

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Primum

ISSN 2353-6055 • nr 12/1 (365/366) / grudzień 2021/styczeń 2022





Klinika Terapii Innowacyjnych

Nasz Lekarz Przychodnie Medyczne od 20 lat prowadzi leczenie biologiczne chorób m.in. reumatologicznych, dermatologicznych, gastroenterologicznych, pulmonologicznych oraz hematologicznych i onkologicznych.

Z przyjemnością informujemy, o otwarciu Kliniki Terapii Innowacyjnych, w której Pacjenci będą mogli skorzystać z leczenia biologicznego i innowacyjnego w ramach oferty komercyjnej.

Zapraszamy zainteresowanych współpracą lekarzy

Skontaktuj się z nami, zaproponuj dogodny termin spotkania, a my przedstawimy Ci możliwość indywidualnego prowadzenia chorych w ramach nowoczesnych terapii.



Toruń



Bydgoszcz

Oferujemy leczenie biologiczne w chorobach takich jak:

- RZS - Reumatoidalne zapalenie stawów
- SpA - Spondyloartrazie zapalne
 - ŁZS – Łuszczycowe zapalenie stawów
 - ZZSK – Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa
 - Axial SpA – spondyloartrazja osiowa
- Osteoporoza
- Łuszczyca skóry

Terapie lekami biologicznymi:

- certolizumab (Cimzia), etanercept (Enbrel, Erelzi), adalimumab (Humira, Hyrimoz), rituximab (Mabthera), denosumab (Prolia), infliximab (Remsima), tocilizumab (Roactemra), golimumab (Simponi)

Terapie lekami innowacyjnymi:

- baricitinib (Olumiant), tofacitinib (Xeljanz), upadacitinib (Rinvoq)

Klinika Terapii Innowacyjnych

ul. Batorego 18-22
87-100 Toruń

☎ 56 300 42 44

✉ terapieinnovacyjne@naszlekarz.pl

🌐 <https://naszlekarz.pl/klinika-terapii-innowacyjnych/>

Oddział w Bydgoszczy

ul. Chodkiewicza 19c
85-065 Bydgoszcz

☎ 52 340 14 14

Prof. dr hab. n. med. Sławomir Jeka
Dyrektor Kliniki Terapii Innowacyjnych

Zapraszam do współpracy



W NUMERZE:

OD KONSULTANTA DS. CHOROÓB ZAKAŹNYCH

Czy polski lekarz to przystawiony Don Kichot walczący z IV falą SARS-CoV-2 jak z wiatrakami? 2

TAK MYŚLĘ

Never ending story 6

Medycyna oparta na przesądach 6

INFORMUJEMY 8, 9, 12, 13

NA CZASIE

Jak minister zdrowia rozmontowuje polski system ochrony zdrowia 10

(Nie) potrzebny staż? 11

ROZMOWA Z...

...profesorem Grzegorzem Węgrzynem: Alzheimer chorobą uleczalną? 14

MEDYCYNA OPARTA NA DOWODACH – TAK PROSTE, A TAK TRUDNE – NOWY CYKL „PRIMUM” 16

POLSKI ŁAD DLA MEDYKÓW 17

POZ BEZ TAJEMNIC 19

WINO JEST ZDROWE – RECENZJA 20

TRENUJ UWŻNOŚĆ 22

MÓJ JEST TEN KAWAŁEK PODŁOGI 23

KSIĄŻKI NIE TOP TEN 23

W PIGUŁCE 24

WYBORY BIL WKŁADKA

Grafika na okładce: pl.freepik.com



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

W grudniu obchodzimy ważne jubileusze. Już na samym początku – 2 dnia miesiąca upłynął wiek od uchwały Sejmu powołującej w 1921 r. do istnienia izby lekarskiej. Jak przypomnieliśmy z tej okazji w liście skierowanym do lekarzy prezes Andrzej Matyja – *przestaliśmy być „jedynie” lekarzami skupionymi na ratowaniu zdrowia i życia pacjentów. Staliśmy się strażnikami praw, godności i sumienia w wykonywaniu obowiązków zawodowych, partnerem we współpracy z państwem.* Od tego znaczącego dnia samorząd działał z dwukrotną przerwą – w okresie II wojny światowej i za czasów PRL, kiedy to w 1950 r. został zlikwidowany ustawą. Reaktywacja nastąpiła dopiero w roku 1989 – wraz z nowym aktem prawnym. Nie powinno to dziwić, bo jak napisał dr. n. ekonomicznych minister Adam Niedzielski w gratulacjach z okazji jubileuszu 100-lecia: *samorząd pełni doniosłą funkcję... jest również najbardziej oczywistym symbolem wolności i niezależności zawodowej opartej na wiedzy i doświadczeniu.* Jak wiemy, władzy autorytarnej, zarówno czasu przeszłego, jak i każdego innego, nie zależy na swobodach obywatelskich i rozwoju demokracji – obserwujmy więc uważnie, kto będzie chciał marginalizacji i usunięcia z przestrzeni publicznej samorządu lekarskiego.



Światowe Forum Ekonomii i Londyńska Szkoła Ekonomii zwróciły uwagę, że jednym z głównych warunków stworzenia stabilnego i odpornego systemu opieki zdrowotnej jest inwestowanie w kadry medyczne – czy zmiany w polskim systemie ochrony zdrowia są zgodne z tym wskazaniem?

Następna znacząca data w grudniowym kalendarzu to 13, który zamienił stan upojenia wolnością w stan wojenny. Szacuje się, że jego tragiczne pokłosie to około 100 zabitych i kilkuset rannych. Obecnie mamy pandemię, bez formalnie ogłoszonego stanu nadzwyczajnego. Jak podają statystyki do 24 lipca 2021 r. z powodu COVID-19 zmarło 231 lekarzy i 188 pielęgniarek, a uwzględniając pozostałe zawody medyczne – ten tragiczny bilans przekroczył 500 osób. Nie chcę nawet myśleć, jaki będzie wskaźnik nadmiarowych zgonów w kończącym się roku. Niestety, rozpad systemu – zwłaszcza leczenia szpitalnego – postępuje. Heroiczna walka o zdrowie i życie nie została przegrana z kretesem tylko dzięki ofiarności lekarzy i pozostałych pracowników medycznych.

Na szczęście grudniowy kalendarz kończą dni, które niezmiennie przynoszą radość, szczęście i perspektywę zmian na lepsze. Życzę wszystkim, aby te dni spędzili z bliskimi, bez pośpiechu, w szczęśliwym poczuciu niezemskiej chwili, a w sylwestra bezpiecznie się bawili z nadzieją, że to pierwszy dzień końca pandemii.

Pozdrawiam wszystkich serdecznie z okazji świąt Bożego Narodzenia!

Dr n. med. Marek Bronisz

Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ primum

RADA PROGRAMOWA:
prof. Aleksander Araszkiwicz,
red. Agnieszka Banach-Dalke,
lek. Mieczysław Boguszyński,
red. Magdalena Godlewska,
dr n. med. Stanisław Prywiński,
lek. dent. Marek Rogowski
(przewodniczący),
dr n. med. Zofia Ruprecht,
lek. Szymon Suwała,
lek. Mateusz Wartęga

REDAKTORKA NACZELNA:
Agnieszka Banach-Dalke
agnieszkapress@gmail.com

REDAKTORKA:
Magdalena Godlewska (korekta)
magodlewska@poczta.onet.pl

CZEKAMY na Państwa opinie,
uwagi i propozycje!
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania
i poprawiania materiałów oraz zmian w tytułach.
Za treść reklam nie odpowiadamy.

e-mail: primum@bil.org.pl
tel. 52 346 07 85

WYDAWCA:
 Bydgoska Izba Lekarska
85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11
telefony: 52 3460084, 52 3460780

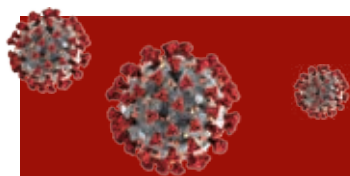
Numer konta BIL:
PKO BP II O/Bydgoszcz 95102014750000830200191197
e-mail: bil@bil.org.pl, www.bil.org.pl

• **Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:** dr n. med. Elżbieta Narolska-Wierczewska,
e-mail: rzecznik@bil.org.pl
tel. 52 3461257
• **Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentyistów:**
dr n. med. Wojciech Kosmowski
tel. 605 550 017

DRUK:
Abedik, Bydgoszcz, tel. 52 3700710

SKŁAD:
Magraf s.c., Bydgoszcz, tel. 52 3791435

Nakład: 4340 egzemplarzy



Czy polski lekarz to walczący z IV falą SARS-CoV-2



PAWEŁ
RAJEWSKI

Walka bez szans na powodzenie?! Tak. Przy tak dużej liczbie osób niezaszczepionych przeciw COVID-19, przy braku wprowadzenia obowiązku i respektowania paszportów covidowych w restauracjach, kinach, teatrach, na koncertach i w innych instytucjach kultury, przy braku przestrzegania obowiązku DDM i wysokich kar za niestosowanie się do nakazu zasłaniania ust i nosa... jest to walka współczesnego lekarza Don Kichota z przysłowiowymi wiatrakami.

A w Polsce jakby koronawirusa nie było, jakby nie było IV fali, jakby nie było epidemii... Życie toczy się dalej i jakoś inaczej niż w innych krajach europejskich... bez obostrzeń, bez restrykcji, bez paszportów covidowych, bez maseczek... Za to z pełnymi ludźmi jarmarkami świątecznymi czy kibicami obserwującymi skoki narciarskie, no i z pełnymi pacjentów oddziałami covidowymi oraz Don Kichotami

Niestety, póki co wydaje się, że tak... Walka jest beznadziejna. Patrząc na tak dużą liczbę dziennych zakażeń, hospitalizacji i zgonów z powodu COVID-19 – ma się wrażenie, że bez szans na powodzenie...

walczącymi z pacjentami, walczącymi o każdy ich oddech, o każde życie. A można było się zaszczepić...

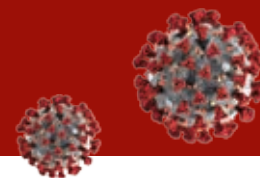
Wiatraki mogą jeszcze zniknąć. Zaszczepmy się przeciw COVID-19, stosujmy maseczki ochronne, unikajmy skupisk ludzkich... i pilnujmy się, zrezygnujmy czasowo z dyskotek, clubbingu, koncertów. Ograniczając kontakty, ograniczamy ryzyko transmisji wirusa i ryzyko zachorowania – a tym samym epidemię, której niestety miarą jest liczba hospitalizacji i zgonów, a my jako województwo jesteśmy jeszcze przed szczytem IV fali i za nią idącym, z opóźnieniem zazwyczaj 7–14-dniowym, szczytem hospitalizacji...

Czy i tym razem polska ochrona zdrowia stanie na granicy wydolności systemu? A może już jest na granicy i za chwilę ją przekroczy? – przepiętne oddziały, przeciążony transport medyczny, przemęczone pielęgniarki, ratownicy medyczni, diagności laboratoryjni, lekarze i służby sanitarno-epidemiologiczne. I nawet widmo dodatków covidowych, z którymi jest – delikatnie mówiąc – różnie, nie pomaga w tej sytuacji... Czy i tym razem, poszerzając bazę łóżek i zabierając je dla pacjentów z COVID-19, poświęcimy inne choroby, innych pacjentów? A licznik zgonów bije... Czy nadal tak dużo osób neguje istnienie pandemii i porównuje koronawirusa SARS-CoV-2 do przeziębienia?! Gdzieś musi być koniec! Tylko niestety wciąż go nie widać...

Apel specjalistów chorób zakaźnych, członków Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych

Biorąc pod uwagę sytuację epidemiologiczną związaną z IV falą epidemii i z tak dużą liczbą przypadków nowych zakażeń SARS-CoV-2 na dobę, ogromną liczbą hospitalizacji i zgonów z powodu COVID-19, brakiem przestrzegania zasad DDM, niskim zainteresowaniem i negowaniem potrzeby szczepień przeciw COVID-19 przez część społeczeństwa oraz brakiem reakcji rządu na konieczność podjęcia interwencji w tym zakresie – Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (PTEiLChZ) (28 listopada 2021 r.) wystosowało list otwarty do: Andrzeja Dudy – prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Mateusza Morawieckiego – prezesa Rady Ministrów, Adama Niedzielskiego – ministra zdrowia, Elżbiety Witek – marszałek Sejmu RP, Tomasza Grodzkiego – marszałka Senatu RP:

przystłowiowy Don Kichot jak z wiatrakami?



My, specjaliści chorób zakaźnych, członkowie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, którzy od blisko dwóch lat leczymy chorych z COVID-19, w związku z olbrzymią liczbą zachorowań i zgonów spowodowanych COVID-19, ograniczeniem dostępu do opieki zdrowotnej pacjentom z innymi chorobami oraz niepewnością związaną z pojawianiem się nowych wariantów wirusa apelujemy o:

1) Podjęcie w trybie pilnym prac nad aktami prawnymi umożliwiającymi kontrolowanie przez pracodawców posiadania przez pracowników Unijnego Certyfikatu COVID (UCC) i podejmowanie stosownych działań w obrębie zakładu pracy.

2) Podjęcie w trybie pilnym prac nad aktami prawnymi ograniczającymi dostęp osób nieposiadających UCC do miejsc publicznych w zamkniętych przestrzeniach lub gdy niemożliwe jest zachowanie dystansu.

3) Podjęcia działań eliminujących i penalizujących wysokimi karami proceder oszustw związanych ze szczepieniami.

4) Zmobilizowanie służb porządkowych do egzekwowania już obowiązujących przepisów dotyczących noszenia masek w publicznych przestrzeniach zamkniętych.

Apel poparło 45 medycznych towarzystw naukowych.

Złe wiadomości...

Koronawirus mutuje, pojawiają się nowe warianty, w tym niepokojące, budzące obawy, że mogą być bardziej zakaźne. Póki co nie wiadomo, czy

bardziej agresywne, wywołujące cięższy przebieg COVID-19 i czy mogą wymknąć się spod kontroli dotychczasowych szczepień ochronnych.

Mowa tu o nowym wariantcie Omikron wykrytym 11 listopada w Republice Południowej Afryki. Oznaczanym też jako wariant B.1.1.529. Naukowcy rozpoznali w wariantcie Omikron 50 mutacji, w tym 32 w obrębie białka kolca, czyli białka szczytowego odpowiedzialnego za infekowanie komórek gospodarza. Nowe mutacje mogą wpłynąć potencjalnie na zaraźliwość patogenu – w krótkim czasie wyparł dominujący wariant delta w RPA, jednak określenie faktycznego ryzyka tej odmiany koronawirusa wymaga dalszych badań. Ze wstępnych informacji wynika, że przebieg kliniczny zakażenia tym wariantem różni się od dotychczasowego, ale obserwacje dotyczą głównie osób młodych – dominowało silne osłabienie, zmęczenie, ból całego ciała, bóle głowy oraz niespecyficzny ból gardła. Nie wiadomo, jak zachowa się w populacji osób starszych, z chorobami współistniejącymi.

...Ale są i dobre

Pojawiły się nowe zalecenia PTEiLChZ dotyczące diagnostyki i terapii zakażeń SARS-CoV-2 (z 12 listopada 2021 r.) – uwzględniające nowe leki i cząsteczki do leczenia pacjentów z COVID-19. Na rejestrację i dostępność w Polsce niektórych z nich jeszcze czekamy – przewidywany czas to połowa grudnia.

Z rekomendacji zostało usunięte podawanie osocza ozdrowieńców z uwagi na brak istotnego wpływu na przebieg i rokowanie pacjentów z COVID-19.

Zalecenia diagnostyki i terapii zakażeń SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych z 12 listopada 2021 r.

STADIUM CHOROBY	LECZENIE PODSTAWOWE	LECZENIE WSPOMAGAJĄCE
1 – stadium skąpoobjawowe <ul style="list-style-type: none">• SpO₂ ≥ 94%• nie wymaga hospitalizacji	Rozpoczęcie terapii przeciwwirusowej zalecane jest do 5 doby od wystąpienia objawów, ze szczególnym uwzględnieniem chorych z ryzykiem ciężkiego przebiegu* i pod warunkiem bezpośredniego nadzoru lekarskiego podczas kwalifikacji i monitorowania leczenia. Leki te nie powinny być stosowane u kobiet w ciąży i karmiących. <ul style="list-style-type: none">• Molnupirawir stosowany doustnie 2 × dz. 800 mg przez 5 dni lub• Kasirivimab/Imdewimab stosowany dożylnie lub podskórnie w pojedynczej dawce 1200 mg (600/600 mg)	<ul style="list-style-type: none">• Budezonid wziewnie w dawce 2 × 800 mg dziennie,• leki przeciwgorączkowe (paracetamol, ibuprofen itd.),• spoczynek,• nawodnienie doustne,• heparyna drobnocząsteczkowa u pacjentów przewlekłe leżących,• leki przeciwkaszlowe w przypadku uporczywego kaszlu,• glikokortykosteroidy stosowane ogólnoustrojowo są przeciwwskazane,• antybiotyki i leki przeciwgrypowe są przeciwwskazane, o ile nie stwierdza się koinfekcji bakteryjnej lub współistniejącej grypy,• kontrola saturacji tlenowej – stosowanie systemu alarmowania zdalnego Pulsocare (z wykorzystaniem pulsosymetrów).

STADIUM CHOROBY	LECZENIE PODSTAWOWE	LECZENIE WSPOMAGAJĄCE
<p>2 – stadium pełnoobjawowe</p> <ul style="list-style-type: none"> • SpO₂ <94% • zwykle 1. tydz. choroby • wymaga hospitalizacji 	<p>Rozpoczęcie terapii przeciwwirusowej każdym z poniższych leków zalecane jest do 5 doby od wystąpienia objawów.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remdesiwir stosowany dożylnie 1 × dz. przez 5 dni, dawka nasycająca 1. dnia: 200 mg, potem dawka podtrzymująca: 100 mg przez 4 dni. Przeciwwskazany u chorych z: – eGFR < 30 ml/min. – aktywnością ALT ≥5-krotność górnej granicy normy lub • Molnupirawir stosowany doustnie 2 × dz. 800 mg przez 5 dni lub • Kasirivimab/Imdewimab stosowany dożylnie lub podskórnie w pojedynczej dawce 1200 mg (600/600 mg). 	<ul style="list-style-type: none"> • heparyna drobnocząsteczkowa w dawkach profilaktycznych lub terapeutycznych, • deksametazon do rozważenia, ale tylko u pacjentów otrzymujących leki przeciwwirusowe i tlenoterapię, p.o. lub i.v. 4–8 mg/d; nie powinien być stosowany w 1. tyg. choroby, jeśli nie stosuje się leków przeciwwirusowych, • antybiotykoterapia w przypadku wtórnych zakażeń bakteryjnych, • leczenie objawowe, • tlenoterapia, • nawodnienie doustne lub dożylnie.
<p>3 – stadium z niewydolnością oddechową (burza cytokinowa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • SpO₂ <90% • zwykle 2. tydz. choroby • wymaga hospitalizacji 	<ul style="list-style-type: none"> • Tocilizumab (u osób ze stężeniem IL 6 >100 pg/ml) w pojedynczym wlewie dożylnym 800 mg, jeżeli masa ciała (m.c.) >90 kg; 600 mg przy m.c. 65–90 kg; 400 mg przy m.c. 40–65 kg i 8 mg/kg przy m.c. ≤40 kg. W przypadku braku poprawy druga dawka może być powtórzona po 8–24 godz. Przeciwwskazany u chorych z: <ul style="list-style-type: none"> – bezwzględną liczbą granulocytów obojętnochłonnych <2000/μl, – aktywną gruźlicą lub • Baricytynib doustnie 4 mg dziennie do końca hospitalizacji, ale nie dłużej niż 14 dni, zalecany zwłaszcza u chorych wymagających tlenoterapii wysokoprzepływową. Brak dowodów na korzyści ze stosowania z tocilizumabem. Przeciwwskazany u chorych z: <ul style="list-style-type: none"> – eGFR <30 ml/min, dawka zredukowana do 2 mg dziennie u chorych z eGFR 30–60 ml/min i >75 lat, – zagrożeniem zakrzepicą i zatorowością. – aktywną gruźlicą i/lub • Fosforan deksametazonu podawany dożylnie w dawce dziennej 6–8 mg** przez 7–10 dni. 	<ul style="list-style-type: none"> • heparyna drobnocząsteczkowa w dawkach profilaktycznych lub terapeutycznych, • antybiotykoterapia w przypadku wtórnych zakażeń bakteryjnych, • leczenie objawowe, • tlenoterapia nisko-/wysokoprzepływową, • nawodnienie dożylnie.
<p>Stadium 4: zespół ostrej niewydolności oddechowej (ARDS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • jak dotąd – brak w pełni skutecznych metod farmakoterapii, • konieczność stosowania wentylacji mechanicznej płuc, • konieczność leczenia na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fosforan deksametazonu podawany i.v. w dawce dziennej 6–8 mg** przez 7–10 dni. Jeśli deksametazon nie jest dostępny, można podawać inne glikokortykoidy w równoważnych dawkach, np.: <ul style="list-style-type: none"> – hydrokortyzon i.v., 3 × 50 mg, – metylprednizolon i.v. 4 × 10 mg, – prednizon 1 × 40 mg p.o. i/lub • Tocilizumab w połączeniu z deksametazonem może być podawany chorem wymagającym wentylacji mechanicznej płuc. Należy podać go jak najwcześniej, w pierwszej dobie wentylacji. Przeciwwskazany u chorych z: <ul style="list-style-type: none"> – bezwzględną liczbą granulocytów obojętnochłonnych <2000/μl, – aktywną gruźlicą. 	<ul style="list-style-type: none"> • tlenoterapia wysokoprzepływową, • wentylacja nieinwazyjna, • wentylacja inwazyjna, • pozaustrojowa żyłno-żylna przezbłonowa oksygenacja (VV ECMO) u wybranych chorych, • heparyna drobnocząsteczkowa w dawkach profilaktycznych lub leczniczych w zależności od sytuacji klinicznej, • zdecydowanie nie zaleca się empirycznej antybiotykoterapii, o ile nie ma cech zakażenia bakteryjnego.

