



OPOLSKA
IZBA
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Grudzień-Styczeń 2021/2022

ISSN 1426-661X

BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 300/301

OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

www.izbalekarska.opole.pl

*Zdrowych i spokojnych Świąt
i szczęśliwego Nowego Roku!*



BĘDZIE Z NAS WĘGIEL

O życiu średniowiecznych artystów niewiele zazwyczaj wiadomo. Ale Duccio był łobuzem. Sporo pił, wpadał w gniew i brał się do bójek, toteż karano go mandatami. Ich wielkość zapisywano w księgach miejskich. Urodził się około 1260 roku, na zmianę zdobywał i tracił majątek. Co jakaś wojna, co potyczka zwaśnionych rodów, on już polerował zbroję i stawał do walki. W czasach spokoju tłukł się z kumplami i płodził dzieci. Miał ich ośmioro.

W październiku 1308 roku podpisał kontrakt na dzieło życia – Maestę (Madonnę w majestacie). W dokumencie zapisano wyraźnie, że poliptyk powinien wykonać samodzielnie. Ma użyć całego talentu i geniuszu, którymi Bóg raczył go obdarować; nie wolno mu wziąć urlopu, dopóki nie skończy pracy. Co więcej, ustalono dokładny termin, kiedy obraz ozdobi ołtarz główny katedry w Sienie.

Duccio wcale się nie przejął cyrografem i natychmiast wynajął pomocników. Chciał zyskać na czasie, ochoczo więc podzielił dzienną gażę szesnastu florenów na siebie i uczniów. Nawet Tycjan, znany z zatrudniania niezliczonej rzeszy artystów, nie mógł się nadziwić talentowi organizacyjnemu starszego o jakieś dwieście lat kolegi. Około roku 1530 napisał: Jak niegdyś z konia trojańskiego, tak z jego warsztatu wyskakiwali najwybitniejsi malarze.

9 czerwca 1311 roku ogłoszono świętem. Zamknięto karczmy i stragany, przegoniono żebraków i podejrzanych typów. Tego dnia biskup w otoczeniu księży i braci zakonnych prowadził uroczysty pochód. Za nimi podążali urzędnicy miejscy i wreszcie mieszkańcy. Ci najwyżej urodzeni dreptali tuż za obrazem, dalej niewiasty i dzieci. Biły dzwony, śpiewano pieśni na chwałę Madonny – opiekunki Sieny. I na chwałę mistrza – Duccia di Buoninsegny.

Przyjrzyjmy się Maescie. Chociaż Maria Rzepińska przekonywała, że Niemożliwy jest pełny obiektywizm. Sztukę przeszłości oceniamy zawsze z punktu widzenia naszej epoki, jej smaku i jej potrzeb (...), to na szczęście nie o obiektywizm tu chodzi, lecz odczucie. Chodzi o wrażenie jakie robią zaróżowione policzki Madonny, jej nieobecne oczy i nieme usta. O zaskoczone wyśmienitymi gośćmi dzieciątko, które bawi się sukienką. I o tych wszystkich aniołów i świętych zgrupowanych na prawo i lewo od tronu. Kłaniają się, pochylają nad parą, gestykują, przemawiają szeptem. Wydaje się, że artysta namalował lustrzane

odbicia; te same pozy, udrapowane szaty, uduchowanie. Dopiero z bliska można zauważyć różnice. Bo święci trzymają w dłoniach atrybuty, a wśród aniołów przeważają kobiety o szlachetnych rysach. Każda z elegancko ułożonymi skrzydłami, pióro do pióra, zaczesane gładko, podobnie jak falowane włosy. Co raz któraś się uśmiecha, ale nieznacznie, przecież adorują najświętszą Madonnę. Nimby wyłożono złotem; przypominają talerze z cieniutkiej chińskiej porcelany albo tarcze piły do metalu.

Oprócz głównego motywu Duccio umieścił na poliptyku sceny z życia Marii i Jezusa. Te bardziej i mniej znane z Ewangelii, poczynawszy od narodzin do śmierci obojga. Skon Matki Boskiej opowiedział najpełniej. Może to właśnie interpretacja śmierci uczyniła z Maesty arcydzieło?

Na jednym z obrazów Maria próbuje czytać, na chybił trafił otworzyła modlitewnik, wbiła wzrok w akapit, ale litery rozmyły się na stronie. Wtem usłyszała szelest. Przybiegł anioł. Ten sam, który jej zwiastował, trochę podstarzały, niezdarny i ślepy. Zaczepił skrzydłami o futrynę, potknął się o podest i upadł na kolana. O ile za młodu ją zaskoczył, teraz go wyczekuje. Straciła syna. Może nie była dość uważna, nie dość troskliwa? Każdego dnia się obwinia, każdorazowo pyta czy mogła go uchronić? Pragnie śmierci, nie zadowolili się snem wiecznym. We śnie powrócą koszmary. Sen to niekończąca się agonía, powtarzanie umierania, bezkresny krzyż i cierpienie wygrawerowane na twarzy Jezusa.

Anioł przyniósł w darze zwiędły mak. Maria łapczywie wyciąga ręce po kwiat zagłady. Jej oczy mówią szeptem: będzie z nas węgiel.

Agnieszka KANIA



Duccio di Buoninsegna - Zwiastowanie śmierci



I tak oto dotarliśmy (choć może bardziej właściwe byłoby tu określenie - doczołgaliśmy się) do końca kolejnego roku pandemii. Liczby ofiar podawane w mediach porażają swoją wielkością, choć my wiemy, że należy je pomnożyć co najmniej przez 4 (lub nawet 5). Po raz pierwszy od katastrofy w Czernobylu racje polityczne jednego ugrupowania (a właściwie słupki jego popularności) stały się dla decydentów ważniejsze niż zdrowie i życie Polaków. W największych koszmarach nie wymyśliłbym sobie takiego scenariusza – ale go niestety teraz wszyscy razem przeżywamy. Najgorsze w tym wszystkim jest jednak to, że nawet tuż przed podłączeniem do respiratora lub bezpośrednio po odłączeniu od niego w wyniku poprawy, niektórzy pacjenci nadal z uporem godnym lepszej sprawy twierdzą, że nie ma pandemii COVID-19 i jest to tylko ściema wiadomych kręgów. Ponad 75 lat powojennej edukacji ciemnogrodu okazały się stracone! To dramatyczna konstatacja – zwłaszcza przy świetle monitorów komputerów, laptopów i smartfonów. Gdzie my będziemy za kilkanaście następnych lat – w jaskiniach?



Koleżanki! Koledzy!
Epidemia koronawirusa SARS-CoV-2 wciąż trwa. Czwar-
ta fala pandemii przybiera na sile,
padają kolejne „rekordy”. Gdy piszę te słowa (dużo wcześniej, niż Państwo dostaniecie to wydanie Biuletynu do ręki) dzienna liczba stwierdzonych przypadków wynosi ponad 19 tys. dziennie i ciągle rośnie, a jak wiemy wszyscy, rzeczywista liczba zakażonych jest z pewnością większa. W województwie opolskim też rośnie liczba osób zakażonych i wymagających hospitalizacji. I wszyscy wiemy, że zdecydowana większość tych przypadków to osoby niezaszczone, dlatego cały czas apeluję, by każdy z nas, jeśli tylko może, zachęcał do szczepień swoich pacjentów, znajomych czy też członków swojej rodziny (jeśli by się tacy niezaszczepieni jeszcze w niej znaleźli), bo tylko w ten sposób można złagodzić następstwa tej pandemii. Przybierająca tak gwałtownie czwarta fala wymusza pewne działania ze strony władz Opolszczyzny. Są już kolejne oddelegowania lekarzy do pracy w Szpitalu Tymczasowym, a cały czas mamy jeszcze protest medyków i w tle Apel NRL Nr 4/21/VIII z dnia 22 października 2021 r. do lekarzy i leka-

Wybaczcie te słowa, ale nie potrafię powstrzymać się w obliczu tej koszmarniej tragedii. Tych tysięcy ciężko chorujących i umierających – początkowo starszych, a teraz już młodych ludzi. Jako medycy, po raz pierwszy do wojny postawieni jesteśmy w sytuacji, gdy musimy patrzeć bezradnie na umierających nam pacjentów pomimo nadludzkich wysiłków lekarzy, pielęgniarek i ratowników tylko dlatego, że wąskiej grupie polityków brakuje cywilnej odwagi dla podjęcia zdecydowanych działań chroniących społeczeństwo.

I powiedzcie, jak tu znajdować ciągle w sobie tę siłę do dalszego działania! A przecież dalej musimy to robić. Jak to się na większości z nas odbija – nie mam tutaj zbyt dobrych wieści. Mając jednak kruchą nadzieję na to, że kolejna IV już fala zakażeń nieco odpuszczy na Święta, życzę Wam wszystkim:

ZDROWYCH (!!!!), SPOKOJNYCH (!!!), a przede wszystkim RODZINNYCH ŚWIĄT BOŻEGO NARODZENIA!

A W NOWYM 2022 ROKU MOŻLIWOŚCI ZACZERPNIĘCIA GŁĘBOKIEGO ODDECHU ŚWIEŻEGO POWIETRZA

(już bez tej piekielnej maseczki na twarzy)!

Jerzy B. LACH

SZPALTA PREZESA

rzy dentystów, w którym Naczelna Rada Lekarska „rekomenduje lekarzom i lekarzom dentystom ograniczenie wymiaru zaangażowania zawodowego do poziomu, który nie będzie przekraczał granic bezpiecznych dla nich samych i ich pacjentów”. To wszystko sprawia, że coraz trudniej się pracuje, coraz większe jest zniechęcenie i wśród lekarzy w wieku senioralnym (by jeszcze pracować) i wśród młodych (myślą o wyjeździe z kraju). Oddziały się zamykają, brakuje lekarzy na dyżury, jeszcze trochę i znowu planowe przyjęcia do szpitali oraz planowe zabiegi zostaną odroczone. Dokąd to wszystko zmierza? Odpowiedzi - jak zawsze - brak, bo nie jest ona prosta.

Ale mamy już grudzień i zbliżający się szybkimi krokami Nowy Rok. Przed Nami zaś Święta Bożego Narodzenia. Docenmy radość z faktu bycia z najbliższymi w Wigilię wieczór, pocujemy, jak ważne dla naszego umysłu i jego spokoju są więzi rodzinne. Bądźmy w tym czasie razem, pogodni i weseli, zapomnijmy na chwilę o naszych kłopotach i troskach. Życzę Wszystkim tylko dobrych chwil w ten świąteczny czas, a na Nowy 2022 Rok - zdrowia i pomyślności.

Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA



POSIEDZENIE OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W OPOLU

W dniu 20 października 2021 r. odbyło się kolejne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Rada obradowała nad następującymi problemami:

Przyznanie praw wykonywania zawodu

Brak wniosków.

Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy

Brak wniosków.

Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich

Prezes przedstawiła dwa wnioski o wykreślenie indywidualnej praktyki lekarskiej z powodu zgonu oraz dwa kolejne - z powodu zaprzestania działalności praktyki - uchwały podjęto jednogłośnie.

Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy

Do Rady wpłynęły dwa wnioski o zapomogi. W przypadku jednego z nich uchwałę podjęto jednogłośnie. W przypadku drugiej (o zapomogę po zmarłym lekarzu) uchwałę o nieprzyznaniu zapomogi podjęto przy 10 głosach za i 3 wstrzymujących się (córka od roku jest mężatką i prowadzi oddzielne gospodarstwo domowe).

Przewodniczący Komisji Kultury kol. Pędich złożył prośbę o zarezerwowanie na 2022 r. kwoty 9.000 zł na działalność zespołów muzycznych, chóru lekarskiego „Medicanto” i planowaną wystawę fotograficzną.

Zmiany w wysokości składki członkowskiej

Wniosek o zwolnienie ze składki członkowskiej złożyło troje lekarzy - uchwały podjęto jednogłośnie.

Wyznaczenie przedstawiciela OIL do Komisji Konkursowej

Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawiciela OIL do Komisji Konkursowej na stanowisko Pielegniarki Oddziałowej:

- Oddziału Neurochirurgii,
- Oddziału Pediatrii,
- Oddziału Chirurgii Dziecięcej,
- Oddziału Kardiologii.

Prezydium zaproponowało kandydaturę Prezes Jolanty Smerkowskiej-Mokrzyckiej, którą przyjęto przy jednym głosie wstrzymującym się.

Dyrektor SP ZOZ Opolskiego Centrum Onkologii zwrócił się z prośbą o wyznaczenie przedstawiciela OIL

do Komisji Konkursowej na stanowisko Z-cy Kierownika Podmiotu Leczniczego SP ZOZ OCO. Rada zaproponowała kandydaturę kol. Lidii Czopkiewicz - uchwałę podjęto jednogłośnie.

Sprawozdanie z posiedzenia Konwentu Prezesów ORL z dnia 28.09.2021 r., które odbyło się on-line przekazała Prezes Jolanta Smerkowska-Mokrzycka

Na posiedzeniu obecny był Prezes NRL, który przedstawił informację z przebiegu protestu medyków i aktualną sytuację w „Białym Miasteczku” oraz zaapelował o wsparcie finansowe akcji protestacyjnej przez każdą izbę okręgową. Po otrzymaniu pisemnego apelu Prezesa Matyi Prezydium OIL podjęło uchwałę o przekazaniu kwoty 3.000 zł. na wsparcie akcji protestacyjnej.

Sprawy różne i wolne wnioski

Prezes Smerkowska-Mokrzycka przekazała informację z Posiedzenia Zespołu Polityki Zdrowotnej i Polityki Społecznej Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego w Opolu, w którym uczestniczyła wraz z kol. Kingą Szczepańską (koordynatorem akcji protestacyjnej w naszej Izbie). Na posiedzeniu poruszano problem słabego wyszczepienia ludności Opolszczyzny i dyskutowano o możliwościach powiększenia liczby zaszczepionych mieszkańców. Prezes Smerkowska-Mokrzycka zwróciła też uwagę, że władze Województwa powinny bardziej zaangażować się w zwalczanie ruchów antyszczepionkowych. Dyskutowano również o wyegzekwowania szczeniń wśród personelu medycznego.

Skarbnik kol. Jakubiszyn złożył wniosek dotyczący zmiany siatki płac pracowników Izby. Ma to związek ze zwiększeniem ilości zadań powierzonych pracownikom. Uchwałę podjęto jednogłośnie.

Okręgowa Komisja Wyborcza przekazała informacje związane z kolejnym etapem wyborów delegatów IX kadencji.

Prezes odczytała pismo Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej dotyczące zatrudnienia przez podmioty lecznicze lekarzy spoza UE i na pewne zagrożenia mogące mieć miejsce.

Wobec wyczerpania porządku obrad, na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarz ORL

Lek. Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

Prezes ORL

Lek. dent. Jolanta SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

60 LAT POLSKIEGO TOWARZYSTWA STOMATOLOGICZNEGO NA OPOLSZCZYZNIE (1962–2022)



W 1962 r. w Opolu powstaje Koło Terenowe Oddziału PTS w Katowicach. Założyła je garstka stomatologów Opolszczyzny chcąc podnosić swoje kwalifikacje i stworzyć pewnego rodzaju więź pomiędzy lekarzami – jednocząc środowisko.

Jego przewodniczącym zostaje dr n. med. Jan Pogorzelski. Zebrania odbywały się stosunkowo rzadko i w gronie tylko kilkunastu koleżanek i kolegów. Po uzyskaniu zezwolenia Komitetu Wojewódzkiego PZPR i Komendanta Milicji Obywatelskiej w Opolu szkolenia prowadzone były, początkowo przez lekarzy naszego województwa. Z biegiem czasu, kiedy to liczba zainteresowanych zaczęła się zwiększać, zaczęto zapraszać pracowników naukowych uczelni we Wrocławiu i Katowicach.

W 1971 r. na wniosek Koła Terenowego w Opolu i Oddziału PTS w Katowicach, decyzją Zarządu Głównego PTS z dnia 23.IV.1971 r. powstaje z dniem 1.VI.1971 r. Oddział Opolski PTS. Przekształcenie Koła w Oddział następuje bez wyborów i Prezesem zostaje dr n. med. Jan Pogorzelski. W dwa lata później odbywają się pierwsze wybory w nowo powstałym Oddziale.

Przez kolejne lata Oddział prowadzili:

- 1971-1973 - dr n. med. Jan Pogorzelski,
- 1973-1976 - dr Leszek Sawiński,
- 1976-1987 - dr n. med. Jerzy Werner,
- 1987-1989 - dr Zbigniew Kowalczyk,
- 1989-1997 - dr Stanisław Chruszczyk,
- 1997-2001 - dr Anna Szczombrowska,
- 2001-2010 - dr Wiesław Latała
- 2010- 2013 - dr Tomasz Latała.
- 2013 - 2021 - dr Wiesław Latała
- 2020 (pandemia).

W okresie istnienia Oddział liczył pomiędzy 150 a 350 członków. W posiedzeniach uczestniczyło średnio około 60 lekarzy. W ciągu tych lat Oddział Opolski PTS zorganizował 3 konferencje naukowe:

• **Krajowa Konferencja Naukowa Sekcji Ortodontji PTS** 8-9.VI.1973 r. – główny organizator z ramienia oddziału dr Leszek Sawiński,

• **Międzynarodowa Konferencja Naukowa PTS** „Współczesna diagnostyka radiologiczna części twarzowej czaszki, a implikacje w terapii” 27-28.IX.1991 r. - główny organizator z ramienia oddziału dr Wiesław Latała,

• **Ogólnopolska Konferencja Naukowa PTS** „Profilaktyka w stomatologii” 7-8.X.1994 r. - główny organizator z ramienia oddziału dr Stanisław Chruszczyk i dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka.

Koleżanki i Koledzy skupiali się również w kilku kołach naukowych działających przy Opolskim Oddziale PTS:

• **Koło Terenowe w Raciborzu**, które w latach 1975-97 skupiało 30-40 członków - działało bardzo prężnie,

jednak „Powódź Stulecia” przyczyniła się do zakończenia jego działalności,

• **Koło Sekcji Protetyki Stomatologicznej**, którego organizatorem i pierwszym przewodniczącym w latach 1973-81 był dr Józef Liszowski (później Koło rozpadło się i dopiero po 7 latach zostało reaktywowane przez jego następnego przewodniczącego dr Wiesława Latałę (1988-97),

• **Koło Sekcji Periodontologii i Protetyki Stomatologicznej** powstało w 1997 r. jako kontynuacja Koła Protetyki - szefem został dr Krzysztof Malottki (1997-2005), W 2005 roku nastąpił podział na:

• **Koło Sekcji Protetyki**, które prowadził dr n. med. Piotr Wiśniewski,

• **Koło Sekcji Periodontologii**, które prowadził dr Tomasz Latała,

• **Koło Sekcji Chirurgii Stomatologicznej**, którego organizatorem i pierwszym przewodniczącym był dr Bronisław Fischer (1973-81); także i to Koło zaprzestało na jakiś czas swej działalności i dopiero w 1997 r. zostało ponownie powołane do życia; jego przewodniczącym był dr Rafał Pędich (1997-2005), a jego następczynią została dr Beata Mazurek-Gmirek,

• **Koło Sekcji Ortodontji**, od 2002 r. prowadziła dr Danuta Hoszowska,

Posiedzenia Oddziału Opolskiego PTS odbywały się na początku nieregularnie 3-6 razy do roku. Od końca lat 90. - regularnie 9 razy, a od 2004 r. szkolenia odbywały się również wspólnie z Komisją Stomatologiczną OIL i zespołem Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Opolu.

Przez cały okres działalność oddziału opiera się głównie na pracy lekarzy i pracowników Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Opolu.

Miejscami spotkań były: Miejski Dom Kultury, Szkoła Muzyczna, Przychodnia Sportowo-Lekarska, Filharmonia Opolska i obecnie hotel „Festival”.

W posiedzeniach, w charakterze wykładowców, uczestniczyli początkowo pracownicy naukowcy Akademii Medycznych z Wrocławia i Zabrza, a następnie - coraz częściej - także z innych uczelni. Byli to głównie profesorowie, Kierownicy Katedr i Zakładów Akademii Medycznych z całego kraju. Nasze obrady uświetniali:

• ze Szczecina – Prof. Zbigniew Jańczuk, Prof. Jadwiga Banach,

• z Gdańska – Prof. Barbara Adamowicz-Klepalska, Prof. Edward Witek,

• z Poznania – Prof. Stefan Włoch, Prof. Kazimierz Stawiński, Prof. Stefan Flieger, Prof. Zdzisław Krysiński, Prof. Borysewicz-Lewicka,

• z Warszawy – Prof. Maria Wierzbicka, Prof. Janusz Piekarczyk, Prof. Eugeniusz Spiechowicz, Prof. Renata Górka,

• z Wrocławia – Prof. Stanisław Potoczek, Prof. Adam Masztalerz, Prof. Bogumił Płonka, Prof. Tadeusz Paweła, Prof. Urszula Kaczmarek, Prof. Tomasz Konopka, Prof. Małgorzata Radwan-Oczko, Prof. Marek Ziętek,,

• z Zabrza – Prof. Maria Barańska-Gachowska, Prof. Leszek Ilewicz, Prof. Antoni Karasiński, Prof. Lidia Postek-Stefańska,

• z Krakowa – Prof. Stanisław Majewski, Prof. Bartłomiej W. Loster,

• z Łodzi – Prof. Danuta Piątkowska, Prof. Włodzimierz Józefowicz, Prof. Stanisław Suliborski, Prof. Jerzy Sokołowski, Prof. Halina Pawlicka,

• z Lublina – Prof. Ingrid Różyło-Kalinowska.

Ponadto na naszych szkoleniach prezentowali swoje wykłady:

• Prezydenci Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego,

• Redaktorzy Naczelni Czasopism PTS: „Czasopismo Stomatologiczne”, „Protetyki Stomatologicznej”, „Dental and Medical Problems” z Wrocławia, „Dental Forum” z Poznania, „Implantoprotetyka” z Krakowa.

• Prezesi wszystkich Sekcji działających przy Polskim Towarzystwie Stomatologicznym (Protetyki Stomatologicznej, Periodontologii, Ortodoncji, Pedodoncji, Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej),

• Konsultanci Krajowi ze wszystkich dyscyplin stomatologicznych, a także Konsultant Krajowy (spoza stomatologii) w dziedzinie chorób zakaźnych – Prof. zw. dr hab. Andrzej Gładysz,

• Rektorzy Akademii Medycznych z Warszawy i z Wrocławia: Prof. Piekarczyk i prof. Zietek,

• Kolejni Przewodniczący Sekcji Polskiej Akademii Pierre’a Faucharda (Światowa Honorowa Organizacja Dentystyczna): prof. Zbigniew Jańczuk, prof. Eugeniusz Spiechowicz, prof. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska, prof. Marek Ziętek,

• Kolejni Przewodniczący Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej: dr n. med. Andrzej Fortuna, dr n. med. Zbigniew Żak, dr Anna Lella,

• Prezydent części europejskiej Światowej Organizacji Dentystycznej – FDI lek. stom. Anna Lella

Nie sposób było wymienić wszystkich naszych znacznych Gości. Czujemy się zaszczytni oraz wyróżnieni, że zechcieli nas odwiedzić i bardzo wdzięczni za wiedzę i doświadczenie, którymi się z nami podzielili.

Bardzo ważnymi wydarzeniami w historii naszego Oddziału poza organizacją konferencji i goszczeniem sław stomatologii polskiej, było niewątpliwie:

• **powstanie w 1990 r. Klubu Stomatologa** przy naszym Oddziale PTS, którego honorowym Przewodniczącym był dr n. med. Jerzy Werner, a **z którego** to klubu w 1993 r. **wyłoniła się Komisja Stomatologiczna** Opolskiej Izby Lekarskiej, której pierwszym przewodniczącym został wybrany dr Wiesław Latała,

• **podpisanie w 2004 r. Listu Intencyjnego o współpracy pomiędzy naszym Oddziałem i Komisją Stomatologiczną Opolskiej Izby Lekarskiej.** List ten podpisała: Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej – lek. stom. Jolanta Smerkowska-Mokrzycka i Prezes Oddziału PTS – lek. stom. Wiesław Latała, w obecności członka Prezydium Zarządu Głównego PTS – prof. dr hab. Zdzisława Krysińskiego i Prezesa OIL w Opolu dr n. med. Jerzego Jakubińskiego oraz naszych Koleżanek i Kolegów. Uroczystość ta odbyła się podczas wspólnej konferencji na zamku w Kamieniu Śląskim. Informacja o tym wydarzeniu została rozesłana do Zarządu Głównego PTS i wszystkich Oddziałów oraz Naczelnej Izby Lekarskiej i wszystkich Izb Lekarskich - Komisji Stomatologicznych w całym Kraju.

