

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

primum

ISSN 2353-6055 • nr 2 (367) / luty 2022



BYDGOSZCZ PRESS PHOTO 2021

kategoria amatorska - Zofia Ruprecht

Bydgoszcz Press Photo 2021

– wygrywa lekarka!

Za nami pierwsza odsłona konkursu fotografii dokumentalnej Bydgoszcz Press Photo i mamy bardzo dobrą wiadomość! W kategorii amatorskiej zwyciężyła doktor Zofia Ruprecht – specjalistka diabetologii, konsultant wojewódzki w dziedzinie diabetologii, a w czasie wolnym – fotografka, administratorka grupy na FB, gdzie codziennie pojawiają się zdjęcia pięknego miasta i... okazuje się, że to Bydgoszcz. Zabujani w Bydgoszczu (Brombergu) – tak nazywa się prowadzona przez lekarkę facebookowa grupa, ale jej piękne zdjęcia zobaczymy też na Instagramie na: [ajfonowa_bydgoszcz](#)



Zofia Ruprecht w obiektywie Piotra Nalewajka

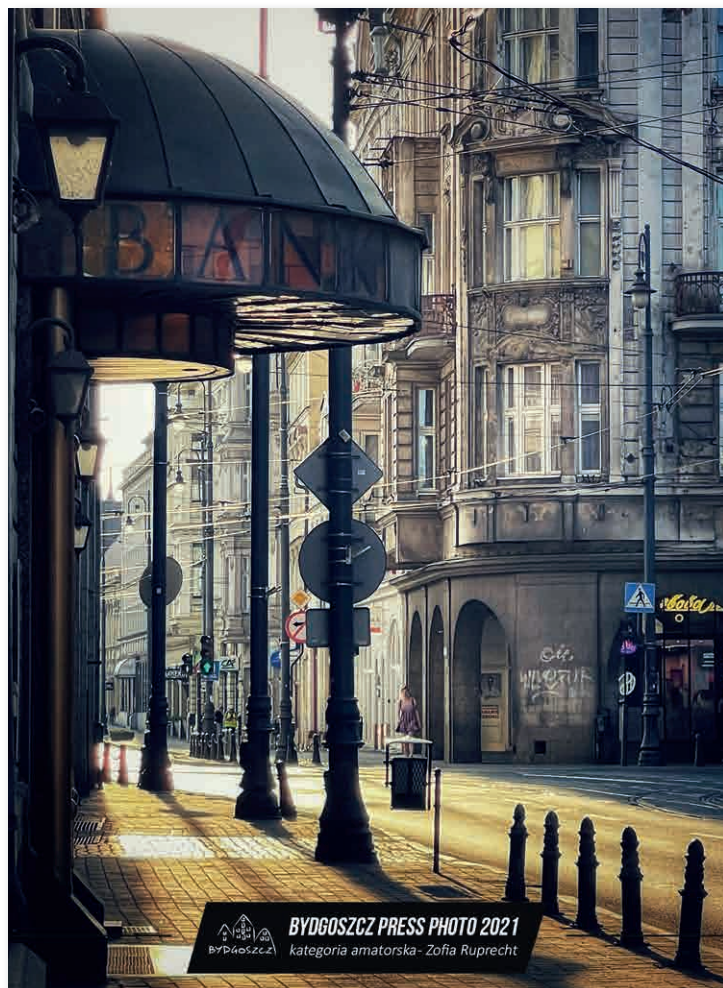
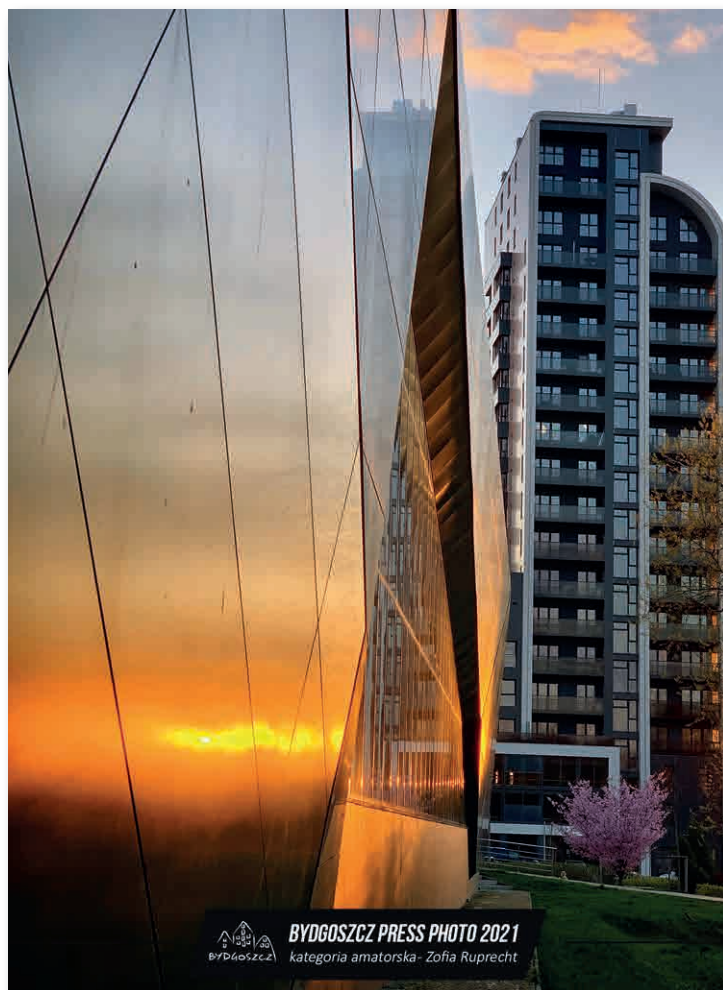
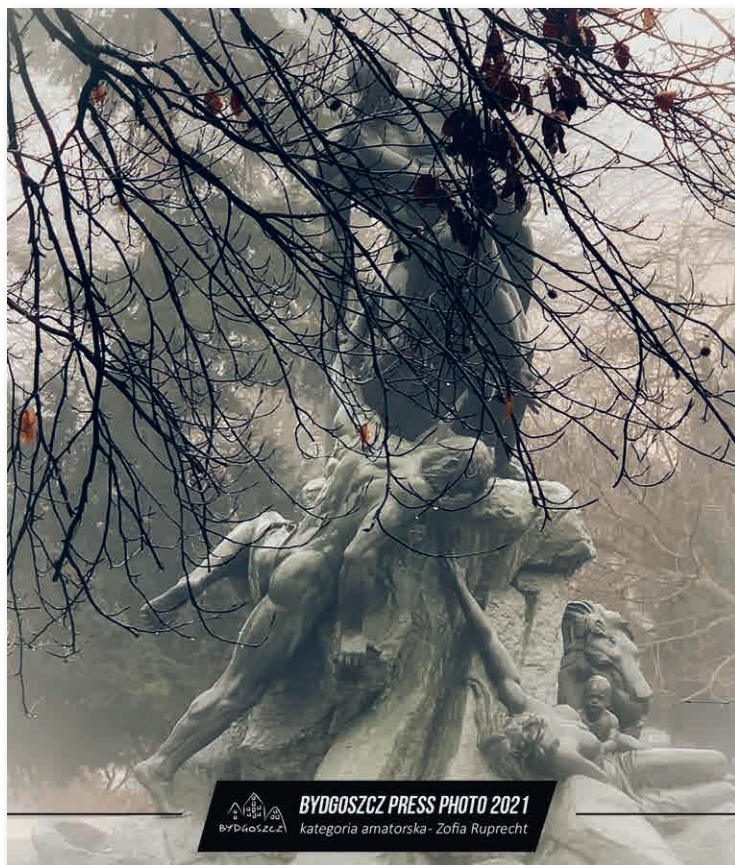
W kategorii zawodowej zwycięzcą został Mateusz Sontowski, który na co dzień zajmuje się fotografią produktową, świadczy też usługi z użyciem dronów.

Prace 80 uczestników – a łącznie nadesłano na konkurs ponad pół tysiąca zdjęć! – oceniała komisja konkursowa. W jej składzie znalazły się m.in. osoby zawodowo zajmujące się fotografią. W ostatnim etapie członkowie jury wybierali zwycięzców spośród prac 8 zawodowców i 36 amatorów.

Teraz zdjęcia trafią do limitowanej edycji kalendarza miejskiego, który będzie wręczany jako upominek od prezydenta miasta.

Kolejna edycja miejskiego konkursu już w tym roku.

Agnieszka Dalke



UWAGA!

Przed nam XLI Okręgowy Zjazd Lekarzy BIL, tym razem sprawozdawczo-wyborczy. Bardzo ważny, ponieważ wybierzemy na nim nowe władze Izby na kolejną, IX kadencję! Zjazd odbędzie się 26 marca o godz. 9.00. Zapraszamy!