* wiek >60 lat, otyłość, cukrzyca, choroba nowotworowa, przewlekła niewydolność krążenia, przewlekła niewydolność oddechowa, przewlekła niewydolność nerek, niedobory odporności, immunosupresja.

** zgodnie z informacją producenta – 6 lub 8 mg/ml fosforanu deksametazonu zawarte w dostępnych roztworach do iniekcji odpowiada 4.95 lub 6.6 mg/ml deksametazonu.

• **Molnupirawir** – 19 listopada Europejska Agencja Leków wydała pozytywną opinię dotyczącą zastosowania w leczeniu chorych na COVID-19. Molnupirawir – Lagevrio (MSD/ Merck) lub MK 4482 jest lekiem przeciwwirusowym, do stosowania u chorych w stadium I lub II COVID-19 – niewymagających tlenoterapii, u których występuje zwiększone ryzyko ciężkiego przebiegu zakażenia SARS-CoV-2.

Jest prolekiem, który jest metabolizowany do analogu rybonukleozydu N-hydroksycytydyny (NHC), a następnie dystrybuowany do komórek, gdzie ulega fosforylacji z wytworzeniem farmakologicznie czynnego trifosforanu rybonukleozydu (NHC-TP). Włączenie NHC-TP do wirusowego RNA przez wirusową polimerazę RNA powoduje nagromadzenie błędów w genomie wirusa, co prowadzi do zahamowania replikacji wirusa. Z przeprowadzonych badań wynika, że zastosowanie leku powoduje zmniejszenie ryzyka hospitalizacji lub zgonu o 30–50%.

• **Kasirwimab/Imdewimab** – REGN-COV2/ Ronapreve to mieszanina przeciwciał monoklonalnych stosowanych w profilaktyce poekspozycyjnej i leczeniu COVID-19. Z przeprowadzonych badań wynika, że zastosowanie w profilaktyce poekspozycyjnej kasirwimabu i imdewimabu wiąże się z istotną statystycznie 81-proc. względną redukcją ryzyka rozwoju objawowej infekcji SARS-COV-2, 66-proc. względną redukcją ryzyka rozwoju bezobjawowej lub objawowej infekcji SARS-COV-2 oraz skróceniem czasu trwania objawów (1,2 vs 3,2 tygodnia) i czasu trwania bezobjawowej lub objawowej infekcji (1,1 vs 2,2 tygodnia);

Natomiast w leczeniu pacjentów ambulatoryjnych (łagodne objawy) – wyniki badania COV-2067 nie potwierdzają korzyści z zastosowania analizowanych dawek REGN-COV2 w zakresie śmiertelności. W badaniu nie wykazano również znamiennej statystycznie różnicy w zakresie: konieczności zastosowania wentylacji mechanicznej, przeniesienia na OIT (w grupie REGN-COV2 1,2 g) oraz pilnej wizyty na izbie przyjęć (w grupie REGN-COV2 2,4 g i 8 g). (Weinreich 2021a). Stosowanie REGN-COV2 wiązało się natomiast z istotną redukcją hospitalizacji związanych z COVID-19 lub zgonów.

• **Baricytynib** – Olumiant jest inhibitorem kinaz janusowych (JAK). Z przeprowadzonych badań wynika, że terapia baricytynibem stosowanym razem z opieką standardową u pacjentów z COVID-19 wiązała się z 38-proc. redukcją ryzyka zgonu w porównaniu do schematu leczenia składającego się z placebo i opieki standardowej (8% vs 13%). Istotne statystycznie różnice w zakresie śmiertelności odnotowano również w subpopulacjach pacjentów: otrzymujących tlenoterapię i nieotrzymujących glikokortykosteroidów, otrzymujących tlenoterapię wysokoprzepływową lub wentylowanych nieinwazyjnie. Efekt obserwowano niezależnie od wyjściowego czasu trwania choroby (<7 dni, ≥7 dni), jak również stosowania glikokortykosteroidów na początku badania.

Kolejna dobra wiadomość to możliwość szczepienia przeciw COVID-19 dzieci w grupie wiekowej 5–11 lat – szczepienia rozpoczną się w Polsce najprawdopodobniej od 13 grudnia. U dzieci w wieku od 5 do 11 lat dawka szczepionki firmy BioNTech i Pfizer będzie niższa (10 µg) niż stosowa-

STATYSTYKI DLA WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO

- ▶ Baza łóżek dla pacjentów z COVID-19 – II poziom – 1333, zajęte 1150
- ▶ Liczba respiratorów dla pacjentów z COVID-19 – 118, zajęte 109
- ▶ Izolatorium dla pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 – liczba miejsc 100, zajęte 65

STATYSTYKI DLA POLSKI NA 6.12.2021

- ▶ Liczba osób zakażonych od początku pandemii: 3 785 036
- ▶ Liczba zgonów: 87 928
- ▶ Baza łóżek dla pacjentów z COVID-19 – II poziom – 30 619, zajęte 23 433
- ▶ Liczba respiratorów dla pacjentów z COVID-19 – 2772, zajęte 2053
- ▶ % osób zaszczepionych przeciw COVID-19 II dawkami – 53,3%

(dane na 10.12.2021)

na u osób w wieku 12 lat i starszych (30 µg), podawana będzie podobnie – w postaci dwóch wstrzyknięć w odstępie trzech tygodni.

Ile jeszcze zgonów musu nastąpić?!

IV fala epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 w Polsce trwa i nie powiedziała jeszcze ostatniego słowa. Ostatnie fale nauczyły nas, że wirus bywa nieprzewidywalny. Jak na wstępie eksperci alarmowali – jest i będzie to głównie fala osób niezaszczepionych, a więc w dużej mierze osób młodych i to oni teraz ciężko chorują, wymagają hospitalizacji, tlenoterapii, nierzadko respiratoroterapii, również umierają. To potwierdza codzienna praktyka kliniczna. Chorują również osoby starsze, z chorobami współistniejącymi, dla których szczepienie nie zawsze jest na tyle skuteczne, że zabezpiecza przed objawowym czy ciężkim przebiegiem choroby, lub nie zdążyły przyjąć jeszcze III dawki przypominającej, lub niestety (co się wciąż zdarza) nie były do tej pory szczepione przeciw COVID-19!

Ile jeszcze zgonów musu nastąpić z powodu COVID-19, ile dramatów osobistych i całych rodzin, ile obostrzeń i ograniczeń z powodu epidemii musimy wprowadzać, żeby zrozumieć, że najlepszą bronią do walki z chorobami zakaźnymi są szczepienia ochronne?!

Obserwując tę całą sytuację z genem sprzeciwu, a właściwie niestety z genem głupoty ...z lekarzami jak przysłowiowymi Don Kichotami walczącymi praktycznie już ze wszystkim, a może głównie z bezradnością w tej całej sytuacji, nie widząc końca walki – dochodzę do wniosku, że pomimo, iż minęły już 2 lata od pierwszego przypadku zakażenia, jeszcze wtedy nieznanym, nowym wirusem... jesteśmy jakby na początku...

O autorze: dr med. Paweł Rajewski, prof. WSNoZ, MBA, specjalista chorób wewnętrznych; specjalista chorób zakaźnych, hepatolog; specjalista transplantologii klinicznej, konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa kujawsko-pomorskiego, kierownik Oddziału Internistyczno-Zakaźnego Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Bydgoszczy.



NOWE OBOSTRZENIA I ZASADY BEZPIECZEŃSTWA OBOWIĄZUJĄCE W POLSCE OD 15 GRUDNIA 2021 r.

- ▶ **Kina, teatry** – maks. 30 proc. obłożenia. W limit nie wliczają się osoby zaszczepione, którym zweryfikowano certyfikat. Zakaz spożywania jedzenia i picia.
- ▶ **Kluby nocne, dyskoteki i inne miejsca udostępnione do tańczenia** zostaną zamknięte, z wyjątkiem 31 grudnia, kiedy obowiązuje limit maksymalnie 100 osób.
- ▶ **Targi, wystawy, kongresy, konferencje** mogą być organizowane z zachowaniem limitu – 1 osoba na 15 m².
- ▶ **Edukacja** – od 20 grudnia 2021 r. do 9 stycznia 2022 r. nauka w szkołach prowadzona w sposób zdalny.
- ▶ **Żłobki i przedszkola** są otwarte i sprawują opiekę nad dziećmi.
- ▶ **Gastronomia** – maks. 30 proc. obłożenia. W limit nie wliczają się osoby zaszczepione, którym zweryfikowano certyfikat.
- ▶ **Hotele** – maks. 30 proc. obłożenia. W limit nie wliczają się osoby zaszczepione, którym zweryfikowano certyfikat.
- ▶ **Siłownie, kluby, centra fitness, baseny oraz aquaparki, stoki narciarskie** – maks. 30 proc. obłożenia. W limit nie wliczają się osoby zaszczepione, którym zweryfikowano certyfikat.
- ▶ **Transport** – maks. 75 proc. obłożenia.
- ▶ **Uroczystości religijne** – maks. 30 proc. obłożenia. W limit nie wliczają się osoby zaszczepione, którym zweryfikowano certyfikat.
- ▶ **Wyjazdy zagraniczne** – osoby wracające do Polski z krajów będących poza strefą Schengen, na 24 godziny przed przybyciem do kraju będą musiały wykonać test w kierunku SARS-CoV-2.
- ▶ **Od marca 2022 r.** – obowiązek szczepień przeciw COVID-19 dla lekarzy, nauczycieli i służb mundurowych.

Never Ending Story

MATEUSZ WARTĘGA

Podczas gdy epidemia COVID-19 nabiera tempa, a w najbliższej perspektywie mamy rozprzestrzenienie się nowej mutacji wirusa – w Polsce wciąż żywo dyskutujemy o „zabójczych” szczepionkach i konsekwencjach szczepienia...

Może należałoby zastanowić się, jaka jest w tym rola lekarzy i samorządu lekarskiego? Czy przypadkiem sami nie przyzwoliliśmy na rozprzestrzenianie się fałszywych informacji medycznych, m.in. nt. szczepień? Czy sami – nie szczepiąc się – nie dajemy negatywnego przykładu społeczeństwu?

Artykuły 4 i 6 Kodeksu etyki lekarskiej odnoszą się do współczesnej i aktualnej wiedzy medycznej:

Art. 4 Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną.

Art. 6 Lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy.

Oczywistym jest, że nadążenie za dzisiejszymi osiągnięciami w dziedzinie medycyny jest bardzo trudne, a czasem wręcz niemożliwe. Samo zrozumienie pewnych mechanizmów biologicznych wymaga często głęboko specjalistycznej wiedzy. Nie zmienia to jednak faktu, że dzisiejsza nauka, a także medycyna są oparte na zweryfikowanych dowodach. Nierozumienie faktów nie zwalnia nas z odpowiedzialności. Jeśli czegoś nie jesteśmy pewni lub poszukujemy odpowiedzi, zawsze możemy poprosić o opinię specjalistę w danej dziedzinie. Tak funkcjonuje dzisiaj medycyna. Gorzej jeśli specjalista zatrzymał się na wiedzy z poprzedniej epoki, a żaden z kolegów go nie naprostował...

To, z czym mamy teraz do czynienia, czyli epidemia lekarzy proepidemików negujących szczepienia, jest niestety efektem zaniedbań ze strony środowiska lekarskiego. Milcząca postawa wobec kolegów lekarzy negujących osiągnięcia nauki i kreujących opinie sprzeczne z aktualną wiedzą medyczną, a zgodne z własnymi przekonaniami – musiała w końcu doprowadzić do ich wyjścia na światło dzienne. Zdarza się, że opinie te są później powielane przez innych medyków i trafiają na podatny grunt... „bo jak Doktor tak mówi, to tak musi być...”

Świetnym, a zarazem tragicznym w skutkach przykładem są szczepienia bez igły. W mass mediach głośno ostatnio było o przypadkach osób posiadających certyfikat zaszczepienia się przeciw COVID-19, a potem przynajmniej się na OiT, że tak naprawdę certyfikat jest fałszywy, a osoba nie była poddana szczepieniu... Nie wiemy, jaka jest skala takich przypadków. Wiemy natomiast, że w statystykach takie osoby kwalifikowane są jako zaszczepione i potem słyszymy, że *zaszczepieni też ciężko chorują, więc po co się szczepić...*

Wiemy też, co kierowało tymi „zaszczepionymi” pacjentami – strach. Nie strach przed chorobą i jej skutkami, ale przed szczepieniem i jego konsekwencjami. Konsekwencjami, o których usłyszeli od polityków, celebrytów, samozwańców ekspertów i w końcu od medyków.

Niestety, izby lekarskie i sami lekarze bierną postawą społeczną oddają pole walki walkowerem na rzecz świętego spokoju. Przyszedł czas na żniwa i zbieramy to, co zasialiśmy przez lata... lekceważenie zaleceń ekspertów przez polityków, felczeryzację zawodu lekarza, odbieranie wolności w wykonywaniu zawodu poprzez zmiany podatkowe czy też traktowanie lekarzy jak niewolników systemu.

Na autorytet trzeba ciężko pracować – mam nadzieję, że po ukonstytuowaniu się nowych składów izb lekarskich, w tym Naczelnej, lekarze zaczną walczyć z otwartą przyłbicą o należy im szacunek i godność.

Medycyna oparta na przesądach

MACIEJ KLIMARCZYK

Osoba, którą znałem, zmarła na COVID. Była utalentowaną śpiewaczką i antyszczepionkowcem. Mówiła, że pandemia koronawirusa nie istnieje, a szczepienia powodują więcej szkód niż korzyści. Mówiła to nie tylko znajomym, ale również swoim studentom. Na początku choroby bagatelizowała objawy, a zapytana przez lekarza, czy jest zaszczepiona, skłamała, że tak. Miała certyfikat covidowy. Sfałszowany. Przyznała to, gdy czuła się już tak źle, że wymagała hospitalizacji. Zaraziła matkę, a ta, zamiast poddać się leczeniu i samizolacji, poszła do kościoła, by modlić się o zdrowie córki. Po śmierci artystki jej przyjaciele pisali w mediach społecznościowych o wielkim szoku z powodu nagłego odejścia zbyt młodej osoby. Głoty, żeby wyciągnąć z tej śmierci wniosek i się zaszczepić były nieliczne. Przeczytałem nawet wpis: „mogła żyć, ale lekarze źle ją leczyli”.

Druga znana mi osoba, również antyszczepionkowiec, leży pod respiratorem, a jej przyjaciele piszą na Facebooku, że modlą się o cud uzdrowienia.

Od dłuższego czasu obserwujemy trend zastępowania nauki światopoglądem. Najgorsze jest to, że trend ten idzie z góry – mam na myśli polityków, hierarchów Kościoła katolickiego i inne osoby, które głoszą szkodliwe, ekstremistyczne poglądy, przyczyniając się do cierpienia innych, a teraz śmiało już można powiedzieć, że do śmierci innych.

Prezydent podczas kampanii wyborczej mówił, że jest przeciwnikiem szczepień, premier ogłosił koniec pandemii przed wyborami, obecnie nie stosujemy w Polsce certyfikatów covidowych, bo Polacy mają „gen sprzeciwu”, a w radiu „Maryja” kilkakrotnie słyszałem słowo „plandemia”. Warto jeszcze dodać „szczepionki z abortowanych płodów”, które oburzyły niektórych biskupów.

Takie głosy wypychają nas w jakąś dotychczas nierealną rzeczywistość z „Opowieści podręcznej” Margaret Atwood. Nie słyszałem, by jakkolwiek ekstremista używał w tej dyskusji argumentów merytorycznych. Choćby niedawna debata w Sejmie na temat zaostrzenia kar o aborcję. Człowiek, który przygotował projekt, rzuca z mównicy sejmowej takie słowa, jak ludobójstwo czy faszizm. Podczas wcześniejszej dyskusji o restrykcjach dla osób LGBT, podobna argumentacja – ideologia wywodząca się z faszyzmu.

Fala argumentów nienaukowych i głosów osób, które nie mają pojęcia, o czym mówią, przelewa się przez nasze społeczeństwo na niebywałą skalę.

Epidemia COVID pokazuje, jak wielu ludzi nie przyjmuje logicznych i popartych naukową wiedzą argumentów. Powodem tego, moim zdaniem, jest wysoki poziom lęku, który u części ludzi prowadzi do rozwinięcia się spiskowych teorii i walki z wrogiem. Podsycany przez polityków i duchownych, lęk ten paranoizuje społeczeństwo. A lęk budzi agresję, dlatego ludzie wolą grozić śmiercią lekarzom propagującym szczepienia, zamiast przeanalizować statystyki umieralności osób niezaszczepionych.

Nie przekona się ekstremistów, bo ekstremizm najczęściej wiąże się ze sztywnością poznawczą i emocjonalną, a mam wrażenie, że w naszym kraju ostatnio to ekstremiści nadają ton dyskusji. Dlatego tym głośniejszy powinien być używać argumentów merytorycznych – moja znajoma śpiewaczka umarła, bo dokonała takiego wyboru, a od modlitwy o cud uzdrowienia z COVID znacznie skuteczniejsze jest przyjęcie szczepienia.

O autorze: dr med. Maciej Klimarczyk jest psychiatrą i seksuologiem. Prowadzi własną praktykę lekarską w Bydgoszczy i Mogilnie. Zajmuje się też popularyzacją wiedzy na temat zdrowia psychicznego i seksualnego, prowadząc kanał na YouTube oraz współpracując z wieloma instytucjami i mediami (RadioZET, Radio TokFM, Agora, TVN, MOK w Bydgoszczy, Muzeum Okręgowe w Bydgoszczy, Uniwersytet Trzeciego Wieku w Bydgoszczy). W maju ukazała się jego debiutancka powieść, thriller psychologiczny pt.: „Śpiewaczka” (Wydawnictwo Literackie).

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

 **19 239** bezpłatna infolinia

 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

Dodatek za pracę z COVID

„Personel medyczny otrzyma dodatkowe wynagrodzenie covidowe za każdą godzinę opieki nad pacjentem z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2” – informuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Zasady obowiązują od 1 listopada. Dotyczą oddziałów placówek medycznych, które zapewniają łóżka dla osób z COVID-19 (tzw. II poziom zabezpieczenia covidowego). To oznacza, że nie każdy lekarz zajmujący się takim chorym dodatek dostanie np. konsultując chorego z covidem, przeprowadzając jakieś specjalistyczne badanie, ale nie z ww. oddziałów – zapłaty nie otrzyma.

„Nie będzie już możliwe wypłacanie dodatków covidowych w pełnej wysokości za cały miesiąc osobom, które np. przy pacjentach covidowych przepracowały tylko kilka godzin w ciągu 30 dni” – podaje NFZ.