Te wydarzenia skutkowały w dalszej działalności Opolskiego Oddziału PTS tym, że od 2004 r. mieliśmy możliwość zdobywania przez naszych stomatologów punktów edukacyjnych bez konieczności udziału w kursach i szkoleniach zewnętrznych. Dzieje się tak dzięki bardzo dobrej współpracy Towarzystwa i Samorządu Lekarskiego w naszym województwie. Tej współpracy zazdrościli nam i zaczynają się powoli, do niej przekonywać lekarze z innych regionów Polski.

Na koniec pragnę poinformować, że nieprzerwanie i już od ponad 30 lat organizowany jest w karnawale przez nasz Oddział BAL STOMATOLOGA, na który - jak zawsze - serdecznie zapraszamy wszystkich naszych przyjaciół.

Opole dn. 24.05.2021r.

Lek. stom. Wiesław LATAŁA

NAGRODA DLA NASZEGO KOLEGI

Z ogromną satysfakcją informujemy, że nasz Kolega lek. stom. Wiesław Latała został uhonorowany Nagrodą Akademii Pierre Faucharda Sekcja Polska im. prof. Zbigniewa Jańczuka, przyznaną decyzją Kapituły Nagrody.

Nagroda, w formie okolicznościowego dyplomu, jest przyznawana za zasługi dla stomatologii polskiej, Akademii Pierre Faucharda lub środowiska stomatologicznego, ze szczególnym uwzględnieniem społecznego charakteru



działalności Laureata. Wyróżnienie to przyznawane jest raz w roku, jednemu z członków Akademii.

Wręczenie Nagrody odbyło się podczas Dorocznego Zebrania Stowarzyszenia Akademii Pierre Faucharda Sekcja Polska w dniu 6 października 2021 roku, w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi. Nagrodę wręczał Przewodniczący Akademii prof. dr hab. Marek Ziętek dr h. c. multi

Serdecznie gratulujemy naszemu Koledze, tak zaszczytnego wyróżnienia.

*Kronikarz Oddziału Opolskiego PTS
Dr n. med. Piotr WIŚNIEWSKI*



50. MISTRZOSTWA ŚWIATA LEKARZY W TENISIE – TURCJA 2021

Od 9 do 15 października 2021 roku w Turcji, w słonecznym Belek w prowincji Antalya nad Morzem Śródziemnym odbywały się jubileuszowe 50. Mistrzostwa Świata Lekarzy w Tenisie pod egidą WMTS (World Medical Tennis Society). 21 lekarzy oraz dentystów z Polski zdobyło łącznie 33 medale: 15 złotych, 10 srebrnych oraz 8 brązowych.

Najbardziej wartościowym osiągnięciem było zajęcie przez męską reprezentację Polski 1 miejsca w Pucharze Narodów (Nations Cup), co udało się dopiero pierwszy raz w historii. Biało-czerwona drużyna w składzie: Marcin Pokrzywnicki, Tomasz Maziak, Dariusz Gajecki oraz Robert Telega pokonała kolejno Rosjan, Czechów, Włochów oraz Łotyszy i tym samym okazały, przechodni Puchar Narodów powędrował na kolejny rok do naszego kraju.

Dzielnie walczyła również nasza reprezentacja kobiet w składzie: Olesja Szpak, Małgorzata Pawelec-Wojtalik, Anna Komar, Bożena Kędzierska, Agata Wojciuk. Polki były blisko obrony złotego medalu sprzed 2 lat z Wilna,

ale jednak w finale ostatecznie musiały w decydującej rozgrywce deblowej uznać wyższość reprezentacji Litwy.

Kolejne Mistrzostwa Świata w 2022 roku odbędą się w Stanach Zjednoczonych w Orlando na Florydzie od 23 do 29 października.

Krzysztof PARTYKA



XXII HALOWE MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W TENISIE ZIEMNYM

Kolejne, XXII Halowe Mistrzostwa Polski Lekarzy w tenisie ziemnym im. Andrzeja Jasińskiego odbyły się w dniach 11-14 listopada br. w Pabianicach. Udział wzięło ponad 70 zawodniczek i zawodników z całej Polski, którzy walczyli w kilku kategoriach wiekowych na 4 kortach twardych w hali tenisowej przy ul. Grota Roweckiego. Organizatorem Mistrzostw była Łódzka Izba Lekarska i Naczelna Izba Lekarska.

Pod nieobecność naszego, opolskiego Mistrza rakiety, dr Zbyszka Nanowskiego, po raz pierwszy sięgnął po tytuł mistrzowski dr Krzysztof Partyka z Nysy. W grze podwójnej w parze z dr Lechem Borkowskim z Gubina, w finale kategorii 55+ pokonali parę Wiesław Bąba - Jarosław Marzec (7-5, 6-1). Niestety dr Partyka był jedynym reprezentantem Opolskiej IL.

Zachęcamy do odwiedzenia strony Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy (www.pstl.pl), gdzie można zapoznać się z aktualnymi rankingami, fotorelacjami i możliwościami rejestracji i gry w turniejach organizowanych przez Stowarzyszenie.

Kolejny turniej już po Nowym Roku. Do zobaczenia na kortach

Krzysztof PARTYKA



ŚWIĘTOSŁAWA CÓRKA MIESZKA I – „ŻONA I MATKA” KRÓLÓW SKANDYNAWSKICH



Świętosława była Piastówką, jedyną córką pierwszego władcy Polski Mieszka I i jego żony Dobrawy i rodzoną siostrą Bolesława Chrobrego. Świętosława została królową Szwecji, Danii, Norwegii i Anglii oraz bohaterką licznych pięknych sag skandynawskich. Ich autorzy sławili ją pod imieniem Sygrydy, ponieważ wymówienie jej polskiego imienia sprawiało im duże trudności.

Świętosława urodziła się pomiędzy 960 a 972 rokiem. Jej ojciec Mieszko I wyswatał ją z królem Szwecji Erykiem Zwycięskim. Sojusz ze Szwecją był wymierzony przeciwko Danii i miał umożliwić polskiemu władcy wzmocnienie wpływów na Pomorzu Zachodnim. Tymczasem serce Świętosławy należało do innego mężczyzny młodego Norwega Olafa syna Harolda Pięknowłosego, który zjednoczył Norwegię.

Świętosława wyjechała do Szwecji, poślubiła Eryka, któremu urodziła syna Olafa, który jako pierwszy władca Szwecji przeszedł na chrześcijaństwo. Zgodnie z życzeniem swojego ojca Mieszka I, Świętosława nakłoniła swojego męża do wyprawy przeciwko Danii. Wojna ta zakończyła się zwycięstwem, dzięki czemu Eryk otrzymał przydomek „Zwycięski”. Niestety wojna ta odbiła się na jego zdrowiu i wystąpiły u niego objawy obłędu. Wyrażały się one omamami, w których pogański Bóg Odyn żądał, aby w ofierze złożył swojego jedyne dziecko. Chcąc ratować swoje dziecko Świętosława podpaliła dwór oraz świątynię Odyna. W pożarze Eryk zginął. Po jego śmierci Świętosławie współcześni nadali przydomek Storrada czyli „Dumna”. Niestety Olaf norweski zażądał dla siebie tronu szwedzkiego z pominięciem syna Świętosławy – również Olafa. Na domiar złego poślubił norweską księżniczkę. Dlatego Świętosława wyszła za mąż za króla Danii Svena Widłobrodęgo.

Chcąc się zemścić Świętosława zmontowała koalicję przeciwko Olafowi norweskiemu, w skład której wchodził król Szwecji, Danii i - wg niektórych historyków - również Polacy. Doszło wówczas w 1000 r. do wielkiej bitwy morskiej pod Solwą, nazywanej w historiografii „Bitwą trzech królów”, w której udział wzięli król norweski Olaf, król szwedzki Olaf oraz król duński Sven Widłobrody. Sprzymierzone siły szwedzkie i duńskie zatopiły wszystkie okręty norweskie, a sam król norweski zginął.

Świętosława urodziła Svenowi kilkoro dzieci, w tym dwóch przyszłych królów duńskich: Haralda II oraz Kanuta, któremu nadano przydomek „Wielkiego”. Niestety stosunki Świętosławy ze Svenem stale się pogarszały z powodu jego trudnego i gwałtownego charakteru. W końcu Sven wygnał Świętosławę ze swojego dworu w 1020 r. Powróciła wówczas do Polski na dwór swojego brata Bolesława Chrobrego.

Po śmierci Svena Widłobrodęgo na dwór Bolesława Chrobrego przybyli synowie Świętosławy, aby zabrać Świętosławę z Polski do Skandynawii. W Szwecji panował już jej starszy syn Harald II, zaś młodszy Knut Wielki - w podbitej Anglii (w historii Anglii miało to być podbięcie przez Wikingów). Świętosława zmarła w Anglii około 1020 r. i pochowana została w Londynie.

Niektórzy historycy uważają, że Świętosława nie była siostrą Bolesława Chrobrego, lecz jego córką.

Świętosława niestety nie istnieje w świadomości Polaków pomimo, że panowała w Danii i Szwecji oraz była matką królów Danii, Szwecji oraz Anglii, a więc „żoną i matką królów”. Uzyskała natomiast sławę w pięknych sagach skandynawskich jako „Dumna królowa”.

Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI



Mieszko I na rycinie Walerego Eljasza-Radzikowskiego z XIX w.

CHORE POMYSŁY W MINISTERSTWIE ZDROWIA

Ostatnie zapowiedzi ministra zdrowia, dotyczące zmian w szkoleniu w zawodach medycznych, wywołały spore zamieszanie. Większość lekarzy nie ma wątpliwości, że otwieranie kierunków lekarskich na uczelniach zawodowych, które nie mają żadnego doświadczenia ani zaplecza, jest fatalnym pomysłem i prowadzi do tzw. feleryzacji naszego zawodu, a nie do jego rozwoju.

Prezydium NRL wystosowało stanowcze stanowisko w tej sprawie, które krytykuje ten pomysł. Ktoś kiedyś powiedział, że jeśli Państwu brakuje pieniędzy, to dlaczego ich nie wydrukujecie? Co stoi na przeszkodzie?

Oczywiście skutki ekonomiczne takich procedur byłyby katastrofalne. Myślę, że śmiało można porównać wspomniane dodrukowywanie banknotów do aktualnych propozycji MZ związanych z kształceniem lekarzy.

Przekaz resortu zdrowia oraz samego rządu jest jasny – brakuje medyków, więc my, jako świetnie radząca sobie partia, tych lekarzy wam damy. Odbiór większości społeczeństwa, podejrzewam, że jest pozytywny. Kowalski czy Nowak mają przed oczami krótsze kolejki do specjalistów czy na zabiegi operacyjne. Mało kto jednak zdaje sobie sprawę, jak trudnym i wymagającym procesem jest kształcenie medyków. Pamiętam jak dziś moją rozmowę na pierwszym roku studiów z kolegą studiującym kierunek lekarski w mieście na północy kraju, odnośnie zajęć z anatomii. Ja, jako student Wydziału Lekarskiego SUM w Katowicach, dostęp do preparatów anatomicznych miałem bogaty. Wspomniany znajomy opowiadał, że mają tylko kilka eksponatów i oglądają je za szybko na zajęciach. Nie jest mowa tutaj o uczelni, która dopiero zaczynała szkolić lekarzy, ale miała już długoletnie doświadczenie w tym temacie.

Kilka lat temu w kilku mniejszych miastach otworzyły się nowe kierunki medyczne. Jako lekarz już w trakcie specjalizacji, miałem okazję rozmawiać ze studentami z jednej z tych uczelni. Z relacji tych osób wynikało, że jakość szkolenia była wręcz tragiczna. Po pierwsze, ogromne braki kadrowe. Łączone duże sekcje studentów, przypadające na jednego prowadzącego. Po drugie, jak się okazało, nie ma osób powtarzających semestr czy rok. Wiadomo, że najlepiej by było, gdyby wszyscy pięknie zdawali egzaminy, posiadając odpowiednią wiedzę. W tym przypadku studenci doskonale wiedzieli, że pytania się powtarzają z każdego przedmiotu, a część studentów wykorzystywała to, ucząc się tylko niewielkiej bazy pytań, czy też tylko pytań z poprzedniego terminu.

W mojej ocenie takie warunki mocno obniżają poziom wiedzy. Myślę, że ten problem jest przejściowy i „nowe uczelnie medyczne” dopracują standardy szkolenia oraz nabiorą odpowiedniego doświadczenia. Jestem przekonany,

że adiunkci pracujący na tamtejszych wydziałach mają odpowiedni poziom wiedzy i możliwości szkolenia studentów, jednak praca w szpitalu nie ułatwia pewnych procedur. Pamiętam, jak na zajęciach w dużym szpitalu klinicznym asystenci musieli zajmować się i studentami, i pracą na oddziale. Nie wynikało to ze złych chęci czy z braku motywacji. Przyczyna to braki kadrowe, które były, są, i pewnie jeszcze długie lata będą.

W obliczu takich problemów na uczelniach już funkcjonujących, nie wyobrażam sobie, aby jakość szkolenia w szkołach zawodowych była na odpowiednim poziomie.

Odnośnie eksperymentów ze szkolnictwem medycznym, pamiętam, jak próbowano skrócić studia medyczne do pięciu lat. Na pewno jedną z przyczyn takich zmian również była niewystarczająca liczba lekarzy. Efekty były tragiczne. Chaos, jaki nastąpił, był nie do ogarnięcia, zarówno przez studentów, uczelnie, jak i przez szpitale. Czas, jaki należałoby przeznaczyć na praktykę, której tak mało na studiach, został jeszcze skrócony. Liczba rezydentur po stażu też nie została dostosowana do zmian, bo w jednym roku o specjalizację aplikowały dwa roczniki – przy stałej liczbie rezydentur, która tak naprawdę nie była wystarczająca nawet dla jednego rocznika. Oczywiście, po nieudanych reformach, szybko przywrócono tryb sześciolletni.

Co w takim razie można zrobić, żeby zwiększyć liczbę lekarzy w Polsce? Myślę, że głównym problemem jest emigracja medyków za granicę – zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek. Niedofinansowanie całego sektora ochrony zdrowia skutkuje rezygnacją wielu osób z pracy w publicznych placówkach. I nie mówię tutaj o bezpośrednich wynagrodzeniach, tylko o warunkach pracy. Gdyby szpitale były lepiej wyposażone, warunki pracy lepsze, gdyby nie obarczano medyków niepotrzebną biurokracją, wprowadzono odpowiednią pomoc w postaci większej liczby sekretarek medycznych, to jestem przekonany, że braki kadrowe byłyby mniej zauważalne.

Gdyby odpowiednio dostosować warunki na studiach medycznych w obecnie szkolących jednostkach, można by w tych placówkach szkolić więcej lekarzy. Samo zwiększenie limitów na studia, co miało miejsce, nie wystarczy. Potrzeba więcej osób pracujących w klinikach, ale warunki pracy w nich nie są zachęcające. Kończy się to czasami takimi sytuacjami, że studenci zbierają wywiad przez cztery godziny z dwoma pacjentami i nikt nawet nie zweryfikuje ich pracy. Są oczywiście miejsca, które szkolą studentów na medal, gdzie jest dużo lekarzy, młodzi lekarze chętnie zostają w tych miejscach, pisze się tam dużo ciekawych prac naukowych. Niestety, nie wszystkie kliniki są tak przystosowane



Mam nadzieję, że proponowane przez rząd zmiany w szkolnictwie nie zostaną wcielone w życie. Być może obecnie trwający protest lekarzy w Warszawie skłoni rządzących do zmian powodujących naprawę ochrony zdrowia, które zaowocują poprawą jakości świadczeń zdrowot-

nych. Zmiany proponowane przez Białe Miasteczko 2.0 być może ograniczą problem, jakim jest brak lekarzy w Polsce.

*Paweł JASIŃSKI
członek Okręgowej Rady Lekarskiej
(przedruk z Pro Medico nr 11/21)*

PROTEST

Strategia oparta na lekceważeniu i braku odpowiedzialności: – Przejeżdżałem tam wieczorem ostatnio i nie widziałem żywego ducha – powiedział minister zdrowia o „białym miasteczku 2.0”, wykluczając podjęcie rozmów z Komitetem Protestacyjno-Strajkowym.

Słowa padły na antenie Radia Zet 22 października, wieczorem. 20 i 21 października nad Warszawą przechodziły silne wichury, łamały się drzewa. Pogoda nie oszczędziła również namiotów, w których od 11 września trwa protest pracowników medycznych. Z ludzkiego punktu widzenia wypowiedź Adama Niedzielskiego trudno zrozumieć. Z politycznego – byłoby jeszcze trudniej, gdyby szef resortu zdrowia nie przyzwyczaił nas przez rok do swej raczej śladowej empatii.

Na odpowiedź protestujących nie trzeba było więc długo czekać. Dzień później przedstawiciele zawodów medycznych zwołali konferencję prasową, by w „białym miasteczku” ogłosić, że czas na „delikatne rozmowy” się skończył. – Po wichurach „białe miasteczko” bardzo dobrze się trzyma. Umocniliśmy namioty. Idziemy do przodu – mówił Gilbert Kolbe, rzecznik protestujących.

Jednak trudno oprzeć się wrażeniu, że ten deklarowany optymizm nieco rozmija się z realiami. Pat. To słowo chyba najlepiej oddaje sytuację, jaka zapanowała na linii rząd – protestujący pracownicy ochrony zdrowia. Czy też – protestujące organizacje pracowników, bo na razie nie widać, by protest rozlewał się po kraju tak, by realny stał się scenariusz paraliżu ochrony zdrowia. To dla resortu zdrowia chyba znak, że problemu nie ma. Niesłusznie – problem jest, a paraliż ciągle nie jest wykluczony.

Negatywny dla rządzących, ale przede wszystkim groźny dla pacjentów scenariusz może się spełnić w każdej chwili. Mapa zamykanych z powodu braków kadrowych oddziałów wydłuża się co tydzień. Poszukiwanie obsady na dyżury i etatowych pracowników nie tylko kanałami informacyjnymi izb lekarskich, ale wprost – w mediach społecznościowych, za pomocą dramatycznie brzmiących filmowych apeli – staje się coraz powszechniejszą praktyką. To wszystko w warunkach ciągle jeszcze niewypiętrzonych kolejnej fali pandemii, a modele, tworzone przez epidemiologów i matematyków, nie są optymistyczne. Bardzo prawdopodobne, że późną jesienią i zimą szpitale ponownie zaleją na wiele tygodni, wręcz miesięcy, pacjenci covidowi. Czy będzie się miał nimi kto opiekować? Jak Ministerstwo Zdrowia, po długim czasie absolutnego lekceważenia przedstawicieli zawodów medycznych, zamierza zmotywować ich do ponownego ponadnormatywnego wysiłku?

Adam Niedzielski, który w namiotach rozstawionych w Alejach Ujazdowskich, gdzie od 11 września nieprzerwanie dyżurują przedstawiciele organizacji zrzeszających pracowników medycznych, „nie widział żywego ducha”, nie dostrzega również frustracji zżerającej – nie od tygodni, lecz od miesięcy, od lat – lekarzy, pielęgniarki, ratowników medycznych, diagnostów, fizjoterapeutów i wielu, wielu innych. Wszystkich, których ciężką pracą dodatkowo utrudnia dysfunkcyjny i pełen absurdów system, za którego działanie współodpowiedzialny jest obecny rząd i urzędujący minister. Współodpowiedzialny, bo – w sposób oczywisty – za ułomności systemu odpowiedzialność ponoszą wszystkie kolejne rządy, wszyscy kolejni ministrowie zdrowia. Tak się jednak składa, że klucz do rozwiązania problemów jest tylko w rękach rządzących, więc rządzący są właściwymi adresatami i postulatów, i pretensji.

Minister nie widzi, jego przełożeni – premier Mateusz Morawiecki, prezes Prawa i Sprawiedliwości Jarosław Kaczyński – nie słyszą. List, jaki do wicepremiera Kaczyńskiego, szefa PiS i całego obozu Zjednoczonej Prawicy 18 października wystosował Komitet Protestacyjno-Strajkowy, z prośbą o osobiste zainteresowanie się postulatami i sytuacją zawodów medycznych, przez tydzień nie doczekał się odpowiedzi. I nic nie wskazuje, by się jej doczekał w dającej się przewidzieć przyszłości.

Oparta na lekceważeniu strategia rządzących wydaje się kompletnie niezrozumiała. Co prawda nawołują do dialogu, ale chcą go toczyć na własnych warunkach – w ramach Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia, gdzie uprzywilejowaną pozycję mają związki zawodowe, dalece niereprezentatywne dla zawodów medycznych, dodatkowo zawężając materię rozmów do kolejnych zmian w ustawie o wynagrodzeniu minimalnym pracowników ochrony zdrowia. Tymczasem dosłownie za chwilę ignorowani i lekceważeni pracownicy medyczni będą na wagę złota. Nie tylko na oddziałach covidowych, które w ostatnich dwóch miesiącach roku zapewne znów zdominują polską ochronę zdrowia.

Minister zdrowia, który – mówiąc ogólnie – nie uczynił nic, by złagodzić kolejną falę pandemii i przez Narodowy Program Szczepień zapewnić szpitalom oraz innym jednostkom systemu ochrony zdrowia działanie w warunkach względnej normalności, będzie prawdopodobnie wymagał od pracowników medycznych kolejnych poświęceń i mobilizacji. Już wymaga, bo komentując apel Naczelnej Rady Lekarskiej o skrócenie czasu pracy, nazwał go... nieodpowiedzialnym.

A przecież samorząd lekarski zaapelował nie o odejście od łóżek. Nie o rezygnację z pracy w publicznym systemie ochrony zdrowia. Zaapelował o to, by lekarze nie pracowali więcej, niż pozwala na to fizjologia. – Wydolność organizmu lekarza i lekarza dentystry, jak każdego człowieka, ma ograniczenia anatomiczne. Ciągła praca zawodowa w wymiarze przekraczającym 48 godzin w tygodniu prowadzić może do utraty zdrowia, zmniejszenia koncentracji, a także zwiększenia ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Mając to na uwadze, Naczelna Rada Lekarska rekomenduje lekarzom i lekarzom dentystrów ograniczenie wymiaru zaangażowania zawodowego do poziomu, który nie będzie przekraczał granic bezpieczeństwa zarówno dla nich, jak i dla pacjentów – tłumaczył podczas konferencji prasowej Artur Drobniak, wiceprezes NRL.

Co z tego przesłania zrozumiał minister, nomen omen, zdrowia? – Jestem bardzo zaskoczony takim wydźwiękiem komunikatu, który mówi wprost pacjentom, że nie będą obsługiwani, nie będą przyjmowani.

Rzeczywiście, strategia oparta na lekceważeniu jest równocześnie strategią opartą na skrajnym wyzysku. Państwo, mając ku temu wszelkie narzędzia: szczepionki, możliwość wprowadzania ograniczeń dla osób bez potwierdzonego statusu covidowego (certyfikatu covi-

dowego), uchwalenie skutecznych regulacji prawnych dotyczących sankcji za nieprzestrzeganie podstawowych w pandemii zasad sanitarnych (obowiązku prawidłowego noszenia maseczek), wyłącznie z obawy przed utratą politycznego poparcia we własnym elektoracie pozorowało przez niemal pół roku, od zakończenia poprzedniej fali, walkę z pandemią, dodatkowo rozpętlując konflikt z pracownikami medycznymi. Teraz rachunek za wszystkie popełnione błędy będą płacić z jednej strony pracownicy ochrony zdrowia, z drugiej pacjenci. Nie ci, którzy świadomie zrezygnowali ze szczepienia i z uporem godnym lepszej sprawy nie chronią siebie i innych przed zakażeniem, choćby nosząc maseczki, ale ci, którzy dochowali wszelkiej staranności, a mimo to zachorowali na COVID-19 – z powodu wieku, chorób obciążających układ immunologiczny, albo nie na COVID-19. Po prostu – zachorowali i powinni móc otrzymać pomoc medyczną natychmiast i najlepszej jakości, a nie dostać. Nie dlatego, że lekarze ograniczą czas pracy, ale dlatego, że system – przez podszyte brakiem odpowiedzialności polityczne decyzje – znów znajdzie się na krawędzi wydolności. Trzeci raz w ciągu zaledwie 12 miesięcy.

Małgorzata SOLECKA
(przedruk z „Pulsu” nr 11/21)

CZY LEK NA COVID-19 ZASTĄPI SZCZEPIONKI PRZECIWKO SARS-COV-2?