W NUMERZE:**TAK MYŚLĘ**

- Adam Niedzielski, czyli jak należy oceniać aktualnego ministra zdrowia 2
- Lekarz w obliczu pandemii: Coraz częściej jesteśmy wypaleni 3

ROZMOWA Z...

- ...lekarzem psychiatrą dr. n. med. Maciejem Klimarczykiem: Warto zgłosić się po pomoc, nawet jeśli jest się lekarzem 4

PSYCHIATRIA

- Pandemia uderzyła w osoby z najstarszymi zasobami kompensacyjnymi 6

OD PEŁNOMOCNIKA

- DS. ZDROWIA LEKARZY 8

POZ BEZ TAJEMNIC

- Dociażyć lekarzy rodzinnych 9

OD KONSULTANTA DS. CHOROŃ ZAKAŹNYCH

- U progu V fali pandemii 10

INFORMUJEMY

- 12, 13

Z BYDGOSKICH OŚRODKÓW:

- Transplantacje komórek krwiotwórczych, tkanek oka i narządów unaczynionych 14

JEST PROBLEM

- Jednoczesne dyżurowanie lekarzy na kilku oddziałach – radca prawny BIL informuje, NFZ odpowiada 16

MEDYCYNĄ OPARTA NA DOWODACH

- Niby każdy się spodziewał, ale jednak się łudził ... czyli cukrzyca a COVID-19 18

WSPOMNIENIE O...

- Doktorze Henryku Gajewskim 20

KSIĄŻKI NIE TOP TEN

- 22

MÓJ JEST TEN KAWAŁEK PODŁOGI

- 23

W PIGUŁCE

- 24

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Strach opanował wielu. To dominujące uczucie nie opuszcza nas żadnego dnia. Lęk przed chorobą, obawa o uzyskanie pomocy medycznej i możliwość sparaliżowania życia przez błyskawicznie rozprzestrzeniający się omikron. Jeżeli ktoś nie wierzy w istnienie chorób zakaźnych, to może poczuć niepokój z powodu reformy podatkowej albo zatrwożyć się, śledząc działania na scenie politycznej. Jakby nie dość tego wszystkiego – znad granicy słychać werble wojenne. Czyżby koniec szczęśliwej Europy? Pozostaje nadzieja, że jeszcze nie!

Wydaje się oczywiste – sytuacja od dawna wymaga mądrych i zdecydowanych działań. Z tego powodu powołano Radę Medyczną ds. COVID-19 przy premierze RP. Niestety, złożenie rezygnacji przez większość jej członków wzmacnia uczucie strachu i daje wyraźny sygnał, że uczestniczymy w balu na Titaniku. Jeżeli mądrzy ludzie nie mają głosu, to kogo słuchamy?

Żeby było jeszcze straszniej w Łodzi został powołany przez resort sprawiedliwości Instytut Ekspertyz Medycznych. Placówka podległa ministerstwu ma za zadanie wspierać pracę prokuratorów i sądów. Rzeczywiście problem uzyskania opinii biegłych często jest trudny i stanowi istotny element postępowania sądowego. Samorząd lekarski dostrzegając od dawna znaczenie biegłych i proponował w tym zakresie zmiany. Niestety, nie pierwszy raz nasz głos nie został wzięty pod uwagę. Pozostaje wątpliwość, czy instytucja, której działalność podlega ministrowi sprawiedliwości będzie w stanie obiektywnie wykonywać swoje zadania, zwłaszcza że dyskusja o systemie no fault utknęła i nie widać jej zakończenia. Dodatkowo należy zauważyć, iż placówki o podobnym charakterze znajdują się również w innych dużych miastach polskich (Warszawa, Kraków, Wrocław, Lublin, Kielce, Radom) i nie zmniejszyło to problemu z szybkim uzyskaniem kompetentnej opinii biegłego. A może to wszystko tylko strachy na Lachy, subiektywne lęki? – oceńcie Państwo sami.

Na zakończenie odrobina optymizmu, zbliża się 22 stycznia – Dzień Babci i Dziadka, korzystam więc z okazji i pozdrawiam wszystkich, jak zawsze serdecznie, ale szczególnie Babcie i Dziadków, zwłaszcza debiutujących w tej roli. „Strasznie” fajnie być dziadkiem!

Dr n. med. Marek Bronisz



Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej



BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

primum

RADA PROGRAMOWA:

prof. Aleksander Araszkiewicz,
red. Agnieszka Banach-Dalke,
lek. Mieczysław Boguszyński,
red. Magdalena Godlewska,
dr n. med. Wojciech Kosmowski,
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: 52 346 00 84, 52 346 07 80

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. 52 346 12 57

• Pełnomocnik ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów:

dr n. med. Wojciech Kosmowski
tel. 605 550 017

DRUK:

Abedik, Bydgoszcz, tel. 52 370 07 10

SKŁAD:

Magraf s.c., Bydgoszcz, tel. 52 379 14 35

Nakład: 4340 egzemplarzy

Adam Niedzielski,

czyli jak należy oceniać aktualnego ministra zdrowia?



Attribution 3.0 Poland cc-by-3.0-pl

Minister zdrowia Adam Niedzielski z pewnością różni się od swoich poprzedników. Pierwszy od dawna (bo od 2004 r.) minister, który nie jest lekarzem – jest ekonomistą, dał się w swoim czasie poznać jako dyrektor generalny Ministerstwa Finansów, a także jako zastępca prezesa, a później i prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Brak wykształcenia medycznego nie musi być w każdym przypadku wadą, ale z pewnością jest zauważalny w działaniach wyżej wymienionego i jego (nie)rozumieniu dla pewnych aspektów działania systemu ochrony zdrowia. Kto czytał moje poprzednie felietony pewnie wie, że mam dużo zastrzeżeń do tego, co czyni z nami i naszym środowiskiem minister Niedzielski – myślę zresztą, że nie ja jedyny. Spójrzmy na jego ostatnie słowa i działania. Oczywiście obiektywnie.

SZYMON
SUWAŁA

Resort zdrowia zapowiedział uruchomienie reformy szpitalnictwa – swoistego rodzaju „konstytucję dla szpitali”, która ma na lata określić zasady ich funkcjonowania. Mam wrażenie deja vu. Czy już aby kiedyś czegoś podobnego nie słyszeliśmy, choćby z ust Konstantego Radziwiłła wprowadzającego sieć szpitali? Analizując poszczególne punkty, widać jednak, że wizja Niedzielskiego jest zgoła inna – to m.in. utworzenie Agencji Rozwoju Szpitali, certyfikowanie kadry menedżerskiej, oddłużenie placówek na podstawie konkretnych planów naprawczych. Eksperti z zakresu prawa i managementu są jednak w tej kwestii niejednomyślni i oceniają pomysły ambiwalentnie, zarzucając ministrowi bazowanie na intuicji, a nie na rzetelnych analizach. Czas pokaże.

Ciekawostką jest rozporządzenie o obowiązkowych szczepieniach dla medyków – ciekawostką, gdyż – mając na uwadze niechęć resortu do aktywnej walki z osobami negującymi trudność sytuacji z COVID-19 – jest to działanie niemal wyłącznie pod publikę, tak by nikt nie mógł powiedzieć, że Ministerstwo jest całkiem bierne. Nawiasem mówiąc, medycy są bodaj najskuteczniej wyszczepioną przeciw SARS-CoV-2 grupą w Polsce.

Minister Niedzielski w jednym z wywiadów powiedział, że niekomfortowym jest oceniać samego siebie, a więc tego robić nie będzie. I to wydaje się błędem podstawowym. Jeśli minister nie ma w planach wyjścia ze swojej strefy komfortu i krytycznego spojrzenia na swoje i kolegów-polityków

działania, skąd ma wiedzieć, jak działać prawdziwie kompetentnie? W jeszcze innym wywiadzie polityk stwierdził, że jest trudnym partnerem w konwersacji, nie toleruje nieprzygotowania rozmówców do dialogu, zniechęca go pustostłowie, banały, frazesy i nieracjonalne argumenty – tylko skoro tak, to jak z dystansu ocenia on działania swojego resortu względem protestujących medyków z Białego Miasteczka 2.0, kiedy to właśnie jego przedstawiciele byli tak naprawdę mistrzami lekceważącego nieprzygotowania? To kolejne z wielu przykładów złego doboru słów. Działań w sumie też – minister bowiem w tym samym artykule stwierdził, że to nie strona ministerialna powinna mieć sobie coś do zarzucenia, a właśnie protestujący. O tempora, o mores! Każdy, kto śledzi przebieg protestu, wie, jak w rzeczywistości to wyglądało i wygląda.