Dodatek covidowy wynosi 100% wynagrodzenia, które wynika z umowy o pracę lub z umowy cywilnoprawnej, należnego za każdą godzinę pracy osoby, która wykonuje zawód medyczny, uczestniczy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i ma bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, pracuje na oddziałach, w których placówka medyczna zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (tzw. II poziom zabezpieczenia covidowego). Maksymalna miesięczna kwota dodatku nie może przekroczyć 15 tys. zł. Środki na dodatkowe wynagrodzenie pochodzą z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Do tej pory K-P OW NFZ wypłacił 495 342 819,68 złotych na dodatki covidowe dla personelu medycznego i niemedycznego, w tym: 483 429 923,38 zł dla personelu medycznego oraz 11 912 896,30 zł dla pozostałego personelu (dodatki jednorazowe). a.d.

Nowy prezes PTU

Walne Zgromadzenie Członków Polskiego Towarzystwa Urologicznego podczas 51 Kongresu Stowarzyszenia (23 października 2021) powierzyło profesorowi Tomaszowi Drowie (na zdjęciu 3 od prawej) pełnienie funkcji prezesa PTU w kadencji 2022–2026. Zgodnie z statutem PTU w tym roku profesor Drowa pełni funkcję prezesa-elekta oraz jednocześnie vice-prezesa PTU. Gratulujemy!



przekazali obowiązki

Od początku obecności przy polsko-białoruskiej granicy Medycy zapowiedzieli, że ich grupa będzie tam pełnić dyżury do 15 listopada – miało ich być 40... Niestety, z powodu ataku na ich bazę 14 listopada i zniszczeniu prywatnych samochodów członków ekipy ostatni dyżurowy dzień musiał zostać odwołany... *Nie tak wyobrażaliśmy sobie ostatnie dyżury Medyków na Granicy. Żałujemy, że niesiona przez nas pomoc medyczna spotkała się z tak agresywną i brutalną reakcją – mówili rozgoryczeni, ale dodawali – za nami 39 dyżurów, był to dla nas czas wytężonej pracy i wielu emocji. Z wielu stron doświadczyliśmy gestów solidarności i wsparcia. Dziękujemy.*

Od 16 listopada ich wolontaryjne obowiązki przejął Medyczny Zespół Ratunkowy Polskiego Centrum Pomocy Międzynarodowej. *Ten kryzys nie skończy się szybko i nadszedł czas na to, aby pomoc medyczną na granicy przejęły struktury większe i bardziej doświadczone od naszej. Nie znikamy z granicy – połowa z nas wciąż będzie tam dyżurować, w ramach działań PCPM – informowali Medycy na Granicy, przekazując pateczkę swoim następcom, i podkreślali – nie znikamy z przestrzeni publicznej – będziemy opowiadać o tym, co widzieliśmy i co przeżyliśmy.*

Polskie Centrum Pomocy Międzynarodowej od 2006 r. niesie pomoc humanitarną w rejonach świata objętych kryzysami, m.in. w Ugandzie, Iraku, Libanie, Sudanie Południowym, Nepalu, Kenii, Peru, Burkina Faso, Ukrainie czy Palestynie. PCPM ma swoją sieć pracowników i struktury. Polski zespół ma certyfikację World Health Organization (WHO) jako jeden z kilkadziesiątu podmiotów szybkiego reagowania na świecie. W ramach organizacji działa też doktor Agnieszka Racka z Medyków na granicy – bohaterka wywiadu z poprzedniego Pimum. Po swoim ostatnim dyżurze na polsko-białoruskiej granicy pomagała już w Malawi, pracując na tamtejszym SORze.



Doktor Agnieszka Racka w Malawi dyżurowała od końca listopada.

PCPM na granicy strefy stanu wyjątkowego będzie pracować w trybie 24-godzinnych dyżurów, w trzyosobowych zespołach. W każdym z zespołów jest jeden lekarz. Do ich dyspozycji jest wyposażony ambulanś, sprzęt medyczny oraz leki.

Agnieszka Dalke

primum

Ceniony lekarz podpisał się w Bydgoskiej Alei Autografów

Profesor Mariusz Wysocki, Iga Baumgart-Witan – utytułowana lekkoatletka i muzyk prof. Piotr Salaber odślonili swoje podpisy na ulicy Długiej w Bydgoszczy (27 listopada). Tym samym dotaczyli do grona innych wyróżniających się Bydgoszczan, zasłużonych dla miasta. *Niech pozostawiony dzisiaj przez naszych laureatów trwały ślad pozwoli potomnym zawsze pamiętać o ich dokonaniach – podkreślał podczas uroczystości prezydent Rafał Bruski.*

Profesor dr hab. n. med. Mariusz Wysocki jest kierownikiem Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala Jurasza. Twórcą jednego z największych ośrodków przeszczepu szpiku kostnego dla dzieci w Polsce północnej. Sprawuje funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej. Jest członkiem Towarzystwa Przyjaciół Dzieci.

Każdego roku kapituła Bydgoskich Autografów wyróżnia osoby, które w szczególny sposób swoją pracą i działalnością promują Bydgoszcz. Pierwsze tablice z podpisami zostały odślonione w 2007 r.

Agnieszka Dalke



Fot. Jan Styczyński

Robot dezynfekuje Biziela

Innowacyjne urządzenie do skutecznej dezynfekcji i dekontaminacji pomieszczeń szpitalnych, wykorzystujące promieniowanie UV-C, które niszczy DNA i RNA chorobotwórczych mikroorganizmów, takich jak wirusy, bakterie, pleśnie czy grzyby – UVD Robot – trafiło do Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziela. Wiązki promieni emitowanych przez urządzenie docierają nawet do najtrudniej dostępnych miejsc.

UVD Robot jest w pełni automatyczny, obsługiwany dzięki prostej aplikacji – po uprzednim zmapowaniu określonych pomieszczeń porusza się po zamkniętym obszarze samodzielnie, a dzięki wbudowanym czujnikom i kamerom sprawnie omija wszelkie przeszkody. Urządzenie nie wymaga użycia środków chemicznych ani dodatkowego sprzętu

Funkcja operatora urządzenia sprowadza się jedynie do jego uruchomienia i weryfikacji efektów dezynfekcji na tablecie, z którym UVD Robot jest połączony. Efekt pracy urządzenia można sprawdzić wyświetlając na tablecie mapę odzwierciedlającą przestrzeń, po której się ono porusza. Kolory na mapie pokazują poziom uzyskanej dezynfekcji. Skuteczność dezynfekcji w wykonaniu robota ma dochodzić do 99,99999%.

Biziel otrzymał jeden z 200 egzemplarzy UVD Robotów zakupionych przez Komisję Europejską dla szpitali z krajów wspólnoty.

Gwiazdka z

I znowu pandemia pokrzyżowała szyki św. Mikołajowi! Planował uroczyste spotkanie, wspólne zabawy i tańce oraz oczywiście – prezenty! Niestety, to nie czas na przebywanie w dużej grupie... Ale nie mogliśmy przecież zapomnieć o naszych dzieciach! Trzykrotnie zaszczepiony Mikołaj osobiście dyżurował w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej podczas pierwszego grudniowego weekendu! Łącznie wręczył dzieciom ponad 400 paczek! Dziękujemy św. Mikołajowi i zapraszamy za rok!
a.d.



Mapowanie pomieszczeń Kliniki Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Onkologicznej

Jak minister zdrowia rozmontowuje polski system ochrony zdrowia

Choć o Protestie Medyków w ogólnopolskich mediach stało się dość cicho, to ten cały czas trwa.

Z oczywistych względów musiał zmienić swoją formę, ale trwa. Podobnie jak duża część mediów, zdaje się o nim zapominać minister zdrowia Adam Niedzielski, który nie ma oporów, by w swoim resorcie podejmować decyzje sprzeczne z interesami medyków, ignorując całkowicie ich zdanie.

**SZYMON
SUWAŁA**

JEDNĄ Z TAKICH DECYZJI JEST „POROZUMIENIE”, które minister zdrowia zawarł w ramach Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia, a dotyczące przyszłych wynagrodzeń pracowników systemu ochrony zdrowia. Zgodnie z deklaracjami resortu – porozumienie miało być efektem trzech tygodni ciężkich i intensywnych rozmów ze wszystkimi przedstawicielami zespołu, w którego skład wchodzić mieli reprezentanci związków zawodowych. W ustach ministra wszystko brzmiało pięknie, ale rzeczywistość rysuje się w innych barwach – na spotkanie nie zostali zaproszeni (i tym samym nie mogli w nim uczestniczyć) przedstawiciele Komitetu Protestacyjno-Strajkowego, a jedynie osoby co do zasady niezwiązane z zawodami medycznymi, jak np. reprezentanci Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, Konfederacji Lewiatan, Pracodawców RP czy Związku Rzemiosła Polskiego. W sprawach dotyczących lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych i innych – są to dla strony rządzącej rozmówcy wygodni. Trudno tu mówić o „ciężkich i intensywnych rozmowach”.

PROTESTUJĄCY MEDYCY PO OPUBLIKOWANIU TREŚCI POROZUMIENIA WYRAZILI SIĘ JASNO: w żaden sposób z niepodpisaniem przez nich dokumentem się nie identyfikują, a postulaty (których spełnienia choćby w najmniejszym stopniu porozumienie nie gwarantuje) pozostały niezmiennie. Minister oczywiście zdążył ogłosić sukces, przedstawiając, że szacunkowy koszt przyjętej propozycji to ok. 6,5 mld zł. Wiedział co robi – taka kwota przedstawiona w przychylnych rządowi mediach musiała zrobić wrażenie na Polakach, zwłaszcza że między wierszami można było odczytać zakamuflowaną wiadomość, że to pieniądze przeznaczone w całości na uposażenia dla tych „pazernych medyków”. Oczywiście mało kto (z ministrem na czele) brał pod uwagę, że wzrost wynagrodzeń to nie wszystko – zapomniano o konieczności wzrostu wyceny świadczeń medycznych, zatrudnienia dodatkowych pracowników obsługi administracyjnej i personelu pomocniczego, zapewnieniu zawodom medycznych statusu funkcjonariusza publicznego, syste-

mie no-fault czy wprowadzeniu urlopów zdrowotnych po dłuższym stażu pracy. W medialnej zawierusze to gdzieś zaginęło...

PROBLEM Z RESORTEM ZDROWIA NIE DOTYCZY ZRESZTĄ TYLKO POSTULATÓW KOMITETU PROTESTACYJNO-STRAJKOWEGO. Ministerstwo, zdaje się, ma w nosie medyków tak po prostu, w ogólności. Czy pamiętają Państwo pomysł, by kształcić przyszłe kadry lekarzy w wyższych szkołach zawodowych? 21 września Komisja ds. Młodych Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej wydała negatywne stanowisko dotyczące takiej możliwości, stanowisko to zostało poparte przez Okręgową Radę Lekarską naszej izby 23 września 2021 r. – nie byliśmy zresztą jedynym samorządem, który podobne zdanie wyraził. A jednak – resort niemal siłowo doprowadzał do dalszych etapów legislacji projektu. Ostatecznie, 17 listopada odbyło się w Sejmie głosowanie, podczas którego 300 posłów (głównie z PiS, Lewicy, PSL i Kukiz15) opowiedziało się za tym, by umożliwić otwieranie kierunków lekarskich w wyższych szkołach zawodowych. O ironio, o pogorszenie jakości systemu ochrony zdrowia w przyszłości postarał się sam resort za niego odpowiadający...

MINISTER NIE SŁUCHAŁ TEŻ MEDYKÓW W KWESTIACH PANDEMII – podkreślają to wszyscy, ze specjalnie powołaną przeciw Radą Medyczną na czele. Teraz płacimy za to my i pacjenci. Czy przedstawiciele resortu też? Tu można mieć wątpliwości – Ci dalej siedzą i debatuja wśród marmurów.

W dziwnych czasach przyszło nam żyć i pracować – medycy sobie, a minister sobie...

O autorze: asystent Kliniki Endokrynologii i Diabetologii SU nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, przewodniczący Komisji ds. Młodych Lekarzy BIL, przewodniczący Sekcji Chorób Metabolicznych i Cywilizacyjnych Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, popularyzator wiedzy medycznej.



Biuro Rachunkowe PLUS

- Kompleksowa i profesjonalna obsługa księgową firm
- Wieloletnie doświadczenie w branży medycznej
- Certyfikat nadany przez Ministerstwo Finansów o numerze 6522/97

Zadzwoń: **663 126 762**

biuroplus@biuroplus.net.pl
www.biuroplus.net.pl
Bydgoszcz, ul. Karłowicza 22

(Nie) potrzebny staż?

MATEUSZ
WARTĘGA

CZY STAŻ JEST KOMUKOLWIEK POTRZEBNY?

Jako młody lekarz, który niedawno odebrał tzw. pełne prawo wykonywania zawodu, odpowiem – tak, jest bardzo potrzebny. Potrzebny młodym lekarzom, ale też i pacjentom. Obecny program studiów skupia się na nauczaniu teorii. Jest przeladowany teorią po brzegi! Lekarz po studiach posiada wiedzę, ale nie ma umiejętności, by ją wykorzystać. To nieprawda, że kończy studia „pełen”, a tym, którzy tak twierdzą, radzę sprawdzić tę tezę empirycznie na samym sobie.

Profesor Marcin Gruchała w jednym z wywiadów powiedział: „Kiedyś na spotkaniu z rządową delegacją norweską zapytano mnie, co jest nie tak z kształceniem medycznym na polskich uczelniach, że absolwent kierunku lekarskiego musi jeszcze odbywać roczny staż. Czego w tym kształceniu brakuje, w czym ono jest gorsze? Ono nie jest w niczym gorsze”.^{*} Wystarczy zapytać studentów ze Skandynawii, których jest w Polsce wielu. Ja tak zrobiłem. Zapytałem Szweda, który odbył staż podyplomowy w Polsce. To, co usłyszałem, nie było dla mnie żadnym zaskoczeniem. PRAKTYKA. W Polsce absolwent będzie wiedział, czym różnią się poszczególne szwy chirurgiczne, ale ich nie założą. Będzie wiedział, jak założyć wkłucie dożylnie, dotętnicze, centralne, ale go nie wykona. W Szwecji postawiono na praktykę kosztem teorii. W Polsce na teorię kosztem praktyki. Czego więc w kształceniu na studiach brakuje? PRAKTYKI. To właśnie temu służy staż. Nauczeniu lekarza praktyki zawodu i przygotowaniu do samodzielnej pracy w zawodzie. Czy to na oddziale szpitalnym, czy w karctce, czy w POZ.

CO ZATEM ROBIĄ LEKARZE STAŻYŚCI, A CZEGO NIE ROBILI NA STUDIACH?

Praktykują medycynę. Badają pacjentów. Codziennie widzą, jak zmienia się ich stan. Są przy nich, gdy umierają. Asystują przy zabiegach medycznych. Wypełniają dokumenty. Robią wszystko to, czego nie mieli szansy zrobić na studiach. Nie stoją pod ścianą przeganiani przez pielęgniarkę anestezyjologiczną na sali operacyjnej, ale uczestniczą aktywnie w zabiegu.

Zmienia się również ich status w szpitalu. Nie są już uciążliwymi gośćmi na oddziale, tylko kolegami z pracy. Nie można ich już przeganiać z kąta w kąt. Żyją życiem oddziału i na oddziale. Mają szefa, mają opiekuna. Odpowiadają przed nimi. Wiedzą, jak wygląda praca na oddziale od środka, i czy chcieliby wiązać swoją karierę zawodową z daną specjalnością, czy nawet oddziałem. Staż podyplomowy jest okresem wdrożeniowym do dalszej pracy zawodowej i potwierdzają to kolejne kończące go roczniki.

LIKWIDACJA STAŻU

Uczelnie miały prawie 10 lat (od 2011 r.) na przygotowanie nauczania praktycznego. Obiecowały stu-



gpointstudio/pl.freepik.com

dentom 6 rok przeznaczony na praktykę z prawdziwego zdarzenia – 1 lekarz na 1 studenta. I jak to się skończyło? Uchwalono rzutem na taśmę (w 2016 r.) ustawę przywracającą staż, ponieważ absolwenci nie byli gotowi do bezpiecznego dla pacjentów wkroczenia do zawodu, a plan 1 lekarz 1 student zweryfikowało życie – po prostu zabrakło lekarzy... Pozostał natomiast pewnego rodzaju potworek – prestaż. Ni to studia, ni to staż.

JĘŚLI NIE WIADOMO O CO CHODZI, TO CHODZI...

...o pieniądze i raczej wyłącznie o nie... KRAUM zarekomendowała ministrowi zdrowia likwidację stażu i przekazanie części z zaoszczędzonych środków na lepsze kształcenie studentów na latach praktycznych. A co się stanie z drugą częścią tych pieniędzy? Najpewniej pozostaną w budżecie, więc i wilk syty, i owca cała. Ale czy na pewno? Zapewne uczelnie dostaną mniejszą część środków, niż liczyły, i dalej będą w punkcie wyjścia, a rząd pozbędzie się problemu stażu, stażystów i ich wynagrodzeń.

W mojej opinii zniesienie stażu podyplomowego lub alternatywnie skrócenie studiów o 12 miesięcy powinno być pieśnią przyszłości. Niestety nie jesteśmy na to gotowi ani merytorycznie, ani mentalnie i obawiam się, że jeszcze bardzo długo nie będziemy.

^{*}Lekarski staż do likwidacji? Rektorzy i ministerstwo – za. Studenci – przeciw

<https://oko.press/lekarski-staz-do-likwidacji-rektorzy-i-ministerstwo-za-studenci-i-stazysty-przeciw/>

O autorze: Mateusz Wartęga – członek Komisji ds. Młodych Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej oraz Rady Programowej „Primum”. Asystent w Katedrze Patofizjologii Wydziału Farmaceutycznego CM w Bydgoszczy UMK w Toruniu, student Podyplomowej Szkoły Medycyny Estetycznej Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Absolwent I edycji Akademii FORMEDIS – Medical Management & Consulting i studiów podyplomowych „Żiota w Profilaktyce i Terapii” na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.



Nowy Zakład

Opiekuńczo-Lecznicy w Żninie

1 grudnia rozpoczął działalność Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Żninie. W placówce przygotowano 26 miejsc dla pacjentów wymagających opieki długoterminowej. Świadczenia są realizowane w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

MAJA
ERDMANN

Wielu pacjentów przewlekle chorych wymaga całodobowej opieki w wyspecjalizowanych ośrodkach. Są wśród nich osoby samotne i takie, których rodziny są już zmęczone ciągłą troską o bliskiego. W Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy w Żninie zyskują fachową opiekę.

Biała plama na medycznej mapie województwa

Do tej pory powiat żniński zaliczał się do tzw. białych plam w opiece długoterminowej. Na jego terenie nie było żadnej placówki, która świadczyłaby usługi medyczne tego rodzaju. Powstanie Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy wpisano w Regionalny Program Operacyjny na lata 2014–2020. Jego najważniejszym celem było poprawienie dostępu do opieki długoterminowej dla mieszkańców powiatu i okolic.

Udogodnienia dla pacjentów

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Żninie został zaprojektowany tak, by pacjent i jego opiekunowie czuli się w nim komfortowo. Wszystkie pokoje posiadają indywidualne łazienki, a dla pacjentów, których stan nie pozwala na przemieszczanie się, przygotowano również pokoje kąpielowe wyposażone w specjalistyczną wannę, prysznic i podnośniki.

Oprócz przestronnych pokoi, do dyspozycji pozostaje wiele części wspólnych. Każdy będzie mógł korzystać z jadalni, kącików wypoczynko-



wych, miejsc spotkań z bliskimi i kaplicy. Salę rehabilitacyjną i pokój dziennego pobytu przystosowano do prowadzenia zajęć terapeutycznych i spędzania czasu wolnego.

Dla dobrego samopoczucia

Aby zapewnić pacjentom bliskość z rodziną, przygotowano pokój gościnny z możliwością noclegu. To szczególnie istotne dla tych, którzy chcą być z najbliższymi w najtrudniejszych dla nich chwilach.

– Dla zapewnienia lepszego samopoczucia pacjentów i ich gości w ZOL w Żninie jest wykorzystywane światło. Na korytarzach i w pokojach terapii zajęciowej zamontowany został specjalistyczny system oświetleniowy. Filtry zmieniają barwę oraz natężenie światła, dostosowując oświetlenie w salach do rytmu dobowego pacjentów – mówi Szymon Wojciechowski, dyrektor ds. administracyjno-inwestycyjnych Pallmed sp. z o.o.