Jakimi narzędziami i technologiami lekowymi dysponują dziś lekarze leczący pacjentów z COVID-19. Kiedy możemy się spodziewać szerszego wprowadzenia do praktyki klinicznej skutecznego na infekcję spowodowaną zakażeniem SARS-CoV-2? Niech wypowiedzą się eksperci.

Według dostępnych danych, ok. 50% polskiej populacji skorzystało z możliwości zaszczepienia się przeciwko COVID-19. Czwarta fala pandemii przybiera na sile, ale w przeciwieństwie do poprzednich, ofiarami infekcji padają głównie osoby niezaszczepione. Zaszczepieni chorują rzadziej i w ich przypadku przebieg infekcji jest często łagodny.

Wąskie okno terapeutyczne dla leku przeciwwirusowego

Jak obecnie w polskich szpitalach są leczeni chorzy na COVID-19? Eksperci mówią że terapia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i zachorowania na COVID-19 to złożony problem.

„Dziś najbliższą dla mnie metodą leczenia jest stosowanie leków przeciwwirusowych, czyli ograniczających replikację wirusa. W codziennej praktyce dysponujemy jednym takim preparatem — remdesiwirem. Nie charakteryzuje się on jednak silnym działaniem przeciwwirusowym. Poprawę kliniczną po jego podaniu obserwuje się u kilku do kilkunastu procent chorych” - zaznaczył specjalista chorób wewnętrznych i zakaźnych dr hab. n. med. Tomasz Smiatcz z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych dla woj. pomorskiego.

Oczywiście, lekarze chcieliby mieć do dyspozycji znacznie silniejsze leki, skuteczniej hamujące replikację wirusa. „Niestety, remdesiwir ma też swoje ograniczenia. Przede wszystkim bardzo wąskie jest okno terapeutyczne, czyli czas, gdy preparat może zostać podany. Dotyczy to zresztą chyba wszystkich leków przeciwwirusowych - muszą one być dostarczone pacjentowi jak najszybciej. Podanie remdesiwiru, zanim u osoby zakażonej wystąpią objawy infekcji, nie ma większego sensu, ponieważ w zdecydowanej większości przypadków przebiega ona łagodnie” - powiedział dr hab. Tomasz Smiatcz.

Z kolei podanie remdesiwiru pacjentom w stanie ciężkim, u których nie zachodzi już replikacja wirusa, także nie jest zasadne.

Kombinacje przeciwciał monoklonalnych

„W odpowiednio wczesnym podaniu remdesiwiru przeszkadza także jego dożylna postać (w polskich warunkach nie wykonuje się tej iniekcji w domu). Bardzo potrzebujemy więc leku, który mógłby być podawany pacjentom w formie doustnej. Były pewne próby zmiany formy podawania w przypadku różnych kombinacji przeciwciał monoklonalnych w terapii zakażenia SARS-CoV-2. W najbardziej podstawowej postaci było to osocze ozdrowieńców, zawierające wśród wielu innych białek także przeciwciała skierowane przeciwko wirusowi

SARS-CoV-2. Ale mam także na myśli kombinację casirivimabu i imdevimabu albo bamlanivimabu i etesimivabu” - wymienia specjalista chorób zakaźnych.

Ograniczeniem w stosowaniu tych terapii ponownie okazał się czas. „W przypadku pierwszej kombinacji przeciwciał udokumentowano, że skuteczność w redukcji ryzyka wystąpienia objawów infekcji wynosi nawet 80%, ale podanie leku następowało w ciągu 96 godzin od kontaktu z osobą zakażoną, a więc nawet nie od momentu potwierdzenia zakażenia SARS-CoV-2. Jest to więc w większym stopniu forma profilaktyki poekspozycyjnej, która jest uznaną i stosowaną metodą w leczeniu chorób zakaźnych” - zauważył dr hab. Tomasz Smiatacz. Lek podawano w postaci podskórnej, a więc łatwiejszą drogą niż dożylną, ale i tak trudnej do realizacji w warunkach domowych.

Jak dodał ekspert, ponad rok temu podejmowano różne próby z wykorzystaniem dostępnych już wcześniej preparatów - np. lopinawiru - ale bez uzyskania oczekiwanych efektów. „Musimy pamiętać, że infekcja COVID-19 jest ostra i krótkotrwała. W większości przypadków replikacja trwa kilka lub kilkanaście dni, może z wyjątkiem pacjentów np. po przeszczepach”.

Próby działania przeciwpalnego

Specjalista przypomina, że nie samo zakażenie sięje spustoszenie w organizmie, ale reakcja zapalna wywołana przez wirusa. „Musimy więc podać leki wcześniej, zanim wirus spowoduje wyzwolenie reakcji zapalnej” - precyzuje. A wywołana zakażeniem reakcja zapalna u każdego chorego przebiega inaczej i jej skutki zdrowotne mogą być różnie rozłożone w czasie.

„Były pewne próby modulowania tej reakcji, aby poprawić stan i rokowanie chorych. Na dziś najbardziej skuteczne okazały się steroidy w niewielkiej dawce, bo jej zwiększanie, paradoksalnie, wcale nie przynosiło poprawy. Gdy dojdzie już do zniszczenia tkanek, możemy w zasadzie polegać wyłącznie na procesach regeneracyjnych, a nie na leczeniu i hamowaniu postępu choroby” - przyznał dr hab. Tomasz Smiatacz.

W próbach doboru skutecznej terapii spore nadzieje wiązano również z tocilizumabem, ale on też miał swoje ograniczenia związane z czasem i formą podania. Ponadto preparat charakteryzuje się silnym i długotrwałym działaniem immunosupresyjnym. Może więc wywołać dotychczas utajone inne zakażenia, np. gruźlicę lub wirusowe zapalenie wątroby. Co więcej, wyniki dotyczące zastosowania tocilizumabu w redukcji poziomu ryzyka zgonu w 28. dobie po podaniu preparatu nie potwierdziły w tym punkcie jego skuteczności.

W poszukiwaniu leku doustnego

„Podstawowym preparatem do leczenia chorych na COVID-19 jest tlen, którego w zeszłym roku nam zabrakło. Z tym, że tak naprawdę to nie jest terapia, a kupowanie pacjentowi czasu w oczekiwaniu na efekty procesu regeneracyjnego, które umożliwią choremu przeżycie. Specjaliści zajmujący się pacjentami z COVID-19 potrzebują więc leku skutecznego i doustnego, ale taki prepa-

rat zdecydowanie nie zastąpi szczepionek, a jedynie uzupełni tę metodę profilaktyki” - zaznacza prof. Smiatacz.

W jakich kierunkach podążają więc badania naukowe nad nowymi lekami, możliwymi do zastosowania w terapii COVID-19, o łatwiejszej formie podania? Eksperti zgodzili się co do tego, że aktualnie priorytetem jest znalezienie leku, który skutecznie hamowałby replikację wirusa we wczesnym stadium choroby - tak, aby pacjent mógł go zażyć w domu.

„Obecnie badania w tym zakresie toczą się dwutorowo. Z jednej strony, przyglądamy się lekom małowcząsteczkowym, a z drugiej, analizujemy leki biologiczne. Większy nacisk w pracach badawczych położony jest obecnie na preparaty małowcząsteczkowe, ponieważ te biologiczne o wiele trudniej przyjmować w warunkach domowych.

Tymczasem leki biologiczne najczęściej należy podawać w szpitalu w formie iniekcji. Wielkie nadzieje wiązano z remdesiwirem, a dziś nie mamy innych leków, które mogłyby naśladować jego działanie” - powiedział prof. dr hab. Marcin Drąg, chemik z Politechniki Wrocławskiej.

Kolejne grupy leków w badaniu

Obecnie poszukiwania leku na COVID-19 koncentrują się wokół enzymu wirusozależnej polimerazy RNA. Na wniosek firmy Merck amerykańska FDA weryfikuje właśnie molnupiravir, lek rozwijany wcześniej z myślą o leczeniu chorych na gripę. Jak dodał prof. Marcin Drąg, aktualnym kierunkiem badań jest także poszukiwanie leków oddziałujących na ludzkie enzymy.

„Na przykład szuka się inhibitorów dla enzymu konwertującego angiotensynę typu 2 (ACE2), białka TMPRSS2, niezbędnego do wnikania wirusa SARS-CoV-2 do komórek gospodarza. Jest tu kilka nowych, potencjalnie obiecujących leków, ale z doświadczenia wynikającego z walki z wirusem SARS (SARS-CoV-1) wiemy, że zastosowanie preparatów tego rodzaju wiąże się z poważnymi skutkami ubocznymi. Oczywiście, badacze poszukują również leku na COVID-19 wśród leków biologicznych, przede wszystkim przeciwciał. Obecnie bada się kilka preparatów, ale kwestią kluczową w tych rozważaniach jest odpowiedni moment podania takiego leku, tak aby skutecznie hamował on replikację SARS-CoV-2” - tłumaczył prof. Marcin Drąg.

Podobnie jak dr hab. Tomasz Smiatacz, podkreślił konieczność opracowania terapii w formie doustnej tabletki, możliwej do zastosowania w warunkach domowych. Kolejną grupą leków, której przyglądają się badacze, są preparaty już nie tyle hamujące proces replikacji, co oddziałujące na reakcje immunologiczną organizmu.

„Obecnie w praktyce klinicznej stosowane są klasyczne preparaty: deksametazon i tocilizumab. Warto wspomnieć, że wielkie nadzieje związane są dziś z procesem retargetowania znanych już i stosowanych w walce z innymi wirusami leków. Taki właśnie zabieg zastosowano, jak się okazało z częściową skutecznością, z remdesiwirem. Nowym preparatem, nad którym badania są już bardzo zaawansowane, prowadzi je koncern Pfizer, jest inhibitor proteazy Mpro” - wskazał ekspert.

Jak dodał prof. Drąg, pojawia się także wiele związków lub ekstraktów pochodzenia naturalnego, które mogą być wykorzystywane do zahamowania procesu replikacji wirusa SARS-CoV-2. Doniesienia te wymagają jednak weryfikacji.

Ostre działanie superantygeny

Dr hab. Tomasz Smiatacz przypomniał, że w większości przypadków replikacja SARS-CoV-2 trwa kilka lub kilkanaście dni, natomiast ewentualny dalszy ostry przebieg infekcji COVID-19 jest spowodowany nadreaktywnością układu odpornościowego.

„W 2020 r. zespół amerykańskich badaczy opublikował strukturalną pracę. Jej autorzy przewidywali, że białko kolca (ang. spike) działa jak superantygen. Zespół mojego laboratorium, we współpracy z Instytutem Biochemii i Biofizyki Polskiej Akademii Nauk oraz Warszawskim Uniwersytetem Medycznym, sprawdził, że fragment białka SI istotnie może działać jak superantygen” - poinformowała dr hab. n. med. Elżbieta Sarnowska, biolog molekularny, kierowniczka Zakładu Immunoterapii Eksperymentalnej w Narodowym Instytucie Onkologii.

Jak opisała: „Fragment podany bezpośrednio do komórek jądrzastych mocno je aktywuje i powoduje wyrzut interleukin prozapalnych. Przy dłuższej ekspozycji komórek układu immunologicznego na ten superantygen obserwujemy wyczerpanie limfocytów (proces utraty przez nie funkcji cytotoksycznych), co jest nietypowym zjawiskiem dla infekcji o ostrym przebiegu (to cecha charakterystyczna infekcji przewlekłych). Interesujące, że w „wyczerpanych” limfocytach obserwujemy ekspresję PD-L1. Przyczyny tego zjawiska nie są jeszcze znane, obecnie prowadzimy nad nimi badania. Ta obserwacja tłumaczy jednak, dlaczego szczepionki chronią przed ciężkim przebiegiem infekcji COVID-19 oraz dlaczego dochodzi do tak ostrej odpowiedzi zapalnej u osób dorosłych, a także u dzieci” - powiedziała ekspertka.

Wspomoga nanoprzeciwciała?

Zespół specjalistów z dr hab. Elżbietą Sarnowską skupił się na terapii opartej na nanoprzeciwciałach. „Do tej pory udało nam się opracować kilka nanoprzeciwciał, z których jedno jest bardzo obiecujące. Wiąże się z białkiem kolca i ma zdolność przejściowego blokowania wnikiwania SARS-CoV-2 do komórek ludzkiego organizmu” - wskazała badaczka.

Nad wykorzystaniem nanoprzeciwciał w leczeniu chorych na COVID-19 trwają obecnie prace w ośrodkach badawczych w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii, gdzie sprawdza się możliwość podawania opracowanego w ten sposób leku w formie sprayu.

Przydały się prace nad wirusem MERS

W 2020 r. opublikowano pierwsze opracowania dotyczące wspólnych prac chemików z Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz zespołu prof. Krzysztofa Pyrcia z Małopolskiego Centrum Biotechnologii UJ. Dotyczyły one wpływu polimeru MM019 na replikację SARS-CoV-2. Jak poinformował prof. Pyrc, początek samych prac sięga 2012 r., gdy pojawił się wirus MERS.

„Doszliśmy wówczas do wniosku, że zasadne byłoby stworzenie inhibitora, który umożliwiałby hamowanie zakażenia koronawirusami, z uwagi na ryzyko rozwoju pandemii, wywołanej właśnie przez wirus z tej rodziny. Już wiosną zeszłego roku potwierdziliśmy, że wyniki naszych prac z lat poprzednich faktycznie przekładają się na wirus SARS-CoV-2, w związku z czym z pewnością warto rozwijać opracowaną wówczas przez nasz zespół substancję. Udało nam się wykazać, że działa zarówno *ex vivo* (na hodowlach tkankowych), jak *in vivo* (na modelu zwierzęcym). Dalsze prace poszły dwutorowo. Z jednej strony na Uniwersytecie Jagiellońskim rozwijamy substancję HTCC. Z drugiej strony brytyjska firma, z którą współpracujemy, opracowała bardzo podobny polimer, wykorzystywany jako nośnik innych leków” - opowiadał wirusolog prof. dr hab. Krzysztof Pyrc, laureat programów START i POWROTY/HOMING Fundacji na rzecz Nauki Polskiej.

Co dotychczas wynikało z tej współpracy? „Nasze wspólne badania wykazały, że polimer wytworzony przez brytyjską firmę można zmodyfikować w taki sposób, aby miał również działanie przeciwwirusowe” - wyjaśnił prof. Pyrc, dodając że obecnie polimer ten jest w pierwszej fazie badań klinicznych prowadzonych przez amerykańską firmę farmaceutyczną.

Jak zaznaczył, branża farmaceutyczna i środowisko naukowe doceniają potrzebę opracowania leku, który mógłby zostać szeroko wykorzystany w praktyce klinicznej już teraz. Ale równie ważne jest stworzenie przynajmniej kilku opcji terapeutycznych na wypadek, gdyby w bliskiej przyszłości pojawił się inny potencjalnie groźny patogen z rodziny koronawirusów. Zespół prof. Pyrcia bierze aktywny udział w takich pracach - zarówno samodzielnie, jak i w ramach współpracy z innymi ośrodkami zrzeszonymi w konsorcja badawcze.

W warunkach pandemii nauka przyspiesza

Mówiąc o poszukiwaniu leku na COVID-19, należy pamiętać, że od przeprowadzenia nawet najbardziej obiecujących badań do realnego wdrożenia leku do praktyki klinicznej długa droga. Proces ten jest, oczywiście, krótszy dla substancji już wcześniej znanych i wykorzystywanych w leczeniu infekcji wywoływanych przez inne wirusy.

„Dotychczas ten proces był bardzo długi, bo wieloletni. Paradoksalnie, to właśnie w warunkach pandemii ma on szansę znacząco przyspieszyć. To możliwe ze względu na fakt, że koszty społeczno-ekonomiczne pandemii są tak ogromne, iż stanowią doskonałą motywację do przyspieszenia prac badawczych i procedur rejestracyjnych. Co więcej, pandemia dostarcza wielu pacjentów, których możemy i powinniśmy poddawać badaniom. Biorąc to pod uwagę, myślę że w perspektywie roku możemy się spodziewać opracowania leku na COVID-19.” - prognozował dr hab. Tomasz Smiatacz,

Zastrzegł jednak, że praktyka kliniczna ma swoje różnorodne ograniczenia, w tym kadrowo-formalne. Przestrzegł też przed nieuzasadnionym upraszczaniem i skracaniem procedur badawczych oraz tych służących do oceny bezpieczeństwa i skuteczności leku, szczególnie



w przypadku preparatów całkowicie nowych. Jak podkreślił, nawet najbardziej obiecujący lek na etapie badań może okazać się nieefektywny w praktyce klinicznej, a co więcej, może też wiązać się ze skutkami ubocznymi - jak było w przypadku hydroksychlorochiny.

Emilia GRZELA

Na podstawie debaty Fundacji na rzecz Nauki Polskiej pt.
„Poszukiwanie skutecznego teku na COVID-19”.
(przedruk z „Pulsu medycyny” nr 15 27 października 2021)

TRZECIA DAWKA – KONIECZNIE!

W rozmowie z „Panaceum”, dr Paweł Grzesiowski, ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej ds. walki z COVID-19, wyjaśnia, dlaczego potrzebujemy trzeciej dawki szczepienia, czy warto badać poziom przeciwciał, czy szczepienie wydłuża ważność paszportu covidowego i co właściwie stało się w Izraelu.

„Panaceum” – Zapytam przewrotnie: po co nam trzecia dawka szczepienia?

Dr Paweł Grzesiowski: – Szczepienie przeciw COVID-19 jest szczepieniem bezadjuwantowym, to znaczy, że szczepionki nie zawierają substancji, które w klasycznych szczepionkach wywołują długotrwały efekt odpornościowy. Tutaj mamy do czynienia ze szczepionkami, które są tego klasycznego adjuwantu pozbawione, podobnie jak na przykład szczepionka przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu czy przeciw grypie. Na początku, gdy powstawały szczepionki przeciw COVID-19, nie było wiadomo, jak długo po szczepieniu odporność będzie się utrzymywała. Tym bardziej nie było wiadomo, że powstanie wariant Delta, bo szczepionki były opracowywane jeszcze przed tymi nowymi mutacjami. Dopiero koło czerwca-lipca okazało się, że odporność poszczepienna obniża się z upływem czasu. Kolejnym czynnikiem osłabiającym odporność jest nowy wariant wirusa. Wariant Delta osłabia tę skuteczność o około 10–20%. Z tego powodu uznano, że należy podwyższyć stężenie przeciwciał dawką przypominającą.

Kogo dotyczy spadek odporności?

W Polsce są to osoby 50+, a w większości krajów 60+, a także osoby, które są narażone na zwiększoną ekspozycję wirusa, czyli przede wszystkim personel medyczny i niemedyczny mający kontakt z chorymi. Trzecią grupą są osoby, które w ogóle nie odpowiedziały albo odpowiedziały słabo na szczepionkę.

Czyli?

To osoby z nowotworem, leczone immunosupresyjnie, dializowane, zarażone wirusem HIV, a także osoby z chorobami hematologicznymi. Ci pacjenci mogą dostać trzecią dawkę szczepienia w schemacie podstawowym, a więc nawet po upływie miesiąca od drugiej dawki. Bierzymy tutaj pod uwagę fakt, że te osoby mogły w ogóle nie wytworzyć odporności po podaniu drugiej dawki szczepienia.

Czy jest duże zainteresowanie trzecią dawką szczepienia?

Jeśli chodzi o moje doświadczenie, to zainteresowanie jest ogromne. Te osoby, które szczepiły się dwiema dawkami, są na tyle świadome, że chcą kontynuować szczepienia. I mówimy tu głównie o wymienionych wcześniej grupach ryzyka, bo przecież o trzecią dawkę nie pytają

osoby młode, którym ona na razie nie przysługuje. W tej chwili 90% zgłaszających się na szczepienie to osoby chcące przyjąć trzecią dawkę.

Brzmi to dość optymistycznie. Jednak najczęstsze pytanie, które słyszę w związku z trzecią dawką szczepienia, dotyczy tego, czy przedłuży ona ważność paszportu covidowego.

Nie, nie przedłuży, ponieważ, inaczej niż nam się wydaje, paszport covidowy nie jest zaświadczeniem o szczepieniu. To jest dokument, który został wystawiony w dacie drugiego szczepienia i jego ważność jest ustalona administracyjnie na poziomie Unii Europejskiej na dwanaście miesięcy. Moim zdaniem trzecia dawka będzie wydłużać ten czas, ale jest to decyzja administracyjna. Ponieważ jednak pierwsze certyfikaty będą tracić swoją ważność w styczniu i lutym nadchodzącego roku, Komisja Europejska będzie musiała zająć wobec tego faktu jakieś stanowisko. Prawdopodobnie pojawi się więc możliwość, że trzecia dawka przedłuży ważność certyfikatu o kolejne dwanaście miesięcy, ale na razie jest to dopiero w fazie rozmów ministrów zdrowia krajów członkowskich Unii Europejskiej.

Czy przed trzecią dawką szczepienia powinniśmy zbadać poziom przeciwciał?

To jest bardzo dobre pytanie, ponieważ mamy kilka grup kandydatów do trzeciej dawki. Na przykład osoba, która jest ozdrowieńcem i otrzymała dwie dawki szczepienia, według naszych doświadczeń ma bardzo dobrą odporność immunologiczną i nie wymaga podania trzeciej dawki, nawet jeżeli kwalifikuje się do szczepienia z racji wieku lub należy do grupy ryzyka. Niektóre kraje podają przecież ozdrowieńcom tylko jedną dawkę szczepienia. U takich osób wykonanie badania poziomu przeciwciał wydaje się bardzo uzasadnione, ponieważ podanie trzeciej dawki może nie być konieczne. Nie będzie ono szkodliwe, ale nie będzie też potrzebne.

Z drugiej strony mamy pacjentów z zaburzeniami odporności i u nich zbadanie poziomu przeciwciał po miesiącu od drugiej dawki uważam za bardzo ważne uzupełnienie programu szczepień. Na przykład, mamy pacjenta, który jest dializowany i miesiąc po drugiej dawce badamy mu poziom przeciwciał i okazuje się, że on ich w ogóle nie ma. Taka osoba powinna natychmiast otrzymać trzecią dawkę szczepienia.

Czy wiadomo, jaki powinien być poziom przeciwciał?

Nie ma jednoznacznie ustalonego stężenia przeciwciał, który byłby uodparniający, dlatego staramy się nie kierować konkretnymi stężeniami przeciwciał, tylko określamy,

że jest ich dużo, mało albo nie ma ich wcale. Nie mówimy, jaki konkretnie poziom przeciwciał zabezpiecza przed zachorowaniem, ponieważ znaczenie mają także inne czynniki, np. dawka wirusa. Znam opis pacjenta, który miał dość wysoki poziom przeciwciał, ale w domu chorowała cała rodzina i on też zachorował, jednak objawy miał bardzo łagodne. Widać więc, że mimo wysokiego poziomu przeciwciał, wirus przełamał odporność, ale nie zagroził życiu pacjenta. Wiemy, że powtarzalny kontakt z wirusem w warunkach domowych, niestety, może przełamać odporność nawet przy wysokim poziomie przeciwciał.

Czy dawka przypominająca będzie konieczna także u osób, które zaszczepiły się szczepionką jednodawkową?

Tak. Już w tej chwili firma Johnson rejestruje drugą dawkę, która jest dawką przypominającą po dwóch miesiącach od pierwszej. Ta szczepionka od początku miała nieco słabszy wynik niż szczepionki dwudawkowe. Było więc wiadomo, że jeżeli spadek przeciwciał następuje z upływem czasu, to tym bardziej będzie dotyczył osób zaszczepionych jedną dawką. Ponieważ jednak firma Johnson jeszcze nie zarejestrowała w Unii Europejskiej drugiej dawki, na razie wykonujemy to szczepienie kolejną dawką Pfizera lub Moderny.

Z informacji płynących z mediów wynika trudny do zdefiniowania przeze mnie błąd. Mianowicie, kilka miesięcy temu czytałam o ogromnym sukcesie szczepień w Izraelu, a dziś czytam o zatrważającym wzroście zachorowań w tym kraju. Z czego to może wynikać?

To jest właśnie bardzo duża pułapka dla tych, którzy nie weryfikują doniesień medialnych. Izrael faktycznie MEDIALNIE jest krajem, który świetnie się zabezpieczył. Tymczasem

statystyki pokazują, że tylko 62% mieszkańców tego kraju zostało zaszczepionych drugą dawką. W Polsce jest to 51%. Izrael jest więc daleko za Norwegią, Irlandią czy Portugalią, gdzie zaszczepionych pierwszą dawką jest 90%, a drugą 75–80%.

Czy w takim razie możemy mówić wyłącznie o sukcesie medialnym Izraela.