Oddajmy jednak cesarzowi co cesarskie – nie wszystko w ostatnich słowach i działaniach Adama Niedzielskiego było złe. Kiedy małopolska kurator oświaty pytana w mediach o szczepienia nauczycieli przeciw COVID-19 nie zgodziła się z mającym wejść ich obowiązkiem oraz stwierdziła, że jest to de facto eksperyment medyczny, Adam Niedzielski bez wahania zasugerował, że kurator powinna ponieść konsekwencje swoich słów oraz że takie osoby, mające nikły autorytet, nie mogą odpowiadać za edukację. Słowa może i ostre, ale w pełni oddające to, jak nasze środowisko powinno reagować na wszelkie wyrazy dezaprobaty wobec pomysłów prawdziwych autorytetów, znawców tematu mających pomóc nam wyjść z aktualnego epidemiologicznego impasu związanego z SARS-CoV-2. Choć z drugiej strony czemu minister nie był uczestnikiem spotkania z antyszczepionkowcami, podczas gdy w rozmowach uczestniczyli: Jarosław Kaczyński, Mateusz Morawiecki czy Ryszard Terlecki?

Coraz częściej w przestrzeni publicznej, zwłaszcza po stronie opozycyjnej, mówi się o żądaniu dymisji ministra Niedzielskiego. Sam zainteresowany twierdzi, że do dymisji podda się, gdy do wniosku o takiej konieczności dojdzie premier Morawiecki. No i oczywiście po tym, jak z pracy zrezygnuje Beata Lubecka, dziennikarka z Radia Zet – nawiązując tutaj do kolejnej mało roztropnej wypowiedzi ministra w mediach. Rzeczywiście, Adam Niedzielski jest trudnym partnerem konwersacyjnym – może przydałoby mu się potrenować np. w grach towarzyskich jak np. Ego, Taboo czy inne? Tymczasem do dymisji poddało się 13 z 17 członków Rady Medycznej sugerującej postępowanie w pandemii – trudno im się zresztą dziwić w sytuacji, gdy ich pomysły były traktowane z taką nonszalancją, ignorancją, a czasem nawet pogardą. Trzeba wiedzieć, kiedy ze sceny zejść niepokonanym.

Palmę pierwszeństwa w nieprzystępności i „ciekawych” pomysłach może odebrać Niedzielskiemu inny minister – Zbigniew Ziobro, który poinformował, że pracę rozpoczyna Instytut Ekspertyz Medycznych. Twór mający tak szeroki wachlarz zaplanowanych zadań (zależających się z obowiązkami MZ, rzecznika praw pacjenta i większości medycznych towarzystw naukowych), że trudno nie mieć wrażenia, że to instytucja wybitnie hybrydowa i interdyscyplinarna. Przez to raczej – niedorzeczna. Polecam każdemu zgłębić ten temat osobiście – zwłaszcza tym, którzy mają zapędy sadomasochistyczne...

Podobnie każdemu polecam samemu odpowiedzieć na pytanie z tytułu – jakie jest Wasze zdanie?

Coraz częściej jesteśmy wypaleni

ALEKSANDRA
ŚREMSKA

ILU LEKARZY CZYNNIE WYKONUJE ZAWÓD W POLSCE?

Z raportu Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r.” wynika, że lekarzy czynnie wykonujących zawód w 2020 r. było około 153,5 tys.

Naczelna Izba Lekarska podaje z kolei, że aktywnych zawodowo lekarzy – przynajmniej teoretycznie (opłacających składkę i figurujących w rejestrze) – jest 145,6 tys. czyli około 10 tys. mniej niż podaje raport GUS. W tym samym raporcie czytamy, że na 153,5 tys. lekarzy z pacjentem pracują około 92 tys. Można przypuszczać, że rozbieżności pomiędzy liczbą lekarzy posiadających PWZ a liczbą lekarzy bezpośrednio pracujących z pacjentem wynikają z braku uwzględnienia sektora prywatnego ochrony zdrowia, zjawiska emigracji, niewzięcia pod uwagę lekarzy na emeryturze czy lekarzy pracujących w branżach pozamedycznych. Migracja do sektora prywatnego ochrony zdrowia jest zjawiskiem nasilonym przez znaczne pogorszenie warunków pracy w niedofinansowanym sektorze publicznym. Z kolei ze środowiska młodych lekarzy płyną sygnały, że coraz częściej rozważają i realizują swoje plany emigracyjne. Część z nas deklaruje również chęć zaprzestania uprawiania zawodu i przebranżowienia się. U podłoża tych zjawisk leżą coraz gorsze warunki pracy, wypalenie zawodowe oraz niepewność przyszłości.

NIEPEWNOŚĆ PRZYSZŁOŚCI

Lekarze byli wielokrotnie zaskakiwani nieoczekiwanymi decyzjami rządzących. Dotyczyły one zarówno organizacji pandemicznej rzeczywistości, jak również istotnych zmian w systemie kształcenia lekarzy. Polska należy do grupy najbardziej dotkniętych skutkami COVID-19 krajów na świecie. Przyczyn tego stanu w mojej opinii jest wiele – brak dostatecznego przygotowania rządzących wobec kolejnych fali pandemii, brak osiągnięcia odpowiedniego poziomu wyszczepialności społeczeństwa, znaczne pogorszenie kondycji systemu ochrony zdrowia, chaos organizacyjny czy niedobory kadr medycznych.

Mimo stałych apeli środowiska lekarskiego dotyczących złej kondycji systemu ochrony zdrowia, których wyrazem był także Wielki Protest Pracowników Ochrony Zdrowia, mam wrażenie, że medycy nadal czują się osamotnieni w upadającym systemie.

Trudno więc ze spokojem patrzeć w nadchodzącą przyszłość.



PANDEMIA, A WYPALENIE ZAWODOWE

Pandemia w znaczny sposób wpłynęła na pogorszenie kondycji psychofizycznej pracowników ochrony zdrowia. Wśród lekarzy nagłym problemem staje się wypalenie zawodowe. Mimo że lekarze kochają swoją pracę i wielokrotnie to podkreślają, coraz częściej tracą satysfakcję z wykonywanej pracy.

Kolejna fala pandemii to kolejne wyzwania, kolejne dylematy i niestety większa liczba wypalonych lekarzy, pracujących ponad swoje siły.

Brak wsparcia, przewlekłe zmęczenie i stres, przeciążenie liczbą pacjentów, ciągła presja czasu, a dodatkowo agresja ze strony pacjentów – nierozumiejących realiów systemu – z tym codziennie się mierzymy. Przekazy płynące z przestrzeni medialnej niejednokrotnie są dla medyków krzywdzące, obwiniając ich za nieudolność systemu ochrony zdrowia, a jednocześnie generując nierealne oczekiwania pacjentów względem nas. Wspomniane problemy tylko potęgują skalę wypalenia zawodowego, które dotyka około 50 % lekarzy, choć istnieją badania, które wskazują na znacznie większą skalę zjawiska.

Wypalenie w naszej grupie zawodowej jest zjawiskiem szczególnie niekorzystnym na wielu poziomach i dotyczy nie tylko lekarzy, ale także ich rodzin, personelu oraz pacjentów.

W ramach Porozumienia Rezydentów cyklicznie badamy opinie młodych lekarzy odnośnie do ich warunków pracy, największych problemów, z jakimi się borykają w konkretnych dziedzinach medycyny. Na pierwszy plan rankingu tych problemów ostatnio wcale nie wysuwają się kwestie finansowe, a nawet organizacyjne, a właśnie symptomy wypalenia zawodowego. Jako lekarz rodzinny, sama codziennie odczuwam rozdźwięk między wymaganiami i oczekiwaniami pacjentów, a moimi możliwościami czy realnym potencjałem systemu.

Doskonale rozumiem moje koleżanki i kolegów, u których codziennie uczucie frustracji i poczucie bezsilności może stać się jedną z przyczyn wypalenia. W związku z powyższym istotne wydaje mi się wprowadzenie odpowiedniej edukacji dotyczącej wypalenia zawodowego oraz odpowiedniej opieki psychologicznej dla lekarzy, już na etapie studiów, z późniejszą kontynuacją na każdym szczeblu rozwoju zawodowego, ze wsparciem samorządu lekarskiego.

O autorce: Aleksandra Śremska – wiceprzewodnicząca Komisji ds. Młodych Lekarzy Bydgoskiej Izby Lekarskiej; wiceprezeska Wojewódzkiego Zarządu Kolegium Lekarzy Rodzinnych; sekretarz Porozumienia Rezydentów; działaczka @polkiwmedycynie; edukatorka medyczna; specjalistka medycyny rodzinnej i certyfikowana lekarka Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością; absolwentka studiów podyplomowych w zakresie prawa medycznego i zarządzania w ochronie zdrowia



” Niedawno przybyła nowa grupa pacjentów – niezaszczepieni, którzy zarazili kogoś bliskiego, w wyniku czego ten bliski zmarł. To są dla mnie bardzo trudne wizyty, bo wzbudza się we mnie złość, a ludzie przychodzą po to, by im pomóc, a nie prawić spóźnione kazania.

► Niedługo miną dwa lata, odkąd funkcjonujemy w pandemii SARS-CoV-2... Widać ją u Pana w gabinecie?