Budynek wyposażony jest w nowoczesne urządzenia wentylacyjne z systemem rekuperacji, pompę ciepła oraz instalację fotowoltaiczną. Ponadto posiada dodatkowe źródła zasilania energetycznego i ciepłego.

DO DYSPOZYCJI PACJENTÓW PRZYGOTOWANO 26 ŁÓŻEK, KTÓRE ROZMIESZCZONO W:

- sześciu pokojach jednoosobowych,
- sześciu pokojach dwuosobowych,
- ośmiolóżkowej sali do intensywnej opieki medycznej z centralną instalacją tlenu, kardiomonitarami i respiratorami.

Pacjentów można kierować do ZOL w Żninie na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Więcej informacji pod nr tel. 523 290 095 wew. 4 i na stronie internetowej www.domsueryder.pl w zakładce „Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze”.

INWESTYCJA W LICZBACH

Fundusze na realizację budowy Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy w Żninie pochodzą częściowo ze środków unijnych, wkładu własnego spółki oraz środków własnych Pallmed sp. z o.o.

Całkowita wartość realizowanej inwestycji – 14 427 038,30 zł

- dofinansowanie z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach RPO Województwa Kujawsko-Pomorskiego – 8 100 786,76 zł
- wkład własny spółki Pallmed – 1 978 278,84 zł
- środki własne spółki Pallmed – 4 347 972,30 zł

Wybory 2021 sukcesem samorządu zawodowego lekarzy!

Pierwsza tura wyborów delegatów na zbliżający się sprawozdawczo-wyborczy zjazd lekarzy członków Bydgoskiej Izby Lekarskiej i na całą IX kadencję naszego samorządu zawodowego zakończyła się (26 listopada) pełnym sukcesem – wyborem 147 delegatów (122 lekarzy i 25 lekarzy dentyków), co oznacza, że nie będzie potrzeby organizowania kolejnej tury wyborów.

Po raz pierwszy do wszystkich 27 rejonów wyborczych napłynęły zgłoszenia kandydatów na delegatów – łącznie 215 i również po raz pierwszy liczba nadesłanych kopert zwrotnych z kartami do głosowania we wszystkich rejonach osiągnęła już w głosowaniu korespondencyjnym tzw. kworum wyborcze. Do 25 października, który Okręgowa Komisja Wyborcza ustaliła jako ostatni dzień dostarczania kopert zwrotnych, do biura Bydgoskiej Izby Lekarskiej wpłynęło ich ponad 1400, jako ważne uznane zostały 1354 głosy w nich się znajdujące. Zgodnie z regulaminem wyborów brak pieczętki lekarskiej i podpisu lekarza na kopercie zewnętrznej spowodował „dyskwalifikację” ponad 50 głosów. W tej sytuacji głosowanie osobiste

nie miało większego znaczenia, a wzięło w nim udział jedynie 20 lekarzy. Wyniki wyborów potwierdziły słuszność idei głosowania korespondencyjnego, szczególnie przydatnego w czasie pandemii COVID-19.

30 listopada Okręgowa Komisja Wyborcza BIL w drodze uchwały zatwierdziła powyższe wyniki wyborów delegatów IX kadencji naszego samorządu, którzy w marcu 2022 r. dokonają na sprawozdawczo-wyborczym zjeździe wyboru nowych władz Bydgoskiej Izby Lekarskiej na najbliższe 4 lata.

Za dobry wynik wyborów 2021 Okręgowa Komisja Wyborcza składa gorące podziękowania tym wszystkim, którzy się do niego przyczynili. Przede wszystkim kandydatom na delegatów, którzy poddali się ocenie swojego środowiska zawodowego, Koleżankom i Kolegom, którzy wzięli udział w głosowaniu, pracownikom biura BIL, którzy z dużym zaangażowaniem włączyli się w akcję wyborczą, redakcji „Primum” za liczne artykuły zachęcające nasze środowisko do wzięcia udziału w wyborach.

Wszystkim wybranym delegatom składamy serdeczne gratulacje i życzymy owocnej pracy na rzecz naszego lekarskiego środowiska zawodowego.

*W imieniu OKW BIL Wiceprzewodniczący
dr n. med. Maciej Borowiecki*

Wydajmy razem książkę dr. Boguszyńskiego!



Praca doktora Mieczysława Boguszyńskiego nad wydawnictwem poświęconym Szpitalowi Uniwersyteckiemu im. dr. Jurasza dobiega końca. Bydgoska Izba Lekarska wsparła inicjatywę swoim funduszem edytorskim, jednak środki te w związku z galopadą cen okazują się niewystarczające. Dlatego zwracam się z apelem do P.T. Państwa – wydajmy razem książkę doktora Boguszyńskiego!

Korzystając z portalu zrzutka.pl, umożliwiającego w łatwy sposób przekazywanie darowizn, możemy dopiąć budżet wydawnictwa i w poczuciu lekarskiej solidarności oczekiwać na ukazanie się tego wyjątkowego albumu. Poniżej znajdą Państwo link do zrzutki oraz wygenerowany kod QR umożliwiający łatwe przekierowanie na stronę zrzutki. Każda wpłata się liczy, każda jest równie ważna i przybliży nas do długo oczekiwanego celu.

Marek Rogowski

Zeskanuj kod QR i wspomóż wydanie książki

zrzutka.pl/9a5pdt



Obwieszczenie nr 3/2021/VIII Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej Bydgoskiej Izby Lekarskiej z 1 grudnia 2021 r. w sprawie wyników wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy IX kadencji Bydgoskiej Izby Lekarskiej

Na podstawie § 45 ust. 3 Regulaminu wyborów do organów izb lekarskich, na stanowiska w organach i trybu odwoływania członków tych organów i osób zajmujących stanowiska w tych organach oraz wyborów komisji wyborczych stanowiącego załącznik do uchwały nr 12 X Krajowego Zjazdu Lekarzy z 29 stycznia 2010 r. oraz uchwały nr 6/OKW/VIII/21 Okręgowej Komisji Wyborczej Bydgoskiej Izby Lekarskiej z 30 listopada 2021 r., w sprawie wyników wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy IX kadencji Bydgoskiej Izby Lekarskiej obwieszcza się, co następuje:

§ 1

W wyniku wyborów w 27 rejonach wyborczych wybranych zostało 147 delegatów (w tym 122 lekarzy i 25 lekarzy dentyków) na Sprawozdawczo-wyborczy Okręgowy Zjazd Lekarzy IX kadencji.

§ 3

Lista delegatów wybranych w poszczególnych rejonach wyborczych stanowi załącznik do niniejszego obwieszczenia.

*Przewodniczący Okręgowej Komisji Wyborczej
Bydgoskiej Izby Lekarskiej
dr n. med. Piotr Siwek*

Samorząd jaki jest, każdy widzi!

Wybory delegatów, z których na zjeździe BIL wybierzemy władze naszego samorządu, pozytywnie mnie zaskoczyły dużym zainteresowaniem ze strony lekarzy. Udało się wyłonić kandydatów na delegatów we wszystkich okręgach wyborczych.

Również ostatnie wybory prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej były wyjątkowe. O tę funkcję ubiegało się aż trzech kandydatów. Nie przypominam sobie takiej sytuacji wcześniej!

Im więcej zaangażowanych lekarek i lekarzy, im więcej głosów, tym lepiej dla jakości naszego samorządu.

JERZY RAJEWSKI *Lekarka, lekarz to misja nie tylko zawodowa, ale i społeczna*

Z przyjemnością obserwuję aktywność publiczną Koleżanek i Kolegów. Historia pokazuje, że wielcy lekarze bardzo często łączyli sukcesy zawodowe z aktywnością społeczną. Najnowszą historię członków naszego samorządu możemy zobaczyć na ulicy Długiej w Bydgoszczy. Wielu z wybitnych ludzi, którzy złożyli tam swoje podpisy, to lekarze. Ich sukcesy są spektakularne!

Czy jednak samorząd lekarski jako instytucja realizuje jakąś misję publiczną?

Nic mi na ten temat nie wiadomo. Na początku obecnej kadencji ORL dwukrotnie spotkaliśmy się z prezydentem Bydgoszczy Rafałem Bruskim w sprawie naszej nowej siedziby.

Z Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu otrzymaliśmy jeden raz zaproszenie na posiedzenie komisji zdrowia. Z samorządem powiatu bydgoskiego nie mamy żadnych relacji, tym bardziej z innymi samorządami powiatowymi. Cały czas dopłacamy do zadań zleconych nam przez rząd. Czy nie czas na przejęcie inicjatywy?

Jako grupa zawodowa wysokiej klasy specjalistów dysponujemy olbrzymim potencjałem intelektualnym

Brakuje mi kontaktów z Koleżankami i Kolegami zajmującymi się pracą naukową i dydaktyczną. To w nich drzemie olbrzymi potencjał wiedzy, którą moglibyśmy wesprzeć działania publiczne samorządów wszystkich szczebli.

Czy współpracujemy z Collegium Medicum w Bydgoszczy, czy z macierzystym Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu?

Czy współpracujemy z jakimkolwiek uniwersytetem bydgoskim lub szkołą wyższą?

Nie mam oczywiście na myśli kontaktów osobistych, przyjacielskich, ale współpracę instytucjonalną.

Każda lekarka i każdy lekarz mają prawo oczekiwać pomocy i wsparcia ze strony samorządu w trudnych sytuacjach zawodowych i osobistych

Chciałbym, abyśmy budowali samorząd, który zawsze daje wsparcie w trudnych sytuacjach, niezależnie od naszych osobistych poglądów politycznych, wyznawanej religii, ateizmu czy orientacji seksualnej. Takie sprawy nie powinny nas dzielić.

Wszyscy zdajemy sobie sprawę, jak łatwo popaść dzisiaj w konflikt z prawem. Nadmiar pracy, ciągły pośpiech, zmęczenie oraz niedostatki wyposażenia medycznego sprzyjają popełnianiu nieumyślnych błędów medycznych. Od lat obserwujemy zaostrzenie zagrożenia karą za takie właśnie błędy, które w całym cywilizowanym świecie są zwolnione od odpowiedzialności, a podlegają wnikliwej analizie dla dobra pacjentów. U nas najważniejsze jest znalezienie winnego lekarza, mimo że za organizację i funkcjonowanie systemu zdrowia odpowiada rząd.

Tym bardziej powinniśmy działać solidarnie. Nie przerzucać wzaajemnie na siebie obowiązków ani winy, bo nie my zrujnowaliśmy i tak źle funkcjonujący system ochrony zdrowia w Polsce.

Aby osiągać realne cele, wspólnie wybierzmy okręgową radę lekarską na miarę naszych potrzeb, marzeń i możliwości!

O autorze: Jerzy Rajewski jest specjalistą w dziedzinie medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej i chorób wewnętrznych. Kierownik Przychodni Lekarskiej RODZINA w Koronowie, wiceprezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej.



Zapraszamy

do BIURA RACHUNKOWO-PODATKOWEGO



- ▶ Specjalizujemy się w rozliczaniu podatkowym podmiotów świadczących **USŁUGI MEDYCZNE**.
- ▶ Nasze Biuro łączy **TRADYCYJNĄ KSIĘGOWOŚĆ Z NOWOCZESNYMI TECHNOLOGIAMI**, opartymi m.in. na komunikacji online/e-mail/sms/tel.
- ▶ **SZANUJĄC PAŃSTWA CZAS** wychodzimy naprzeciw, dojeżdżamy i odbieramy dokumenty bezpośrednio u zainteresowanego.

BIURO RACHUNKOWE



Kancelaria Podatkowa

Grzegorz i Wspólnicy sp. jawna

e-mail: poczta_big@wp.pl • ☎ 508 303 873 • 52 3070576
www.bigbiuro.pl • Bydgoszcz, ul. Towarowa 36 bud. C lok. 14

Co czeka

nas wszystkich po wyborach?

Zakończyły się wybory delegatów na Okręgowy Zjazd Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej w 2022 r. – Okręgowa Komisja Wyborcza obwieściła (30 listopada), że wybrano 147 delegatów we wszystkich 27 rejonach wyborczych, obsadzając tym samym 95% dostępnych mandatów. Dla porównania – w analogicznym okresie poprzednich wyborów obsadzono zaledwie 61,3% dostępnych miejsc, a w trzech rejonach z uwagi na brak kworum nie powołano żadnego delegata.

**SZYMON
SUWAŁA**

To fenomenalny wynik, z którego bardzo się cieszę – świadczy bowiem o rosnącym zainteresowaniu funkcjonowaniem samorządu i życiem izby lekarskiej, w której chce się włączyć coraz więcej lekarzy. To też najpewniej oczekiwanie zmian – większość kandydatów na delegatów stanowiły bowiem osoby, które wcześniej takiej woli nie wykazywały, a wśród tych, którzy walczyli o ponowne uzyskanie mandatu, blisko jednej trzeciej ta sztuka się nie udała. Nie jestem jednak zaskoczony wzmocnioną chęcią działania i reagowania na aktualne sprawy dotyczące lekarzy – wręcz przeciwnie. Budującym jest dla mnie to, że w dobie rosnącej skali ignorancji przedstawicieli administracji państwowej (czy to na szczeblu lokalnym czy krajowym) okazywanej wobec reprezentantów zawodów medycznych – lekarze chcą się zebrać, zaktywizować i okazać swoją siłę. Zadbać o lepsze jutro, tak dla siebie, jak i w rezultacie również dla beneficjentów systemu ochrony zdrowia, bez których nie byłibyśmy tu, gdzie jesteśmy – pacjentów.

W bliższej lub dalszej przyszłości przyjdzie nam się mierzyć z różnymi problemami – stąd musimy być (zwłaszcza wspólnie, jako samorząd) silni. Transparentnie działająca izba lekarska ze sprawnie działającym poradnictwem (prawnym, ubezpieczeniowym, psychologicznym etc.) to priorytet – konieczny do przeanalizowania i wdrożenia. Oprócz problemów lokalnych, musimy też skutecznie reagować w nurtujących nas sprawach na szczeblu krajowym. Politycy co chwila działają, co rusz debatują i wymyślają, jak by nam tu życie ułożyć (a w zasadzie, czy aby nie utrudnić?). Wspomnę ot tak, pierwsze z brzegu – Polski Ład (zmieniający nam diametralnie przyszłość pod względem gospodarczym i podatkowym), usunięcie zawodów medycznych z listy wolnych zawodów (co de facto też ma związek ze sferą podatkową, ale może też mieć inne, o wiele dalej idące skutki), czy też umożliwienie kształcenia przyszłych kadr lekarskich w wyższych szkołach zawodowych. A to tylko wierzchołek góry lodowej. Pozbawione naukowych podstaw dyskusje na temat LGBT, niejasności związane z interpretacją przepisów dotyczących przerywania ciąży, lekceważenie zdania medyków dotyczącego postępowania w czasie trwającej pandemii (o tym można byłoby mówić godzinami...). Kiedy myślę o krokach podejmowanych przez polityków wobec nas i ogółu polskiej populacji, przypominają mi się jakże trafne i aktualne do dziś słowa Wojciecha Młynarskiego (z góry przepraszam za słownictwo): *Na niskich czotach maluje im się straszny wysiłek, bo jedna myśl im chodzi po głowie, którą tak streszczę: Co by tu jeszcze sp*****ć, Panowie? Co by tu jeszcze?* Dla jasności – problem z ignorowaniem zdania lekarzy przez polityków nie jest domeną wyłącznie aktualnie rządzących. Parlamentarzyści od wielu lat traktują nas jak zło konieczne, jak marudnego wujka na rodzinnym przyjęciu, którego się nie słucha, tylko po prostu ignoruje.

Czas, by to zmienić i mocniej zaznaczyć naszą pozycję. Współdziałając, jesteśmy w stanie to zrobić jako środowisko. I tego nam wszystkim życzę – okręgowe zjazdy lekarzy (w tym również i Bydgoskiej Izby Lekarskiej) już za kilka miesięcy, a niedługo później – zjazd krajowy. Trzymajmy kciuki!



ubezpieczeniedlalekarzy.pl

Ubezpieczenie OC dla lekarzy i lekarzy dentystów

Ubezpieczenie podmiotów leczniczych

Ubezpieczenie samochodu, domu
oraz gabinetu

Poznańska 31 85-129 Bydgoszcz

kontakt@ubezpieczeniedlalekarzy.pl | tel. 601 67 25 59

LISTA DELEGATÓW NA OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY IX KADENCJI BIL

REJON NR 1: SZPITAL UNIERSYTECKI NR 1 W BYDGOSZCZY

1. Barańska Malwina
2. Butt-Hussaim Natalia
3. Cyrankiewicz Waldemar
4. Dąbrowska Anna
5. Duchañ-Ogrodnik Daniel
6. Felczak Michał
7. Gałązka Przemysław
8. Goc Maria
9. Grzešek Grzegorz
10. Jaraczewski Wojciech
11. Junik Roman
12. Kamińska Anna
13. Kołodziejczak Michalina
14. Ostrowski Adam
15. Pawliszak Wojciech
16. Radziwanowski Adrian
17. Stupski Maciej Włodzimierz
18. Suwała Szymon
19. Wieczorek Joanna
20. Wasielewska Zuzanna
21. Zabielska Ewa
22. Zalewska-Rydzkowska Danuta

REJON NR 2: SZPITAL UNIERSYTECKI NR 2 W BYDGOSZCZY

1. Burduk Paweł
2. Zwoliński Tomasz
3. Mackiewicz-Nartowicz Hanna
4. Kazdepka-Ziemińska Anita
5. Landowska-Jaroszek Kaja
6. Tojek Krzysztof
7. Olejarczyk Agata
8. Fórmaniak Jacek
9. Kodzik Marta
10. Kozak Mirosław
11. Białowas Kacper
12. Rogowicz Daniel
13. Petrus Marzena
14. Lewiński Maciej

REJON NR 3: WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL MIEJSKI W BYDGOSZCZY

1. Buszko-Sikora Elżbieta
2. Turzański Rafał
3. Wolski Bartłomiej

REJON NR 4: WOJEWÓDZKI SZPITAL DZIECIĘCY W BYDGOSZCZY

1. Jóźwicka Magdalena
2. Łukasik Magdalena
3. Kopeć Michał
4. Sergot-Martynowska Grażyna
5. Staszak-Kowalska Radosława

REJON NR 5: KUJAWSKO- POMORSKIE CENTRUM PULMONOLOGII W BYDGOSZCZY

1. Gadzińska Aleksandra
2. Wojciechowski Michał

REJON NR 6: CENTRUM ONKOLOGII W BYDGOSZCZY

1. Bańkowska-Woźniak Magdalena
2. Przygodzińska Paulina
3. Skutecka Agnieszka
4. Wiśniewski Tomasz
5. Żyromska Agnieszka

REJON NR 7: WOJEWÓDZKI SZPITAL OBSERWACYJNO- ZAKAŻNY W BYDGOSZCZY

1. Olczak Anita

REJON NR 8: SP WIELOSPECJALISTYCZNY ZOZ MSW W BYDGOSZCZY

1. Misiak Elżbieta
2. Oracz Grzegorz
3. Panchenko Olena

REJON NR 9: LECZNICTWO RESORTOWE W BYDGOSZCZY

1. Kordas-Lewandowska Agnieszka
2. Lemanowicz Katarzyna
3. Majewski Bartosz
4. Parszyk Zofia
5. Sądel Przemysław
6. Tywoniuk Anna

REJON NR 10: LECZNICTWO OTWARTE – REJON I W BYDGOSZCZY

1. Kałużny Krystian
2. Kaniewska Marta
3. Krawczyk Karolina
4. Kwiatkowski Szymon
5. Maciejewska Marianna
6. Matysik Marta
7. Mróz Ewa
8. Wróblewski Przemysław

REJON NR 11: LECZNICTWO OTWARTE – REJON II W BYDGOSZCZY

1. Ciesielska-Osuch Marlena
2. Dalke Krzysztof
3. Gawrych Mariusz
4. Jankiewicz Mateusz
5. Kąkol Jerzy Marian
6. Marszałek Wojciech
7. Świtalska Weronika

REJON NR 12: LECZNICTWO OTWARTE – REJON III W BYDGOSZCZY

1. Bokszański Marek
2. Dygas Dominik
3. Jeleńska-Draim Izabella
4. Kafarski Łukasz
5. Materek Izabela
6. Socha Maciej
7. Żmich Przemysław

REJON NR 13: POWIAT BYDGOSKI

1. Baranowski Przemysław
2. Szymański Andrzej

REJON NR 14: INOWROCŁAW

1. Żabicki Dariusz
2. Bronisz Marek
3. Drogowski Robert
4. Mielcarek Marcin
5. Moczodan Mariola
6. Paciorek Przemysław
7. Jankowska Beata
8. Wieczorek Janusz
9. Kocząb Elżbieta
10. Olejniczak Hubert