Dokładnie tak. Propagandowo Izrael wypada świetnie. Nie jest już jednak tak dobrze, jeśli spojrzymy na wskaźniki szczepień. Jest jeszcze gorzej, jeżeli spojrzymy na wskaźniki, które pokazują, kto choruje. A mówią one wyraźnie, że w Izraelu choruje sporo osób w wieku 60+. Oznacza to, że pacjenci zaszczepieni w okolicach stycznia, po upływie sześciu miesięcy mają już wygasającą odporność i trzeba ich szczepić trzecią dawką, co zresztą dzieje się w Izraelu od sierpnia.

Czy obserwując sytuację w innych krajach i to jak tam przebiega pandemia, możemy się czegoś nauczyć? Czy na podstawie tych obserwacji możemy przewidzieć, jak będzie przebiegać w Polsce czwarta, czy kolejna fala zachorowań?

Niestety, czwarta fala będzie trwać dłużej, mimo wolniejszego wzrostu liczby przypadków, hospitalizacji i zgonów, za kilka(naście) tygodni znów będzie bardzo dużo pacjentów w szpitalach i dużo zgonów. To wynika z niskiego wskaźnika zaszczepionej populacji, ale także z całkowitego braku działań prewencyjnych – ludzie nie noszą maseczek, testują się sporadycznie i nie ograniczają kontaktów w zamkniętych pomieszczeniach. To musi doprowadzić do kolejnej zapaści w ochronie zdrowia i masowych zachorowań.

*Rozmawiała Justyna KOWALEWSKA
(przedruk z „Panaceum” nr 11/21)*

CZY SZCZEPIENIA OCHRONNE POTRZEBUJĄ RATUNKU

Wraz z pandemią COVID-19 ze szczególną mocą powrócił do debaty publicznej temat szczepień ochronnych - nie tylko tych przeciwko SARS-CoV-2. Jest o czym dyskutować, ponieważ w ostatnich kilku latach nasilił się problem uchylania się od obowiązku ich wykonywania. Niegdyś były one postrzegane jako zdobycz medycyny, dziś większa się grupa osób, upatrujących w immunizacji próbę ograniczenia ich swobód, a nawet eksperymenty medyczne na całych społeczeństwach. Czy będziemy musieli ratować program szczepień ochronnych?

Naukowi profani w natarciu

W ciągu ostatnich pięciu lat liczba uchyleń od szczepień obowiązkowych zwiększyła się aż pięciokrotnie. Dla porównania: w 2015 r. odnotowano 6600 odmów, natomiast w 2019 r. było ich już ponad 40 tys. Wstępne dane z 2020 r. mówią o 51 tys. uchyleń. Sytuacja jest tym groźniejsza, że od ubiegłego roku zmagamy się z poważną chorobą zakaźną, ale jak widać, nie przełożyło się to na przełamanie tego bardzo niebezpiecznego trendu.

Co zatem zagraża programowi szczepień ochronnych? „Polacy zaczęli myśleć tylko o sobie. Nie ma w społeczeń-

stwie świadomości tego, czym jest zdrowie publiczne. Nadal nie mamy poczucia, że zdrowie całego społeczeństwa oraz prawidłowe funkcjonowanie kraju i gospodarki zależy od naszych indywidualnych wyborów. Błędzimy po Internecie, dajemy się infekować fake newsom. Nastąpił też zmierzch autorytetów, bo każdy z nas ma w tej chwili dostęp do wielu źródeł w sieci i każdy uważa się wobec tego za eksperta, zapominając, że trzeba do tych informacji podchodzić analitycznie” - wskazał prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, dziekan Szkoły Zdrowia CMKP.

Jak podkreślił, w czasie pandemii ukazywało się w renomowanych czasopismach medycznych nawet do 400 artykułów dziennie na temat SARS-CoV-2. Wiele z nich stawiało potrzebne pytania i zwracało uwagę na wątpliwości, a ich autorzy zaznaczali, że dużo kwestii dotyczących koronawirusa powinno być lepiej zbadanych i poznanych. Często jednak artykuły te, choć nie to było ich celem, stały się źródłem półprawd na temat SARS-CoV-2, popularyzowanych przez osoby bez rzetelnej wiedzy i wyrwywające np. różnorodne dane z pierwotnego kontekstu. Walka

także z tym zjawiskiem, zdaniem prof. Pinkasa, to dziś jedno z największych wyzwań dla zdrowia publicznego.

Trzeba też przyznać, że lektura artykułów naukowych jest zwyczajnie trudna i bez specjalistycznej wiedzy często niełatwo wyciągnąć z niej właściwe wnioski. Zdarzało się więc, że naukowcy profani (jak określił ich prof. Pinkas) korzystali z tego i popularyzowali w atrakcyjnej formie, za pomocą mediów społecznościowych, naukowe fake newsy. Większość przeciętnych odbiorców ma problem z ich samodzielną weryfikacją, a profesjonaliści medyczni, także z uwagi na ogrom obowiązków w czasie pandemii, nie byli wystarczająco aktywni w sieci i nie prostowali błędnych informacji lub nie starli się z nimi polemizować. „Ci, którzy mają coś do powiedzenia na temat szczepień ochronnych, zostali do tego zniechęceni. Często oskarżano ich o współpracę z firmami farmaceutycznymi dla korzyści finansowych” - skomentował prof. Pinkas.

Pułapka samokształcenia

Jak zwróciła uwagę socjolożka dr Helena Chmielewska-Szljajfer z Akademii Leona Koźmińskiego, media społecznościowe sprzyjają komunikacji oddolnej, co ma też swoje janusowe oblicze. „Część osób tkwi w pułapce czegoś, co jest w zasadzie pożądane w edukacji, czyli samokształcenia. Paradoksalnie, chęć samodzielnego poszukiwania źródeł wiedzy i krytycznego z nich korzystania może nas zwyczajnie zwieść na manowce. Nie czarujmy się: artykuły naukowe są po prostu bardzo trudne i kompetentnie je interpretować często jedynie specjaliści z danej dziedziny” - zaznaczyła.

Media społecznościowe umożliwiają takim ludziom szerokie dzielenie się swoimi wątpliwościami z masowym użytkownikiem sieci. Na to zjawisko nakłada się erozja autorytetów i niespójna komunikacja ze strony rządzących.

Kalendarz mało elastyczny

Dlaczego jednak rodzice odmawiają poddania swoich dzieci szczepieniom? „Od początku roku prowadzę badania, polegające na przeprowadzaniu wywiadów z rodzicami sceptycznymi bądź wręcz niechętnymi wobec szczepień ochronnych. Wielokrotnie wspominają oni, że inne kraje mają o wiele bardziej elastyczny kalendarz szczepień ochronnych, ten w Polsce uznają za zbyt rygorystyczny - podobnie jak podejście samych lekarzy” - powiedziała dr Chmielewska-Szljajfer.

Co wpływa na różnice w kalendarzach szczepień w poszczególnych krajach? „Bardzo wiele czynników - od zagrożenia epidemiologicznego w danym kraju, po położenie geograficzne. To nie jest tak, że ktoś z firmy ma wpływ na kształt kalendarza szczepień, jest on efektem ciężkiej pracy szerokiej grupy osób. Program szczepień się zmienia, staramy się korzystać z nowoczesnych technologii, choćby po to, aby liczba iniekcji była jak najmniejsza” - odniósł się do kwestii kalendarza szczepień prof. Pinkas.

Jak dodał ekspert ds. zdrowia publicznego dr hab. Filip Raciborski, prof. Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, rodziców często wcale nie przekonuje wiedza

ekspercka przekazywana przez lekarzy lub innych medycznych profesjonalistów, ale informacje płynące z osobistego doświadczenia medyków.

„Rodzice często pytają lekarzy, czy oni sami szczepią siebie lub swoje dzieci. Drugim problemem komunikacyjnym jest to, że lekarz ma ograniczony czas na udzielenie porady, posługuje się też zazwyczaj specyficznym dla tej grupy zawodowej językiem, z reguły bardzo specjalistycznym. Na koniec wizyty zwykle lekarz pyta, czy pacjent wszystko zrozumiał, a ten w większości przypadków tylko potakuje. Po wizycie pacjent sam jeszcze raz w sieci wyszukuje informacje o swoich dolegliwościach” - tłumaczył dr hab. Filip Raciborski.

„Nie będą mi narzucać, co mam robić!”

Dotychczasowy trend wzrostu odmów szczepień może nie jest jeszcze alarmujący, ale na tyle znaczący, że nie można tego problemu przemilczać. Szczególnie że także wśród medyków pojawiają się osoby sceptycznie nastawione do szczepień. „Porażką mojego życia byłaby sytuacja, gdybym zobaczył na ulicy dziecko z polio” - przyznał prof. Jarosław Pinkas.

Pandemia podsycała jednak aktywność ruchów antyszczepionkowych, a postawy sceptyczne wobec szczepień promują też osoby o statusie celebrytów. Co w tej sytuacji powinien wątpięmu pacjentowi powiedzieć lekarz? Zdaniem psychologa dr. hab. Tomasza Grzyba, prof. SWPS, nie należy sceptykowi niczego narzucać, trudno bowiem do czegokolwiek przekonać osobę, która czuje, że chcemy ograniczyć jej swobody.

„Pojawia się wówczas zjawisko nazywane reaktancją, czyli chęć postąpienia w sposób odwrotny do tego, który ktoś nam narzuca. Grupa osób sceptycznych bądź negujących szczepienia ochronne jest bardzo zróżnicowana: są w niej zarówno ludzie z niższym wykształceniem, jak i z dyplomem wyższych studiów. Nie można więc przypisać niechęci do szczepień osobom słabiej wykształconym, choć pewien związek między poziomem wykształcenia a stosunkiem do szczepień rzeczywiście istnieje. W większej próbie widać, że im człowiek lepiej wykształcony, tym chętniej się szczepi” - zauważa ekspert.

Jego zdaniem, powszechny dostęp do wiedzy sprawił, iż wielu z nas jest przekonanych, że absolutnie wszystkiego możemy się samodzielnie dowiedzieć. „Osoby odmawiające szczepień to także ludzie o wysokim poczuciu zaufania we własną intuicję, ponadto mają problem z wyciąganiem wniosków na podstawie przedstawionych im dowodów. Uważają też, że pojęcie prawdy bywa często wykorzystywane do manipulacji i osiągnięcia pragmatycznych celów” - wyjaśnił dr hab. Tomasz Grzyb.

Dyskutować czy nie dyskutować?

Wśród osób promujących ideę szczepień często pojawiają się wątpliwości, czy rozmawiać i dyskutować z antyszczepionkowcami lub osobami sceptycznymi wobec szczepień. Przekonywać z pewnością warto, ale nikt nie chce, aby chęć zmierzenia się z kimś na merytoryczne argumenty została od-

czytana jako legitymizacja błędnych lub zakłamanych informacji. Takie niebezpieczeństwo niestety istnieje w warunkach niezwykle zbrutalizowanej współczesnej debaty publicznej.

„Debata dotycząca wiedzy nie może być dyskusją, w której osoby posiadające rzetelną wiedzę ścierają się w rozmowie z profanami. Z drugiej jednak strony ludzie mają prawo wątpić, a my mamy obowiązek rozmawiać z każdym, bo czasami i największy sceptyk może być, jak to się mówi, do wygrania” - uważa prof. Pinkas.

Eksperci zgodzili się co do tego, że nazywanie sceptyków foliarzami lub szurami z pewnością ich nie przekona, a jedynie uruchomi postawę reaktancji.

„Musimy też pamiętać, że osoby wątpiące w szczepienia zazwyczaj nie posiadają specjalistycznej, gruntownej wiedzy medycznej i przekonywanie ich argumentami odwołującymi się właśnie do wiedzy może być jak rzucanie grochem o ścianę. Należy styl rozmowy dostosowywać do rozmówcy. Niestety, zapominamy o tym, co widać w badaniach. Jeśli ktoś umie rozmawiać, posługując się nie tylko suchymi argumentami merytorycznymi, choćby najbardziej zasadnymi, ale np. też własnym doświadczeniem i pozytywnymi emocjami, ma znacznie większą szansę powodzenia” - dodała dr Helena Chmielewska-Szljajfer.

W jej ocenie, medykom często brakuje umiejętności spokojnej rozmowy, a co więcej, brakuje im również czasu i przestrzeni do jej przeprowadzenia. Dr hab. Filip Raci-borski przypomniał, że dwie najbardziej skrajne postawy: aktywnie proszczepionkowa lub antyszczepionkowa to dwa przeciwległe bieguny, a większość społeczeństwa znajduje się pomiędzy nimi, cechując się postawą umiarkowaną.

„Postawy „raczej się zaszczepię” i „raczej się nie zaszczepię” dominują. Uświadomienie sobie tego jest bardzo istotne, bo z takimi ludźmi należy umiejętnie rozmawiać. Jeśli osoby wątpiące nie otrzymają właściwych odpowiedzi na swoje pytania, będą się przesuwac powoli w kierunku postawy skrajnie antyszczepionkowej. Biorąc pod uwagę ilość informacji, którymi jesteśmy na co dzień bombardowani, wątpliwości mogą pojawić się też u osób popierających szczepienia. Pytania te są zasadne i należy na nie udzielić odpowiedzi” - twierdzi ekspert

Jego zdaniem, powinno się więc szerszej szkolić medyków, aby potrafili jak najskuteczniej przekonywać do szczepień, a także, pogodzić się z tym, że nie każdy sceptyk jest „do wygrania”.

Nic w nauce nie jest wyryte w kamieniu

Innym problemem, na jaki zwrócili uwagę eksperci, był fakt, że w nawale prac naukowych poświęconych SARS-CoV-2 zdarzały się i takie, które po publikacji - nawet w powszechnie szanowanych czasopiśmie - były wycofywane. Co więcej, także w środowisku medycznym były i są osoby, które podawały w wątpliwość zasadność masowych szczepień. Rozpowszechniały też błędne informacje o - ich zdaniem - skutecznych w terapii COVID-19 lekach, które, mimo ich efektywności, nie są szeroko wykorzystywane w praktyce klinicznej. Jak wobec

tego przeciętny, bez specjalistycznego wykształcenia odbiorca mediów ma się odnaleźć w gąszczu informacji?

Bez wątpienia pandemia COVID-19 zmieniła podejście społeczeństw do nauki. Okazało się bowiem, że nie wszystkie naukowe tezy - choć oparte na rzetelnej pracy i uczciwości badaczy - wytrzymują próbę czasu. Wiedza o COVID-19 przyrastała przez wiele miesięcy, wobec czego informacje uznane za pewnik na początku pandemii, nierzadko zostały negatywnie zweryfikowane w jej późniejszych miesiącach.

„Naukowcy nie są od tego, aby przewidywać przyszłość. Mają pełne prawo do zmiany zdania wraz z przyrostem wiedzy i pojawianiem się wyników nowych badań w danej dziedzinie. Obecnie świat wymienia się wiedzą na niespotykaną wcześniej skalę. Trzeba tylko umieć te informacje prawidłowo odczytywać. Zmiana zdania lub stanowiska w jakiejś sprawie to nie jest dla naukowca lub lekarza wstyd. Bywa, że wraz z nowymi doniesieniami naukowymi jest to wręcz obowiązek. Nic w nauce nie jest wyryte w kamieniu” - skonstratował prof. Pinkas.

Jak dodał, być może za rok zalecenia dotyczące obustrzeń przeciwepidemicznych lub leczenia chorych na COVID-19 ulegną zmianie w wyniku nowych odkryć - tego nie jesteśmy w stanie dziś przewidzieć. Postęp naukowy w dużej mierze polega przecież na wzajemnym podważaniu ustaleń przez badaczy.

„Naukowcy są w tej szczególnej sytuacji, że w razie konieczności mogą przyznać się do błędu i pójść w swoich pracach dalej. Natomiast dziś mamy do czynienia z wyjątkową sytuacją, która wymaga konkretnych działań. Warto więc uświadamiać sceptykom, że jeśli nie zaszczepią się przeciwko COVID-19 dziś dostępnymi preparatami, to mogą zwyczajnie nie doczekać opracowania kolejnych, udoskonalonych szczepionek” - dodała dr Chmielewska-Szljajfer.

W sytuacji informacyjnego szumu nie do przecenienia jest rola mediów, choć one same zmagają się z własnym kryzysem, wynikającym ze spadku czytelnictwa i pogoni za masowym odbiorcą. Jaką receptę mają eksperci dla tytułów odpowiedzialnie podchodzących do szerzenia medycznych informacji? Nawet jeśli presja czasu i natłok przekazów temu nie sprzyjają, specjaliści zalecają przede wszystkim rozwagę i wnikliwość. Warto pokazywać, jak dużą część ogółu informacji o szczepieniach stanowią te podważające ich bezpieczeństwo lub zasadność.

KADRA MEDYCZNA

Tezy:

- Wśród kadry medycznej zdarzają się osoby o poglądach antyszczepionkowych
 - Wątpliwości dotyczące szczepień mają również lekarze. Śledzą informacje o działaniach niepożądanych. Jednak w ich przypadku istnieje silna świadomość przewagi korzyści nad potencjalnymi ryzykami.
 - Wyszczepialność personelu medycznego ma istotne znaczenie dla promocji szczepień wśród społeczeństwa.
1. Pacjenci dopytują lekarzy nie tylko o wiedzę, ale o doświadczenia własne na temat szczepień.





2. Lekarz, który sam się szczepi i o tym mówi jest bardziej przekonujący dla pacjenta od dowodów naukowych.

Propozycje rozwiązań:

- Położenie dużego nacisku na zwiększenie poziomu wyszczepialności wśród kadry medycznej.

- Promocja szczepień poprzez dawanie przykładu np. przez przełożonych w placówkach medycznych

RODZICE

Tezy:

- Pacjenci/rodzice Pacjentów mają trudności w zrozumieniu informacji przekazywanych im przez personel medyczny, nawet jeśli w trakcie rozmowy deklarują, że wszystko jest zrozumiałe.

- Pacjenci prezentujący postawę antyszczepionkową nie ulegają argumentom przedstawianym przez lekarzy w trakcie rozmowy.

- Wybór źródeł wiedzy na temat szczepień jest uzależniony od wieku. Starsi pacjenci częściej opierają się na informacjach z telewizji, gdzie jest mniejsze prawdopodobieństwo natrafienia na medyczne fake newsy.

Propozycje rozwiązań:

- Szkolenia dla personelu medycznego:

1. Na temat szczepień, bezpieczeństwa, skuteczności itp.

2. Na temat komunikacji z pacjentem odnoszącej się do szczepień.

3. Na temat źródeł informacji dotyczących szczepień i zagrożeń wynikających z fałszywych informacji.

Emilia GRZELA

(przedruk z „Pulsu Medycyny” nr 14 - 13.X.2021)

SARS-COV-2 TO WIRUS, NA KTÓRY POPULACJA LUDZKA NIE UZYSKAŁA JESZCZE DOSTATECZNEJ ODPORNOŚCI

Dlaczego nawet niektóre w pełni zaszczepione osoby ciężko przechodzą COVID-19? Do czego potrzebna jest trzecia dawka szczepionki? I kiedy mogą pojawić się skuteczne leki przeciw SARS-CoV-2? Na te i inne pytania odpowiada prof. dr hab. n. med. Brygida Knysz, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w rozmowie z Agatą Grzeleńską.

Agata Grzeleńska: Czwarta fala pandemii już jest z nami. Szczepienia miały zmniejszyć ryzyko choroby, trafenia do szpitala. Ale okazuje się, że ich skuteczność spada po 4–6 miesiącach niemal do zera. Coś poszło niezgodnie z zamierzeniami. Co?

Prof. dr hab. n. med. Brygida Knysz: Oczywiście, że życzylibyśmy sobie szczepionkę przeciwko COVID-19 o prawie 100% skuteczności i na całe życie. Niestety, nie jest to możliwe. Nieprawdopodobnym osiągnięciem było jednak opracowanie skutecznych szczepionek w tak krótkim czasie. Celem szczepień jest ograniczenie przypadków COVID-19 o ciężkim przebiegu i zgonów z powodu tej choroby. Oczywiście do szpitali trafiają osoby zaszczepione, które uległy zakażeniu, ale jest ich zdecydowanie mniej niż osób nieszczepionych. W badaniach przeprowadzonych w Izraelu wykazano, że ryzyko hospitalizacji było 17-krotnie mniejsze u zaszczepionych przeciwko COVID-19 w porównaniu z grupą niezaszczepionych. Badanie przeprowadzono na dużej, reprezentatywnej grupie pacjentów. W przypadku szczepień mówimy o tzw. zakażeniu przełomowym (rozwiąza się po 14 dniach od podania drugiej dawki szczepionki), które może wystąpić pomimo wcześniejszej immunizacji. Predysponowane są osoby starsze, po 65. roku życia. Osoby z zakażeniem

przełomowym chorują łagodniej aniżeli niezaszczepione i rzadziej wymagają hospitalizacji.

Odsetek osób, które uległy zakażeniu pomimo szczepienia, jest szacowany, w zależności od raportu, od 1,3 do kilku procent. W Polsce, według danych Ministerstwa Zdrowia z października 2021, odsetek zakażeń (pomimo szczepienia) wynosił 1,13%. To niewiele, biorąc pod uwagę fakt, że w naszym kraju dominuje wariant delta.

A co ze spadkiem odporności kilka miesięcy po szczepieniu?

Nieprawdą jest twierdzenie, że po 6 miesiącach odporność spada niemal do zera. Jeśli ma pani redaktor na myśli poziom przeciwciał anty-SARS-CoV-2, który obniża się nawet 10-krotnie po 6. miesiącach od podania drugiej dawki, to nie jest to informacja, która pozwala na twierdzenie o braku odporności. Nie ma ustalonego poziomu przeciwciał w wartościach chroniących przed zakażeniem. Ale istnieją obserwacje, że ryzyko zakażenia w miarę upływu czasu od zaszczepienia rośnie. Dlatego w przypadku szczepień przeciwko COVID-19 niezbędne jest podanie dawki przypominającej. Takie zalecenia są wprowadzane w odniesieniu do niektórych grup, być może w przyszłości dla wszystkich. Proszę zwrócić uwagę, jak krótki jest czas naszej obserwacji. Szczepienia zaczęły się pod koniec grudnia 2020. Nie minął jeszcze rok. Za rok nasza rozmowa będzie wyglądała inaczej – tak, jak inaczej byłoby rok temu: wówczas zastanawialiśmy się, kiedy będzie dostępna szczepionka. Nie mieliśmy żadnej wiedzy. Dziś rozmawiamy o skuteczności, odporności, badaniu poziomu przeciwciał.

Izrael, Wielka Brytania, Singapur – te kraje chwaliły się najwyższą wyszczepialnością, tymczasem w ostatnich tygodniach gwałtownie rosła tam liczba zakażeń. Sama znam kilka przypadków osób (również związa-

nych z opieką zdrowotną), które zaszczepiły się szybko, a zachorowały tak ciężko, że niezbędny był pobyt w szpitalu). Jak to wyjaśnić?

Jak już wspomniałam, zdarzają się niestety ciężkie zachorowania pomimo szczepienia, ale to wiemy od momentu publikacji wyników badań klinicznych. Istnieje ryzyko rozwoju poważnej choroby, które zależy od wielu czynników, nie tylko szczepionki. Wspomina pani o krajach z wysoką wyszczepialnością: proszę spojrzeć, jak wysokie są liczby zakażeń, zwłaszcza w Wielkiej Brytanii, a jak mało jest zgonów. Podobna sytuacja dotyczy wspomnianego Izraela, a dodałabym jeszcze np. Portugalii. Nadal mamy dużą grupę dzieci, nastolatków, które nie były jeszcze szczepione, a są „doskonałym” źródłem zakażenia. Z drugiej strony jest Rosja z dużą liczbą zakażeń i bardzo dużą liczbą zgonów. Tam stopień wyszczepienia jest niski, a dostępna szczepionka mniej skuteczna niż zarejestrowane w UE. W Polsce najwięcej hospitalizacji obserwujemy we wschodnich rejonach kraju, gdzie odsetek zaszczepionych jest najniższy, a hospitalizowani są głównie nieszczepieni przeciwko SARS-CoV-2.

Przyzwyczajiliśmy się do możliwości szczepienia. Nie dziwi nas autobus, w którym możemy otrzymać bezpłatnie szczepionkę. Są niestety kraje, w których szczepionka przeciwko COVID-19 to nierealne marzenie. Na kontynencie afrykańskim stopień wyszczepienia wynosi niewiele ponad 4%! Dopóki nie uzyskamy odporności stadnej w skali świata, nie uda się zakończyć pandemii. Szczepienie chroni nas przed pojawianiem się nowych, bardziej zjadliwych wariantów, które wypierają stare. Należy mieć nadzieję, że nie pojawi się u nas wariant „Mu”, ponieważ nie ochroni nas żadna szczepionka.