Oczywiście. W tym czasie bardzo wiele się zmieniło. Medycyna się zmieniła. Przyjmujemy pacjentów w reżimie sanitarnym, czasem również online, co uważam za znaczne utrudnienie i niedogodność, bo wartość tych wizyt jest znacznie mniejsza. Ale też rozmawiamy o koronawirusie – są to różne tematy: od tego, jak sobie poradzić z utratą bliskich, po takie, gdzie to pacjent przekonuje mnie, że pandemia nie istnieje. Pojawiają się też osoby z powikłaniami po COVID, np. z zaburzeniami poznawczymi. Niedawno przybyła nowa grupa pacjentów – niezaszczepieni, którzy zarazili kogoś bliskiego, w wyniku

Przychodzą wtedy, gdy ich własne leczenie okazuje się niewystarczające. Czasem udzielam kolegom konsultacji telefonicznych, gdy pytają: „jaki lek najlepiej sobie włączyć na...”

► Ostatnio w wielu rozmowach z lekarzami głównym tematem jest zbyt duże obciążenie pracą. Często, w związku z pandemią, pracą w nie-swojej specjalności, co dodatkowo obciąża i stresuje, pracą bez wsparcia, a nawet pod presją, że: „jak nie podejmiesz dodatkowych wyzwań, to się pożegnamy”. Perspektyw na poprawę sytuacji brak... Frustracja, permanentne zmęczenie – postępują, a dalej to już chyba wypalenie zawodowe, depresja... Panie Doktorze, jak się przed tym uchronić? Jak w takiej sytuacji o siebie zadbać? Dopóki nie jest za późno...

„Jak nie podejmiesz dodatkowych wyzwań, to się pożegnamy” – to najgłupsze, co może powiedzieć menedżer i dyrektor. To raczej z nim powinno się pożegnać. Z drugiej strony – to co Pani mówi jest prawdą. Żeby uchronić się przed wypaleniem zawodowym, konieczny jest właściwy balans praca-życie. Powinien przyjsć taki czas, kiedy każdy lekarz powie sobie – zaczynam dbać o siebie. Może brzmi banalnie, ale nie ma innego rozwiązania. Jeśli nie zaczniemy szanować siebie, nikt nie będzie szanował nas. Kiedyś na kursie psychoterapii usłyszałem, że dobry terapeuta to wypoczęty terapeuta. Ciekawe, że usłyszałem to po raz pierwszy od psychologa, nie od lekarza. Jak słyszę, że jakiś lekarz zmarł na dyżurze po kilku dniach pracy bez przerwy, to myślę, że sam był sobie winien. Uważam jednak, że najczę-

Warto zgłosić się po nawet jeśli jest się lekarzem...

czego ten bliski zmarł. To są dla mnie bardzo trudne wizyty, bo wzbudza się we mnie złość, a ludzie przychodzą po to, by im pomóc, a nie prawić spóźnione kazania.

► Problemy psychiczne Polaków wciąż się pogłębiają, na co wpływa m.in. pandemia. Pomocy wymaga już ¼ dorosłych! Czytałam, że w pierwszej fali SARS-CoV-2 dominowały zaburzenia lękowe spowodowane przez nieznaną zagrożenie, niepewność. Z jakimi problemami zmagają się teraz Pana pacjenci?

Do psychiatrów zgłaszają się pacjenci z całym spektrum zaburzeń psychicznych, chociaż ostatnio zauważam największy przyrost tych z depresją i lękiem w różnych postaciach. Oczywiście każdy prezentuje indywidualny zespół objawów, one mogą się różnić u poszczególnych osób, czasem znacznie. Tak samo jak różnią się sposoby radzenia sobie z zaburzeniem. Ale przez ostatnich kilka miesięcy ogromna liczba osób mówi mi mniej więcej coś takiego: „boję się wyjść z domu”. Możemy stwierdzić agorafobię, którą rozpoznawaliśmy również wcześniej, choć teraz ta obawa wydaje się mieć nieco bardziej skomplikowane podłoże.

► Jedną z najbardziej obciążonych skutkami pandemii grupą są pracownicy ochrony zdrowia. Są też Pana pacjentami? Z czym przychodzą?

Jest spora grupa pielęgniarek i ratowników medycznych, którzy zgłaszają wyczerpanie na granicy wypalenia zawodowego. Towarzyszą temu stany napięcia, bezsenność, niepokój, obawy o byt i wiele innych objawów. Często potrzebne jest zwolnienie lekarskie. Lekarze zgłaszają się rzadziej, sądzą, że większość próbuje leczyć się sama.

ciej to my sami narzucamy sobie zbyt wiele obowiązków, tłumacząc się przed sobą, że nas do tego zmuszają. Kto zmusza? Warto odpowiedzieć sobie na to pytanie, ale tak szczerze.

► A kiedy powinna nam się zapalić czerwona lampka ostrzegająca, że coś ze mną dzieje się nie tak, że sam już sobie ze sobą nie poradzę? Jakie objawy, zachowania powinny nam uzmysłwić, że musimy szukać pomocy u specjalisty, że przestajemy sobie radzić?

Jest wiele objawów, które powinny skłonić do zmiany stylu życia, a czasem faktycznie już do szukania pomocy, jeśli sami nie potrafimy tej zmiany dokonać. Najczęstsze z nich to: napięcie pod wpływem my-

” Jakaś postanka wmawiała niedawno ludziom, że na COVID najlepszy jest św. Andrzej Bobola. Ja pukam się w głowę, ale nie słyszę, by duchowni również pukali się w głowę. Im to najwyraźniej pasuje. Prof. Horban powiedział niedawno, że cofnęliśmy się o 300 lat. Zgadza się z nim. Nie wszyscy, ale spora część naszego społeczeństwa jest w jakimś amoku, który dla mnie jest regresem.

śli o pracy, spadek wydajności, drażliwość w pracy lub poza nią, zaburzenia snu poprzedzone stanami napięcia, które praca wywołuje. Albo też taki stan, kiedy po dwutygodniowym urlopie nadal jesteśmy zmęczeni i odczuwamy ucisk w żołądku na samą myśl o powrocie do pracy. To są pierwsze objawy wypalenia, później mogą się pojawić powikłania – pełnoobjawowa depresja, zaburzenia lękowe lub inne zaburzenia psychiczne bądź somatyczne. Wypalenie najczęściej nie minie samo, dlatego warto zgłosić się po pomoc, nawet jeśli jest się lekarzem.

► **Rozmawialiśmy o dorosłych, których doświadczyła pandemia, ale dzieciom też w jej czasie nie jest łatwo... Od stycznia do października 2021 ponad 1000 dzieci próbowało popełnić samobójstwo. Prawie 100 prób zakończyło się śmiercią... Podobno tak dramatycznego roku nigdy nie było. Panie Doktorze, co się dzieje?!**

Myślę, że jedną z przyczyn może być dwuletnie nauczanie online. Dzieci, u których powinny się rozwijać umiejętności społeczne, przez dwa lata siedziały w swoich pokojach, często nawet w łózkach. Nigdy wcześniej nie słyszałem tylu skarg od uczniów, że boją się pójść do szkoły. Czego się obawiasz w tej szkole – pytam. Nie wiem – pada najczęstsza odpowiedź. Bardzo trudno jest sprecyzować im te obawy, nazwać je, uszczegółowić. Po prostu się boją, odczuwają stres, ale nie zastanawiają się nad konkretnymi sytuacjami. Ja to trochę odbieram jak powikłanie po długim odcięciu od ludzi. Oczywiście są jeszcze inne przyczyny: zapracowani albo zestresowani rodzice, rozluźnienie relacji pozaszkolnych, uza-

pomoc,

Z lekarzem psychiatrą
dr. n. med. Maciejem Klimarczykiem,
rozmawia Agnieszka Banach-Dalke

leżnienie od mediów społecznościowych. Sądzę jednak, że wspólnym mianownikiem są relacje. Zdrowe relacje są niezbędne dla zdrowia psychicznego, ich brak – często jest czynnikiem ryzyka zaburzenia.

► **Widać, że w pandemii nie czujemy się dobrze, a nic nie wskazuje na to, że szybko będziemy mogli ogłosić jej koniec. Codziennie znika z powierzchni Polski mała wioska. Wioska, której mieszkańcami są głównie niezaszczepieni... Dlaczego pomimo śmiertelnego zagrożenia Polacy się nie szczepią?**

Staram się codziennie odpowiedzieć na to pytanie i różne odpowiedzi przychodzą mi do głowy. Dlatego, że rządzący myślą tylko o sobie, dlatego, że polscy duchowni myślą tylko o sobie, dlatego, że są media społecznościowe, które propagują nieprawdziwe treści dotyczące medycyny. Sam jestem zdziwiony, jak wiele osób jest na nie podatnych. Zauważam u nich pewne wspólne cechy – wysoki poziom lęku, podejrzliwość i sztywność poznawczą. Jakaś postanka wmawiała niedawno ludziom, że na COVID najlepszy jest św. Andrzej Bobola. Ja pukam się w głowę, ale nie słyszę, by duchowni również pukali się w głowę. Im to najwyraźniej pasuje. Prof. Horban powiedział niedawno, że cofnęliśmy się o 300 lat. Zgadza się z nim. Nie wszyscy, ale spora część naszego społeczeństwa jest w jakimś amoku, który dla mnie jest regresem.