REJON NR 15: MOGILNO

1. Florczyk Iwona

REJON NR 16: NAKŁO

1. Adenuga Anthony
2. Dzióbkowska Monika
3. Walczyk-Małycha Mirosława

REJON NR 17: SĘPÓLNO

1. Mianowana Anna

REJON NR 18: ŚWIECIE

1. Cichosz Andrzej
2. Goszczyński Andrzej
3. Wołowicz Łukasz

REJON NR 19: TUCHOLA

1. Chrobot Andrzej
2. Rydzkowski Mariusz

REJON NR 20: ŻNIN

1. Koszek Jacek
2. Latoch Izabela

REJON NR 21: LEKARZE DENTYŚCI Z BYDGOSZCZY

1. Białyżek Paweł
2. Bieńkowska-Bigus Aleksandra
3. Dyduch-Frydrysek Aleksandra
4. Jankiewicz Marek
5. Kasperski Adam
6. Kawecka Elżbieta
7. Kowal Elżbieta Małgorzata

8. Lisiak-Mysze Magdalena
9. Mażul-Rogowska Anna
10. Mucha Jerzy
11. Oczki Janina
12. Rogowski Marek
13. Winiarski Marcin

REJON NR 22: LEKARZE DENTYŚCI Z POWIATÓW: INOWROCŁAWSKIEGO, MOGILEŃSKIEGO, ŻNIŃSKIEGO

1. Bohuszewicz Małgorzata
2. Milewska-Jósiak Monika

REJON NR 23: LEKARZE DENTYŚCI Z POWIATÓW: BYDGOSKIEGO, NAKIELSKIEGO, TUCHOLSKIEGO, SĘPOLEŃSKIEGO, ŚWIECKIEGO

1. Kapsa-Sroczyńska Maria
2. Lubowska-Chojecka Małgorzata
3. Perczak Aleksandra
4. Perczak Marcin
5. Straburzyńska Maria

REJON NR 24: LEKARZE RODZINNI

1. Frąckowiak Waldemar
2. Gadziński Waldemar
3. Jałocha Dariusz
4. Klucz Katarzyna
5. Mludzińska Anna
6. Rajewski Jerzy
7. Śremska Aleksandra
8. Waleryś-Masiak Małgorzata

REJON NR 25: LEKARZE I LEKARZE DENTYŚCI STAŻYŚCI Z CAŁEGO OBSZARU DZIAŁANIA BIL

1. Kurowski Karol
2. Rzeszuto Jakub
3. Tarka Mateusz
4. Wartęga Mateusz

REJON NR 26: LEKARZE I LEKARZE DENTYŚCI EMERYCI I RENCIŚCI Z MIASTA BYDGOSZCZY

1. Domańska-Midura Halina
2. Janicka-Beuth Lidia
3. Rogowski Jerzy
4. Wasielewska Iwona

REJON NR 27: KLUB LEKARZA SENIORA

1. Borowiecki Maciej
2. Długołęcki Ryszard
3. Narolska-Wierczewska Elżbieta
4. Prywiński Stanisław

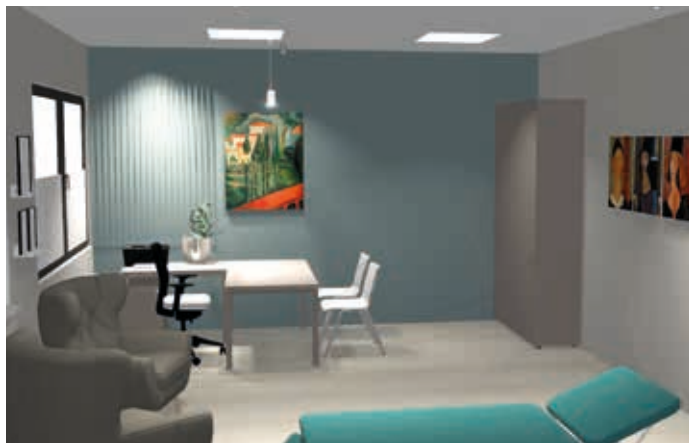
Promente

Centrum Neurologii, Psychogeriatry i Neuropsychologii „Promente” otworzy się już 1 stycznia 2022 r. Ośrodek tworzyć będą specjaliści z wieloletnim doświadczeniem w neurologii, psychiatrii i neuropsychologii. Opiekę nad całością przedsięwzięcia sprawują lekarze: Katarzyna Łachut – psychiatra oraz Robert Kucharski – neurolog. Oboje od kilkunastu lat wypracowują w naszym regionie nowy standard opieki psychogeriatrycznej, łącząc psychiatrię i neurologię seniorów z neuropsychologią.

**AGNIESZKA
FARBISZEWSKA**

– *Osoby starsze borykają się z różnymi problemami zdrowotnymi, także dotyczącymi psychiatrii i neurologii. Istotną grupę z punktu widzenia starzejącego się społeczeństwa stanowią chorzy z zaburzeniami otępiennymi. Przez 20 lat współpracy z Domem Sue Ryder w Bydgoszczy tworzyliśmy ośrodek kompleksowej opieki psychogeriatrycznej. W „Promente” chcemy rozwijać dotychczasowe i nowe kierunki pracy – mówi Katarzyna Łachut.*

„Promente” oferuje ambulatoryjną opiekę w zakresie neurologii, psychiatrii i neuropsychologii dla osób dorosłych, w szczególności starszych. W zakresie psychogeriatry Centrum będzie się specjalizowało w leczeniu otępień, między innymi w przebiegu choroby Alzheimera, ale także innych typów chorób neurodegeneracyjnych, w tym choroby Parkinsona. Wykonywane będą także procedury diag-



BEZPŁATNE PRZESIEWOWE BADANIA PAMIĘCI DLA OSÓB 55+

W ramach profilaktyki chorób otępiennych i realizacji misji ośrodek „Promente” prowadzi akcję bezpłatnych przesiewowych badań zaburzeń pamięci dla mieszkańców Bydgoszczy i okolic. Osoby w wieku 55+ mogą nieodpłatnie wziąć udział w badaniu, w którym oceniona zostanie sprawność ich funkcji poznawczych. W otrzymanym raporcie znajdą się wyniki badania oraz informacja, czy mogą one wskazywać na zaburzenia funkcji poznawczych i czy należy skonsultować się z neuropsychologiem i/lub lekarzem w celu przeprowadzenia całościowej oceny.

Informacje i rejestracja na stronie www.pro-mente.pl.

nostyczne, takie jak punkcja łądźwiowa z pobraniem PMR w celu zbadania obecności biomarkerów chorób neurodegeneracyjnych. Zespół neuropsychologów, poza wspieraniem lekarzy w procesie diagnozy, odpowiadać będzie za rehabilitację poznawczą pacjentów.

– *Od kilkunastu lat w opiece nad pacjentem, w szczególności psychogeriatrycznym, stawiamy na bliską współpracę neurologów, psychiatrów, neuropsychologów i psychoterapeutów. Dzięki regularnym omówieniom klinicznym, wzajemnym konsultacjom oraz prowadzeniu badań klinicznych – dążymy do zapewnienia chorym wysokiego standardu opieki – dodaje Robert Kucharski.*

W zespole znajdują się również m.in.: lekarze – Beata Wicherska i Beata Przybysławska oraz neuropsycholodzy: Kinga Jochim, Łukasz Warchoł, Anita Markowska. Zamierzamy również ściśle współpracować z ośrodkiem „Propsyche”, rozszerzając opiekę nad pacjentami o możliwość kontaktu z psychoterapeutami i psychologami diagnostami.

Ostatnim trzonem działalności Centrum „Promente” będzie realizacja badań klinicznych w zakresie psychiatrii, neurologii i psychogeriatry. Pacjenci zmagający się z zaburzeniami psychiatrycznymi, m.in. z depresją, oraz neurologicznymi, np.: z chorobami otępiennymi, będą mogli uzyskać możliwość skorzystania z innowacyjnych leków. – W najbliższych miesiącach w „Promente” rozpoczniemy rekrutację osób bez objawów Alzheimera, ale u których wykryto obecność biomarkerów, które nawet o kilkanaście lat mogą poprzedzać pojawienie się pierwszych objawów choroby.

Więcej informacji o nowej placówce na www.pro-mente.pl oraz pod telefonem 790 219 230.



Alzheimer

– chorobą uleczalną!?

Z prof. dr. hab. Grzegorzem Węgrzynem – kierownikiem Katedry Biologii Molekularnej Uniwersytetu Gdańskiego – rozmawia Magdalena Godlewska

► WHO prognozuje, że – przy obecnym tempie starzenia się społeczeństwa – za 30 lat choroba Alzheimera zostanie zdiagnozowana u ok. 100 mln. ludzi na świecie. A na skuteczną terapię na razie nie ma co liczyć – wiele preparatów, które dawały nadzieję na pokonanie tego schorzenia, mimo że na wcześniejszych etapach badań skuteczne, nie były w stanie poprawić zdrowia pacjentów. Jak to wytłumaczyć?

Mam swoją hipotezę. Dużo badań było nieskutecznych w przypadku alzheimera, ponieważ gromadzenie się złogów beta-amyloidu nie jest jedyną przyczyną tej choroby, są nią również inne złogi, np. białka P-tau. A teraz większość modeli badawczych, np. zwierzęcych, powstaje w ten sposób, że albo robi się mutanta, który nadprodukuje beta-amyloid, albo wstrzykuje się beta-amyloid do mózgu, w ten sposób otrzymując objawy choroby. Tymczasem ogromna większość leków na chorobę Alzheimera, która okazała się nieskuteczna, skupiała się na specyficznym likwidowaniu złogów beta-amyloidu – specyficznymi przeciwciałami albo enzymami. Więc jeżeli badamy taki lek na zwierzęciu, u którego chorobę Alzheimera spowodowało wstrzyknięcie beta-amyloidu lub wywołanie jego nadprodukcji – to leczenie jest skuteczne. Ale jeżeli podamy ten lek pacjentowi, u którego złogi beta-amyloidu są ważną, ale nie jedyną przyczyną choroby, to efektu nie będzie, bo te inne złogi trzeba unieszkodliwić inaczej. Trzeba zastosować coś, co likwiduje wszystkie przyczyny, a nie tylko jedną z wielu.

► Pański zespół też pracuje nad lekiem na to schorzenie. To genisteina – flawonoid występujący w roślinach z rodziny bobowatych. Użył jej Pan – zresztą jako pionier – do leczenia zespołu Sanfilippo. Dlaczego? Przecież w tym czasie dostępna była już enzymatyczna terapia zastępcza...

Zespół Sanfilippo to bardzo ciężka choroba – dominują objawy neurologiczne, dzieci są hiperaktywne, ciągle w ruchu, prawie nie śpią, najpierw uczą się trochę, a potem wszystko zapominają, nie ma z nimi żadnego kontaktu, żyją ok. 20 lat. Zarówno zespół Sanfilippo, jak i inne mukopolisacharydozy spowodowane są mutacjami w genach kodujących enzymy niezbędne do rozkładu cukrów zwanych glikozoaminoglikanami. Jeżeli któregoś z tych enzymów brakuje, to glikozoaminoglikany nie są degradowane albo degradowane jedynie w niewielkim stopniu, a ponieważ ich produkcja cały czas trwa – zaczynają się gromadzić.

Wprowadzona na początku XXI w. enzymatyczna terapia zastępcza polegała na sklonowaniu zdrowej postaci genu kodującego dany enzym, metodą inżynierii genetycznej wprowadzeniu go do komórek hodowanych in vitro i podaniu wyprodukowanego przez nie enzymu pacjentom, dostarczając organizmowi to, czego mu brakowało – substancję efektywnie degradującą glikozoaminoglikany.

Założenie terapii było bardzo fajne, ale pojawił się pewien problem – mianowicie wiele mukopolisacharydoz ma również komponentę neurologiczną, to znaczy, że glikozoaminoglikany spichrzają się też w komórkach centralnego układu nerwowego, tymczasem enzym przez barierę krew-mózg nie przechodził, więc można było leczyć tylko symptomy obwodowe. Dlatego trzeba było spróbować czegoś innego i tu genisteina – która, jak udało się nam wykazać, przechodzi przez barierę krew/mózg (w 10% – to nie jest dużo, dlatego musimy stosować duże dawki), redukując poziom glikozoaminoglikanów w całym organizmie.

Prowadziliśmy badania na modelu mysim i stwierdziliśmy, że po podaniu genisteiny u zwierząt obniżył się poziom glikozoaminoglikanów w narządach, m.in. w mózgu. I co ważniejsze – po kilkumiesięcznej terapii testy behawioralne wykazały, że ich zachowania są takie, jak u osobników zdrowych. Później okazało się, niestety, że te efekty nie utrzymują się na takim poziomie, jak na początku – choroba nie odwraca się całkowicie, ale zatrzymuje na pewnym etapie albo postępuje – tylko wolniej.

W tej chwili jesteśmy już na etapie prób klinicznych. Niestety, w chorobach rzadkich są one bardzo trudne.

► Genisteina okazała się skuteczna w leczeniu zespołu Sanfilippo, zastosował ją Pan z sukcesem również w przypadku choroby Huntingtona, a niedawno ruszyły badania nad alzheimem. Jaki mechanizm działania genisteiny wykorzystaliście Państwo do leczenia tych chorób? Czy to były różne mechanizmy, czy jeden i ten sam?

I to jest clue! Zajmując się mukopolisacharydozami, udało nam się udowodnić, że proces zainicjowany przez genisteinę to autofagia – odpowiedzialna za usuwanie z komórki makrocząstek, które nie są potrzebne. Opublikowaliśmy artykuł na ten temat, któremu daliśmy tytuł – „Czy to jest wyjście? Jeden lek na wiele chorób”.

Mnóstwo chorób jest spowodowanych odkładaniem się nieprawidłowych białek. Najpierw zajęliśmy się chorobą Huntingtona – schorzeniem o podłożu genetycznym spowodowanym mutacją, w wyniku której powstaje białko wytrącające się w komórce w postaci złogów, których komórki nie są w stanie się pozbyć. Okazało się, że po dodaniu genisteiny do modelu komórkowego tej choroby – złogi zniknęły. W tej chwili prowadzimy doświadczenia na zwierzętach. Widzimy, że u zwierząt z chorobą Huntingtona, którym podajemy doustnie genisteinę, objawy się nie pojawiają albo są bardzo łagodne, a w przypadku myszy, które już mają zaawansowaną postać choroby, objawy się cofają.

No i poszliśmy krok dalej – postanowiliśmy wypróbować genisteinę w chorobie Alzheimera, bo tam też białka się odkładają. Tutaj należy koniecznie wspomnieć o mojej ówczesnej doktorantce, obec-



Ad vocem

W zawodzie lekarza jest miejsce na światopogląd i sprzeciw sumienia

W lipcowo-sierpniowym numerze „Primum” zamieszczono wypowiedź grona koleżanek i kolegów, głównie psychiatrów, z tytułowaną „Nie ma w naszym zawodzie miejsca na światopogląd”. Między innymi można było wyczytać w artykule następujące stwierdzenia: „Wszyscy jesteśmy lekarzami. Jako lekarze powinniśmy stosować się do przepisów prawa, etyki lekarskiej oraz obiektywnej wiedzy medycznej opartej na faktach. Nie ma w naszym zawodzie miejsca na światopogląd... Wszelkie klauzule sumienia, nie poparte obiektywną wiedzą medyczną oraz opierające się jedynie na światopoglądzie, nie powinny mieć zastosowania w zawodzie lekarza oraz innych zawodach związanych z szeroko pojętą pomocą medyczną”.

Chciałbym przypomnieć obowiązujące w tym zakresie zasady etyczno-prawne i kilka myśli poddać pod rozwagę.

SPRZECIW SUMIENIA

Temu celowi służy klauzula (sprzeciw) sumienia. Jeżeli demokratyczne państwo prawa nakłada na obywateli obowiązek tolerowania nieakceptowanych poglądów, to wynika z tego także obowiązek ponoszenia kosztów spowodowanych obowiązkiem tolerancji. Koszty te ujawniają się, gdy określona światopoglądowo postawa obywatela kształtuje nie tylko jego własną przyszłość, ale także przyszłość innych osób.

Czy jednak lekarz, powołując się na swój światopogląd, powinien mieć zawsze prawo do uchylecia się od działania, które uznaje za niegodziwe? We współczesnej medycynie obowiązują zasady dobroczynienia, nieszkodzenia, sprawiedliwości oraz poszanowania autonomii. Korzystając z klauzuli sumienia, lekarz nie powinien naruszać żadnej z powyższych zasad. Należy jednakże podkreślić, że ani demokracja, ani stanowione przez nią prawo nie mają przywileju nieomyślności moralnej.

WOLNOŚĆ SUMIENIA JAKO KATEGORIA KONSTITUCYJNA I USTAWOWA

Wolność sumienia gwarantuje każdemu art. 53 ust. 1 Konstytucji RP. Zgodnie z tym przepisem „każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii”.

Zgodność postępowania z własnym sumieniem oznacza zgodność tego działania z przekonaniami wytykającymi z określonego światopoglądu, wierzeń religijnych czy wyznawanych zasad moralnych. W ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej wszelki przymus aktywnego wykonywania czynności uznawanej przez danego człowieka za sprzeczną z jego sumieniem jest próbą uprzedmiotowienia tej osoby prowadzącą do rażącego naruszenia jej godności.

7 października 2015 r. Trybunał Konstytucyjny uznał, że działanie w zgodzie z sumieniem jest obowiązkiem lekarza. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry proklamuje także wolność sumienia lekarza i przewiduje, że lekarz może odmówić wykonania świadczenia zdrowotnego sprzecznego ze swoim sumieniem. Przepis nazywany „klauzulą sumienia” znajduje się w art. 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Klauzula sumienia nie dotyczy tylko polskich lekarzy. Sprawa korzystania z klauzuli sumienia została podjęta w rezolucji nr 1963 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z 7 października 2010 r. Z przeprowadzonych wśród lekarzy analiz wynika, że aż 90% wszystkich badanych ma świadomość istnienia prawa do odmowy świadczenia ze względu na sprzeciw sumienia, a 82% badanych popiera funkcjonowanie klauzuli sumienia w polskim prawie.

W sporze dotyczącym miejsca sprzeciwu sumienia w praktyce lekarskiej warto powrócić do przysięgi Hipokratesa, która wciąż pozostaje aktualna. W naszym pięknym zawodzie należy zawsze podejmować działania, które – uznane za zgodne z obowiązującym prawem i oparte na najlepszej obowiązującej wiedzy i z pełnym poszanowaniem integralności pacjenta – można osiągać przy poszanowaniu lekarskich sumień. Dyskryminowanie lekarzy ze względu na wyznawany światopogląd nigdy nie powinno mieć miejsca, a szczególnie gdy dotyczy podstawowych praw człowieka, zwłaszcza prawa do życia na każdym etapie jego rozwoju.

Prof. dr hab. med. Władysław Sinkiewicz
Przewodniczący Komisji Bioetyki Bydgoskiej Izby Lekarskiej

(przy opracowaniu tekstu autor korzystał z materiałów monografii „Medyczne, etyczne i prawne aspekty sprzeciwu sumienia w praktyce medycznej” wydanej przez BIL w 2015 r. Zainteresowanych pogłębieniem tej tematyki odsyłam do tej monografii zawieszanej na stronie Komisji Bioetycznej BIL)

nie adiunkt Karolinie Pierzynowskiej, która nie tylko wpadła na ten sam pomysł, ale także zainicjowała współpracę ze specjalistami z zakresu fizjologii zwierząt. Na modelu szczurzym wykazaliśmy, że podanie osobnikom z wywołaną chemicznie chorobą Alzheimera genisteiny po kilku tygodniach powoduje, że na poziomie behawioru były nieodróżnialne od zwierząt zdrowych. Jeżeli chodzi o biochemię, to nastąpiło znaczne obniżenie poziomu niektórych białek, np. beta-amyloidu, a ilość hiperfosforylowanego białka tau (P-tau) spadła praktycznie do normy. Niedawno złożyłem wnioski o grant do Europejskiej Agencji Badawczej na badania eksperymentalne z udziałem pacjentów. Rozstrzygnięcie dopiero w maju.