Profesor Piotr Kuna mówi, że trzeba przestać straszyć ludzi, epatować liczbami zakażeń. Zamiast grać na emocjach, jego zdaniem powinno się przekazywać twarde da-

ne naukowe. Powinniśmy zacząć żyć normalnie, traktować SARS-CoV-2 jak inne wirusy wywołujące sezonowe infekcje. Co Pani o tym sądzi?

To jest postawa życzeniowa. Może nadejdzie czas, kiedy będziemy mogli traktować SARS-CoV-2 jako wirusa odpowiedzialnego za sezonowe infekcje. Jest to nowy wirus, na który populacja ludzka nie uzyskała dostatecznej odporności, wiele osób umiera w cierpieniach, a następstwa pod postacią tzw. long-COVID-19 nie są dostatecznie poznane. Liczba zgonów z powodu COVID-19 odnosi się do osób, które były hospitalizowane i zmarły w szpitalu. Nie znamy liczby tych, które zmarły w wyniku następstw po przebyciu choroby. Następstwa dotyczą nie tylko układu oddechowego, również sercowo-naczyniowego, nerwowego, nerek. Proszę mi wskazać infekcję sezonową, która spowodowałaby załamanie ochrony zdrowia?

Przez wiele miesięcy świat medyczny skupiał się na szczepionkach. A co ze skutecznymi lekami na COVID-19? Nie sądzi Pani, że to one są odpowiedzią na chorobę w przyszłości? Jakie są szanse na skuteczne lekarstwa?

Trzy firmy farmaceutyczne prowadzą zaawansowane badania nad lekami przeciw SARS-CoV-2. Są to badania III fazy. Firma Merck złożyła już aplikację do FDA o warunkowe dopuszczenie do stosowania. Możemy spodziewać się pod koniec roku leków doustnych, przeznaczonych dla osób z COVID-19 o łagodnym i średnim przebiegu, z ryzykiem rozwoju ciężkiej choroby. Być może będą zalecane również u osób z kontaktu z chorym na COVID-19. Z dostępnych informacji wynika, że skuteczność leku molnupiravir firmy Merck wynosi 50%. Cieszy mnie fakt, że po roku od wprowadzenia szczepień będzie dostępny lek hamujący namnażanie wirusa. W oczekiwaniu na akceptację FDA firma już rozpoczęła produkcję leku.

(przedruk z „Medium” nr 11/21)

MGŁA POCOVIDOWA

...Ten wirus naprawdę mocno wyniszcza. Duże problemy mam z pamięcią i koncentracją – cokolwiek czytam, to mam wrażenie, że jest to napisane w jakimś obcym języku i zupełnie nic nie rozumiem;...wczoraj po raz kolejny zapomniałam kodu do domofonu; myląc cyfry dwukrotnie uruchomiłam alarm; zamiast kartą debetową, próbowałam zapłacić przy użyciu dowodu osobistego – to fragmenty e-maila, który otrzymałam od jednej ze swoich pacjentek – studentki medycyny. Dziewczyna w miarę łagodnie przechorowała COVID 19, a wystąpienie objawów, które opisuje, poprzedzone było całkowitą utratą węchu i smaku. Tzw. mgła pocovidowa pojawiła się kilkanaście dni później i dramatycznie pogorszyła jakość jej życia.

Ze zjawiskiem mgły mózgowej mamy do czynienia u pacjentów, którzy mają już za sobą typowe objawy COVID 19, takie jak kaszel, duszność i gorączka. Skar-

gi osób z utrzymującą się mgłą mózgową dotyczą zaburzeń funkcji ośrodkowego układu nerwowego. To znaczne pogorszenie lub utrata pamięci, problemy z doбором właściwych słów podczas rozmowy oraz zaburzenia koncentracji uwagi. Większość z tych osób nie miała udokumentowanego udaru, ani zdiagnozowanej infekcji mózgu, czy choćby napadów padaczki. Dominują u nich utrzymujące się już tygodniami, oporne na stosowane leczenie – zaburzenia poznawcze. U niektórych osób w przebiegu COVID 19 może dochodzić do udarów mózgu, w związku z czym mogą towarzyszyć im swoiste neurologiczne deficyty. Jednak są osoby, które mają „mgłę mózgową” o dużym nasileniu, nieproporcjonalnym do samej choroby, którą przebyli łagodnie. Nie można wykluczyć, że przyczyną tego może być niewspółmierna aktywacja układu odpornościowego.

Autorzy artykułu opublikowanego w „Journal of Infection” opisali utrzymujące się co najmniej przez trzy miesiące po wypisaniu ze szpitala objawy, takie jak utrata pamięci, czy zaburzenia koncentracji. Objawy te występowały u około 30% badanych osób. Co bardziej niepokoi – występowały one nie tylko wśród hospitalizowanych osób, ale również wśród tych, które łagodnie przebyły chorobę, ale najczęściej wystąpiły u nich objawy sugerujące zajęcie przez wirusa zmysłów smaku i węchu, a więc pewnego rodzaju wrót prowadzących do wnętrza centralnego układu nerwowego.

Wirus SARS CoV 2 w przeciwieństwie do wirusa grypy posiada zdolność przenikania do komórek układu nerwowego, które może uszkadzać, choć mechanizmy te nie zostały jeszcze dokładnie poznane. Może indukować reakcję z autoagresji, prowadząc do powstania swoistych autoprzeciwciał. Neurologi biją na alarm, przestrzegając nas przed możliwością powstania kolejnej fali – tym razem demencji, rozpoznawanej w coraz młodszym wieku. Ludzie stają się apatyczni, spowolnieni, mają problemy z przypomnieniem sobie nazw na co dzień używanych przedmiotów. Sprawiają wrażenie bycia bezradnymi, nie potrafią się skoncentrować. Niestety zjawisko to, podobnie jak w całej populacji, zaczyna być niepokojąco powszechne także wśród lekarzy.

Oto kilka przykładów: „Mam poważny problem z zapamiętaniem nazw leków, które kiedyś na co dzień stosowałam. Zasada skojarzeń zupełnie się nie sprawdza. Co gorsza, kiedy zastanawiam się, jak działa dany lek, pojawia się czarna „koronadziura” w głowie. Ratuje się wyjściem do toalety, a w kieszeni fartucha mam małe kompendium leków.”; „Kiedy rano przychodzę do pracy, uciekają mi gdzieś imiona moich współpracowników,

a przecież z częścią z nich pracuję już prawie dwadzieścia lat”; „Przestałem rozpoznawać twarze, w tym twarze moich pacjentów, osób, które u mnie wielokrotnie bywały – o czym świadczą ich bogate historie choroby”; „Mam problem z doborem odpowiednich słów. Utrudnia mi to kontakt z członkami rodzin chorych, którzy patrzą na mnie w jakiś taki dziwny i nieufny sposób”.

Jak leczyć mgłę mózgową po przebytym COVID 19?

Amerykańscy neurologi proponują podejście podobne do tego, jakie stosuje się w przypadku leczenia pacjentów po urazach głowy. Ważna jest odpowiednia ilość snu oraz unikanie wszystkiego, co może być potencjalnie niebezpieczne, np. palenie tytoniu, alkohol. Obecnie nie ma dowodów na to, że mentalna mgła jest trwała, więc wskazany jest optymizm, że z czasem nastąpi powrót do zdrowia. Najlepiej starać się powoli wracać do normalnej rutyny. Oczywiście wśród zaleceń znajdują się – zdrowy styl życia, wykonywanie ćwiczeń fizycznych i gimnastyka umysłu, czyli np. rozwiązywanie krzyżówek. Dieta powinna być zbliżona składem do diety śródziemnomorskiej. Powinniśmy zrezygnować ze spożywania używek, takich jak alkohol i papierosy. Nie zaszkodzi dodatkowo suplementacja witaminowo mineralna, z naciskiem na witaminy z grupy B. Część lekarzy stosuje leki z grupy nootropowych. Warto udzielać się społecznie. Takie działania nie tylko korzystnie wpływają na nasz nastrój, ale także zmuszają nas do myślenia i planowania, co ma zbawienny wpływ na funkcjonowanie naszego mózgu. Ważne jest, abyśmy mieli jakieś hobby, angażujące nas i dające poczucie szczęścia.

Marek DERKACZ
marekderkacz@interia.pl
(przedruk z „Medicusa” nr 10/21)

WRZUCENI DO WRZĄCEJ WODY

Z Magdaleną Flagą-Łuczkiwicz, lekarzem psychiatrą oraz psychoterapeutką, pełnomocnikiem ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie o wpływie pandemii na kondycję psychiczną lekarzy, rozmawiała Alicja Cichocka-Bielicka.

Alicja Cichocka-Bielicka: Pandemia COVID odcisnęła piętno na wszystkich, ale to medycy od początku stali na pierwszej linii covidowego frontu. Jak z pani, lekarskiej perspektywy wpłynęła na ich kondycję psychiczną?

Magdalena Flaga-Łuczkiwicz: W Polsce co czwarta osoba dorosła ma problemy psychiczne. Lekarze, nie są nadludźmi, mają problemy ze zdrowiem, tak jak inni. Pandemia dodatkowo poważnie przeciążyła sektor ochrony zdrowia, podnosząc poziom lęku frustracji i złości globalnie w całym społeczeństwie, a więc także w lekarzach – przypomnijmy kształconych w systemie, który zaniebija strefę self care, a więc miękkie kompetencje,

uważność na wydolność własnego organizmu i psychiki. Trudno sobie wyobrazić, co musiał czuć na przykład młody dermatolog, w trakcie rezydentury, który to na co dzień leczył stany dermatologiczne, rzadko zagrażające życiu i z dnia na dzień był wrzucany w oddział covidowy, a więc internistyczno-zakaźny z ciężkimi przypadkami, w którym codziennie umierali pacjenci.

System działał tak, że miał sobie z tym radzić i już.

Nikogo przy tym nie interesowało, bo nie było przestrzeni i zastanawianie się, że ten personel jest wrzucony do wrzącej wody. Do tego jeszcze nad lekarzami wisiało widmo powołań i wysyłki na koniec województwa, część decyzji była zupełnie przypadkowa. Nikt się nie zastanawiał, czy lekarz ma doświadczenie, czy nie ma dzieci, chorób współistniejących. W naszej Izbie było kilka interwencji w tej sprawie. Wiadomo, że gdy jest potrzeba, to trzeba to zrobić, ale nie, gdy lekarz jest świeżo po

stażu i niewiele potrafi, a ma być jedynym lekarzem na 80 pacjentów w DPS.

Trzeba pamiętać, że w tym wszystkim lekarze mają też swoje rodziny, starszych rodziców, którym trzeba pomóc, dzieci, którymi trzeba się zająć. Jak bardzo było to obciążające?

W przypadku lekarek, które nie miały z kim zostawić małych dzieci pojawiały się dodatkowo dylemat - zostawiam swoich pacjentów, swoich kolegów i będę sobie „siedzieć w domu z dzieckiem”. Oczywiście mam prawo, bo mam małe dziecko. Ogromnym ciężarem było również mówienie rodzinom o tym, że ich bliscy się nie obudzą, że trzeba się pożegnać, albo właśnie, że nie mogą zobaczyć i pożegnać umierających. Do tego dochodziło jeszcze poczucie pozostawienia lekarzy samym sobie.

Kolega kardiolog, który na stole operacyjnym codziennie ratował ludzkie życie opowiadał, że po przemianowaniu oddziału na covidowy, najgorsza dla niego była właśnie bezsilność, utrata poczucia sprawstwa.

Medycyna to walka ze śmiercią, odzyskiwanie kontroli. Po to idzie się na medycynę, żeby tę kontrolę mieć, wiedzieć, jak zapobiegać. Każda sytuacja, w której tego nie ma będzie trudna. Pandemia wykreowała takich sytuacji bardzo wiele.

Dostrzegaj Pani w pandemicznym kontekście jakieś dobre strony?

W całym tym nieszczęściu dużym plusem jest to, że o ile wcześniej o kondycji psychicznej medyków mówiło się w tonie sensacji, obśmiewając lub wytykając lekarzom potknięcia i błędy, tak w pandemii widać społeczną troskę o ludzi na pierwszej linii frontu, formułowaną w tonie podziwu, współczucia, zrozumienia. Okazuje się, że lekarzom, ratownikom, pielęgniarkom może być ciężko, mogą przeżywać chwile załamania. Kondycja psychiczna lekarzy stała się ważnym społecznie tematem. Dobrze, gdyby to z nami pozostało.

Lekarze również muszą nauczyć się otwarcie mówić o swoich potrzebach i trudnościach, jest z tym lepiej?

Etos zawodu lekarza opiera się na przekonaniu, że o trudnościach się nie rozmawia, ponieważ to oznaka słabości. Z kolei profesjonalizm realizuje się poprzez wyzbycie się emocji. Lekarze są w tym przekazie od studiów. Ten klimat zaczęła zmieniać pandemia. Dużo dobrego zrobiły oddolne inicjatywy jak nasza, izbowa (darmowa pomoc psychologiczna – przyp. red.), ale też np. terapeutów, którzy skrzyknęli się i podczas pierwszej fali oferowali pro bono konsultacje on-line dla lekarzy działających na pierwszej linii walki z COVID. Tego typu zachęt było sporo, przez co lekarze z większą otwartością, mniejszym lękiem zaczęli mówić o swoich trudnościach. Jestem w kilku zamkniętych internetowych grupach lekarskich, do których dostęp weryfikowany jest numerem PWZ, pojawiają się tam wątki odnoszące się do emocji, szukania pomocy. Co więcej, kilkakrotnie słyszałam od kolegów lekarzy, że w każdym szpitalu covidowym po-

winien być psycholog dla lekarzy. Tego wcześniej nie było. Z pragmatycznego punktu widzenia lekarz, który jest zestresowany, strauumatyzowany, depresyjny, niewyspany, uzależniony, będzie popełniał błędy. Dbalność o kondycję lekarza jest w interesie całego systemu, również pracodawcy.

Z tym jest u nas słabo. Gdy lekarzowi powinno się noga nie szuka się przyczyn, tylko zwalnia się go z pracy. A problem pozostaje, bo lekarz, któremu nie pomożemy przeniesie je do innego pracodawcy.

W polskim systemie brak zasady no-fault. W Polsce pielęgniarka, która podała pacjentowi zły lek i dziecko zmarło została zwolniona z pracy. Tymczasem w toku kolejnych dochodzeń okazało się, że nie był to chwilowy błąd jednej osoby, tylko skutek domina błędów - łańcucha złych decyzji. Zawinił cały system – dwa leki o podobnych etykietach stały obok siebie, organizacja pracy szwankowała, etc. W Polsce skupiamy się na winnych zamiast szukać przyczyn. System oparty na formule no-fault działa w lotnictwie, gdzie najważniejsze jest wykrycie błędu i wyciągnięcie wniosków na przyszłość. Lotnictwo to niesamowita skarbnica praktyk, z których system ochrony zdrowia powinien czerpać.

Od lat wspiera pani lekarzy w ich trudnościach, oferując w swoim gabinecie pomoc terapeutyczną i psychiatryczną. Zastanawia mnie co panią wyróżnia?

W wielu krajach poza Polską istnieje systemowe wsparcie lekarzy, dba się nie tylko o komfort pacjenta, ale też well-being lekarza. Powstają na ten temat wytyczne, przewodniki. Już w trakcie specjalizacji zauważyłam, jak bardzo to u nas kuleje. Postanowiłam to zmienić i zająć się leczeniem lekarzy. Mam spisane zasady, na jakie się umawiam z pacjentem. Nie ma w nim nic niezwykłego. Są tam pewne podstawy, że ja jestem lekarzem, a lekarz pacjentem. Oznacza to tyle, że pacjent nie zmienia sobie sam leków, nie pisze recept, przychodzi na regularne wizyty kontrolne.

Trzeba spisywać zasady, żeby lekarz wiedział, że jest pacjentem, a pani lekarzem?

Generalnie lekarze nie lubią leczyć lekarzy – ja lubię. Na konferencjach medycznych są anegdoty i dowcipy o tym, jacy to okropni pacjenci (śmiech). W tej relacji może zadziać się wiele rzeczy. Po pierwsze pacjent może mieć podobną wiedzę, a w niektórych obszarach większą niż specjalista, do którego przychodzi, a to uruchamia procesy rywalizacji. Nie wiadomo też za bardzo jak przyjmować lekarza – pacjenta – po koleżeńsku na dyżurze? Na kawie? W sposób formalny? Jest tendencja, że skoro to lekarz, nie powinienem traktować go jak zwykłego pacjenta. Ustalamy zasady współpracy, także dlatego, że lekarze mają recepty pro auctore, które mogą wypisywać sami dla siebie, żeby móc się samemu leczyć. Niestety spora część lekarzy, w tym niestety lekarzy psychiatrów raz czy dwa konsultują lekarza, zostawiając potem samemu sobie, mówiąc „to sobie już dalej przepisuj sam”.



W krajach, gdzie działają systemy opieki psychologicznej poradzono sobie z tym zjawiskiem, niestety ucząc się na błędach. W wyniku takich zaniedbań doszło do dramatycznej sytuacji. Kilkanaście lat temu w Wielkiej Brytanii lekarka – psychiatra popełniła samobójstwo rozszerzone, zabiła siebie i dziecko. Przeprowadzono szczegółowe dochodzenie, badając, co pomogło zawieźć. Wyciągnięto z tego wnioski, tworząc wytyczne leczenia psychiatrycznego lekarzy i szczegółowy opis kompetencji, które są do tego niezbędne. Pomyślałam, że skoro są już gdzieś te doświadczenia, to warto z nich korzystać. Lekarzy z biegiem czasu zaczęło pojawiać się coraz więcej.

Czym jeszcze wyróżnia się podejście, jakie prezentuje pani w swoim gabinecie?

Stwarzam warunki i pozwalam wchodzić w rolę pacjenta. Gdy na początku współpracy omawiam zasady wizyt, często widzę ulgę na twarzy, że mogą wyjść z roli lekarza. Jestem gotowa otwarcie rozmawiać o wyzwaniach tej relacji, o tym, że im jest trudno być pacjentem i że to jest zupełnie normalne.

W oparciu o swoje doświadczenia pracy z lekarzami, stworzyła pani w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie wyjątkowy system wsparcia psychologicznego. Proszę o nim opowiedzieć.

Gdy zostałam pełnomocnikiem zdrowia Izby we wrześniu 2019 r., jeszcze przed pandemią od półtora roku działał u nas program wsparcia dla lekarzy z wypaleniem zawodowym. Chcieliśmy rozwinąć ten program, tak by stał się bardziej elastyczny i uniwersalny. Jednocześnie bardzo ważne było dla mnie, żeby maksymalnie uprościć dostępność pomocy, tak żeby osoby, które są zaniepokojone swoim stanem, mogły się skonsultować i być pokierowane dalej w optymalny sposób. Zrekrutowaliśmy psychoterapeutów, którzy mieli doświadczenie pracy w szpitalu – na oddziale neurologii, gastrologii, interny.

Rozumiem, że to doświadczenie było bardzo istotne?

Chcieliśmy, żeby mieli pojęcie jakie są realia pracy w szpitalu, żeby nie dziwili się, że dyżur trwa 24 godzinny i standardem jest, że po nim idzie się do kolejnej pracy. W momencie wybuchu pandemii byliśmy przygotowani i mogliśmy ruszyć z pomocą od razu. W pandemicznym 2020 roku, od marca do grudnia około 60 osób zgłosiło

się do nas po pomoc. Z serii spotkań z psychoterapeutami skorzystało 40 osób, ponieważ nie wszyscy potrzebowali regularnych wizyt, część była wcześniej w terapii i postanowiła powrócić do swoich lekarzy specjalistów, w kilku przypadkach wystarczyła jedna rozmowa.

Założmy, że jestem lekarzem, czuję, że cierpię na wypalenie zawodowe, numery kontaktowe łatwo znajduję na stronie internetowej, trafiam na panią. Początek jest gładki. Z jakiej pomocy realnie jako lekarz z Mazowsza mogę skorzystać?

Pomoc jest całkowicie za darmo. Pierwsza konsultacja odbywa się ze mną. Robię rozeznanie na czym polega problem. Ustalamy wspólnie ścieżkę postępowania – czy potrzeba konsultacji psychologicznej czy może spotkania z terapeutą uzależnień czy psychiatrą. Jeśli osoba była wcześniej pod opieką psychologa, decyduje, czy chce wrócić do swojego terapeuty, czy też skorzystać z naszych specjalistów. Oferujemy krótką interwencję psychoterapeutyczną składającą się z 10 sesji. Spotkania pomyślane są tak, jak psychoterapia, czyli raz na tydzień, ale potrafimy być elastyczni. Zdarzało się, że w nagłych i bardzo kryzysowych sytuacjach uruchamialiśmy pomoc od razu. Pomagał nam system wizyt on-line

Dzwonią z innych Izb z pytaniem: „jak to robicie w Warszawie”?

Ostatnio na mój ogólnodostępny telefon pełnomocnika zadzwoniła lekarka. Po rozmowie chciałam kwalifikować ją do pomocy, po czym na końcu okazało się, że jest z Krakowa. Nie mogłam jej zapisać, ponieważ program skierowany jest dla naszych lekarzy. Poleciałam jej sprawdzonego psychoterapeutę, otrzymała kontakt do specjalistów działających pro bono i komercyjnie. Odpowiadając na pytanie – było kilka zapytań. W lokalnych samorządach dostrzegają potrzebę tego typu działań i wiem, że w niektórych izbach pomoc była zorganizowana. Nasza Izba należy do największych w kraju i ktoś może powiedzieć, że nam jest łatwiej, ale z drugiej strony zapewnienie kilkudziesięciu lekarzom np. interwencji kryzysowej składającej się z trzech spotkań jest raczej w możliwościach każdej izby. Z chęcią podzielimy się naszymi doświadczeniami w tym zakresie z każdym.

(przedruk z „Meritum” nr 4/21)

TYLKO 17% OBJĘTYCH TARYFĄ

Inspektorzy Najwyższej Izby Kontroli kompleksowo przyjrzeni się systemowi wyceny świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazują na jego nieefektywność mimo na ogół prawidłowej realizacji zadań przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.

Podstawowym celem taryfikacji jest dokonanie wyceny świadczeń, adekwatnej do rzeczywistych kosztów leczenia ponoszonych przez podmioty lecznicze, zara-

zem niezależnej od płatnika (NFZ). Ma ona służyć także równoważeniu podaży świadczeń i potrzeb zdrowotnych, zapewniać możliwie najlepszą dostępność świadczeń gwarantowanych oraz gospodarność w wydawaniu pieniędzy publicznych.

Niejednolity sposób prowadzenia rachunku kosztów w podmiotach leczniczych w istotny sposób utrudniał uzyskanie danych niezbędnych do opracowania taryf. Przekładało się to na długotrwały proces wyceny

świadczeń, a w ślad za tym na niski stopień (33%) realizacji planów taryfikacji. NIK zwróciła uwagę na to, że taryfą objęto niespełna 17% świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Kontrolerzy ustalili, że wartość sfinansowanych w 2019 r. świadczeń opieki zdrowotnej, dla których prezes AOTMiT opublikował taryfę, wynosiła 15,2 mld zł, wobec kosztów świadczeń zdrowotnych ogółem w wysokości 90,1 mld zł. Oznacza to, że jedynie niespełna 17% świadczeń opieki zdrowotnej było objętych taryfą. Najlepiej pod tym względem wygląda sytuacja w opiece paliatywnej i hospicyjnej oraz świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, najgorzej – w opiece rehabilitacyjnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

W dokumencie pokontrolnym czytamy m.in.: „W latach 2015–2020 Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji prawidłowo realizowała obowiązki w zakresie taryfikacji świadczeń, wynikające z ustawy o świadczeniach. Prezes Agencji terminowo sporządzał plany taryfikacji na dany rok i przekazywał je do zatwierdzenia Ministrowi Zdrowia wraz z opiniami Prezesa NFZ i Rady ds. Taryfikacji. NIK zwraca jednak uwagę na niski stopień realizacji planów taryfikacji – tylko 33%. W badanym okresie nie opracowano taryf dla 1500 świadczeń z 2226, które zostały ujęte w planach taryfikacji lub zostały zlecone przez Ministra Zdrowia (prace nad 776 taryfami zostały wstrzymane, 299 taryf zostało wycofanych, a 425 taryf było w trakcie realizacji). Na niski stopień realizacji planów wpływ miały następujące czynniki: duża pracochłonność procesu taryfikacji, w tym przekraczający roczną perspektywę planowania proces uzyskiwania danych od świadczeniodawców oraz ich weryfikacji przez AOTMiT, oraz doraźne zlecenie przez Ministra Zdrowia przeprowadzenia taryfikacji. W tym trybie zlecił on opracowanie taryf dla 1436 świadczeń, wobec 790 ujętych bezpośrednio w planach taryfikacji (minister mógł używać takiego trybu w szczególnych przypadkach, a korzystał z niego nagminnie).