► **Jeszcze dziwniejszym zjawiskiem jest to, że nie szczepią się sami lekarze! Ba, są nawet autorami teorii spiskowych głoszących np., że szczepionki są eksperymentem medycznym. Czy specjalista psychiatrii może to wyjaśnić?**

primum



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).

Lekarz też człowiek. Lekarze także mają czasem wysoki poziom lęku, nieufności i sztywność poznawczą. Z jednej strony to niezwykle, że evidence based medicine nie jest dla nich najważniejsza, ale z drugiej strony – głębokie przekonania zawsze wezmą górę u osoby sztywnej emocjonalnie lub poznawczo lub u kogoś z paranoicznymi cechami osobowości. I nie chodzi tu tylko o szczepionki, ale o wszystko, co wiążemy ze światopoglądem. Antyszczepionkowcy kierują się przekonaniem i emocjami, nie nauką.

► **Ta trudna, obciążająca wszystkich sytuacja trwa i na razie jej końca nie widać... Czy możemy przetrwać ten trudny czas w dobrej kondycji psychicznej? Wykształcić jakieś mechanizmy obronne?**

Możemy, chociaż jedni poradzą sobie lepiej, inni gorzej. Dobrze by było ograniczać straty. W Polsce straty wydają się być bardzo wysokie. Wspominałem już, co moim zdaniem się do tego przyczynia. Jeśli jednak chcemy je ograniczyć – warto zainwestować w rekreację (z tym również u nas dość kiepsko) – zarówno fizyczną, jak i umysłową czy duchową, ale przede wszystkim – warto dbać o relacje, bo według mnie to jest największe zagrożenie i największa szansa jednocześnie.

Pandemia COVID-19 stała się – niemal od początku – sporym wyzwaniem, wywołując wiele zmian społecznych oddziałujących na szereg aspektów życia codziennego praktycznie wszystkich ludzi. Nie może dziwić, że badacze od samego początku starali się opisywać i eksplorować medyczne, psychologiczne i społeczne efekty tego globalnego zjawiska.

Wyłaniający się z tych badań obraz ma charakter w pewnym sensie historyczny, ponieważ opisuje stan sprzed roku czy kilku miesięcy, a jak się przekonaliśmy – sytuacja epidemiczna zmienia się dynamicznie, można powiedzieć mutuje wraz z kolejnymi mutacjami koronawirusa, i dlatego częściowo dezaktualizuje dotychczasowe ustalenia naukowców. Próba opisu sytuacji w oparciu o wyniki badań ma więc charakter tymczasowy i retrospektywny.

WIKTOR
DRÓŻDŻ

PIERWSZE PSYCHOPATOLOGICZNE NASTĘPSTWA PANDEMII POJAWIŁY SIĘ JUŻ W PIERWSZYCH JEJ TYGODNIACH i wynikały z poczucia niepewności, napięcia i licznych ograniczeń oraz poważnych zmian, które przyniosła. We wczesnym etapie pandemii COVID-19 odnotowano nasilenie lęku przed zarażeniem się, jak i przed możliwością zakażenia innych, zwłaszcza osób bliskich. Ponadto źródłem stresu było poczucie niewiadomej co do tego, jak potoczą się wydarzenia, jakie kolejne konsekwencje wystąpią. Powszechne stało się też poczucie niepewnej sytuacji ekonomicznej i zagrożenia utratą zatrudnienia. Poważną zmianą było upowszechnienie nauki i pracy w trybie zdalnym, co stało się kolejnym wyzwaniem. W rezultacie liczba osób zgłaszających się po pomoc medyczną w Danii z powodu zaburzeń lękowych wzrosła w 2020 r. w porównaniu do 2019 o 20%, a z powodu depresji – o 15%. Dane te pochodzą od głównego ubezpieczyciela w tym kraju, firmy Tryg. We wczesnym okresie pandemii COVID-19 – jak wynika z metaanalizy 66 badań przeprowadzonych w różnych krajach świata z udziałem łącznie niemal 222 tys. osób – rozpowszechnienie depresji szacowano na 31%, lęku na 32%, a zaburzeń snu na 38%.

Jak podawało w cotygodniowych raportach amerykańskie Centrum Kontroli Chorób i Prewencji, częstość występowania jakiegokolwiek formy objawów depresyjnych w czerwcu 2020 r. wynosiła 25%, a w styczniu 2021 r. – 30%. Częstość występowania objawów lękowych wzrosła w tym okresie z 31% do 37%.

W TYM SAMYM BIULETYNIE DOKONANO PRÓBY OCENY WPŁYWU NAUKI W TRYBIE ZDALNYM NA ZDROWIE PSYCHICZNE. Spośród

dzieci niemal 1300 respondentów (rodziców) nieco ponad 45% uczyło się zdalnie, 31% w trybie stacjonarnym, a niecałe 24% w trybie hybrydowym. Zarówno rodzice, jak i ich dzieci uczące się zdalnie lub w trybie hybrydowym – uzyskali gorsze wyniki w 11 z 17 wskaźników stresu, samopoczucia psychicznego i aktywności fizycznej dziecka oraz emocjonalnego niepokoju rodziców w porównaniu z osobami, których dzieci korzystały z nauki stacjonarnej w szkole. Rodzice dzieci uczących się w domu częściej zgłaszali też, że mają trudność w zapewnieniu dzieciom opieki. Rodzice dzieci uczących się zdalnie częściej niż rodzice dzieci uczęszczających do szkoły zgłaszali utratę pracy (odpowiednio 43% w porównaniu z 31%). Obawy o utrzymanie stanowiska pracy w czasie pandemii częściej pojawiały się również tam, gdzie dzieci uczyły się w domu – 27% w porównaniu z 15% rodziców, których dzieci uczęszczały do szkoły.

Pandemia

w osoby z najłagodniejszymi

Zagadnienie wpływu zmian wywołanych pandemią COVID-19 na dzieci i młodzież stało się przedmiotem metaanalizy 23 badań epidemiologicznych z udziałem niemal 58 tys. osób. Stwierdzono, że u 29% z nich występują objawy depresji, lęku – u 26%, zaburzenia snu obecne były u 44% osób, a objawy z kręgu zaburzenia stresowego pourazowego dotyczyły 48% badanych. Czynniki predysponujące do depresji i lęku były wiek nastoletni i płeć żeńska.

ZAINTERESOWANIE WZBUDZAŁA RÓWNIEŻ KWESTIA STABILNOŚCI CZY UPORCZYWOŚCI OBSERWOWANYCH W POCZĄTKOWYCH MIESIĄCACH PANDEMII COVID-19 OBJAWÓW WYNIKAJĄCYCH ZE STRESU. Dlatego reprezentatywna dla populacji Irlandii grupa ponad 1000 osób została zbadana w lutym 2019 i ponownie w marcu-kwietniu 2020 r. Użyto zestawu kwestionariuszy oceniających objawy depresji, lęku, poziom odporności psychicznej i poczucie kontroli, poziom empatii, nasilenie lęku przed śmiercią, nietolerancję niepewności, skalę poczucia osamotnienia, a także skalę oceniającą stan somatyczny. Znacząco więcej osób uzyskało wynik wskazujący na występowanie depresji podczas pierwszego badania – przed pandemią – (niemal 30%) w porównaniu z drugim badaniem (niemal 23%). Natomiast częstość występowania lęku uogólnionego nie zmieniła się. Drugim wnioskiem, nieco zaskakującym, było stwierdzenie, że nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego w populacji w wyniku pandemii nie uległo istotnym zmianom. Ustalono, że czynnikami ryzyka wystąpienia depresji pod wpływem pandemii były: młodszy wiek, zamieszkiwanie poza obszarami miejskimi, niższy poziom odporności psychicznej, wyższe poczucie osamotnienia oraz większe nasilenie problemów ze zdrowiem somatycznym. Natomiast czynnikami ryzyka pojawienia się lęku uogólnionego w związku z pandemią były: płeć żeńska, praca twarzą w twarz z interesantami, brak zakażenia SARS-CoV-2, większe problemy finansowe wskutek pandemii, większe nasilenie wewnętrznego miejsca kontroli, większe nasilenie lęku przed śmiercią, większe nasilenie osamotnienia i większe nasilenie problemów somatycznych.