► **A skoro genisteina umożliwia usuwanie wszelkich złogów, niezależnie od ich rodzaju i pochodzenia, to może pozwoli też pozbyć się mgły pocovidowej? Jak wykazały badania post-mortem mózgow 19 osób zmarłych z powodu COVID-19 – we wszystkich występowała podwyższona ilość złogów beta-amyloidu. W mózgach osób, które zmarły w oddziale intensywnej terapii z innych przyczyn, niczego takiego nie stwierdzono.**

To bardzo prawdopodobne, że okaże się skuteczna również tu.

► **Czy długotrwałe podawanie dużych dawek genisteiny nie powoduje skutków ubocznych?**

A to inna atut tej substancji! Z autofagią trzeba być bardzo ostrożnym, bo jeżeli zbyt mocno zastymulujemy ten proces, to komórka sama siebie zje – będzie degradować wszystko. Inne substancje chemiczne, które mogą stymulować autofagię (niektóre z nich są lekami), nadają się tylko do bardzo krótkiego stosowania, przez tydzień-dwa, ale nie dłużej, bo występują efekty uboczne – degeneracja organizmu. Natomiast genisteina nie dość, że przechodzi przez barierę krew/mózg, ale stymuluje autofagię dość efektywnie, ale łagodnie – bardzo trudno by było przy jej pomocy doprowadzić komórkę do apoptozy zależnej od autofagii, takich przypadków nie obserwujemy. Jeżeli chodzi o zwierzęta, to jedynym objawem ubocznym przy długotrwałym podawaniu dużych dawek genisteiny była obniżona płodność u samców.

Podczas pierwszej fazy prób klinicznych w USA na chorobę Sanfilippo podawano pacjentom wysokie dawki genisteiny – 150 mg/kg, niektórzy przyjmowali je rok, inni 2 lata i nie było żadnych objawów ubocznych.

► **Ale nawet jeśli likwidacja złogów, np. w chorobie Alzheimera, oznacza ustąpienie objawów schorzenia, to niekoniecznie złogi je spowodowały. Co według Pana jest tu przyczyną, a co skutkiem?**

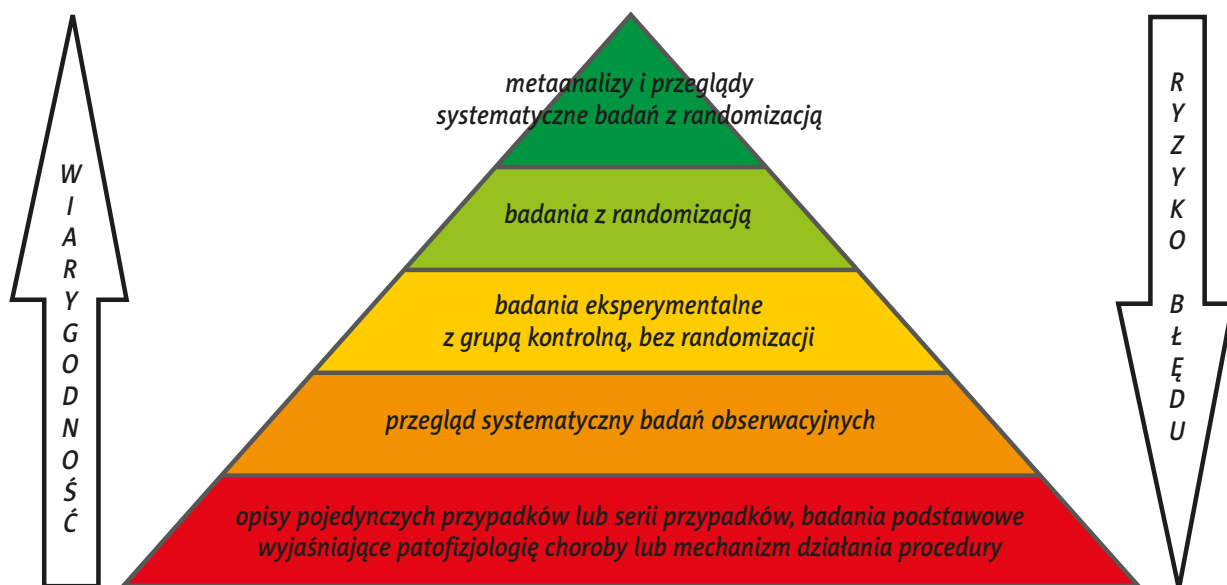
Różne są teorie. Widzimy jedynie korelację. Ale wydaje się, że nawet jeśli złogi beta-amyloidu i P-tau są wtórnie produkowane w stosunku do jakiejś pierwotnej przyczyny, to – niezależnie od tego, czy są pierwotne czy wtórne – wydaje się, że to właśnie one są najbardziej toksyczne. Jeśli je zlikwidujemy, to – nawet jeśli zostanie czynnik, który ich powstawanie będzie stymulował – ich likwidacja w dalszym ciągu może pozwolić uniknąć rozwoju choroby lub zmniejszyć jej skutki.

Mamy nadzieję, że przez autofagię będziemy mogli likwidować wszystkie albo przynajmniej większość podstawowych przyczyn tej choroby.

To tytuł nowego cyklu „Primum”. Chcemy tu pisać o zagadnieniach związanych z szeroko pojętym EBM (evidence based medicine), zwracając uwagę na podejście praktyczne, przykłady aktualnych i ciekawych publikacji.

Jak nie popełnić błędu na samym początku?

Dowody naukowe



Medycyną opartą na dowodach, *evidence based medicine*, nazywamy – w dużym skrócie – postępowanie kliniczne oparte o wyniki wiarygodnych badań naukowych dotyczących efektywności i bezpieczeństwa danej procedury. Protoplastą EBM określa się wiedeńskiego lekarza Ignaza Semmelweisa, który przed przeszło 150 laty powiązał wskaźnik umieralności kobiet na oddziale położniczym z wcześniejszą pracą lekarzy w prosektorium. Wysnuł on przy tym wniosek, iż zakażenia okołoporodowe mają podłoże jatrogenne, powodowane są bowiem przez czynnik zakaźny przenoszony na rękach lekarzy, którzy do tamtej pory nie mieli w zwyczaju ich dezynfekować. Wprowadzenie tej procedury przez lekarzy opuszczających prosektorium spowodowało obniżenie umieralności w połogu z 12 do ok. 2%. EBM w czystej postaci – zidentyfikowany problem, zaplanowanie i realizacja badania naukowego, zaproponowanie procedury naprawczej i jej walidacja, zakończone wprowadzeniem do ogólnej praktyki klinicznej.

Żeby lepiej i bardziej kompletnie zrozumieć jednak koncepcję EBM, należy zacząć od początku – od hierarchii i klasyfikacji dowodów naukowych, co nastęrcza problemów wielu osobom, nawet profesjonalistom. Od czegoś w nauce zawsze trzeba zacząć, stąd z reguły pierwszymi dowodami naukowymi w danym zagadnieniu są opisy przypadków klinicznych (lub ich serii), tudzież badania podstawowe wyjaśniające patofizjologię choroby lub mechanizm działania procedury – są to badania o najniższym stopniu wiarygod-



ności i największym ryzyku błędu, jeśli uwzględnić je w decyzjach na temat procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Kolejnym piętrem w hierarchii są badania wykazujące się większą wiarygodnością – badania obserwacyjne, a także przeglądy systematyczne tychże badań: kliniczno-kontrolnych, retrospektywnych czy też z historyczną grupą kontrolną. Jeszcze wyżej mamy badania eksperymentalne z grupą kontrolną (ale bez randomizacji), następnie badania randomizowane i w końcu – metaanalizy i przeglądy systematyczne badań eksperymentalnych z randomizacją – cechujące się najwyższym stopniem wiarygodności, na których to podstawie właśnie powinna być podejmowana większość decyzji diagnostyczno-terapeutycznych we współczesnej medycynie. To oczywiście bardzo skrócone podejście do tematu, ale w ograniczonej przestrzeni prasowej inaczej się nie da.

Przejdźmy do przykładu. Przyznam całkiem szczerze – miałem się pierwotnie skoncentrować na innym problemie i publikacjach, jednak dosłownie na parę godzin przed wystąpieniem tekstu do Redakcji moim oczom ukazało się monstrum będące idealnym zobrazowaniem błędów poznawczych w rozumieniu nauki i EBM, popełnianych nawet przez profesjonalistów. Chodzi o krótki, acz przerażający w dłuższej perspektywie wpis gen. dyw. prof. Grzegorza Gielera, dyrektora Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, opublikowany na portalu Twitter, a sugerujący, że właśnie mamy dowody na to, by rekomendować amantadynę do leczenia chorych z COVID-19. Wpis, który ucieszył całe grono amantadynofiliów i osób wietrzących spiszek personelu medycznego, niechającego dopuścić tego jakże znanego i „bezpiecznego” leku do terapii, zapewne w trosce o potencjalne przelewy i zyski pochodzące od Big Pharmacy (!?).

Czy faktycznie mamy dowody na skuteczność amantadyny w terapii i powinniśmy ją rekomendować? Nie. Istotnie, w artykule opublikowanym w Communications of Biology przedstawiono wyniki badania obrazujące potencjalny korzystny wpływ przeciwwirusowy amantadyny na wirusa SARS-CoV-2. Sęk w tym, że jest to badanie z zakresu badań podstawowych, przeprowadzone wyłącznie in vitro, na oocytach jednego z gatunków żab. I choć wynik jest obiecujący (zablokowanie kanałów jonowych jednego z białek wirusowych), to nie jest to wystarczający dowód, by wprowadzać taką terapię u ludzi. W końcu – próbka wirusa zalana wrzątkiem też najpewniej przestanie być aktywna, ale czy to wystarczające, by proponować ludziom wrzące kąpiele? Raczej nie.

Badania kliniczne nad zastosowaniem amantadyny w terapii COVID-19 są zarejestrowane i trwają. Póki jednak mamy wyłącznie pojedyncze doniesienia z zakresu badań podstawowych oraz nieudokumentowaną naukowo serię przypadków jednego z propagatorów tej terapii z Przemysła, zgodnie z zasadami EBM nie mamy dość przesłanek, by taką terapię proponować pacjentom.

Szymon Suwata

Co się zmieni?

Polski Ład

dla medyków

ROMAN GRYGIER

Obecnie medycy prowadzący działalność gospodarczą, czyli posiadający własne praktyki oraz pracujący na kontraktach, mogą wybrać jedną z czterech form opodatkowania: zasady ogólne (skala podatkowa), podatek liniowy (stałe opodatkowanie 19%), ryczałt od przychodów ewidencjonowanych, kartę podatkową.

Ustawa o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osób fizycznych obecnie przewiduje dla medyków dwie stawki podatku: 15% oraz 17%. Usługi w ramach wolnego zawodu są opodatkowane 17-proc. zryczałtowanym podatkiem. W katalogu wolnych zawodów świadczących usługi w ramach własnej działalności gospodarczej widnieją: lekarze, lekarze dentyści, lekarze weterynarii, technicy dentyści, felczerzy, położne, pielęgniarki, psychologowie czy fizjoterapeuci. Pozostałe usługi w zakresie opieki zdrowotnej, inne niż świadczenia w ramach wolnych zawodów, są opodatkowane 15-proc. stawką podatku.

Jak rozróżnić, kiedy należy usługi opodatkować zryczałtowaną stawką 17%, a kiedy 15%? Wszystko sprowadza się do tego, czy zatrudnia się inne osoby na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej. Jeżeli nie – działalność taka uważana jest za wolny zawód wykonywany osobiście, gdzie przychody opodatkowujemy stawką 17%. Natomiast usługi świadczone przy pomocy innych, wspierających osób opodatkowujemy niższą stawką podatkową 15%.

CO ZMIENI POLSKI ŁAD?

Bazując na tekście ustawy uchwalonej przez Sejm oraz podpisanej przez prezydenta, przedstawiamy, jakie zmiany zaczną obowiązywać od 1 stycznia 2022 r. Zmiany, jakie Polski Ład wprowadzi, obejmą wszystkich przedsiębiorców bez względu na branżę, a zatem także medyków.

ZASADY OGÓLNE

Jednym ze sztandarowych rozwiązań przewidzianych w nowelizacji ustawy jest podwyższenie od 2022 r. kwoty wolnej od podatku do 30.000 zł. W efekcie osoby uzyskujące dochody opodatkowane według skali podatkowej w wysokości mniej więcej minimalnego wynagrodzenia nie będą musiały płacić podatku. Nie oznacza to jednak, że zachowają cały podatek, gdyż będą z niego optać składkę zdrowotną w wysokości 9%. Regulacje Polskiego Ładu likwidują przepisy o odliczaniu od podatku składki zdrowotnej, obecnie w wysokości 7,75% podstawy jej wymiaru. Od 2022 r. podwyższony zostanie także z 85.528 zł do 120.000 zł próg skali podatkowej.

Od przyszłego roku w ustawie o podatku od osób fizycznych PIT zaczną również funkcjonować tzw. ulga dla klasy średniej. Przysługiwać będzie ona podatnikom uzyskującym przychody w przedziale od 68.412 zł do 133.692 zł ze stosunku pracy, stosunku służbowego oraz osiągającym przychody z działalności gospodarczej opodatkowane wyłącznie według skali podatkowej.

Dokończenie na s. 18

Dodatkowo przepisy wprowadzają nowe zwolnienie dla osób posiadających co najmniej czworo dzieci oraz osób, które osiągnęły wiek emerytalny – tu jednak pod warunkiem podlegania ubezpieczeniu społecznemu z tytułu uzyskania objętych zwolnieniem przychodów. Ulga polegać będzie na zwolnieniu z podatku osiągniętych przez te osoby ustawowo określonych przychodów w wysokości do 85.528 zł w roku podatkowym. Niestety, nowelizacja odbierze samotnym rodzicom możliwość rozliczania się razem z dziećmi w PIT-37/36 – tę preferencję zastąpi ulga polegająca na odliczeniu od podatku kwoty 1.500 zł.

PODATEK LINIOWY

Dla medyków rozliczających się w skali podatku liniowego (19%) podatek realnie wzrośnie o nieodliczoną od podatku opłaconą składkę zdrowotną, która wyniesie 4,9% od dochodu (zamiast pierwotnie zapowiadanych 9%). Z zastrzeżeniem, że nie może być niższa niż 9% minimalnego wynagrodzenia.

RYCZAŁT DLA MEDYKÓW

Polski Ład wykreśla profesje medyczne z listy wolnych zawodów w rozumieniu ustawy o ryczałcie. Oznacza to, że przychody osiągnięte ze świadczenia usług w zakresie opieki zdrowotnej będą opodatkowane według jednej stawki ryczałtu – niezależnie od tego, czy świadczone będą osobiście czy też z pomocą osób zatrudnionych. Stawka zostaje obniżona do 14% przychodów ewidencjonowanych.

Ustawa wprowadza w przypadku ryczałtowców miesięczną składkę – będzie wynosiła 9% podstawy przeciętnego wynagrodzenia. Składki w żadnej części nie będzie można odliczyć od podatku. Ustawodawca wprowadza w stosunku do uzyskanego przychodu rocznego trzypięcioprocentową miesięczną kwotę na składkę zdrowotną wg zasady:

- 60% przeciętnego wynagrodzenia przy rocznych przychodach do 60 tys. zł,
- 100% przeciętnego wynagrodzenia przy rocznych przychodach od 60 tys. do 300 tys. zł,
- 180% przeciętnego wynagrodzenia przy rocznych przychodach od 300 tys. zł.

Nie wiemy jeszcze, ile wyniesie przeciętne wynagrodzenie na koniec roku 2021, w związku z tym nie można określić kwoty składki zdrowotnej na rok 2022. Przyjmując dane z trzeciego kwartału, to 100% składki zdrowotnej wynosi ok. 530 zł.

KARTA PODATKOWA

To najprostsza forma opodatkowania, w której stawka podatku ustalana jest kwotowo i nie zależy od przychodów ani dochodów uzyskanych z działalności. W przypadku medyków wysokość podatku jest uzależniona od liczby godzin przeznaczonych na wykonanie usług w miesiącu.

Zmiany od roku 2022 generalnie ograniczają prawo do skorzystania z karty podatkowej dla nowych podatników. Opodatkowania nie będą mogli wybrać ci, którzy nie korzystają z niej obecnie. Podkreślić należy, że zmiany są o wiele bardziej niekorzystne dla medyków. Możliwość opodatkowania kartą podatkową stracą przedstawiciele zawodów medycznych (lekarz, lekarz dentyista, felczer, technik dentyistyczny, pielęgniarka, położna, lekarz weterynarii) wykonujący działalność „na rzecz osób prawnych oraz jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej albo na rzecz osób fizycznych dla potrzeb prowadzonej przez nie pozarolniczej działalności gospodarczej”.

Przepis ten oznacza, że prawa do rozliczania się kartą podatkową nie będą mieli medycy na kontraktach związani umową np. ze szpitalem lub przychodnią.

Jednocześnie także w przypadku karty podatkowej wzrośnie składka zdrowotna. Będzie wynosiła 9% minimalnego wynagrodzenia (ok 270 zł.). Składki w żadnej części nie będzie można odliczyć od podatku.

Podsumowując:

- medycy, którzy prowadzą indywidualne praktyki i adresują usługi bezpośrednio do pacjentów (nie zawierają kontraktów z przychodnią

lub szpitalem), jeżeli obecnie rozliczają się kartą podatkową, będą mogli nadal stosować tę formę opodatkowania,

- medycy, którzy w 2021 r. rozliczali podatek w innej formie, ale chcieliby przejść na kartę podatkową, nie będą mogli tego zrobić,
- medycy pracujący na kontraktach i rozliczający się kartą podatkową będą musieli wybrać inną formę opodatkowania na 2022 r.

ZMIANA FORMY OPODATKOWANIA

Przedsiębiorca, chcąc zmienić formę opodatkowania na ryczałt, skalę podatkową lub podatek liniowy, może dokonać zmiany w terminie do 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym uzyskał pierwszy przychód w bieżącym roku podatkowym. Zakładając, że pierwszy przychód uzyskany jest w styczniu, zmiany należy dokonać najpóźniej do 20 lutego. W większości przypadków wystarczy zaktualizować dane dostępne w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. Logując się na stronę CEIDG przez profil zaufany, można tego dokonać online.

Przy wyborze optymalnej formy opodatkowania na rok 2022 może być pomocny jeden z kalkulatorów. Np. proponowany niżej, ze strony podatkowej: <https://www.e-pity.pl/polski-lad/kalkulator-forma-opodatkowania-firmy/>

W związku ze zmianami wynikającymi z konieczności comiesięcznych odliczeń od dochodu wysokości składki zdrowotnej przy opodatkowaniu na zasadach ogólnych oraz podatku liniowego, najprawdopodobniej ulegnie zmianie przepis dotyczący terminu opłacania składek ZUS – z 10 dnia miesiąca na 20. Termin ten zostanie zrównany z ustawowym terminem wpłat zaliczek na podatek dochodowy PIT.

Dodatkowo wśród zmian istotnych w Polskim Ładzie znalazły się również m.in.:

- zmiany dotyczące rozliczania sprzedaży osobowych aut wykupionych z leasingu,
- likwidacja możliwości amortyzowania nieruchomości mieszkalnych – z okresem przejściowym obejmującym 2022 r.,
- wycena majątku prywatnego wprowadzanego do firmy zasadniczo według cen rynkowych,
- zmiany w stawkach ryczałtu ewidencjonowanego oraz wygaszenie karty podatkowej,
- ulgi dla korzystających z terminali płatniczych,
- obrót gotówkowy między przedsiębiorcami do 8 tys. (obecnie 15 tys.),
- obrót gotówkowy między przedsiębiorcą a osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej do 20 tys.

źródło – Gazeta Prawna, Gazeta Podatkowa

O autorze: Roman Grygier pracuje w Kancelarii Podatkowej Grygier i Wspólnicy sp. jawna.



Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci naszego Kolegi
lek. med.

Jerzego Talkowskiego

Szczerze wyrazy współczucia

rodzinie i bliskim

składają
koleżanki i koledzy z grupy studenckiej

Sytuację w POZ opisuję z perspektywy 2,5 tysięcznej praktyki w małym mieście. Tu wszystko jest bliżej i trochę później.

Z praktyki lekarza rodzinnego

**JERZY
RAJEWSKI**

SEZON PRZEZIĘBIĘĆ

Zawsze jesienią-zimą praktyka pęka w szwach z powodu infekcji. Największą grupę stanowią małe dzieci, te zaczynające przygodę ze żłobkiem, przedszkolem czy szkołą.