Minister Zdrowia nie zatwierdził lub nie zmienił 54 taryf świadczeń opracowanych przez Prezesa Agencji

w latach 2018–2020 (36 wynikających z planu taryfikacji oraz 18 zleconych przez Ministra Zdrowia), mimo że uzyskały one pozytywną opinię Rady ds. Taryfikacji, i nie przekazał ich Prezesowi Agencji celem opublikowania. Minister Zdrowia swoje decyzje uzasadnił dezaktualizacją części analiz i projektów taryf oraz wprowadzaniem na rynek bardziej innowacyjnych rozwiązań. Ponadto w latach 2015–2020 (do 28 września) Agencja opracowała łącznie 138 projektów taryf, które nie zostały opublikowane w BIP do konsultacji zewnętrznych z powodu wstrzymania lub wycofania zlecenia przez Ministra Zdrowia. W ocenie NIK takie działanie naraża budżet państwa na nieuzasadnione koszty. Kontrolerzy NIK wykazali również, że w procesie taryfikacji problemem pozostaje jego długotrwałość. Ów proces trwał średnio 192 dni, a w najdłuższym przypadku były to nawet 464 dni”.

Do ministra zdrowia skierowane zostały wnioski m.in. o:

- zapewnienie prawidłowego funkcjonowania mechanizmu aktualizacji wyceny, wynikającej ze wzrostu kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem, wynikających z ustawy o świadczeniach, kompetencji AOTMiT i NFZ;

- podjęcie działań mających na celu nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegającej na uniemożliwieniu prezesowi agencji zlecania zadań na podstawie umów cywilnoprawnych członkom Rady ds. Taryfikacji

Do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zostały skierowane wnioski m.in. o:

- ścisłą współpracę z AOTMiT i ministrem zdrowia w przypadku zaistnienia potrzeby wprowadzenia kompleksowych zmian wycen świadczeń opieki zdrowotnej związanych ze wzrostem kosztów w ochronie zdrowia;

- doprowadzenie do zgodności wartości punktowych świadczeń ustalonych przez prezesa NFZ w zarządzeniach w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń z taryfami obwieszczanymi przez prezesa AOTMiT.

(pik)

(przedruk z biuletynu Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nr 10/21)

NIE TAKA KARTA STRASZNA

„W takim razie gdzie jest najbliższy bankomat?” Takie pytanie można coraz częściej usłyszeć od pacjentów, którzy korzystają z usług gabinetów medycznych i nie mają możliwości zapłacenia kartą. Polacy szczególnie w ostatnim roku przyzwyczaili się do nienoszenia przy sobie gotówki i zamiast płacić banknotami, wybierają plastik.

Według danych Narodowego Banku Polskiego na koniec ubiegłego roku Polacy mieli w portfelach prawie 44 mln kart płatniczych. Wartość zrealizowanych nimi

transakcji sięgnęła już 220 mld zł i po raz kolejny przewyższyła liczbę transakcji gotówkowych.

Popularność transakcji bezgotówkowych dodatkowo rośnie w czasach pandemii. Jak tłumaczy Bartosz Ciołkowski, dyrektor generalny na Polskę, Czechy i Słowację w Mastercard Europe: – Polscy konsumenci w czasie pandemii chętniej płacą bezgotówkowo, a szczególnie zbliżeniowo, co jest już możliwe we wszystkich terminalach w naszym kraju. W badaniach Polacy deklarują, że nadal będą płacić w ten sposób, także po ustaniu pande-





mii. Płatności zbliżeniowe są przez nich postrzegane jako wygodne, bezpieczne i bardziej higieniczne.

Nie samą kartą człowiek żyje...

Do rozwoju płatności bezgotówkowych przyczyniają się nie tylko „tradycyjne” plastikowe karty. Klienci polskich banków mogą już też korzystać z płatności zbliżeniowych (czyli realizowanych przez zbliżenie do terminala) także za pośrednictwem smartfonów (głównie dzięki usługom Google Pay oraz Apple Pay), opasek płatniczych, zegarków i breloków. To te urządzenia sprawiają, że do sklepu czy lekarza można wyjść... zupełnie bez portfela!

Dodatkowo rosnącą popularnością cieszy się BLIK – stworzony z inicjatywy polskich banków wspólny polski standard płatności. Obsługuje on płatności w tradycyjnych terminalach oraz na stronach internetowych. To wygodna i bezpieczna metoda płatności, dzięki której nie musimy mieć w portfelu nawet karty.

Polska to jeden z najbardziej innowacyjnych rynków płatności. Dla przykładu, wprowadzone ok. 2009 r. płatności zbliżeniowe stanowią obecnie 94% wszystkich transakcji kartowych (wg danych NBP). Nie dziwi więc, że powstają u nas innowacyjne projekty, które mają jeszcze bardziej uprościć płacenie. Zaliczyć do nich można wrocławską spółkę PayEye, która testuje już na mieszkańcach stolicy Dolnego Śląska możliwość płacenia... okiem! Właściciele firmy przekonują, że będzie to przyszłość płatności. Innego zdania jest Wojciech Paprota, Polak, który przewodzi brytyjskiej firmie Walletmore. Ich propozycja jest implant płatniczy, dzięki któremu można płacić dłonią. Na razie z usług firmy korzysta 100 osób, ale... jedna trzecia właścicieli implantów z tym logo to Polacy.

Co to oznacza dla biznesów medycznych?

Jeśli do liczby kart w rękach Polaków dodamy ponad milion terminali płatniczych w naszym kraju (dane NBP), to mamy przepis na dalszą popularyzację płatności bezgotówkowych, zwłaszcza że sieć bankomatów jest coraz mniejsza, a operacje gotówkowe w placówkach banków potrafią słono kosztować.

Co to oznacza dla tych, którzy jeszcze terminala nie mają? Że powinni się nim jak najszybciej zainteresować! Frustracja klientów niemogących zapłacić kartą i dodatkowe kłopoty związane ze zorganizowaniem gotówki mogą skutecznie zniechęcić pacjentów do kolejnej wizyty w naszej placówce.

Terminal płatniczy. Z czym to się je?

Na rynku mamy kilka najpopularniejszych typów terminali:

- terminal stacjonarny (POS) - doskonały wybór, gdy planujemy z niego korzystać tylko w jednym miejscu z dostępem do Internetu, jak np. w jednej placówce medycznej. Jest tańszy od terminala mobilnego;

- terminal mobilny - świetny wybór, jeśli płatności od klientów przyjmuje się w więcej niż jednym miejscu (nie ma recepcji) lub w ogóle poza budynkiem (np. podczas wizyt domowych). Nie potrzebuje kabli, ponieważ łączy się

z siecią przez Wi-Fi lub korzysta z GPRS, dzięki czemu jest bardziej estetyczny i zdecydowanie łatwiejszy w montażu;

- terminal mPOS - jest bardzo mały i zmieści się w kieszeni (np. terminal SumUp). Przyda się więc, jeśli na co dzień potrzebne są rozliczenia z pacjentami z wielu miejsc i często się przemieszczamy. Terminal ten to tak naprawdę niewielki czytnik kart płatniczych, który łączy się ze smartfonem wyposażonym w odpowiednią aplikację. To jedno z najtańszych terminali, bo nie ma tu opłaty za dzierżawę czy kartę SIM, jednak koszty prowizji za przyjęcie płatności mogą być wyższe niż w przypadku tradycyjnych terminali;

- terminal aplikacyjny - najnowsza forma terminala, którego... nie ma fizycznie. Żeby przyjąć płatność kartą, wystarczy smartfon ze specjalną aplikacją i chipem NFC (ma go już większość naszych telefonów). Oprogramowanie pozwala na przyjęcie płatności a ponieważ nie ma drukarki, potwierdzenie wysyłane jest klientowi w formie cyfrowej;

- kasa fiskalna online z terminalem płatniczym - to nowość. Jak wiadomo, lekarze i wszyscy pracujący w branży medycznej będą musieli od 1 lipca 2021 r. wyposażyć się w kasy fiskalne online. To spora zmiana, ale też okazja, żeby przejrzeć rynek i połączyć obowiązkową kasę fiskalną z terminalem płatniczym. Na rynku funkcjonują już „kasoterminale”, w których połączono kilka funkcji: kasę fiskalną, terminal płatniczy, drukarkę. Dla przykładu są to rozwiązania: iPOS czy Pospay.

Boisz się kosztów? Sprawdź program „Polska bezgotówkowa”

„Polska bezgotówkowa” to wspólne przedsięwzięcie Związku Banków Polskich, agentów rozliczeniowych oraz organizacji płatniczych Visa i Mastercard. Jego celem jest wsparcie i upowszechnienie płatności bezgotówkowych w kraju.

Dzięki programowi przedsiębiorca nie ponosi kosztów związanych z instalacją terminala płatniczego oraz obsługą płatności bezgotówkowych przez 12 miesięcy lub do chwili osiągnięcia obrotów w wysokości 100 tys. zł przez terminal. W ramach programu można otrzymać do 3 bezpłatnych terminali płatniczych u wybranego dostawcy. Na liście dostawców znajdują się banki oraz agenci rozliczeniowi. Umowę podpisuje się z wybranym dostawcą minimum na rok. Po upływie 12 miesięcy będą obowiązywać warunki dostępne u poszczególnych dostawców, warto więc je dokładnie sprawdzić i przejrzeć, zanim podpiszemy umowę.

Aby skorzystać z programu „Polska bezgotówkowa”, trzeba być małym lub średnim przedsiębiorcą (jeśli mamy sieć placówek, nie może ona przekraczać 5), który w ciągu ostatniego roku nie przyjmował płatności bezgotówkowych.

O czym pamiętać, gdy wybierasz terminal?

Najważniejsze aspekty, o których trzeba pamiętać podczas wyboru terminala to przede wszystkim to, czy przyji-

muje płatności BLIK, zbliżeniowe kartą i telefonem, stykowo (poprzez włożenie karty do terminala) i paskiem magnetycznym poprzez przesunięcie karty.

Z kolei podczas porównywania ofert dostawców, trzeba wziąć pod uwagę:

- koszt dzierżawy terminala – comiesięczny lub roczny;
- wysokość prowizji od transakcji, czyli koszt pojedynczej transakcji na terminalu. Mogą one wynieść od zera do ok. 1,7% wartości transakcji;
- koszt zakupu terminala, jeśli na taką formułę się zdecydujemy. Nie ma wtedy opłat za dzierżawę;
- czas księgowania pieniędzy na koncie – zależnie od typu terminala może wynieść od 1 do nawet 7 dni;
- czy terminal ma opcję drukarki – to niezbędne, żeby móc kupującemu dostarczyć dowód sprzedaży;

NIE DAJ SIĘ ZŁOWIĆ W SIECI

Sieć www to nasze okno na świat. W pandemii przekonaaliśmy się, jak bardzo jest nam potrzebna. Ułatwia nie tylko załatwienie codziennych spraw, takich jak korzystanie z banku, pracę, ale też... kontakt z bliskimi. W sieci musimy zachować czujność. Czekają tam na nas przestępcy, którzy nie cofną się przed niczym, żeby ukraść nasze dane i pieniądze.

Internet już na dobre trafił pod nasze strzechy. Według raportu Głównego Urzędu Statystycznego (1), ponad 90% polskich gospodarstw domowych miało do niego dostęp. Pandemia przyspieszyła ten trend i doprowadziła do raptownej cyfryzacji zarówno sektora publicznego (dla przykładu, w 2020 r. ok. 3,4 mln użytkowników założyło profil zaufany), jak i prywatnego. Gdy zamknięte były sklepy stacjonarne, powszechnie robiliśmy zakupy w sieci. Jak wynika z raportu „E-commerce w Polsce. Gemius dla e-Commerce Polska”, aż 73% respondentów zrobiło w 2020 r. zakupy w sieci. To o 13% więcej niż rok wcześniej. Odwrotu od cyfrowego świata już nie ma. Tym bardziej warto zwrócić uwagę na to, czy jesteśmy w nim bezpieczni i czy umiemy się w nim poruszać.

Przestępstwa w sieci to nie tylko miejska legenda

Rok do roku zagrożenie ze strony cyberprzestępców staje się bardziej realne. Jak wynika z badania, które na potrzeby swojej kampanii przeprowadził właśnie mBank (2), już co drugi z nas zetknął się z jakąś formą oszustwa w Internecie. To bardzo niepokojące dane, bo oznaczają, że sieci zastawione przez przestępców są dosłownie wszędzie. Potwierdzają je także statystyki polskiej Policji. W ciągu ostatnich czterech lat liczba zarejestrowanych cyberprzestępstw wzrosła o połowę, sięgając w 2020 r. aż 55 tys. przypadków. A to tylko dane zarejestrowane.

CERT Orange w swoim raporcie (3) podkreśla, że pomysłowość przestępców w sieci nie zna granic. Dopasowują oni swoje metody do najbardziej aktualnych trendów i zdarzeń po to, żeby jak najbardziej uśpić na-

• czy dostawca oferuje przeszkolenie z zasad użytkowania, a także gwarancję i serwis – jaki jest czas naprawy, czy możesz liczyć na terminal zastępczy?

Jak widać, na polskim rynku mamy naprawdę szeroką ofertę, dzięki której umożliwimy naszym pacjentom łatwiejsze rozliczanie się za usługi. Zapewnienie klientom alternatywy może przynieść naszej działalności dodatkowe zyski, o których jeszcze nie myśleliśmy.

A w ramach ciekawostek dla tych, którzy przyjmują wysokie wpłaty, warto zaoferować klientom raty medyczne lub odroczoną płatność, dzięki której koszt naszej usługi będzie dla nich łatwiejszym zobowiązaniem.

Katarzyna RULKIEWICZ
(przedruk z „Panaceum” nr 5/21)

szą czujność. I tak w ubiegłym, pandemicznym roku, najczęściej zdarzały się właśnie przestępstwa związane z handlem elektronicznym. Mieliśmy do czynienia z podszywaniem się pod sklepy, urzędy, firmy telekomunikacyjne i wreszcie – firmy kurierskie. Wiele z przestępstw dotyczyło też stron z zapisami na szczepienia, profilu zaufanego czy innych informacji o koronawirusie. Wszystko po to, żeby wywołać w nas poczucie pilności sprawy, konieczności jej załatwienia. Gdy jesteśmy pod presją, łatwiej ulegamy socjotechnikom stosowanym przez przestępców.

Nasza waluta online, czyli co chcą nam ukraść?

W realnym świecie dokładnie wiemy, co chcemy zabezpieczyć przed złodziejami. Chronimy swoje domy i samochody, zakładając alarmy. Gdy jedziemy tramwajem, trzymamy torbę z portfelem i telefonem blisko siebie. Gdy zgubimy portfel – zastrzegamy karty i dowody.

Ale co interesuje przestępców najbardziej w świecie Internetu? To proste. Ich celem są nasze dane. Im ich więcej i bardziej wrażliwe – tym bardziej łakomym kąskiem się stają. Do tej kategorii należy zaliczyć dane osobowe, czyli: imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania, nazwisko panięńskie matki, nr dowodu osobistego czy paszportu i nr telefonu. Przestępcy chętnie też wykradają nasze adresy e-mailowe, profile na mediach społecznościowych i hasła do nich.

Szczególną kategorią danych są tzw. dane wrażliwe, zwłaszcza numery rachunków bankowych, PIN-y do kart i aplikacji, numery kart płatniczych i kody CVC/CVV (znajdują się na odwrocie kart), a także najbardziej interesujące dla złodziei: loginy i hasła do bankowości internetowej.

Podczas próby kradzieży złodzieje wyłudniają te dane po to, żeby przejąć kontrolę nad naszym kontem i ostatecznie „wycisnąć” rachunek ze wszystkich pieniędzy.



Często też kradną naszą tożsamość, żeby wyłudzić kredyt czy użyć naszych danych do założenia konta „na słupa” – czyli rachunku, który posłuży im do wyprowadzenia pieniędzy od faktycznej ofiary.

Banki i inne instytucje dwoją się i troją, żeby jak najlepiej zabezpieczyć swoje usługi. Jednak w walce z cyberprzestępczością udział musimy brać także my, użytkownicy. Możemy to robić, zachowując czujność na każdym etapie. Warto więc pamiętać, że w sieci najlepszym towarem dla przestępców są właśnie nasze dane. Jeśli będziemy mieć tego świadomość, z większą rezerwą będziemy je podawać w różnych nietypowych miejscach i podczas rozmów telefonicznych.

Najczęstsze rodzaje przestępstw i sposoby, jak się przed nimi chronić

Poniżej opiszę kilka pojęć ze świata cyberbezpieczeństwa, które należy znać, żeby łatwo rozróżnić sytuację, z którą mamy do czynienia. Do najczęstszych rodzajów przestępstw należą:

– PHISHING. Choć może się kojarzyć z wędkarstwem, to jedna z najbardziej powszechnych metod wyłudzenia danych i kradzieży pieniędzy. Jak to działa? Dziecinnie prosto! Przestępcy rosyłają nam maile lub SMS-y, w których umieszczają linki prowadzące do fałszywych stron lub załączniki, które mają zainfekować nasz komputer/telefon.

Bardzo często są to wiadomości, w których podszywają się pod banki, operatorów komórkowych, kurierów, dostawców usług, jak np. gazownia czy nawet... urzędy skarbowe i inne instytucje państwowe. Wiadomości te łączy jedna rzecz: właściwie wszystkie są „BARDZO WAŻNE”, „PILNE” i każda z nich straszy nas „KONSEKWENCJAMI”. W ostatnim roku szczególnie popularne były SMS-y z informacją o konieczności dopłaty do paczki, żeby ją zdezynfekować...

W większości przypadków gdy klikniemy w taki link, zostaniemy przeniesieni na stronę www łudząco podobną do oryginalnej – może mieć niemalże ten sam adres, zieloną kłódkę, te same grafiki. Może to być strona urzędu, banku czy integratora płatności. Na tej stronie zostaniemy poproszeni o podanie danych – bardzo często danych do logowania do banku lub danych naszej karty kredytowej. Wszystkie informacje, jakie wpisujemy na fałszywej stronie, trafiają do złodziei, a ci wypłacają pieniądze z naszego konta bez naszej wiedzy.

Możemy też paść ofiarą przestępców, którzy chcą na naszych komputerach/smartfonach zainstalować złośliwe oprogramowanie, które albo zaszyfruje nam dane na komputerze, albo będzie nas śledzić, albo „wstrzyknie” nieprawdziwe informacje na stronę www, którą właśnie przeglądamy i w ten sposób wyłudzi nasze dane. Tak może się stać, jeśli otworzymy załączniki zawarte w tych fałszywych e-mailach.

Warto pamiętać, że wiadomości te to nie tylko e-maile, ale także SMS-y, czy nawet... prywatne wiadomości na Facebooku czy innych mediach społecznościowych. Zasada działania jest taka sama, choć sam „przekręt” może zaczynać się inaczej.

Jak się przed tym ochronić? Przede wszystkim, zawsze i w każdej sytuacji trzeba zachować czujność. Jeśli nie znamy adresata, najlepiej po prostu zignorować wiadomość, nie otwierać jej i usunąć. Jeśli jednak otrzymamy wiadomość, bo wydaje nam się, że zawiera ważne dla nas informacje albo pochodzi od firmy, z którą współpracujemy, to uważnie przyjrzymy się treści. Czy to nas w ogóle dotyczy? Czy nie ma w niej błędów ortograficznych, stylistycznych, błędnego logotypu? Za każdym razem, kiedy sprawa jest nietypowa, lepiej zadzwonić do firmy i wyjaśnić, o co może chodzić. Pod żadnym pozorem nie otwierajmy załączników ani nie klikajmy w linki zawarte w wiadomości.

Naczelną zasadą jest także korzystanie z programów antywirusowych, które pomogą chronić nasz komputer przed różnego rodzaju wirusami.

– VISHING – czyli łowienie przez telefon. To coraz częstsza metoda oszustów. Dzwonią do nas, podając się za pracownika banku, pracownika Policji, doradcę inwestycyjnego. Co możemy usłyszeć?

Metoda „na wnuczka” – dotyczy zwłaszcza starszych osób. Przestępcy dzwonią i podają się za członka bliskiej rodziny lub jego znajomego. Tłumaczą, że pilnie potrzebują pomocy, bo znaleźli się w trudnej sytuacji zdrowotnej czy finansowej. Podają kilka szczegółów, żeby się uwiarygodnić i naciskają na rozmówcę, tworząc dramatyczną atmosferę. A potem... proszą o przelew na nr konta, który podają. Nie trzeba dalej tłumaczyć, że członek rodziny, o którym mowa, nie ma pojęcia, że ktoś wyłudził od ich bliskich pieniądze.

Metoda „na Policjanta” – jest, niestety, coraz częstsza. Złodzieje przedstawiają się jako policjanci i tłumaczą, że prowadzą operację przeciwko zorganizowanej grupie przestępczej. Podają nawet nr jednostki i telefon do niej, żeby się uwiarygodnić. Jak można się domyślić, nawet jeśli ofiara zadzwoniłaby pod podany numer – będzie znów rozmawiać z przestępcą. Potem „Policjant” tłumaczy, że prosi o pomoc w akcji i wręczenie podejrzanym gotówki albo zrobienie przelewu na podany nr rachunku. Jak można się domyślać, złodzieje tłumaczą, że cała operacja jest tajna i nikomu nie można o niej mówić. Gdy ofiara pojawia się w banku po pieniądze, też ma „nic nie mówić”, bo – jak tłumaczy „Policjant” – pracownicy banku są w zмовie z grupą przestępczą. Naturalnie gdy tylko dostaną pieniądze, przestępcy znikają. Znane są przypadki oszustw nawet na kilkaset tysięcy złotych, w których ofiary zaciągały nawet kredyty w bankach, żeby „pomóc Policji”.

Jak można się przed tym chronić? Jeszcze raz: zachować zdrowy rozsądek. Jeśli odbierzemy taki telefon, to najlepiej sprawdzić później osobiście w jednostce, czy faktycznie taki „Policjant” tam pracuje i prowadzi konkretną sprawę. Policja nie nakłania obywateli do pomocy przy takich sprawach, bo dysponuje innymi metodami.

Pamiętajmy, żeby nikomu nie podawać naszych prywatnych haseł do banku ani na nikogo nie zaciągać kredytów.

Metoda „na pracownika banku lub innej instytucji finansowej” – odbieramy telefon, w którym ktoś podaje się za pracownika banku i mówi, że na naszym koncie doszło do nietypowej sytuacji: jest zablokowane, ktoś przełał z niego jakieś pieniądze, zerwał lokatę itd. „Pracownik” chce, żebyśmy mu podali dane identyfikacyjne albo zainstalowali dodatkową aplikację na swoim smartfonie, która ma nas „ochronić”. Tak naprawdę, oszust chce uzyskać nasze dane, żeby przejąć kontrolę nad kontem i nas okraść lub zadłużyć. Natomiast „aplikacja”, która ma nas chronić, w efekcie uzyska dostęp do naszych danych na telefonie, w tym do aplikacji bankowej. Rozpoznać oszustów jest tym trudniej, że dzięki różnym programom mogą oni wyświetlić nam nr telefonu, który znamy i pod którym zazwyczaj kontaktujemy się z bankiem.

Co można zrobić w tej sytuacji? Znow: warto zachować zdrowy rozsądek. Przede wszystkim, gdy ktoś do nas dzwoni – nie podawać żadnych haseł ani innych wrażliwych danych. To nie my dzwonimy do banku, warto o tym pamiętać! Nie instalujemy żadnych aplikacji, jeśli nie pochodzą one ze znanego źródła, bo najprawdopodobniej są to aplikacje ze złośliwym oprogramowaniem. Jeśli jednak już coś zatwierdzamy, to uważnie czytamy komunikaty, które przychodzą z banku – czy na pewno dotyczą tego, na co się zgodziliśmy? Nigdy nie potwierdzamy transakcji, których sami nie zaczęliśmy – żadnego dodania odbiorcy do zaufanych czy wykonania przelewu! Warto pamiętać, że pracownicy banków nigdy nie będą prosić o podanie hasła do banku czy innych wrażliwych danych. Nie będą też przysyłać żadnych aplikacji do zainstalowania, bo oficjalne aplikacje dostępne są w sklepach GooglePlay czy AppStore.