Cotygodniowa samoocena ponad 70000 osób dorosłych w Wielkiej Brytanii przy pomocy skali do oceny depresji (PHQ-9) oraz skali do oceny lęku (Generalised Anxiety Disorder scale), prowadzona od 23 marca do 9 sierpnia 2020 r., wykazała, że nasilenie objawów lęku

i depresji spadało systematycznie podczas 20 tygodni trwania lockdownu w Wielkiej Brytanii. Czynniki ryzyka większego nasilenia lęku i depresji na początku lockdownu były: płeć żeńska, młodszy wiek, niższe osiągnięcia edukacyjne, niższy poziom dochodów, wcześniejsze zaburzenia psychiczne, życie w pojedynkę lub tylko z dziećmi. Z kolei czynnikami ryzyka hospitalizacji z powodu COVID-19 w Wielkiej Brytanii okazały się: niższy poziom edukacji, niższy poziom dochodów, większy dystans społeczny, typ zatrudnienia (brak pracy i mało intensywna praca albo bardzo intensywna praca), dystres psychologiczny, zaburzenia psychiczne, neurotyzm, dysfunkcje poznawcze w zakresie wnioskowania werbalnego i liczbowego oraz szybkości reakcji. Zwrócono uwagę, że zwłaszcza ten ostatni czynnik mógł być odpowiedzialny za trudności w rozumieniu informacji o pandemii, dostosowaniu się do zmian i respektowaniu koniecznych ograniczeń.



ZABURZENIA PSYCHICZNE I UZALEŻNIENIA WŚRÓD PERSONELU OCHRONY ZDROWIA W DOBIE COVID-19 TO KOLEJNY OBSZAR BADAŃ.

Na przełomie kwietnia i maja 2020 r. oceniono na podstawie ankiet 571 osób pracujących na pierwszej linii frontu walki z COVID-19 w USA, tj. 98 lekarzy i pielęgniarek z oddziałów szpitalnych oraz 473 pracowników ratownictwa (ratowników medycznych, strażaków, policjantów). U 56% badanych wystąpił co najmniej jeden z wymienionych w ankiecie problemów psychicznych – stres pourazowy, depresja, lęki, ryzykowne picie alkoholu czy bezsenność. Każdy z problemów występował u co najmniej 15% pracowników. Najczęstsze okazały się: ryzykowne picie alkoholu, bezsenność i depresja. W konkluzji podano, że ryzyko zaburzeń psychicznych u pracowników medycznych i ratowników okazało się podobne do tego, jakie występowało u ofiar huraganu Katrina czy po atakach z 11 września 2001 r. Warto podkreślić, że około 36% badanych przyznało się do ryzykownego picia alkoholu (z wcześniejszych badań wynika, że w tej grupie pracowników odsetek ryzykownie pijących w typowych warunkach pracy przed pandemią wynosił ok. 22%). Ryzykowne picie stwierdzano częściej u osób zajmujących się bezpośrednią opieką nad pacjentami z COVID-19 oraz nadzorujących pracę innych.

PRZECHODZĄC DO OMÓWIENIA SYTUACJI W NASZYM KRAJU, CHCIAŁBYM PRZYTOCZYĆ BADANIE ANKIETOWE DOTYCZĄCE SAMOPOCZUCIA PSYCHICZNEGO POLAKÓW PRZEPROWADZONE WIOSNĄ 2021 r.

Częste i bardzo częste napięcie psychiczne zgłosiło niemal 50% respondentów, bezsenność – 41%, problemy z koncentracją – 43%, „nastroje depresyjne” – 44%. Z kolei objawy psychosomatyczne takie jak: „problemy z oddychaniem” potwierdziło 27% osób, bóle w klatce piersiowej – 30% i „problemy trawienne” 33%. Ok. 12% badanych konsultowało się w trakcie pandemii z psychoterapeutą lub psychologiem.

Raport ZUS dotyczący zwolnień lekarskich wystawionych w 2020 r. wskazuje, że ok. 1,5 mln zwolnień lekarskich wystawiono z powodu zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania, co stanowiło 7% wszystkich zaświadczeń o niezdolności do pracy. Zwolnienia z powodu zaburzeń psychicznych zostały wystawione na łączną liczbę 27,7 mln dni, tj. 11% ogólnej liczby dni absencji. W porównaniu do 2019 r. nastąpił wzrost liczby zaświadczeń z tytułu zaburzeń psychicznych o 25% oraz wzrost liczby dni absencji chorobowej o 37%.

W badaniu kwestionariuszowym przeprowadzonym przez psychologów z ośrodka warszawskiego w pierwszym okresie pandemii COVID-19 wzięło udział 1115 osób w wieku 18–85 lat, stanowiących próbę reprezentatywną dla populacji polskiej. Uczestnicy wypełnili online skale oceniające występowanie depresji, lęku uogólnionego, skalę doświadczanego lęku przed COVID-19, skalę trudności związanych z pandemią i skalę wsparcia społecznego. W młodszych grupach wiekowych (18–29 i 30–44) nasilenie objawów lęku uogólnionego i depresji było wyższe niż w starszych grupach wiekowych (45–59 i 60–85). Osoby w wieku 18–29 miały istotnie niższe poczucie ryzyka dla zdrowia i życia związane z COVID-19 aniżeli osoby w wieku 30–44, 45–59 i 60–85. Podobnie osoby w wieku 30–44 lata miały niższe poczucie ryzyka dla zdrowia i życia związane z COVID-19 aniżeli osoby w wieku 45–59 i 60–85 lat.

uderzyła zasobami kompensacyjnymi

DYSFUNKCJE POZNAWCZE BUDZĄ TAKŻE ZAINTERESOWANIE JAKO POTENCJALNE NASTĘPSTWA PRZEBYCIA COVID-19. Po dwóch miesiącach od wypisania ze szpitala zaburzenia funkcji poznawczych występowały u ponad 50% badanych, przy czym u 16% obecne były problemy ze sprawnością funkcji wykonawczych (takich jak przetwarzanie informacji, pamięć operacyjna, myślenie kreatywne), u 6% osób – problemy w zakresie funkcji wzrokowo-przestrzennych, u 6% – zaburzenia pamięci, a u 25% – mieszane dysfunkcje poznawcze. Zaobserwowano ponadto, że ok. 20% pacjentów po przebyciu COVID-19 miało objawy zaburzenia stresowego pourazowego, a u 16% stwierdzano objawy depresji. Po 10 miesiącach odsetek osób z zaburzeniami poznawczymi obniżył się do 36%, ale objawy zaburzenia stresowego pourazowego i depresji utrzymywały się u podobnego odsetka pacjentów jak w pierwszym badaniu. Warto zaznaczyć, że przewlekły stres i depresja są czynnikami ryzyka narastania dysfunkcji poznawczych, zwłaszcza u osób w starszym wieku.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę na wyniki badania post-mortem mózgów 19 osób zmarłych z powodu COVID-19. Stwierdzono w nim, że zmiany neurodegeneracyjne polegają na podwyższeniu ilości złogów β -amyloidu w mózgu. Ponadto wykryto obecność SARS-CoV-2 w pniu mózgu. Tego typu zmian nie wykryto w mózgach pacjentów, którzy zmarli w oddziale intensywnej terapii z innych przyczyn.

Dokonano również imponującej analizy danych elektronicznej dokumentacji medycznej 69 mln obywateli USA, gdzie u 62354 osób rozpoznano COVID-19. Częstość występowania rozpoznania FX – jakiegokolwiek zaburzenia psychicznego – w okresie 14–90 dni po przebyciu COVID-19 wynosiła 18,1%, w tym po raz pierwszy w życiu postawiono je u 5,8% pacjentów. Obliczony wskaźnik ryzyka pojawienia się po raz pierwszy diagnozy zaburzenia psychicznego wynosił 2,1 i był zmiennie wyższy ($p < 0,0001$) niż wskaźnik dla sześciu innych powszechnych problemów medycznych. Szczególnie wysokie wartości ryzyka dotyczyły zaburzeń lękowych, zaburzeń snu i otępienia.

Z drugiej strony diagnoza zaburzenia psychicznego w poprzedzającym roku wiązała się ze zmiennie wyższym wskaźnikiem ryzyka zachorowania na COVID-19 (ryzyko względne = 1,65). Ryzyko to było niezależne od innych znanych fizycznych czynników ryzyka dla COVID-19.

Czynnikami ryzyka występowania objawów depresji i lęku we wszystkich grupach wiekowych okazały się przede wszystkim trudności w relacjach z domownikami, a ponadto: odczuwane ryzyko dla zdrowia i życia związane z COVID-19, strach i poczucie niepewności, konieczność radzenia sobie z obowiązującymi restrykcjami, pogorszenie sytuacji finansowej (co dotyczyło tylko najmłodszej grupy). Brak kontaktów społecznych stanowił dodatkowy czynnik nasilający objawy depresji i lęku w najmłodszej (18–29) i najstarszej grupie wiekowej (60–85). Jak zwracają uwagę autorzy – można przypuszczać, że osoby w pozostałych przedziałach wiekowych były intensywnie zaangażowane w relacje z domownikami z powodu przymusowego zamknięcia i mógł być to czynnik uwypuklający trudności w relacjach z nimi.