Większość po zbadaniu nie otrzymuje żadnej recepty, co niektórych dziwi. Na szczęście gros infekcji kataralnych nie wymaga żadnego leczenia.

TELEPORADY

Z powodu zmiany polityki MZ w sprawie teleporad wyraźnie zwiększyła się liczba porad udzielanych osobiście. Zapraszamy pacjentów do przyścia do przychodni na badania kontrolne po włączonym leczeniu, ale również po recepty, dla omówienia wyników badań dodatkowych i z powodu innych drobnych porad. Przyczyną jest ryzyko zmniejszenia stawki kapitałowej po przekroczeniu określonych limitów teleporad. Bardzo utrudnia to sprawną pracę, zajmuje sporo dodatkowego czasu, wymaga sprawnej organizacji pracy, zwiększa ryzyko przeniesienia infekcji i powoduje niezadowolone pacjentów. Jak zwykle – z deszczu pod rynnę!

SZCZEPIENIA PRZECIWKO SARS-COV-2

Wyraźnie zwiększyło się zainteresowanie szczepieniami przeciwko Sars-CoV-2. Aktualnie szczepimy pacjentów pierwszą dawką, drugą i dawką przypominającą. Szczepione mogą być wszystkie osoby po 12 roku życia. Zgodnie z zapowiedziami MZ od 13 grudnia spodziewamy się poszerzenia tej grupy o dzieci od 5 roku życia.

Dodatkowo wszyscy dorośli mają prawo do bezpłatnego szczepienia przeciwko grypie. W sumie jest to codziennie grupa kilkudziesięciu osób.

Zainteresowanie szczepieniami przerosło nasze oczekiwania do tego stopnia, że uruchomiliśmy punkt szczepień dodatkowo w soboty. Również dlatego, aby zapewnić lepszy dostęp do lekarza i pielęgniarki w ciągu tygodnia.

CHORZY NA COVID-19

Codziennie przybywa kilka nowych zakażonych. Razem z tymi, którzy zachorowali wcześ-

niej i wymagają naszej opieki, to około 10 osób dziennie. Obawiam się, że wkrótce będzie ich jeszcze więcej.

Wyraźnie widać, że obraz kliniczny COVID-19 zmienił się. Widzimy maski brzuszne, skórne, neurologiczne i krążeniowe dużo częściej niż dotychczas. Choruje także coraz więcej młodych osób i dzieci. Pogorszenie stanu zdrowia częściej przychodzi nagle i niespodziewanie.

Chorzy wracający po hospitalizacji wymagają więcej opieki i nadzoru.

OPIEKA NAD DZIEĆMI

Na bieżąco realizujemy opiekę planową nad dziećmi i młodzieżą. Wykonujemy szczepienia kalendarzowe, zarówno obowiązkowe, jak i zalecane. Jest grupa rodziców zainteresowana szczepieniem swoich dzieci przeciwko ospie wietrznej czy HPV.

Przeprowadzamy planowo bilanse zdrowia niemowląt, dzieci i młodzieży szkolnej. Niekiedy młodzież szkolna ma bardzo duże opóźnienia w realizacji bilansów zdrowia ze względu na naukę zdalną i brak możliwości wystawienia przez szkoły skierowań na badania bilansowe.

Z moich obserwacji wynika, że więcej dzieci wymaga nauczania indywidualnego w domu. Takie zaświadczenie wystawia lekarz zgodnie z sugestią poradni psychologiczno-pedagogicznej i szkoły.

OPIEKA NAD PRZEWLEKLE CHORYMI

W związku z karami finansowymi za realizowanie teleporad więcej pacjentów zapraszamy do osobistego przyścia celem oceny przebiegu chorób przewlekłych. Dominują chorzy z nadciśnieniem, cukrzycą, astmą, POChP, hiperlipidemią, dną moczaniową i chorobami tarczycy.

Część zadań związanych z monitorowaniem chorób przewlekłych przekazuję pielęgniarkom.

Częściej niż dotychczas zdarzają się bardzo zaniedbane przypadki chorób. Pacjenci nie kontrolują ciśnienia tętniczego czy profili glikemii i zgłaszają się, jak jest już bardzo niedobrze. Wymaga to więcej pracy i stwarza większe ryzyko powikłań.

DIAGNOSTYKA I PROFILAKTYKA

Wyraźnie wzrosła ilość wykonywanych badań diagnostycznych. Dotyczy to głównie chorych po przebyciu COVID-19. Duża liczba pacjentów jest zaniepokojona utrzymującym się złym samopoczuciem i brakiem powrotu do zdrowia.

Niepokojąca jest wyraźnie mniejsza ilość diagnozowanych chorób nowotworowych. Widać to po liczbie wystawianych kart DIL0.

Dominują problemy związane z zakażeniami SARS-CoV-2.

Na bieżąco realizujemy programy profilaktyczne ChUK i POChP. Oceniamy też diagnostykę w ramach programu 40+. NFZ zobowiązał nas również do wykonywania naszym podopiecznym raz w roku pomiarów antropometrycznych (wysokość i masa ciała).

W POZ, jak wszędzie, przytłacza ogrom pracy i obowiązków sprawozdawczych.

Wino jest zdrowe

Wydanie monografii kardiologa Władysława Sinkiewicza oraz dietetyczki Małgorzaty Chudzińskiej jest ważnym wydarzeniem w promocji zdrowego stylu życia. W niezbyt odległej przeszłości opilstwo napojami wysokoprocentowymi stanowiło dominujący styl uctowania. Po 1990 r. istotnie, systematycznie wzrastało spożycie piwa. Od około 20 lat wzrasta zainteresowanie winem.

ROMAN OSSOWSKI

Nadmierne spożywanie napojów alkoholowych określamy nałogiem, uzależnieniem o daleko idących negatywnych konsekwencjach zdrowotnych, ekonomicznych, a szczególnie rodzinnych. Alkoholizm jest jedną z form patologii społecznych. O patologii społecznej mówimy, gdy określone zachowania szkodzą bezpośrednio osobie przejawiającej te zachowania, wspólnocie oraz są zjawiskiem dość powszechnym. Nadmierne spożywanie alkoholu niewątpliwie charakteryzuje polskie społeczeństwo, a jego spożywanie dotyczy w coraz większym stopniu także i młodzieży. Znany polski psychiatra i filozof Antoni Kępiński dokonał charakterystyki polskiego sposobu picia. Wyróżnił styl *neurasteniczny*, *kontaktywny*, *dionizyjcki*, *heroiczny* oraz *samobójczy*. Polacy lubili i lubią pić do dna.

Stąd podejmuje się programy uwalniające od tego tragicznego w skutkach nałogu, uzależnienia.

Czy jest rzeczą możliwą promowanie całkowitej abstynencji? Oczywiście nie. Wprowadzona w 1920 r. w USA prohibicja nie spełniła oczekiwań ustawodawcy. Rodzi się także pytanie – a może spożywanie w umiarze alkoholu daje pewne korzyści zdrowotne, przyczynia się do korzystniejszych relacji społecznych oraz dobrostanu psychicznego osoby?

W tej perspektywie z wielką uwagą przeczytałem znakomitą monografię autorstwa W. Sinkiewicza i M. Chudzińskiej. Sam tytuł jest prowokacyjny – *Wino jest zdrowe*. Tak, jeśli my zarządzamy spożyciem wina, a nie ono nami.



Monografia jest adresowana do tych wszystkich, którzy pragną wydobyć z życia wiele jego uroków, być autorami siebie oraz uchronić się przed przekleństwem uzależnienia od alkoholu. Autorzy pragną wnieść wkład do popularyzowania zdrowego stylu życia jako własnej prozdrowotnej inwestycji. W recenzji monografii pragnę skupić się na trzech kwestiach: zdrowotnych wartościach wina, stylu jego spożywania oraz wkładzie monografii w popularyzowanie zdrowia publicznego.

ZDROWOTNE WARTOŚCI WINA

Autorzy monografii w sposób zgodny z zasadami medycyny opartej na dowodach (*evidence based medicine*) dokonali światowego przeglądu literatury anglojęzycznej i sumiennie – bez z góry przyjętych założeń – dokonali przeglądu wyników badań dotyczących walorów zdrowotnych wina, zwłaszcza czerwonego i raczej wytrawnego. Warto zaważyć, że Autorzy monografii – za Światową Organizacją Zdrowia – wyraźnie odróż-

nają spożywanie wina od nadużywania wszelkich alkoholi. Nadmiar alkoholu zawsze szkodzi i to niezależnie od tego, w jakiej postaci jest on spożywany.

Alkohol corocznie jest przyczyną około dwóch milionów zgonów, a w dużym odsetku – raka gardła, przetyku, żółtaka, wątroby, a także marskości wątroby, chorób trzustki i groźnych arytmii (zwłaszcza u tzw. *holiday drinkers*) oraz uszkodzeń mózgu z chorobą alkoholową włącznie (s. 13).

Monografia została napisana na podstawie artykułów recenzowanych z różnych dziedzin medycyny – kardiologii, angiologii, neurologii, psychiatrii, okulistyki, a także odnoszących się do nauk ścisłych oraz enologii. Pisząc o zdrowotnych walorach wina spożywanego z umiarem – należy wymienić polifenole, wraz z licznymi ich podgrupami, jako przeciwutleniacze; resweratrol i jego znaczenie przeciwdemencyjne oraz przeciwstarzeniowe. Autorzy monografii z wielką rzetelnością i naukowym znanstwem dokonali charakterystyki zalet wina czerwonego i białego oraz ich wpływu na zdrowie i długowieczność – pod warunkiem rygorystycznego przestrzegania określonych zasad konsumpcji wina.

Przykłady:

- ♦ „Resweratrol w badaniach na zwierzętach wykazał niezwykle szerokie fizjologiczne i biochemiczne spektrum aktywności, w tym antyoksydacyjne, przeciwzapalne, przeciwpyłkowe i przeciwzakrzepowe, z czym wiązano nadzieje na prozdrowotne działanie na układ sercowo-naczyniowy u człowieka” (s. 62–63).

- ♦ Umiarkowane spożycie alkoholu, a zwłaszcza wina, (10 g alkoholu dziennie dla kobiet i 20 g dla mężczyzn) przy zachowaniu zdrowej diety, zdrowego stylu życia i przestrzeganiu zalecanej farmakoterapii istotnie zapobiega ryzyku sercowo-naczyniowemu (s. 97).

- ♦ Zwyródnienie plamki żółtej jest związane z wiekiem (*age-related macular degeneration – AMD*). „W ramach badania Beaver Dam Eye Study oraz National Health and Nutrition Examination Survey, prowadzonych na dużej reprezentatywnej grupie pacjentów – po raz pierwszy wykazano, że konsumpcja wina w niewielkich ilościach wiąże się z mniejszym ryzykiem rozwoju AMD” (s. 155).

Takich przykładów Autorzy monografii podali niezliczoną ilość.

Problemem jest prozdrowotne wykorzystanie małych ilości alkoholu, a jednocześnie uchronienia się od jego tragicznych następstw zdrowotnych i społecznych w przypadku jego nadużywania. Recenzowana monografia może być pomocna w określeniu zwłaszcza zdrowotnych ilości wina.

STYL SPOŻYWANIA WINA

Konsumpcja wina sięga odległej przeszłości – zapiski dotyczące produkcji i kultury spożywania wina sięgają 9 tysięcy lat i pochodzą z Gruzji. Od tego czasu ukazało się sporo publikacji o charakterze naukowym, publicystycznym oraz będących tworem wyobraźni ich autorów, często odległym od wyników naukowych badań. Cenne są publikacje zawarte w podręcznikach z zakresu psychiatrii i psychopatologii.

Monografia zawiera wiele wskazówek odnośnie do kultury spożywania wina. Cenna jest uwaga króla Wielkiej Brytanii Edwarda VII „Wino nie tylko się pija. Wino się wacha, obserwuje, podziwia, smakuje, sączy, delektuje i o winie się mówi” (s. 19). Niezwykle interesujące są rozważania dotyczące wina w historii medycyny – od odległych czasów sięgających Gruzji do czasów niemal współczesnych. Wino jest elementem kultury europejskiej o bogatej tradycji greckiej i rzymskiej. Towarzyszy licznym uroczystościom, w tym i o charakterze religijnym. „Tak w Rzymie, jak i w Atenach, pod znakiem Dionizosa czy Bachusa, wino kojarzyło się z boskością: ambrozja i nektar były ulubionymi napojami bogów Olimpu (...). Wino zyskało niebiańską sławę, zanim uświęcił je kult krwi Chrystusa” (s. 12). Dzisiaj wiedza enologiczna jest bardzo rozległa i stała się elementem strukturalnym kultury ogólnej, w tym i jakości życia.

Czy ważny jest sposób konsumpcji i dawka alkoholu? Paracelsus postawił pytanie, czy wino jest pożywieniem, lekarstwem czy trucizną. Odpowiedział – jest to kwestia dawki. Autorzy monografii w podsumo-

primum

waniu wyników licznych badań piszą: „W kilku badaniach wśród niepijących alkoholu wyodrębniono grupę osób, które zaprzestały picia z różnych przyczyn, oraz całkowitych abstynentów. W porównaniu z pijącymi umiarkowane ilości alkoholu, zarówno u abstynentów przez całe życie, jak i pijących w przeszłości stwierdzono większe ryzyko zgonu z powodu chorób sercowo-naczyniowych...” (s. 74). Do dzisiaj nie sfalsyfikowano stwierdzenia Hipokratesa „Wino zostało stworzone dla ludzi, gdyż z powodzeniem mogą je przyjmować zarówno chorzy, jak i zdrowi” (s. 33).

Niezwykle interesujące są rozważania autorów zawarte w modułach *Tajemnice dobrego wina* oraz *Rola wina w historii medycyny*. Wnoszą one istotny wkład do kultury spożywania wina. Wino powinno ubogacać jakość spotkań, być źródłem estetycznych przeżyć oraz pogłębiania międzyludzkich więzi. Cenne, aby stopniowo wypierało alkohole wysokoprocentowe, a nawet piwo.

WKŁAD MONOGRAFII DO PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ

Monografia stanowi wkład do profilaktyki zdrowotnej, a ściślej – do promocji zdrowego stylu życia i zapobiegania licznym patologiom społecznym niszczącym zdrową tkankę życia społecznego.

We współczesnej psychologii zdrowia i rehabilitacji mówimy o łańcuchowych zmianach w zachowaniu. Zmiany w jednym segmencie zachowania powodują zmiany wielu innych zachowań o charakterze nawykowym. Wysoka kultura spożywania wina koreluje na przykład ze zmianą stylu spożywania posiłku – spożywamy wolniej, czynimy refleksję nad jego zapachem, smakiem, wyglądem podanych dań. Istotne jest miejsce spożywania posiłku, sposób jego podania, ważne, czy – dialogując przy posiłku – prowadzimy przyjemny dialog, niekonfrontacyjny, lecz wzajemnie ubogacający duchowo biesiadników. Taki sposób spożywania posiłku przy winie możemy określić jako prozdrowotny. Nie tylko prawidłowo przebiega metabolizm, ale taki styl spożywania posiłków jest korzystny z punktu widzenia obronności immunologicznej. Dodatni koloryt uczuciowy i zapominanie o codziennych troskach podczas spożywania posiłku sprzyja korzystnemu rozwojowi ważnej genetycznej właściwości każdego organizmu, jaką jest doświadczanie przyjemności konsumpcji wzmacnianej tradycją kulturową.

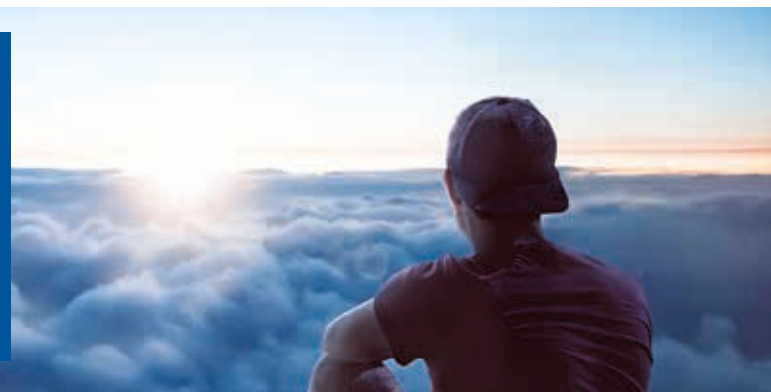
MOJA OSOBISTA REFLEKSJA

Zbliżają się bardzo rodzinne święta Bożego Narodzenia oraz karnawał. Można sobie więc życzyć, aby umiarkowane spożywanie wina było źródłem zdrowia, umacniania więzi rodzinnych i przyjacielskich oraz zdystansowania się od wielu uciążliwości życia codziennego oraz poprawy dobrostanu fizycznego i psychicznego. Niechaj w tym świątecznym okresie ma przewagę nasz układ parasympatyczny względem naszego układu sympatycznego, który codziennie dominuje w stylu naszego życia, zwłaszcza w naszej skłonności do konfrontacji i walki. Celebracja posiłków podczas świąt, ale i w codziennym życiu, przy lampce zwłaszcza czerwonego wytrawnego wina, może być doskonałym źródłem naszej codziennej wydolności fizycznej i psychicznej oraz długowieczności. Dążenie do wolności od chorób i niesprawności powinno być ważną misją życiową rozumnego człowieka. Recenzowana monografia może być w tym względzie pomocna.

O autorze: prof. dr hab. Roman Ossowski jest specjalistą z zakresu psychologii zdrowia, psychologii lekarskiej i rehabilitacyjnej. Twórca kierunku psychologia na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, dyrektor Instytutu Psychologii (w latach 1996-2009), kierował Katedrą Społecznej Psychologii Zdrowia, Rehabilitacji i Zarządzania w Instytucie Psychologii UKW. Pełnił funkcję kierownika Katedry i Zakładu Psychologii Klinicznej CM w Bydgoszczy. Senat Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu w uznaniu zasług dla Uniwersytetu przyznał mu tytuł Honorowego Profesora UMK. Główne zainteresowania badawcze prof. Romana Ossowskiego koncentrują się wokół problematyki jakości życia, promocji zdrowia, profilaktyki i higieny życia oraz rehabilitacji.



- ▶ Nie staraj się tak bardzo – jest granica ludzkiego wysiłku.
- ▶ Nie przejmuj się tak bardzo – jest granica ludzkiej wrażliwości.
- ▶ Im głębiej wpadniesz w lej wyczerpania przez swoje „za bardzo”, tym dłużej będziesz się z niego wydostawać.
- ▶ Dotyczy to szczególnie osób sumiennych, pracowitych, przedstawicieli zawodów pomocowych.
- ▶ Będąc potrzebny innym, bądź też ważny dla siebie.



Trenuj uważność

DOROTA WOJTCZAK

Nie każdy lubi koniec roku, sezon zimowy, bo nie każdy sobie z nim dobrze radzi. Melancholia, spadek nastroju, krótsze dni, dłuższe noce, coraz zimniej, smętniej... w tym czasie częściej dotyka nas samotność i bezradność.

Psychologowie i psychoterapeuci mają co robić. Już śmieiej sięgamy po ich wsparcie w zaburzeniach nastroju. I dobrze. To realna pomoc przywracająca sens i radość życia.

SKUTECZNE NAUKOWE ZAPOBIEGANIE NAWROTOM DEPRESJI

Oxfordzkie Centrum Mindfulness przy Instytucie Psychiatrii stworzyło grupowy kurs MBCT – Mindfulness based cognitive therapy – by popularyzować profilaktykę zdrowia psychicznego. Program, poparty badaniami klinicznymi, został stworzony po to, aby szerzyć wiedzę i umiejętności, które dodadzą sił każdemu, kto chce uwolnić się od osaczających go bolesnych emocji. W Wielkiej Brytanii koszty programu MBCT, jako jednej z metod terapii, są refundowane i rekomendowane przez tamtejszy odpowiednik naszego NFZ – Brytyjski Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej.

Wiemy, że depresja lubi wracać znienacka, często wtedy, gdy zupełnie się obniżenia nastroju nie spodziewamy. Wychwytywanie jej symptomów jest więc bardzo istotne, choć nie zawsze łatwe. Potrzebna jest uważność skierowana na siebie. Odpowiednia obserwacja własnego umysłu i ciała może przywrócić lub pomóc utrzymać dobre samopoczucie na dłużej.