– **PODSZYWANIE SIĘ POD ZNAJOMEGO** na Facebooku lub innych portalach społecznościowych. To także coraz bardziej powszechna metoda oszustwa. Oszuści przejmują konto znajomego i zaczynają rozmowę z nami. Często dość trudno jest zorientować się, że rozmawiamy ze złodziejem, bo dopasowuje się on do stylu naszego znajomego, może nawet wspominać wspólnych znajomych. Bardzo często proszą o przelew na niską kwotę i wysyłają link do płatności – po jej kliknięciu jesteśmy przekierowani na fałszywą stronę, która wyłudzi nasze dane. Inną metodą jest prośba o wsparcie finansowe. Złodzieje proszą o niewielki przelew i potwierdzenie płatności naszym kodem BLIK. W obu przypadkach stracimy pieniądze.

Co zrobić? Jeśli znajomy prosi nas o przelew na komunikatorze, zadzwońmy do niego i potwierdźmy, że to faktycznie on. Jeśli okaże się, że jednak o nic nie prosił, polećmy mu zmianę hasła i przeskanowanie komputera i telefonu programem antywirusowym.

– **FAŁSZYWE SKLEPY** internetowe. Trudno nam rozpoznać to przestępstwo od razu, bo na pierwszy rzut oka wszystko wygląda odpowiednio. Gdy szukamy jakiejś

rzeczy w Internecie, często porównujemy ceny w różnych miejscach. I nagle trafiamy na wyjątkową okazję! Niższa cena, szybsza dostawa. Nic, tylko kupować. Płacimy więc za towar, który... nigdy do nas nie przychodzi. Zostaliśmy oszukani, ale pieniędzy najprawdopodobniej już nie odzyskamy.

Co zrobić? Przed zakupem uważnie sprawdzmy sklep. Poszukajmy, co inni piszą na jego temat na forach czy w social mediach. Warto zwrócić uwagę na jakość i różnorodność komentarzy. Same pozytywy to też niewłaściwy sygnał, bo oszuści mogą te komentarze stworzyć samodzielnie. Sprawdźmy firmę w KRS-ie, czy faktycznie jest zarejestrowana. A jeśli okazja jest naprawdę spora, zadzwońmy pod numer podany na stronie sklepu i zapytajmy, skąd taka atrakcyjna cena. Kontakt telefoniczny może czasem wiele wyjaśnić.

Metody, które wymieniłam powyżej, to tylko najpopularniejsze scenariusze oszustw w sieci. A wyobraźnia złodziei naprawdę nie zna granic. Dlatego na każdym kroku trzeba zachować czujność i dbać o własne dane i pieniądze. Pamiętajmy, że ich poufność zależy głównie od nas, a przestępcy zrobią wszystko, byle je tylko dostać.

Higiena życia online

Wielu stresujących sytuacji możemy uniknąć, jeśli tylko będziemy pamiętać o kilku podstawowych zasadach funkcjonowania w sieci. Jest ich naprawdę niewiele, a warto, żeby stały się naszym nawykiem, bo mogą ochronić nas przed kosztownymi błędami i stresem z nimi związanymi.

Pamiętajmy, żeby:

- zachować czujność wobec e-maili i SMS-ów, zwłaszcza, jeśli nie znamy nadawcy lub sprawa wydaje się nam podejrzana. Nie klikajmy w żadne zawarte w takich wiadomościach linki, nie otwierajmy załączników. Jeśli możemy, zadzwońmy do instytucji, z której przyszła wiadomość i wyjaśnijmy sprawę;
- nie podawać nikomu swoich poufnych danych. Nasze dane osobowe, ale także PIN-y do kart, hasła i identyfikatory, nr kart czy ich kody CVV (widoczne na rewersie karty) należą tylko do nas. Nikomu ich nie przekazujemy;
- uważać, z kim rozmawiamy. Jeśli znajomy wysłał nam link lub prośbę o kod BLIK, potwierdźmy telefonicznie, że to faktycznie on. Jeśli dzwoni do nas ktoś podający się za policjanta, pracownika banku czy innej instytucji, również zachowajmy czujność. Nie instalujemy nic, sprawdzmy tożsamość rozmówcy i sprawę, z jaką do nas dzwoni;
- przed kliknięciem bardzo uważnie przeczytać, na co się zgadzamy lub jaką operację wykonujemy. Pośpiech to bardzo zły doradca;
- korzystać z programów antywirusowych i firewalli. One pomogą obronić się przed złośliwym oprogramowaniem;
- używać tylko oryginalnego, legalnego oprogramowania i pamiętać o tym, żeby je regularnie aktualizować. Aktualizacje są niezbędne, działają jak łatki na podar-





tym swetrze. Dzięki nim przestępcy nie będą mogli wykorzystać luk w oprogramowaniu;

- nie instalować aplikacji z linków czy innych nieznanych źródeł. Jeśli chcemy mieć aplikację, zainstalujemy ją z oficjalnego sklepu GooglePlay, Appstore lub Huawei AppGallery;
- nie używać tego samego hasła do wszystkich serwisów. Im trudniejsze i rzadsze hasło, tym większą mamy gwarancję, że będzie bezpieczniejsze;
- sprawdzać strony www, na jakich jesteśmy. Szukamy zielonej kłódki oznaczającej szyfrowane połączenie, szukamy certyfikatów stron.

ZIELONOOKI POTWÓR

Nie bez powodu, niedawno zmarły, prof. Franciszek Kokot w swoim gabinecie umieścił tabliczkę z napisem nawiązującym swych uczniów do tego, aby nauczyli się godnie znosić sukcesy swoich adversarzy. Profesor uważał bowiem, że zazdrość w medycynie to jedna z wad medyków, która nieraz blokowała nie tylko rozwój karier lekarskich, ale i postępy w nauce. Pytany o ten napis profesor Kokot odpowiadał, że po prostu niektórym brakuje w organizmie enzymów, żeby tę zazdrość rozłożyć.

W tekście „Zielony potwór” Katarzyny Popiołek – dziekana Wydziału Psychologii Uniwersytetu SWPS w Katowicach, wracamy do tego tematu.

Któż nie poznał gorzkiego smaku zazdrości? Luis Aragon twierdził, że „ci, którzy nie czują zazdrości, nie czują nic”. Szekspir nazywa ją zielonookim potworem, jadem, który zatruwa życie temu, kto mu uległ. Zazdrośnika zaś porównuje do nieszczęśliwego bogacza, który nieustannie drży, że zubożeje. O zazdrości kochanków napisano wiele tomów. Rzadziej poruszanym tematem jest zazdrość o sukcesy i osiągnięcia, lokująca się w miejscu pracy i niszcząca wzajemne relacje, radość działania. W sytuacji ostrej konkurencji trudno przychodzi nam cieszyć się nagrodą kolegi. W pierwszym odruchu czujemy przykre ukłucie – dlaczego nie ja? Czy to, co robię, nie jest warte takiego samego uznania? Czy jestem w czymś gorszy?

Dojrzały człowiek potrafi przejść nad tym do porządku dziennego, nie żyje w poczuciu krzywdy i – co ważniejsze – nie ma pretensji do zwycięzcy, że ten wygrał. Warunkiem jednak jest tu ugruntowane poczucie własnej wartości i brak uzależnienia od ocen zewnętrznych. Jeśli uważam, że tylko tyle jestem warty, na ile wycenią mnie ludzie, to traktuję siebie jak towar, który może kosztować różnie, w zależności od tego, gdzie i przez kogo jest sprzedawany i jak dalece jest w danej chwili modny. Erich Fromm nazywa to orientacją merkantylną, która staje się powodem stałych lęków i napięć. Nerwowo i nieumiejętnie porównujemy się z innymi, nie biorąc np. pod uwagę, że osoba, której coś wychodzi, wykonała jakąś pracę, której nam się wykonać nie chciało, albo wpadła na po-

To tylko kilka dobrych rad, które nie zastąpią zdrowego rozsądku. Pamiętajmy, że większość oszustw w sieci opartych jest na socjotechnice, co oznacza, że przestępcy chcą wykorzystać naszą nieuwagę, pośpiech i strach. Nie dajmy się na to nabrać. Na szali są nasze pieniądze i spokój.

1. Społeczeństwo informacyjne w Polsce w 2020 r., GUS.
2. Ogólnopolskie badanie CAWI na panelu badawczym Norstat.pl na próbie N=1000 dorosłych Polaków.
3. <https://cert.orange.pl/raporty-cert>.

Katarzyna RULKIEWICZ
(przedruk z „Panaceum” nr 7-8/21)

myśl, na który my nie wpadliśmy i teraz jej pomysłowość i pracowitość jest w sposób słuszny doceniana.

No, ale jeśli sukces kogoś z bliskiego otoczenia boli, to stosujemy pewne techniki, które mogą nam pozwolić przetrwać ten stan. Po pierwsze będziemy unikać gratulowania, mniej lub bardziej ostentacyjnie. Po drugie zastosujemy tak zwane przemilczanie. Udajemy, że nie było sukcesu i w firmie nie odbywa się żadne świętowanie, a gdy ktoś coś o tym wspomina, zρέcznie zmieniamy temat. Następna technika to deprecjonowanie tegoż sukcesu w oczach świata, nieeleganckie komentarze i cierpkie uwagi. Najbardziej jednak wyrafinowanym sposobem jest umniejszanie wagi tegoż osiągnięcia w odczuciu samej cieszącej się nim osoby – „inni zrobili to wcześniej i lepiej niż ty”, „to nie ma praktycznego znaczenia”, „w jury konkursu były same miernoty”.

Omawiane dotychczas techniki obrony ego, jakie stosuje zazdrośnik, mają powodować, by mniej cierpiał on sam. Są jednak inne zachowania będące konsekwencjami zazdrości, które wywołują skutki o wielkiej szkodliwości dla szerokiego otoczenia. I tu popatrzmy na pole środowiska medycznego, gdzie powstają szczególnej wagi zagrożenia. Wszyscy pewnie słyszeliśmy o tym, jak w połowie XIX wieku w szpitalu Uniwersytetu Wiedeńskiego profesor Klein, zazdrośny o odkrycie przyczyn gorączki połogowej przez Ignaza

Sommelweisa, powstrzymał swym autorytetem na lat dwadzieścia wykorzystanie tegoż odkrycia, skazując na śmierć setki, jeśli nie tysiące położnic. Konkurent też oczywiście został odpowiednio zniszczony.

Ograniczanie kształcenia specjalistów w pewnych dziedzinach medycyny przez szefów przewidującą myślących o ograniczeniu konkurencji na rynku, co zapewnia klientów i wysokie ceny usług, też się zdarzało.

Blokowanie rozwoju osób zdolniejszych od zwierzchnika jest ciemną stroną niejednej uczelni czy kliniki.

Zazdrość zabija radość z osiągnięcia celów, działanie napędzane jest bowiem negatywnymi emocjami i związane ze stałą obawą, by nie dać się przeskoczyć. Ujawnianie zazdrości (a ona bardzo łatwo staje się widoczna) obniża pozycję

społeczną zazdrośnika, który nie potrafiąc zapanować nad nagannymi zachowaniami, dowodzi swej słabości. To błąd taktyczny. Co gorsza, demona zazdrości można wytepić tylko tak, jak alkoholizm – nie pozwalać sobie na nią, gdyż jeśli wpadniemy w jej wir, to wciąga jak narkotyki, działa jak choroba. Jeżeli z nią nie walczymy, nie próbujemy jej okiełznać, to będzie się stale nasilać i zżerać nas od wewnątrz, równocześnie dewastując kontakty z otoczeniem.

Ci, którzy nie są zazdrośni, otrzymują więcej wsparcia i pomocy, umieją lepiej współpracować i per saldo

wpływa to korzystnie na ich rozwój i karierę. Szef, który umie cieszyć się z sukcesów swoich pracowników, zyskuje nowe źródło satysfakcji. Jeżeli potrafię odczuwać radość z osiągnięć innych, to znaczy, że jestem pewny swojej wartości, wiem, co jest moim „bogactwem”. A jeśli nawet czuję ukłucie zazdrości, to nie pozwalam, by to wpływało na moje zachowanie. Nie jest to łatwe w epoce „wyścigu szczurów”, ale może przynieść wiele dobrego nam samym i światu, w którym żyjemy.

(przedruk z „Pro Medico” nr 7-8/21)

KONTAKT Z PRZYRODĄ A ZDROWIE PSYCHICZNE – SESJA W TRAKCIE 46 ZJAZDU PSYCHIATRÓW POLSKICH

Współczesna psychiatria otwiera się na nowe sposoby oddziaływań terapeutycznych i profilaktycznych w zakresie zdrowia psychicznego. Jednym z takich nowatorskich kierunków są badania dotyczące interwencji opartych na kontakcie z naturą (nature-based interventions) dla zdrowia psychicznego.

Z takiej przesłanki wypłynął pomysł organizacji jednej sesji 46. Zjazdu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w Szczecinie, zatytułowanej: Kontakt z przyrodą a zdrowie psychiczne. Osoby obecne zarówno fizycznie na sali, jak i online zastanawiały się czy sesja o takiej tematyce miała miejsce kiedykolwiek wcześniej? Bo, ponoć wszystko już kiedyś było, choć naprawdę mamy przekonanie graniczące z pewnością, że tym razem naprawdę jest inaczej. Dotychczas w dużej części zainteresowanie różnymi aspektami natury (kontaktem z przyrodą) ograniczało się do prywatnych zainteresowań poszczególnych lekarzy psychiatrów. Na naszych oczach dzieje się olbrzymia zmiana, być może nawet rewolucja, bo relacje natura– zdrowie psychiczne badają naukowcy oraz lekarze praktycy z najlepszych ośrodków naukowych i klinik na świecie, wykonywane są badania eksperymentalne i obserwacyjne, a także przeprowadzane pierwsze meta-analizy.

Nieco upraszczając można powiedzieć, iż pojawiają się dwa podejścia: ogólne, promujące kontakt z szeroko rozumianą przyrodą, oraz szczegółowe, sugerujące dokładniejszy kontakt z wybranymi obiektami. Najlepszym przykładem pierwszego podejścia jest leczenie lasem, a tego drugiego – wykorzystanie ptaków jako obiektów pomagających w terapii. Znalazło to odzwierciedlenie wśród tematyki sesji, ale co warto podkreślić, jest ono zbieżne z trendami światowymi. Terapia lasem często nazywana silvoterapią, albo w odniesieniu do japońskiego pierwowzoru shirin-yoku, przez długie lata była raczej kojarzona z amatorskimi lub nawet ezoterycznymi korzeniami i dzisiejsza forest therapy to całkiem poważna gałąź psychiatrii, z wieloma pracami pojawiającymi się w porządnych czasopismach naukowych. W bazie PubMed znajdziemy już ponad 150 prac o kąpielach leśnych

i ich wpływie na immunologię, ból, aspekty emocjonalne, astmę, alergie, a nawet na stymulację układu przywspółczulnego w trakcie cukrzycy typu B. W trakcie omawianej sesji wykład zatytułowany „Terapia lasem w praktyce lekarza psychiatry” wygłosiła dr Katarzyna Simonienko.

Gdy jednak się przyjrzymy się dokładniej i zadamy pytanie: coż w tym lesie działa?, to odpowiedź bywa złożona. Działa cały zestaw czynników: to oczywiście kolory, smaki, zapachy, widoki, no i śpiew ptaków. Działa niczym sygnał atawistyczny, skoro ptak śpiewa, to oznacza, że jest bezpiecznie, a teren jest wolny od drapieżników. Ptaki trafiły do naszej kultury nie tylko jako symbol piękna, elegancji, wolności, ale i mądrości, bo wszak sowa to mądra głowa (choć to akurat nie jest specjalnie prawdziwe, zwłaszcza gdy porównamy sowy z prawdziwą ptasią inteligencją – papugami czy krukowatymi). Skojarzenia to jednak na tyle silne, że nie warto z nimi walczyć, lepiej je sensownie zaadoptować. Zwłaszcza, że całość terapii opartej na obserwacjach ptaków chętnie wykorzystuje odwołania kulturowe. To pewien paradoks, bo z jednej strony – patrząc na psychiatrię jako przedmiot dynamicznych zmian – dostrzegamy silny kierunek technologiczny, wykorzystanie sztucznej inteligencji, a nawet powstawanie botów psychiatrycznych i terapeutycznych systemów VR, a z drugiej – proste wyjścia do lasu czy nad rzekę. Nie ukrywamy, że jednym z naszych marzeń badawczych jest połączenie obu tych wizji i sprawdzenie jak działa mózg podczas obserwacji ptaków, właśnie z wykorzystaniem najnowszych narzędzi. Przymiarki do takich badań już na świecie mają miejsce. Jednak nawet bez zaawansowanej techniki, a opierając się na wywiadach, badaniach tętna, ciśnienia krwi i kortyzolu i tak wiemy, że obserwacje ptaków przywracają zdolności poznawcze, zmniejsza pobudzenie agresji i konfliktowości, a w przypadku badań nad otępieniem wykazano, że choć nie hamują samego procesu otępienia, to jednak dają silną pozytywną odpowiedź emocjonalną, zmniejszając dysfориę, zachowania konfliktowe i inne negatywne emocje. Kontakt z ptakami (zauważmy, iż to rodzaj zooterapii z dystansu) umożliwia spojrzenie z innej perspektywy



na sprawy dnia codziennego, a nie tylko reakcję i uwikłanie w bieżące problemy. W konsekwencji obniża poziom przeładowania bodźcowego, a poprawia dobrostan. Wielu osób nic tak nie przekonuje jak pieniądze, warto więc wspomnieć o całkiem niedawno wykonanych badaniach. Niemieccy naukowcy przeanalizowali poziom życiowej satysfakcji 26 tys badanych i doszli do zaskakujących wniosków. Okazało się, że obecność ptaków w otoczeniu może być dla ludzi źródłem większej satysfakcji niż porównywalna procentowo podwyżka pensji. Te tematy poruszyli w swoim wystąpieniu zatytułowanym „Obserwacja ptaków – jak może wspomóc zdrowie psychiczne pacjentów” dr Sławomir Murawiec i prof. Marek Jarema.

Aspektem wartym podkreślenia jest to, że ornitoterapia, stosowana jako narzędzie terapeutyczne, ważna jest nie tylko dla pacjentów, ale i dla profesjonalistów – lekarzy, pielęgniarek, personelu medycznego, psychiatrów i psychologów. Dyskutując o korzyściach płynących z obserwacji ptaków i innych elementów przyrody, świetnie się sprawdza zasada – lekarzu ulecz najpierw samego siebie. Pomaga to zwłaszcza w uważności, koncentracji uwagi, poprawie funkcji poznawczych i wreszcie przeciwdziału wypaleniu zawodowemu. Czyż nie są to czynniki ważne w realizowanej praktyce medycznej? Zagadnienia te poruszył prof. Marcin Wojnar w wystąpieniu „Obserwacja ptaków – jak może wspomóc zdrowie psychiczne profesjonalistów”.

O ile wyjścia do lasu, ptasie obserwacje nad zbiornikami wodnymi, w parkach narodowych i rezerwach przyrody nie budzą wątpliwości co do ich niemal relaksującego charakteru, to pozostaje pytanie, jak te techniki sprawdzają się w mieście? Wystąpienie poświęcone temu tematowi przedstawił prof. Piotr Tryjanowski. Zagadnienie to o tyle interesujące, że coraz większa część populacji *Homo sapiens* podlega radykalnemu procesowi urbanizacji, a ponadto przynajmniej z perspektywy zdrowia psychicznego miasto, albo sporo jego komponentów, to środowisko niemal patologiczne. Ciągłe oglądanie innych osób, hałas, sztuczne oświetlenie, smog, relatywnie niski kontakt z zielenią – to czynniki bardzo negatywnie wpływające na samopoczucie i inne elementy zdrowia psychicznego. Nie dziwi więc, że to wśród mieszkańców miast szczególnie mocno widoczna jest nostalgia za straconym wiejskim życiem, pamiętaniem z dzieciństwa spędzanego często u dziadków na wsi, albo w sensie ewolucyjnym na półotwartej sawannie. To postawa nazywana biofilią, a więc umiłowanie przyrody i chęć zwiększenia z nią kontaktu. W najróżniejszy sposób. Od planowania przestrzennego, poprzez stosowny układ parków i skwerów, dzielnic czy budynków, powstawanie zielonych tarasów, pionowych zielonych – obsadzonych roślinnością i zaopatrzonych w sztuczne wodospady – ścian budynków, aż po naprawę mikro rozwiązań – zielone balkony, z pojkami dla owadów i budkami lęgowymi dla ptaków.

Pozytywny wpływ terenów zielonych, aktywności na zewnątrz, połączonej choćby z obserwacjami ptaków odnoto-

wano zwłaszcza w okresie pandemii COVID-19, a światowe dane świadczą wręcz o masowym powrocie do przyrody. Nowo nagromadzone dane, wykonane liczne badania, ale i poważnych meta-analiz, jasno wskazują na pozytywny związek pomiędzy bioróżnorodnością a zdrowiem psychicznym. Jednak, gdy sprawie przyjrzyć się bliżej, to po raz kolejny zresztą okazuje się, że diabeł tkwi w szczegółach. Zdecydowanie największa część prac ma charakter obserwacyjny i korelacyjny, bez zrozumienia mechanizmów wzajemnych relacji i powiązań. Poziom oceny bioróżnorodności bazuje tylko na bardzo dobrze znanych, acz zgrubnych wskaźnikach, takich jak różnorodność i naturalność krajobrazu, czy liczba występujących w okolicy gatunków ptaków. Tymczasem olbrzymie znaczenie może mieć tzw. bioróżnorodność ukryta, widoczna tylko dla wąskiej grupy specjalistów, a wyrażona składem i liczebnościami zgrupowań bakterii czy wazonkowców. Problemem jest także olbrzymia nadreprezentacja z okresu wiosennego (u nas to także sezon lęgowy ptaków), kiedy i tak sezonowe wskaźniki samopoczucia są znacząco lepsze. Nie wiemy, jak bioróżnorodność działa w innych okresach fenologicznych, np. jesienią, kiedy to efekt warunków pogodowych może diametralnie zmieniać sytuację. Pociągające są jednak i nowe informacje, oparte nie tylko na obserwacjach, rozmowach z pacjentami, ankietach, badaniach poziomu kortyzolu we krwi lub ślinie, ale wykonywane z wykorzystywaniem najnowszych technik rezonansu magnetycznego. Przyroda naprawdę dobrze stymuluje nasze mózgi. Nie zaskakuje więc, że powstają silne ruchy rewitalizacji miast i sprowadzania dzikiej przyrody nad miejskie rzeki, do parków i na skwery. Zdecydowanie będzie więcej miejsca na bliskie wędrówki i obserwacje ptaków. Dla zdrowia fizycznego i psychicznego.

Tyle teoria. A jak wygląda to od strony praktycznej? Zadajemy to pytanie nieco prowokacyjnie, bowiem w historii polskiej, a być może i światowej psychiatrii stała się rzecz niebywała. Wczesnym rankiem, jeszcze przed śniadaniem i rozpoczęciem sesji naukowych uczestnicy Zjazdu, w tym wielu członków Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – łącznie 18 osób – za namową i rekomendacją prof. Jerzego Samochowca, wyruszyli na ornitologiczny spacer „W poszukiwaniu orla bielika”. Pływając na łodziach po Odrze i jeziorze Dąbie uczestnicy wyprawy spotkali nie tylko rzeczne bieliki, w liczbie kilkudziesięciu ptaków i w niezmiernie fotogenicznych pozach, ale cały pakiet innych gatunków, w tym nawet takie, które zachwyciły terenowo bardziej zaawansowanych: rybitwa białowąsa, rybitwa czarna, białorzytka, zimorodek, mewa siodłata, krakwa czy dziwonia. Do prawdy poprawiający psychikę zestaw.

Sławomir MURAWIEC, Piotr TRYJANOWSKI
Centrum Medyczne Psychomedica Allenort
Wydział Medycyny Weterynaryjnej,
Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu
(przedruk z „Vox Medici” nr 5/21)

KAWA JAK LEK PRZECIWNADCIŚNIENIOWY

Regularne picie 1-3 filiżanek kawy dziennie nie tylko nie zwiększa ryzyka rozwoju nadciśnienia, ale może je nawet zmniejszać. Badania ostatnich lat pokazały, że w kawie są obecne związki, które naśladują działanie niektórych leków hipotensyjnych.

To, w jaki sposób picie kawy wpływa na ciśnienie tętnicze (CT), zależy od wielu czynników. W randomizowanym badaniu klinicznym autorstwa Hara A. i wsp. (2014) wykazano, że regularne picie kawy prowadzi do obniżenia ciśnienia tętniczego. Natomiast u osób, które piły ją okazjonalnie, obserwowano podwyższenie CT.