NAJPOWAŻNIEJSZYM PUNKTEM KOŃCOWYM W PSYCHIATRII SĄ ZGONY SPOWODOWANE SAMOBÓJSTWAMI. W ocenie dr Iwony Koszewskiej, kierowniczki biura ds. zapobiegania samobójstwom Instytutu Psychiatrii i Neurologii, analiza danych gromadzonych przez Komendę Główną Policji wskazuje, że w latach 2017–2020 liczba zamachów samobójczych zakończonych śmiercią nie ulegała większym zmianom. W tych latach liczba samobójstw dokonanych oscylowała wokół 5,2 tys. W 2020 r. samobójstwo popełniło w Polsce 5165 osób. Można zatem stwierdzić, że pierwszy rok pandemii nie przyniósł znaczących zmian w tej statystyce. Z kolei w pierwszych pięciu miesiącach 2021 r. w 70 przypadkach powodem próby samobójczej była nagła utrata źródła utrzymania. Jest to ponad dwa razy więcej niż w 2019 r. (34 przypadki) i więcej niż w ub. r. (53).

Warto odnotować, że w 2020 r. zaobserwowano w Polsce skrócenie czasu życia u kobiet o rok, a u mężczyzn o ok. 1,5 roku. Różnica jest znacząca i prawdopodobnie wynika z bezpośredniego oraz pośredniego wpływu pandemii COVID-19.

CZYNNIKAMI W POLSKICH REALIACH SILNIE RZUTUJĄCYM NA WIELE PARAMETRÓW ZDROWOTNYCH I SOCJALNYCH JEST UŻYWANIE ETANOLU. Analiza poziomu konsumpcji alkoholu w Polsce w 2020 r. w porównaniu z latami poprzednimi nie wykazała co prawda istotnej różnicy, jednak znamienne wzrosło spożycie etanolu w grupie osób dotychczas dużo pijących. Oznacza to potencjalne nasilenie zarówno somatycznych, jak i psychicznych oraz społecznych konsekwencji nadużywania alkoholu u osób najbardziej narażonych na takie następstwa.

NIE SPOSÓB POMINĄĆ WYNIKÓW SYSTEMATYCZNEGO PRZEGLĄDU SIĘDMIU BADAŃ WSKAŹNIKÓW ZACHOROWAŃ NA COVID-19 I RYZYKA ŚMIERTELNOŚCI U CHORYCH NA SCHIZOFRENIĘ. Obydwa wskaźniki okazały się znamienne wyższe u chorych niż w populacji generalnej. Kohortowe badanie elektronicznej dokumentacji medycznej koreańskich ubezpieczonych testowanych w kierunku SARS-CoV-2 wykazało, że na 230565 osób testowanych u 33653 (14,6%) rozpoznawano zaburzenia psychiczne. U 928 z nich (2,76%) test okazał się pozytywny, a 56 z nich (6,03%) następnie zmarło. Nie stwierdzono, by obecność zaburzeń psychicznych stanowiła czynnik ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 (OR = 0,95). Natomiast wskaźnik śmiertelności z powodu COVID-19 był znamienne wyższy wśród osób z zaburzeniami psychicznymi w porównaniu do wskaźnika w populacji generalnej (OR = 1,99).

Wydaje się, że obraz wpływu pandemii COVID-19 na stan psychiczny jest złożony: podczas pierwszej fali doszło do przejściowego wzrostu nasilenia poziomu stresu u wielu osób, jednak z biegiem czasu u większości zostały uruchomione mechanizmy adaptacyjne i sposoby radzenia sobie, dzięki którym udało się skompensować negatywne konsekwencje pandemii w sferze mentalnej. Niemniej jednak u części osób – zwłaszcza dzieci, osób starszych, uzależnionych, z zaburzeniami psychicznymi czy narażonych na utratę zatrudnienia – problemy psychiczne uległy nasileniu, co rodzi obawy o potencjalne negatywne efekty stresującej sytuacji w dłuższym dystansie czasowym. Mówiąc bardziej dobitnie – pandemia uderzyła w osoby z najłabszymi zasobami kompensacyjnymi. To one wymagają największej troski i wsparcia ze strony opieki zdrowotnej.

O autorze: dr hab. Wiktor Dróżdź, prof. UMK – od 1 sierpnia 2021 r. kieruje Kliniką Psychiatrii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy i Katedrą Psychiatrii CM UMK. Główne zainteresowania badawcze Profesora ogniskują się wokół zagadnień psychofarmakologii klinicznej, neuroobrazowania w chorobach psychicznych, neurobiologii i psychoterapii zaburzeń psychicznych. Ponadto angażuje się w proces wdrażania nowoczesnego modelu leczenia psychiatrycznego opartego na paradygmacie środowiskowym. Artykuł „Pandemia uderzyła w osoby z najłabszymi zasobami kompensacyjnymi” powstał na bazie wykładu wygłoszonego przez prof. Dróždza podczas poświęconego skutkom pandemii VI Kujawsko-Pomorskiego Forum Psychiatrii Środowiskowej, którego był współorganizatorem.



Od pełnomocnika ds. zdrowia lekarzy i lekarzy dentystów BIL

Medice, cura te ipsum

O możliwości pomocy doświadczającym stresu z powodu pandemii

Lekarzu – ulecz samego siebie. Ta łacińska maksyma, czasami nieco złośliwie stosowana wobec naszego środowiska, w sposób szczególny pasuje do obecnych czasów pandemii i mogłaby być sparafrazowana: „lekarze, pomóżcie sobie nawzajem”. Nie oszczędza się nas, przeciążając wieloma nowymi obowiązkami i wyzwaniem, ogromną dawką niepewności związanej z przekształcaniem oddziałów na covidowe, a także rosnącym obciążeniem pracą, coraz bardziej skomplikowanymi i niejasnymi przepisami prawnymi, zmieniającymi się zasadami kontraktowania usług, rosnącym narażeniem na utratę zdrowia, a nawet i życia, a także ogromnymi oczekiwaniami społeczeństwa, w tym zwłaszcza pacjentów i ich rodzin. Obarcza to ponad miarę nie tylko samych lekarzy, ale i ich najbliższych (warto zajrzeć do artykułu dr. hab. Wiktora Dróždza, prof. UMK, opublikowanego w tym numerze „Primum”). Ta niezwykle dla nas trudna sytuacja trwa nieprzerwanie już od prawie dwóch lat. Wszyscy zadajemy sobie pytanie: jak wytrwać i nie zwariować?

Na początku pandemii zdarzyło mi się pojechać na wizytę domową do oboźnie chorej, starszej koleżanki lekarki. Pilnie potrzebne było skierowanie do okulisty na zabieg i okazało się, że najszybciej wizytę może wykonać psychiatra.

W otaczającym nas obecnie chaosie niezbędna staje się wzajemna pomoc i wsparcie lekarzy. Może ona i powinna być realizowana na każdym poziomie i w różnych okolicznościach. Dla przykładu: Ci z nas, którzy mają przygotowanie psychiatryczne, mogą ofiarować niezbędną pomoc koleżankom i kolegom lekarzom oraz studentom medycyny doświadczającym kryzysów w sferze psychicznej. I ma to miejsce: publiczne placówki i praktyki prywatne są otwarte na świadczenie takiej pomocy. Bardzo cenne jest także wsparcie radami, dzielenie się dobrymi praktykami pomagającymi odnaleźć się w sytuacji pandemii. Znaczącą pomocą może być także korzystanie z konferencji organizowanych przez przedstawicieli różnych specjalności.

Wszyscy razem i każdy z nas z osobna jesteśmy obecnie częścią niewiadomej. Radzimy sobie z nią, jak potrafimy. Wspólnie łącząc siły, dając sobie nawzajem oparcie, wymieniając się doświadczeniami, mamy możliwość znalezienia recepty na ten ciężki czas. Jeśli nie my, to kto? Jeśli nie teraz, to kiedy?

Wojciech Kosmowski



primum

Pan minister zdrowia Adam Niedzielski w jednym z wywiadów stwierdził, że wobec nadchodzącej V fali zachorowań na COVID-19 zamierza dociążyć lekarzy rodzinnych opieką nad zakażonymi SARS-CoV-2...



Dociążyć lekarzy rodzinnych

JERZY RAJEWSKI

Zatrważające jest, jak osoba odpowiedzialna za zdrowie i życie Polaków kolejny raz udowadnia, że nie ma pojęcia o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, za który jest odpowiedzialna!

Pacjentami zakażonymi SARS-CoV-2 i chorymi na COVID-19 przebywającymi w izolacji domowej opiekują się w 100% lekarze POZ. Jak opiekować się jeszcze bardziej?!

Po otrzymaniu dodatniego wyniku testu lekarz POZ planuje opiekę nad pacjentem. Obejmuje ona minimum dwie porady. Ich liczba i forma są zależne od stanu zdrowia zakażonego czy chorego.

To jest podstawowa wiedza o funkcjonowaniu lekarzy rodzinnych (POZ). Aż strach pomyśleć, czego minister Niedzielski jeszcze nie wie!