UWAŻNOŚĆ ZAMIAST ANTYDEPRESANTÓW

Kolejne badania wskazują na związek między poziomem uważności a stanem zdrowia psychicznego człowieka. Można nauczyć się dystansować od depresyjnych myśli i znajdować inne sposoby uporania się z problemem niż nieustanne analizowanie i zamartwianie się. Nasze emocje są bardzo związane z tym, co i jak myślimy. Powracający smutek bierze się z powracających trudnych myśli o własnej bezwartościowości, nieprzystosowaniu, braku akceptacji siebie czy niezgody na świat. Uważność pozwala wyłączyć te automatyczne wzorce mentalne – niebezpieczne w depresji czy stanach lękowych.

Sejsje treningu uważności prowadzi dziś każdy poważny szpital kliniczny w USA od Stanfordu po Boston. Badania najlepszych ośrodków na świecie wskazują, że medytacja może działać jak antydepresanty. Nie

wywołuje skutków ubocznych w przeciwieństwie do niektórych leków. Medytacja uważności stała się czymś pożądanym i społecznie akceptowanym. Przywracające spokój i równoważące układ nerwowy zajęcia dla pracowników organizuje wiele firm z Doliny Krzemowej. W Polsce treningi uważności także zyskują popularność, szczególnie po czasie pandemii.

NA CZYM POLEGA PRAKTYKOWANIE UWAŻNOŚCI?

W rozwijaniu uważności chodzi o aktywny trening i dyscyplinowanie mózgu. Praktykowanie uważności działa na mózg tak, jak wykonywanie ćwiczeń fizycznych na mięśnie. Spowalnia starzenie mózgu, służy neuroplastyczności, elastyczności i odporności psychologicznej. Ten rodzaj praktyki mentalnej na pewno może być stosowany jako skuteczna profilaktyka, podobnie jak zdrowa dieta i ruch.

Podstawowe ćwiczenia uważności w uproszczeniu polegają na dokładnym, regularnym obserwowaniu doznań fizycznych, oddechu oraz myśli i emocji. Wszystko według instrukcji wypowiedzianych przez trenera podczas zajęć, a później podczas indywidualnej pracy w domu. Główne praktyki uważności to: skanowanie ciała, pauza na oddech, medytacja kierowania uwagi na różne aspekty wewnętrznego bieżącego doświadczenia i spokojny uważny ruch. Dochodzi do tego nauka relaksacji i uwalniania ciała z napięć oraz zarządzanie życiową energią.

Dzięki temu uczestnicy uczą się, jak przewidywać zbliżający się spadek nastroju i moment bycia wciągany przez lej wyczerpania. I tym samym wiedzą, kiedy świadomie przekierować uwagę na inną aktywność mózgu – wzmacniającą układ nerwowy.

Mimo że trening uważności może działać zbawiennie na psychikę, nie jest to jednak cudowny środek ani lek na wszystko i dla wszystkich. Każdorazowo przed przystąpieniem do zajęć przeprowadzany jest wywiad indywidualny z każdym z uczestników. W ten sposób sprawdzana jest gotowość uczestnika do wzięcia udziału w treningu właśnie w tym czasie.

Sezon jesienno-zimowy nie musi oznaczać nawrotu złego samopoczucia i konieczności trwania w nim aż do wiosny. Wystarczy mieć narzędzia i wiedzieć, jak się nimi posługiwać, by pielęgnować swój dobrostan i zdrowie. Choroba nie jest naszą winą, ale jest naszą odpowiedzialnością umiejętnie sobie z nią poradzić.

O autorze: Dorota Wojtczak jest certyfikowaną przy Oxford Mindfulness Centre trenerką programu uważności MBCT, prowadzi sesje indywidualne i zajęcia grupowe. Jako coach, mediator i trener komunikacji pracuje w zespole psychoterapeutów i psychiatrów ProPsyche w Bydgoszczy.



Mój jest ten kawałek podłogi!...



A światłość już niedaleko:
w Grudniu się narodzi Dziecko,
co jednym wzniesieniem dłoni
świat ku światłości nakłoni.

Konstanty Ildelfons Gałczyński



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Po zgnitym listopadzie grudzień jawi mi się jako miesiąc bardziej przyjemny. A to może dlatego, że kończy nam rok kalendarzowy i wraz z tym końcem pozwoli nam zapomnieć o wszystkich nieprzyjemnych chwilach, którymi nas ten rok tak często obdarzał.

Poza tym w momencie, kiedy będzie dobiegał on do końca, to być może da nam jednocześnie nadzieję, że to, co po nim nastąpi, będzie o wiele lepsze.

Chyba że sami nie będziemy chcieli widzieć tej dłoni Dziecka i Jego nakłaniania świata do jasności, pokoju i do czerpania z tego radości. Sami i to razem z tymi, od których nasz byt i nasze jutro zależy!

A chyba nie tylko ja, ale i także przeważająca liczba czytających te słowa uważa, że tych rządzących nasze odczucia i nasze zdanie o zaistniałej rzeczywistości nie za bardzo interesują!

Mimo to, aby nie popsuć radosnego nastroju tego miesiąca, życzę Wam tak, jak życzy mój ulubiony poeta-

Aby Święta Bożego Narodzenia były Bliskością i Spokojem, a Nowy Rok – Dobrym Czasem.

A ja podpisuję się pod tymi życzeniami oburącz! Jak zwykle Wasz

A. Martynowski

Książki nie top ten



TONIEBAJKA

Książka to najlepszy prezent

PIOTR KIKTA



Grudzień to czas księgarskich żniw, jak to się mówi, a tym samym czas żniw dla wydawców. Stąd przed grudniem i w jego trakcie wysypują się kolejne tytuły, intensywniej niż jesienią. Spośród ostatnio wydanych książek kilka poleciłbym szczególnie.

Pierwsza to bardzo ciekawy popularnonaukowy esej „Matka wynalazku. Jak uprzedzenia hamują postęp” szwedzkiej autorki Katriine Marçal, w przekładzie Mariusza Kalinowskiego, wydany przez Wydawnictwo Czarne. Książka opisuje różne wynalazki, z naszego punktu widzenia oczywiste, ale gdy spojrzymy na ich historię, okazuje się, że nie zawsze tak było. Jednym z dobitnych przykładów jest opisywana na początku książki walizka na kółkach, wynaleziona później niż załogowe rakiety kosmiczne. Walizki nie miały kółek, bo... niewielu ludzi przyjmowało myśl, że kobieta mogłaby sama podróżować, co

wiąże się przecież z przenoszeniem ciężkich bagaży przez dworce i terminale lotnicze. Silni faceci dźwigali więc wielkie, skórzane walizy, musząc udowodniać w ten sposób swoją męskość. Podobnych przykładów jest w książce wiele. Czytając ją, można pomyśleć, o ile dalej bylibyśmy jako społeczeństwo (rozumiane globalnie), gdyby w przypadku każdego proponowanego ulepszenia standardu naszego życia brano pod uwagę wszystkich jego uczestników. Na przykład kobiety.

Druga z proponowanych przeze mnie książek to pozycja wydana wprawdzie jeszcze latem, ale nie pisałem o niej wcześniej, a warta jest polecenia z kilku powodów: napisana przez bydgoskiego autora, osadzona w mieście, które topografią Bydgoszcz bardzo przypomina, i opisująca wydarzenia podobne do tych, jakie śledzący lokalne kroniki kryminalne znają z ostatnich lat. Książka ta to: „Ludzie z Miasta” – debiutancka powieść Macieja Czerniaka, wydana przez wydawnictwo Lira. Jest to rozpisana właściwie na cztery dziesięciolecia opowieść o gangsterach, szemranych biznesmenach, skorumpowanej policji i jednym komisarzu idącym pod prąd. Brzmi sztampowo, ale sztampowo nie jest. Książka jest obszerna (prawie 600 stron!), a fabuła często zahacza o wątki obyczajowe. Dzięki swojemu dziennikarskiemu warsztatowi Maciej Czerniak precyzyjnie buduje sieć połączeń i zależności między różnymi ludźmi i ich grupami w tytułowym Mieście, co jest naprawdę imponujące! Dobra lektura na zimowe wieczory!

Skoro w grudniu obchodzimy Boże Narodzenie, nie może zabraknąć prezentowej rekomendacji dla dzieci! Tu znów jest masa tytułów, ale zdecyduję się na jeden: „Brod. Cuchnąca historia higieny” Moniki Utnik-Strugały z ilustracjami Piotra Sochy, znanego ze wspaniałych „Pszczół” i „Drzew” (wszystkie książki wydały Dwie Siostry). Z „Brodu” dowiemy się np., jak dbano o zęby na przestrzeni wieków, co to jest kołtun, dlaczego ubicajka sptukiwana wodą jest jednym z najważniejszych wynalazków ludzkości. Przeczytamy o chorobach wynikających z braku higieny, o różnych wynalazkach związanych z higieną (toaletą kosmonautek i kosmonautów!), a to wszystko ciekawie, przystępnie i pięknie zilustrowane. Warto mieć na półce nawet dla samego wyglądu!

O autorze: Piotr Kikta jest księgarzem, prowadzi księgarnię Tonie Bajka, Księgarnia dla wszystkich przy ul. Focha 2 w Bydgoszczy, tel. 665 192 904; muzyk, animator.

Klub Lekarza Seniora

W związku z pogarszającą się sytuacją epidemiologiczną, spowodowaną IV falą pandemii COVID-19, prelekcyjne spotkania Klubu Lekarza Seniora zostają zawieszane do odwołania.

Zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami lekarze seniorzy mogą się spotykać w siedzibie Bydgoskiej Izby Lekarskiej w kilkuosobowych grupach w każdą pierwszą środę miesiąca w godzinach od 14:00 do 16:00.

Angielski z...



Czas... to taki ulotny element naszego życia, choć wydaje się, że dana jest nam wieczność... Przed nami wyjątkowy czas, czas świąt Bożego Narodzenia i, korzystając z okazji, życzę Państwu jak najwięcej chwil spędzonych w towarzystwie, które jest dla Państwa ważne, wzajemnych radości i dobra. Właśnie z uwagi na ten wyjątkowy czas postanowiłam przybliżyć Państwu nieco obyczajów świątecznych oraz związane z nimi słownictwo krajów anglojęzycznych. Zapraszam!

Christmas, lub coraz bardziej popularna pisownia – **Xmas**, w Polsce rozpoczynają się 24.12 – **Christmas Eve**. W kulturze anglosaskiej najważniejszym dniem jest ten kolejny 25.12 – **Christmas Day**, kiedy tak naprawdę wszyscy zaczynają świętować, już o poranku, otwieraniem prezentów. Naturalnie, te złożone są pod choinką – **Xmas tree** lub w pobliżu kominka – **fireplace**, gdzie dostarczył je **Father Xmas vel Santa Claus**, przy okazji zjadając pozostawione dla niego na **hearth**, tuż przy kominku, **milk and cookies**, choć w wielu rodzinach pozostawiana jest brandy, która jakoś naturalnie znika ☺. Obowiązkowo, gdy dzieci odpakowują prezenty i rozrywają wyglądające jak cukierki **Xmas crackers**, rodzice rozpalają w kominku, a tradycja głosi, iż należy wybrać wspólnie najpiękniejszą kłodę drewna – **Yule log**, pomyśleć życzenie i dopiero wrzucić ją do ognia. Ciekawostką jest fakt, że **Yule log** to niezwykle popularna we Francji pyszna rolada czekoladowa... Słowo **Yule** oznaczało niegdyś wśród plemion germańskich okres okotoboznarodzeniowy, a dzisiaj **Yuletide** często używany jest zamiennie z **Xmas**. Najważniejszym posiłkiem jest **Xmas dinner**, a obowiązkowe potrawy to: moje ulubione, choć nieprawdopodobnie słodkie ciasto – **Xmas pudding** (nie ma nic wspólnego z budyniem, a przypomina wyglądem wulkan), dalej – **mince pies** (nazdiewane bakaliami babeczki), **roast turkey** (pieczony indyk) lub opcjonalnie **Xmas roast** (pieczeń) serwowane z **gravy** (sosem pieczeniowym) oraz **cranberry sauce** (sosem żurawinowym), obowiązkowo **mashed potatoes** (pure), **Yorkshire pudding** (ponownie nie budyń, lecz coś na wzór tarty z mięsem i sosem pieczeniowym), **gingerbread cookies** (nasze ulubione pierniki) i **fruitcake** (podobny do naszego keksu). Drugi dzień Świąt – **Boxing Day** (nazwa nie pochodzi od nazwy sportu, tylko pudełek, do których zbierano datki dla najuboższych), to dzisiaj czas zakupów do upadłego (**shop till you drop**) oraz spotkań z przyjaciółmi.

Merry Xmas and a Happy New Year to one and all!
Good tidings!

Anita Żytowicz-Kiedrzyńska
kontakt ze szkołą: 607 955 441, 601 942 720

Ogłoszenia – PRACA

■ Poliklinika 10 WSzK w Bydgoszczy zatrudni **lekarza do pracy w POZ**. Zapewniamy pracę w nowo wybudowanym budynku, atrakcyjne wynagrodzenie, przyjazną atmosferę. Kontakt: 261 417 291, e-mail: sekretariat.poliklinika@10wsk.mil.pl

■ Dyrekcja Szpitala Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze zatrudni **lekarza specjalistę** w zakresie **psychiatrii dzieci i młodzieży**. Możliwość zakwaterowania. Kontakt: 68 3274028, e-mail: a.zywiec@cldim.zgora.pl lub a.malecka@cldim.zgora.pl

■ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wielospecjalistyczna Przychodnia „Bartodzieje” sp. z o.o. w Bydgoszczy zatrudni od zaraz **lekarza specjalistę medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych oraz lekarza pediatrę** (mile widziany pełen wymiar czasu pracy). Forma zatrudnienia i warunki płacy do uzgodnienia. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt: tel. 52 3758605 lub 52 3650634, e-mail: biuro-bartodzieje@scs.com.pl

■ Przychodnia Tatrzańska sp. z o.o. w Bydgoszczy ul. Witkiewicza 1 pilnie zatrudni: **lekarza POZ**. Oferujemy: atrakcyjne warunki finansowe, przyjazne środowisko pracy. Kontakt: tel. 52 3440822, e-mail: tatrzańska@pro.onet.pl

■ Wielospecjalistyczne Centrum Medyczne mieszczące się przy ulicy Chopina w Bydgoszczy poszukuje **lekarzy ortodontów** oraz **lekarzy innych specjalności** do współpracy. Oferujemy: doskonałą lokalizację gabinetów w centrum miasta, miejsce postojowe w parkingu podziemnym, obsługę medyczną gabinetów i rejestrację, wsparcie kadry zarządzającej oraz personelu w recepcji, nowoczesne rozwiązania informatyczne w obsłudze pacjenta, dobrze wyposażone gabinety przystosowane dla różnych specjalności (m.in. gabinet stomatologiczny, zabiegowy, rehabilitacyjny), indywidualnie dopasowaną formę i warunki zatrudnienia, elastyczne godziny pracy, pracę w miłej i przyjaznej atmosferze, imprezy okolicznościowe i integracyjne. Pomagamy w wypromowaniu gabinetu (artykuły prasowe, media społecznościowe, portale branżowe). Dołącz do naszego zespołu już dziś! Tel. 798 010 831.

■ Prywatny gabinet nawiąże współpracę z **dentystą**, dobre warunki, miła atmosfera. Tel. 501 405 645.

■ Zatrudnimy **lekarza w POZ** w NZOZ w Bydgoszczy, w lokalizacjach przy ul. Gajowej 17 i przy ul. Pelplińskiej 139. Kontakt tel. 661 666 433, e-mail: gajowa@kwnmed.pl

■ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie zatrudni na atrakcyjnych warunkach lekarzy specjalistów z zakresu: **dermatologii, lekarzy specjalistów lub w trakcie specjalizacji z zakresu: ginekologii, medycyny rodzinnej, pediatrii, lekarzy w ramach POZ, lekarzy w ramach nocnej i świątecznej opieki medycznej**. Warunki finansowe i forma zatrudnienia do uzgodnienia z dyrektorem SPZOZ. Osoby zainteresowane ofertą proszone są o kontakt: tel. 52 3822 353, e-mail: kadry@spzoz.koronowo.pl

■ Pałac Łazienki II Sanatorium Uzdrowskie w Ciechocinku (25 km od Torunia, 30 km od Włocławka) zatrudni **lekarza ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej, balneologii i medycyny fizykalnej, geriatry, kardiologii, ortopedii, neurologii** lub bez specjalizacji. Oferujemy: wysokie wynagrodzenie, elastyczność czasu pracy (dni i godziny do uzgodnienia), zautomatyzowany system informatyczny do prowadzenia dokumentacji medycznej, nowoczesne i profesjonalnie wyposażone gabinety, współpracę z wykwalifikowanym zespołem recepcyjnym i pielęgniarskim, pracę w godzinach dziennych. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt telefoniczny lub mailowy: 537 000 242, biuro@lazienkiresort.com

■ Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu zatrudni: **koordynatora Oddziału Neurologicznego i Udarowego, lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii** lub lekarzy zdecydowanych specjalizować się w wyżej wymienionej dziedzinie, do pracy w ordynacji dziennej oraz na dyżury; **koordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii** lub lekarzy zdecydowanych specjalizować się w wyżej wymienionej dziedzinie, do pracy w ordynacji dziennej oraz na dyżury. Zainteresowanych lekarzy prosimy o kontakt telefoniczny z nr 52 3545 320 w dni powszednie w godz. 08.30–14.30 lub za pośrednictwem adresu e-mail: sekr.nacz@szpitalino.pl

■ NZOZ Rodzina sp. z o.o. zatrudni **lekarzy rodzinnych i pediatrów** do przychodni w Inowrocławiu oraz w Mogilnie. Zapraszamy również lekarzy na rezydenturę z medycyny rodzinnej. Info tel. 52 3181418, 503 097 147, www.nzozrodzina.pl

■ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie zatrudni na atrakcyjnych warunkach **lekarzy specjalistów z zakresu dermatologii, lekarzy specjalistów lub w trakcie specjalizacji z zakresu: ginekologii, medycyny rodzinnej, pediatrii, lekarzy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy w ramach nocnej i świątecznej opieki medycznej**. Warunki finansowe i forma zatrudnienia do uzgodnienia z dyrektorem SPZOZ. Osoby zainteresowane ofertą proszone są o kontakt: tel. 52 3822353, e-mail: kadry@spzoz.koronowo.pl



ZAPRASZAMY DO WSPÓŁPRACY LEKARZY

Lekarze ceniący sobie
komfort pracy, wybierają
MEDICOVER.

Centrum Medyczne Medicover
w Bydgoszczy poszukuje do współpracy
lekarzy wszystkich specjalności, w tym pilnie:

- Lekarza rodzinnego/Internistę
- Ortopedę
- Endokrynologa
- Neurologa
- Psychiatrę
- Gastroenterologa

A CZY TY JUŻ ODKRYŁEŚ, CO JEST DLA CIEBIE NAJWAŻNIEJSZE?

BENEFITY



Twoja umowa:
sam wybierasz
rodzaj zatrudnienia



Twój czas pracy:
brak minimalnej
liczby godzin, elastyczne
godziny pracy



Twoje bezpieczeństwo:
wysokie standardy
bezpieczeństwa
antycovidowego



Twoje dodatkowe korzyści:
pakiet benefitów
na preferencyjnych
warunkach

Jeśli posiadasz...

- tytuł lekarza specjalisty lub jesteś lekarzem będącym w trakcie specjalizacji – po 2. roku specjalizacji
- prawo od wykonywania zawodu
- umiejętność obsługi komputera

... podejmij z nami współpracę.



Zadzwoń
+48 601 297 146



Napisz
cmbydgoszcz@gmail.com



THE iX



Bądź zmianą, której potrzebuje świat.

Odpowiedzialne wybory to dobra przyszłość dla następnych pokoleń. Wybierz elektryczne BMW iX, które powstaje z wykorzystaniem odnawialnych źródeł energii, w większości z naturalnych lub pochodzących z recyklingu materiałów. Tapicerka wykonana w 50% z materiałów z odzysku, skóra garbowana ekstraktem z liści oliwnych, certyfikowane drewno czy dywaniki z Econylu dają wyraz innowacyjnemu podejściu do ekologii, począwszy od najmniejszych detali.

Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Toruńska 272A
Bydgoszcz
tel.: +48 52 339 51 10
www.bmw-dynamicmotors.pl

BMW iX xDrive40: zużycie energii w kWh/100 km (cykl mieszany): 19,4–22,5. Zużycie paliwa w l/100 km (cykl mieszany): 0. Emisja CO₂ w g/km (cykl mieszany): 0. Szczegóły na www.bmw.pl