„Z kolei opublikowane w 2021 r. wyniki badania klinicznego autorstwa Miranda A. i wsp., obejmującego 8780 osób, wykazały, że spożywanie 1-3 filiżanek kawy na dobę zmniejszało ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego o 18%.” - mówi Stanisław Surma student IV roku kierunku lekarskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, autor bądź współautor kilkudziesięciu prac naukowych z zakresu hipertensjologii, nefrologii i prewencji sercowo-naczyniowej, najmłodszy członek Klubu Młodego Hipertensjologa Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego.

Kiedy picie małej czarnej daje korzyści zdrowotne

Z badań wynika, że u osób okazjonalnie spożywających kawę następuje zwiększenie ciśnienia tętniczego średnio o 8/6 mm Hg. Taki efekt utrzymuje się przeciętnie przez ponad 3 godziny od spożycia

„Okres adaptacji organizmu do spożycia kawy zależy od wielu czynników i jest trudny do określenia. Należy podkreślić, że jeżeli dana osoba deklaruje chęć spożywania kawy, to powinna to robić regularnie i w umiarkowanych ilościach (1-3 filiżanki/dobę). Wówczas korzyści z jej spożycia znacznie przeważają nad ewentualnymi zagrożeniami” - wskazuje Stanisław Surma

Ponad 1000 związków czynnych

Za pobudzające działanie kawy odpowiada zawarta w niej kofeina. Jej wpływ na organizm człowieka, w tym układ krążenia jest złożony.

„Kofeina jest antagonistą receptorów adenylozyny. W organizmie znajduje się kilka typów receptorów adenylozyny (np. A1R, A2AR czy A2BR). W zależności od tego, który z nich zostanie zablokowany przez kofeinę, obserwuje się odmienne efekty kliniczne. Na przykład blokada receptora A1R będzie skutkowała rozszerzeniem naczyń krwionośnych i zmniejszeniem ciśnienia tętniczego. Z kolei blokada receptorów A2AR i A2BR może prowadzić do zwiększenia ciśnienia tętniczego. U osób regularnie spożywających kawę wytwarza się tolerancja na kofeinę i nie obserwuje się istotnego wpływu na ciśnienie tętnicze. Co więcej, czasami efekt ten staje się korzystny, bo dochodzi do zmniejszenia CT” - wyjaśnia Stanisław Surma

Przypomina on, że w kawie jest zawartych ponad 1000 związków chemicznych: „W tym kwas chlorogenowy, try-

gonelina, kwas ferulowy, melanoidyny, polifenole, które charakteryzują się szeregiem właściwości prozdrowotnych, jak działanie przeciwnadciśnieniowe, przeciwnowotworowe, poprawiające czynność układu nerwowego i nerek itd.” - wymienia Stanisław Surma

Skuteczna jak inhibitory ACE

Odkrycia ostatnich lat pokazały, że niektóre substancje w zawarte w kawie „naśladują działanie pewnych leków hipotensyjnych.

„Wykazano, że kwas chlorogenowy, kwas ferulowy i melanoidyny mogą zmniejszać aktywność konwertazy angiotensyny, czyli charakteryzować się takim działaniem, jak popularne ACE inhibitory” - zauważył Stanisław Surma. Wskazał także inne mechanizmy działania związków biologicznie aktywnych zawartych w kawie.

„Do przeciwnadciśnieniowych mechanizmów działania kofeiny zalicza się poprawę czynności śródbłonna naczyń, zwiększenie diurezy oraz pobudzenie rozkurczu naczyń krwionośnych. Kwas chlorogenowy, poza hamowaniem ACE, ogranicza stres oksydacyjny, co zwiększa wytwarzanie naczyniorozkurczowego tlenu azotu przez komórki śródbłonna. Kwas ferulowy także zwiększa wytwarzanie tlenu azotu. Z kolei trygonelina pobudzając enzymy przeciwutleniające, chroni śródbłonek naczyń przed wolnymi rodnikami. Bardzo interesujące jest to, że kofeina i polifenole kawy mogą modyfikować skład mikrobioty jelit i zwiększać liczebność bakterii rodzaju *Bacteroides*, co może z kolei zmniejszać ciśnienie tętnicze” - wymienia Stanisław Surma

Podsumowując, badacz jeszcze raz potwierdził, że liczne związki biologicznie aktywne zawarte w kawie charakteryzują się działaniem przeciwnadciśnieniowym.

Bezpieczna dawka dobową

Jaką ilość kawy można wypić w ciągu dnia bez obawy o zdrowie? Ile może jej wypić osoba z nadciśnieniem?

„Warto tutaj wspomnieć opinię na ten temat wybitnego polskiego lekarza i naukowca prof. Franciszka Kokota, który mawiał, że: »Picie kawy nie ma istotnego wpływu na nasze ciśnienie, a więc nie należy z niej rezygnować. Kawa poprawia za to ukrwienie mózgu. Mała czarna nie zaszkodzi chorym na nadciśnienie«. Ta opinia jest zgodna z wynikami badań klinicznych. Obserwowany wpływ spożywania kawy na ryzyko braku kontroli CT u chorych na nadciśnienie tętnicze zależy od tego, czy dana osoba pali papierosy. W badaniu Lopez-Garcia K. i wsp. (2016) u osób, które piły kawę (1-3 filiżanki dziennie) i jednocześnie były palaczami stwierdzano zwiększone ryzyko niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego, natomiast u osób niepalących takiego efektu nie obserwowano. Nie wykazano także, aby spożywanie kawy było związane ze zwiększeniem ryzyka zaburzeń dobowego rytmu ciśnienia tętniczego (non-dipper). A zatem spożywanie 1-3 filiżanek kawy na dobę wydaje się być bez-



pieczne dla większości chorych na nadciśnienie tętnicze”
- konkluduje Stanisław Surma

Znaczenie ma sposób przygotowania naparu

Jak się jednak okazują kawa kawie nierówna. Znacznie ma bowiem sposób, w jaki przygotowano napar. Wyniki badań wskazują, że największe korzyści przynosi spożywanie czarnej, filtrowanej kawy bez dodatku cukru.

„Warto przytoczyć wyniki kilku badań, które potwierdzają tę rekomendację. W badaniu Godavarthy D. i wsp. (2020) wykazano, że kawa spożywana bez dodatków (czarna bez cukru) charakteryzowała się największą aktywnością przeciwbakteryjną przeciwko *Streptococcus mutans* (wraz z *Lactobacillus acidophilus* stanowią główny czynnik etiologiczny próchnicy zębów). Właściwości przeciwp próchnicze czarnej kawy uległy zmniejszeniu po dodaniu mleka i cukru. Wyniki te potwierdzają obserwacje z badania autorstwa Namboodiripad P. i wsp. (2009)” - podaje Stanisław Surma

Przypomina także, że w badaniu van Dusseldorp M. i wsp. (1991) stwierdzono, że filtrowanie kawy zmniejszało jej negatywny wpływ na gospodarkę lipidową. „Wyniki te potwierdza metaanaliza przeprowadzona przez Cai L. i wsp. (2012). Co więcej, w systematycznym przeglądzie literatury autorstwa Penson P. i wsp. (2018) stwierdzono, że filtrowanie kawy w mniejszym stopniu zwiększało stężenie lipoproteiny (a) w surowicy w porównaniu do kawy gotowanej. Ponadto w badaniu Tverdal A. i wsp. (2020) wykazano, że filtrowanie versus niefiltrowanie kawy istotnie

modulowało obserwowane zmiany ryzyka śmierci z dowolnej przyczyny wśród badanych” - mówi Stanisław Surma

Ostrożność powinny wykazywać kobiety w ciąży

Wyniki badań wskazują, że osoby spożywające kawę regularnie i w umiarkowanych ilościach mogą charakteryzować się zmniejszeniem ryzyka rozwoju: cukrzycy typu 2, zaburzeń rytmu serca, niewydolności serca, choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu czy przewlekłej choroby nerek. Ostrożność w spożywaniu kawy jest wskazana w przypadku kobiet w ciąży.

„Wykazano bowiem, że spożycie 100 lub 300 mg kofeiny/dzień (1/2-3 filiżanki kawy/dobę) wiązało się ze znacznie zwiększonym, bo aż o odpowiednio 8% i 37% ryzykiem samodzielnego poronienia. Ryzyko to ulegało zwiększeniu wraz z kolejną filiżanką kawy pitą w ciągu doby. Dlatego też wydaje się, że w trakcie ciąży należy zachować dużą ostrożność i maksymalnie ograniczyć picie kawy” - dodaje Stanisław Surma.

Ewa KURZYŃSKA

Piśmiennictwo:

- 1) Surma S., Narkiewicz K.: Kawa a ryzyko rozwoju nadciśnienia tętniczego i innych chorób układu krążenia. *Choroby Serca i Naczyń* 2020; 17(1): 55-64.
- 2) Surma S., Romańczyk M., Fojcik J., Krzystanek M.: Kawa - lekarstwo, używka i narkotyk. *Psychiatria* 2020; 17(4): 237-246.
- 3) Surma S., Oparil S. Coffee and arterial hypertension. *Current Hypertension Reports* 2021; 23: 38, doi: 10.1007/sll906-021-01156-3 (przedruk z „Pulsu Medycyny” nr 12/21)

ODESZLI OD NAS

DR RYSZARD KUKIEŁKA

Dr Ryszard Kukiełka urodził się 29 marca 1942 r. w Szczyrku, gdzie ukończył sportową szkołę podstawową - uprawiał od dzieciństwa narciarstwo, skoki, jeździł na tor saneczkowy do Bielska-Białej. Tam też uczęszczał do słynnego Liceum Ogólnokształcącego im. Asnyka. Po maturze podjął studia stomatologiczne na Akademii Medycznej w Gdańsku, które ukończył w 1968 r. W czasie studiów ożenił się z koleżanką z roku Anną.

W poszukiwaniu pracy trafili do prężnie rozwijającego się w tamtym czasie ośrodka przemysłowego - Kędzierzyna-Koźła. Anna i Ryszard Kukiełkowie rozpoczęli swoją pierwszą pracę w Przychodni Rejonowej przy ul. Harcerskiej, z którą związani byli całe swoje zawodowe życie.

Początkowo dr Ryszard Kukiełka zajmował się stomatologią zachowawczą i chirurgią stomatologiczną, lecz po uzyskaniu tytułu specjalisty ortodonta w latach 80., to właśnie ortodoncja królowała w jego gabinecie.

Doktora będziemy pamiętać zawsze z uśmiechem na twarzy, z dobrym słowem dla każdego. Zawsze mocno zaangażowany w sprawy środowiska stomatologicznego w naszym mieście. Kilka pokoleń Kędzierzynian leczyło się w jego gabinecie, kilka pokoleń stomatologów specjalizowało się i uczyło pod Jego okiem. Zawsze był chętny do pomocy i wspierający jako szef.

Jak dowiedzieliśmy się od synów - Piotra i Pawła, dr Ryszard Kukiełka był niespełnionym lotnikiem, pasjonatem „Skrzydlatej Polski” i pasjonatem literatury. U wielbiał podróżować, kochał nowe cyfrowe technologie.

Niestety lata 2000. zaczęły się kłopotami ze zdrowiem doktora i śmiercią żony. Po tym ciężkim czasie dr Ryszard Kukiełka ponownie wstąpił w związek małżeński z panią Krystyną, z którą spędził ostatnie kilkanaście lat życia w otoczeniu dzieci i wnuków i w nieustannej aktywności zawodowej. Dr Kukiełka pracował w zawodzie stomatologa ponad 50 lat.

Odszedł na wieczny spoczynek w 2021 r., ale na zawsze pozostanie w naszej pamięci.

Koleżanki i koledzy stomatolodzy z Kędzierzyna-Koźła



EDRA URBAN & PARTNER Sp. z o.o. • 50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29
Zamówienia: ksiegarnia@edraurban.pl • tel.: 42/680 44 09, fax: 42/680 44 86w



LECZENIE CUKRZYCY. PODEJŚCIE SKONCENTROWANE NA PACJENCIE

J. Titchener

red. K. Cypryk

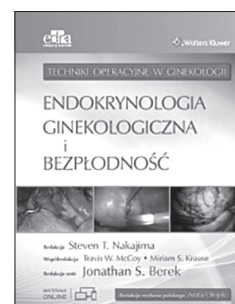
rok wydania 2021

ISBN 978-83-66960-30-5, format 170 x 240, oprawa miękka, str. 135, cena 62.10 zł

W konsekwencji uznania wpływu czynników psychospołecznych na prowadzenie leczenia chorób przewlekłych, w tym cukrzycy (kontrolowanie stanu chorobowego, zmiana stylu życia, regularne przyjmowanie leków), nowe modele opieki przechodzą od terapii prowadzonej przez ekspertów medycznych u biernych pacjentów do opieki skoncentrowanej na pacjencie, w której decyzje dotyczące leczenia są wynikiem partnerskiej współpracy pomiędzy lekarzem a pacjentem przy aktywnym udziale pacjenta w dokonywaniu wyborów dotyczących leczenia.

W istocie, od 2012 r. zalecenia dotyczące postępowania w cukrzycy wydawane zarówno przez Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne, jak i Europejskie Towarzystwo Badań nad Cukrzycą, wskazują, aby wybory dotyczące leczenia były rozważane w kontekście potrzeb, preferencji i tolerancji każdego pacjenta, podkreślając, że indywidualizacja leczenia jest podstawą sukcesu.

Aby zapewnić w cukrzycy opiekę skoncentrowaną na pacjencie, lekarz musi zdobyć dwie umiejętności: po pierwsze, dobre zrozumienie patofizjologii cukrzycy, różnic i podobieństw pomiędzy różnymi typami cukrzycy oraz doskonale zrozumienie, w jaki sposób leki i insulina oddziałują na różne procesy patofizjologiczne i działają w sposób synergistyczny w celu kontrolowania stężeń cukru we krwi; a po drugie, umiejętność przekazywania tej wiedzy pacjentom, umożliwiając im udział w decyzjach terapeutycznych i wspomagając ich w samodzielnym radzeniu sobie z chorobą. Celem niniejszego podręcznika jest przekazanie lekarzom tych obydwu zestawów umiejętności.



ENDOKRYNOLOGIA GINEKOLOGICZNA I BEZPŁODNOŚĆ. TECHNIKI OPERACYJNE W GINEKOLOGII

red. S. Nakajima, red. wyd. polskiego A. Olejek

rok wydania 2021

ISBN 978-83-66960-27-5, format 210 x 275, oprawa twarda, str. 192, cena: 107,12 zł

Autorzy książki Endokrynologia ginekologiczna i bezpłodność z serii Techniki Operacyjne w Ginekologii opisują najczęściej wykonywane operacje ginekologiczne. Wskazują, jak wybrać najodpowiedniejszą procedurę chirurgiczną, w jaki sposób zapobiegać powikłaniom oraz jakich rezultatów oczekiwać. Książka zawiera najwyższej jakości ilustracje, przedstawiające techniki zabiegów. Jest łatwa w odbiorze, aktualna i szczegółowa, idealna dla rezydentów i lekarzy na co dzień zajmujących się omawianą dziedziną.

- Zwięzły tekst, wypunktowania i przejrzyste tabele pozwalają szybko przeglądać przedstawione informacje, a także zapoznać się z praktycznymi poradami i potencjalnymi problemami dotyczącymi poszczególnych procedur.

- Wiele kolorowych fotografii i ilustracji śródoperacyjnych oraz materiały wideo wysokiej jakości przedstawiają zabiegi krok po kroku i ułatwiają ich praktyczną naukę.

- Omawiając poszczególne problemy kliniczne, autorzy opisali związane z nimi zagadnienia ogólne, aspekty anatomiczne, diagnostykę różnicową, stosowane metody obrazowe i inne procedury diagnostyczne, planowanie zabiegu, jego organizację i wykorzystywane techniki, zalety i zagrożenia, opiekę pooperacyjną, wyniki leczenia oraz potencjalne powikłania.

- W podręczniku przedstawiono zabiegi stosowane w leczeniu niepłodności (przeprowadzane w obrębie pochwy, szyjki macicy, macicy, jajowodów, jajników i jamy otrzewnowej) i w chirurgicznym leczeniu endometriozy, a także procedury medycyny reprodukcyjnej oraz metody obrazowania narządów rozrodczych i oceny jamy macicy.



POŁOŻNICTWO. DIAGNOSTYKA RÓŻNICO- WA I LECZENIE

D. Schlembach, R. Berger, F. Kainer

red. K. Czajkowski

rok wydania 2021

**ISBN 978-83-66960-04-6, format 210 x 270, str. 304,
cena: 134,10 zł**

Podręcznik „Położnictwo. Diagnostyka różnicowa i terapia” ma interesujący układ. W pierwszej części poświęconej procesowi diagnostycznemu autorzy przedstawiają objawy i pokazują, jak na ich podstawie ustalić diagnozę i, co istotne, dokonać analizy różnicowej.

Wiedza ta daje solidne podstawy dla każdego lekarza opiekującego się kobietami ciężarnymi. W drugiej części

podręcznika autorzy ukazują schematy lecznicze, wskazując również, w jaki sposób dopasowywać leczenie do konkretnych sytuacji klinicznych.

W mojej ocenie podręcznik będzie szczególnie przydatny dla rezydentów i lekarzy przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego. Może też stanowić doskonałe kompendium diagnostyczno-terapeutyczne dla wszystkich opiekujących się kobietami ciężarnymi i rodzącymi.

*Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski
Z Przedmowy do wydania polskiego*

Współczesne położnictwo wymaga rozległej wiedzy dotyczącej objawów i chorób, które niekoniecznie wiążą się jedynie z ciążą, porodem czy położeniem, ale coraz częściej obejmują także choroby matczyne wymagające uwzględnienia w procesie leczniczym. Istnieje zatem konieczność znajomości tych objawów oraz najważniejszych rozpoznań różnicowych, które należy wyjaśniać zgodnie z racjonalnym algorytmem diagnostycznym, co pozwoli szybko wprowadzić odpowiednią terapię. Niniejsza książka – ze swoją specjalną strukturą – powinna stanowić pomoc w tym zakresie.

OGŁOSZENIA

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE Sp. z o.o. z siedzibą w Kup zatrudni od 01.01.2022 r. **lekarza specjalistę chorób wewnętrznych lub ze specjalizacją II stopnia z chorób wewnętrznych** do pracy w charakterze Kierownika Oddziału Chorób Wewnętrznych. Oddział bardzo dobrze wyposażony, Zakład Diagnostyki Endoskopowej na miejscu, całodobowe laboratorium i Pracownia RTG. Forma zatrudnienia do uzgodnienia – umowa o pracę lub umowa kontraktowa.

Bardzo dobre warunki finansowe – do negocjacji. Kontakt telefoniczny: 77/403-28-51 lub mailowy: kadry@szpital-kup.eu.

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

e-dokumentacja medyczna

**Jak wdrożyć EDM
w placówce medycznej**

- 1 Podstawowym wymogiem technicznym jest posiadanie systemu gabinetowego
- 2 Do implementacji EDM potrzebne jest również repozytorium, czyli system przechowywania dokumentów
- 3 Wdrożenie EDM wymaga podłączenia do systemu e-zdrowie (P1) oraz posiadania podpisu cyfrowego
- 4 Każdy wytworzony dokument w postaci EDM wymaga zaraportowania zdarzenia medycznego, aby mógł być widoczny w systemie e-zdrowie (P1)

**Rodzaje podpisów cyfrowych
stosowanych w EDM**

- kwalifikowany podpis elektroniczny
- Profil Zaufany (PZ)
- podpis osobisty (e-Dowód)
- certyfikat elektroniczny udostępniony przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (tzw. e-ZLA)

Dane indeksu EDM obejmują m.in.

- identyfikator zdarzenia medycznego, w związku z którym wytworzono dokumentację medyczną
- identyfikator EDM
- datę wystawienia EDM
- typ dokumentu; format dokumentu (PIK/DICOM)
- dane usługobiorcy
- status dostępności dokumentu (online/offline)
- adres repozytorium, w którym przechowywana jest dokumentacja medyczna

Wsparcie techniczne Centrum e-Zdrowia

edm-pomoc@cez.gov.pl

Więcej przeczytasz w najnowszym wydaniu **Gazety Lekarskiej****Typy zdarzeń medycznych**

- pobyt w oddziale szpitalnym
- leczenie jednego dnia
- pobyt
- porada
- porada patronażowa
- wizyta
- wizyta patronażowa
- cykl leczenia
- badanie
- sesja
- osoba leczona
- wyjazd ratowniczy
- akcja ratownicza
- transport sanitarny
- transport lotniczy
- hemodializa
- bilans zdrowia
- wyrób medyczny
- szczepienie
- badanie (test) przesiewowe
- świadczenie profilaktyczne
- osoba objęta opieką koordynowaną

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.

Prezes Zarządu Szpitala Wojewódzkiego w Opolu Sp. z o.o. zatrudni lekarza specjalistę ortopedii i traumatologii narządu ruchu do pracy w Szpitalnym Oddziale rątkowym (w pionie urazowo-ortopedycznym) w tym do pełnienia dyżurów medycznych. Oferujemy atrakcyjne warunki zatrudnienia. Prosimy o kontakt: tel. 77/44-33-100; e-mail sekretariat@szpital.opole.pl; adres: Szpital @Wojewódzki Sp. z o.o. Opole ul. Koźnego 53.

ZJAZD ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU LEKARSKIEGO I STOMATOLOGII AKADEMII MEDYCZNEJ WE WROCŁAWIU ROCZNIK 1968

Droga Koleżanko! Drogi Kolego!

Zapraszamy na spotkanie koleżeńskie Absolwentów Wydziału Lekarskiego i Stomatologii Akademii Medycznej we Wrocławiu rocznik 1968, które planowane jest w dniach 03.06-05.06.2022 r. w Pszczynie. Zakwaterowanie w hotelu IMPERIUM w Pszczynie ul. Bielska 54. Pokoje 2-3 osobowe z łazienkami.

Program zjazdu:

• **Piątek 03.06.2022 r.** Zakwaterowanie w godzinach popołudniowych, wieczorem na terenie przylegającym do hotelu - spotkanie przy grillu lub kolacji.

• **Sobota 04.06.2022r.** Śniadanie w hotelu. Msza św. w Kościele Wszystkich Świętych w Pszczynie, zwiedzanie Pałacu Pszczyńskiego, którego właścicielem był właściciel zamku w Książu (muzeum wnętrz zabytkowych), zwiedzanie zabytkowego Kościoła Ewangelickiego połączone z wykładem tematycznym w sali tego kościoła, zwiedzanie rynku (zdjęcie pamiątkowe na ławce z księżną Daisy von Pless), czas wolny na zwiedzanie indywidualne parku pszczyńskiego wg własnego uznania (plan Pszczyny będzie dołączony do zaproszenia), przejazd busikami do Goczałkowic - zwiedzanie nowoczesnego centrum ogrodniczego KAPIAS. Na terenie centrum możliwość zjedzenia obiadu ew. lodów, kawy, ciasta itp. w restauracji, barze lub w ogrodzie, we własnym zakresie, powrót do hotelu. Wieczorem bankiet w restauracji WAROWNIA RYCERZY PSZCZYŃSKICH (obok hotelu).

• **Niedziela 05.06.2022 r.** Śniadanie w hotelu, wykwaterowanie, powrót do domu.

Opłata za uczestnictwo Absolwenta (również osoby towarzyszącej) wynosi 550 zł od osoby. Wpłaty prosimy dokonywać na konto 58-1020-2528-0000-0102-0567-6376 z dopiskiem na przelew: Zjazd r.1968 oraz nazwiska obecnego oraz państwa, jak również adresu, celem przesłania zaproszenia. Nieprzekraczalny termin wpłaty 31.01.2022 r. z uwagi na konieczność potwierdzenia dokonanych rezerwacji hotelu i restauracji.

Komitet organizacyjny:

- Anna Steinert /Kozieł/ tel. 696 617 024 e-mail asteinert(5)interia.pl,
- Ewa Miłaszewicz tel.502 050 273
- Bogusław Kudyba tel.606 736 620
- Krzysztof Wronecki

Do dyspozycji gości pokoje 2 i 3-osobowe, proszę o e-mailowe zgłoszenie nazwisk koleżanek i kolegów, z którymi chcą być Państwo zakwaterowani. Na zapleczu hotelu parkingi.

Jeżeli z powodu pandemii zjazd koleżeński nie będzie się mógł odbyć - pieniądze wpłacone na konto będą zwrócone.

SAMSUNG

Gabinet pełen możliwości



Zobaczysz jeszcze więcej

Samsung RS85 Prestige

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

Technologia w zasięgu

Samsung HS40

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



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

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