniu uczestników regat, jeśli zostaną wolne miejsca noclegowe w HOM. Jeśli chcecie przyjechać do Pucka kilka dni wcześniej przed regatami lub zostać dłużej po regatach, można zarezerwować indywidualnie pobyt w HOM (kontakt bezpośrednio z HOM-mem w Pucku)
 - ubezpieczenie NWw uczestników
 - łodzie do regat oraz kamizelki asekuracyjne dla uczestników regat
 - nagrody dla uczestników
- Informacje o regatach i łodzi „Puck” na stronie www.klasapuck.org

Koleżanki i Koledzy

Absolwenci Wydziału Lekarskiego AM w Lublinie, rocznik 1977

Serdecznie zapraszamy absolwentów z osobami towarzyszącymi na Zjazd Koleżeński z okazji 45-lecia ukończenia studiów, który odbędzie się

w dniu 04.06.2022 roku

Miejsce spotkania: 20-841 Lublin – restauracja „Legendy Miasta” w hotelu IBIS, Aleja Solidarności 7

Rezerwacja noclegu – tel. 81/479-18-88, koszt noclegu pokrywają uczestnicy.

Koszt uczestnictwa - 250 zł od osoby.

Prosimy o zgłoszenia na nasze adresy e-mailowe lub telefonicznie do 30.04.2022 r.

Wpłaty należy dokonać do 10.05.2022 r. na konto: Elżbieta Wroczek-Glijer 28-1240-2382-1111-0010-1287 4209, z dopiskiem zjazd 77 i aktualnym adresem e-mailowym.

• Kontakt: Elżbieta Wroczek-Glijer -elawroczek@wp.pl, tel. 605 988 766;

• Grażyna Staroń-Górnicka – ggornicka@wp.pl, tel. 605 722 050.

Zaproszenia dla osób które zgłoszą się będą wysyłane tylko na adres e-mailowy.

Serdecznie zapraszamy. Do zobaczenia!!!

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

NAKLAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X