Rezultaty niewiedzy i zaniedbań są już powszechnie znane – najmniejsza liczba wykonywanych testów w kierunku SARS-CoV-2 oraz największa – zgonów z powodu COVID-19 i zgonów nadliczbowych w Europie.

Kolejnym efektem zaniedbań ministra i rządu jest złożenie w dniu 14 stycznia rezygnacji przez 13 z 17 osobowej Rady Medycznej przy PRM z pełnienia swoich funkcji. Duża część środowiska medycznego dziwi się, dlaczego nastąpiło to dopiero teraz. Przecież od dawna było wiadomo, że profesjonalne rady tego gremium rząd miał w głębokim poszanowaniu. Z drugiej strony jak musi być już źle, że nie dało się dłużej brać odpowiedzialności za brak działań rządu.

Minister zdrowia, geniusz ochrony zdrowia, już ma rozwiązanie problemów związanych z pandemią i piątą falą COVID 19 – „dociążyć pracą lekarzy rodzinnych”

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.






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



U progu V fali pandemii SARS-CoV-2 w Polsce

Zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 powodującym COVID-19 – pomimo iż od pierwszego zdiagnozowanego przypadku na świecie minęły ponad dwa lata, w Polsce blisko dwa lata (4.03.2020 r.), a od wprowadzenia szczepień ochronnych przeciw COVID-19 ponad rok – wciąż stanowi poważny problem dla współczesnej medycyny. Do 20 stycznia 2022 r. liczba osób zakażonych na świecie od początku pandemii wyniosła 339 676 265, z czego z powodu COVID-19 zmarło 5 584 473, w Polsce odpowiednio – 4 406 553 i 103 378 osób.

PAWEŁ
RAJEWSKI

MY SIĘ WIRUSA NIE BOIMY

Ostatnie miesiące walki z pandemią pokazały, że szczepienia ochronne przeciw COVID-19 zmniejszają istotnie ryzyko hospitalizacji, ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19, jak i ryzyko zgonu w przebiegu zakażenia SARS-CoV-2. Podczas trwającej jeszcze IV fali to głównie osoby niezaszczepione lub nie w pełni zaszczepione są hospitalizowane i to głównie one umierają. Pomimo tego ponad 40% społeczeństwa polskiego nadal się nie zaszczepiło, pomimo tego wiele osób nadal neguje istnienie pandemii, istnienie samego koronawirusa i podważa sens szczepień ochronnych, nie przestrzegając przy tym wprowadzonych obustrzeń, jak i obowiązku przestrzegania zasad DDM. Niestety, nadal nie ma twardych uregulowań co do wymagalności i egzekwowania paszportów covidowych, co do przywilejów dla osób zaszczepionych i dodatkowych ograniczeń dla niezaszczepionych, bezwzględnego egzekwowania noszenia maseczek ochronnych w przestrzeniach zamkniętych, co do rozszerzenia obowiązku szczepień o inne gru-

py, np. osoby zagrożone ciężkim przebiegiem COVID-19, czyli starsze – po 60-65 roku życia, z chorobami przewlekłymi, z wielochorobowością, co zmniejszyłoby liczbę hospitalizacji i zgonów w przebiegu zakażenia.

NIE JEST DOBRZE

Obecnie sytuacja epidemiologiczna w Polsce, jak i naszym województwie nie jest dobra. Jesteśmy w trakcie IV fali epidemii, po jej szczycie, ale nadal bardzo dużo osób jest hospitalizowanych z powodu COVID-19, dużo osób wymaga respiratoterapii, liczba zgonów osiągnęła ponad 100 000. Nadal dominującym wariantem koronawirusa w Polsce jest wariant delta, wariant omicron, który w wielu krajach w bardzo szybkim tempie wyparł wariant delta, wykryto do tej pory u ponad 700 osób. Według dostępnych modeli matematycznych za 2-4 tygodnie możemy się spodziewać, że również u nas stanie się on wariantem dominującym, a liczba osób zakażonych może wtedy osiągnąć, według przewidywań, 60-100 tys. przypadków na dobę, z czego ok 5-10% może wymagać hospitalizacji! Aczkolwiek obserwacja innych krajów europejskich, gdzie wariant omicron dominuje, potwierdza, że jest on bardziej zakaźny, ale mniej agresywny, co przekłada się na mniejszą liczbę hospitalizacji i mniejszą liczbę zgonów. Ale w tych krajach jest też większy odsetek osób zaszczepionych przeciw COVID-19, więc nie do końca wiemy, jak zakażenie tym wariantem będzie przebiegać w Polsce, zwłaszcza że mamy społeczeństwo starzejące się, z wieloma chorobami przewlekłymi.

Mamy więc sytuację, której do tej pory nie było że V fala nakłada się na trwającą IV falę, co może być poważnym zagrożeniem dla wydolności polskiej ochrony zdrowia w każdym aspekcie.

A do tego rozpoczęły się właśnie ferie zimowe, odbywają się studniówki, bale karnawałowe... czyli Polska żyje tak, jakby epidemii nie było...

CO MOŻEMY ZROBIĆ?

Konieczność się zaszczepić, jeśli do tej pory z różnych, najczęściej niepojętych dla lekarzy, przyczyn tego nie zrobiliśmy. Konieczność przyjęcia III dawki szczepionki, jeśli jesteśmy już po II dawkach – to może ochronić nas przed ciężkim przebiegiem zakażenia również wariantem omicron i zmniejszyć ryzyko śmierci. Unikać skupisk ludzkich, szczególnie przebywania w zatłoczonych pomieszczeniach zamkniętych, stosować odpowiednio zasady DDM, zrezygnować z balów, studniówek i innych imprez w pomieszczeniach zamkniętych, zrezygnować przez najbliższe tygodnie z kina, teatru, opery, udziału w koncertach czy przebywania w restauracjach.

Jeśli czujemy się źle, jesteśmy osłabieni, mamy ból gardła, nawet o niewielkim nasileniu, katar czy uczucie blokady nosa, bóle głowy, bóle mięśniowo-stawowe czy podwyższoną temperaturę ciała, czyli czujemy się typowo „przeziębieniowo”, jak rokrocznie w sezonie jesienno-zimowo-wiosennym, nie bagatelizujemy tego, bo tak zwykle objawia się wariant omicron, którego objawy są łudząco podobne do „zwykłego przeziębienia”, zwykle mało nasilone. Zostańmy w domu, samoizolujmy się, skontaktujmy z lekarzem POZ, wykonajmy test w kierunku SARS-CoV-2. Takie zachowanie może zmniejszyć ryzyko nieświadomej transmisji na innych.

TROCHĘ STATYSTYKI

- ▶ Ogólna liczba zgonów w Polsce od początku pandemii – 103 378
- ▶ Liczba zaszczepionych II dawkami – 57,2%

Polska:

- ▶ Baza łóżek dla pacjentów z COVID-19 – 30 175, zajęte łóżka – 13 770
- ▶ Liczba respiratorów dla pacjentów z COVID-19 – 2735, zajęte respiratory – 1297

Województwo kujawsko-pomorskie:

- ▶ Baza łóżek dla pacjentów z COVID-19 – 1549, zajęte łóżka – 713
- ▶ Liczba respiratorów dla pacjentów z COVID-19 – 132, zajęte respiratory – 77
- ▶ Wykryte przypadki wariantu omicron – 5

(dane na 20.01.2022 r.)

NOWE LEKI DOSTĘPNE W TERAPII ZAKAŻENIA SARS-COV-2:

- do profilaktyki poekspozycyjnej COVID-19 – Ronapreve
- leki zmniejszające ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19 – Regkirona, Ronapreve, Molnupirawir.

Dwa pierwsze leki są przeciwciałami monoklonalnymi skierowanymi przeciwko białku kolca wirusa SARS-CoV-2 do podania w infuzji dożylniej, Molnupirawir jest natomiast lekiem przeciwwirusowym, analogiem nukleozydu podawanym doustnie.

Leki te są dedykowane pacjentom z czynnikami ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19, czyli osobom starszym, z chorobami przewlekłymi, dializowanym czy z chorobami hemato-onkologicznymi, w stadium I choroby, nie wymagającym tlenoterapii. Powinny być podane odpowiednio szybko, optymalnie do 5 dni od wystąpienia pierwszych objawów klinicznych, a nie od otrzymania wyniku testu. Idealnie by

w warunkach POZ, po wykonaniu testu antygenowym i uzyskaniu wyniku pozytywnego – pacjent z czynnikami ryzyka otrzymywał Molnupirawir. Natomiast pacjenci hospitalizowani z innych przyczyn, u których wykryto zakażenie SARS-CoV-2 z czynnikami ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19, mogliby otrzymać – Regkirona lub Ronapreve, a pacjenci szczególnego ryzyka z kontaktu (ognisko) z chorymi zakażonymi SARS-CoV-2 – profilaktycznie Ronapreve.

KIEDY TRZECIA DAWKA DLA NASTOLATKÓW?

Szczepienia dzieci w wieku 12–17 lat dawką przypominającą rozpoczną się w Polsce najprawdopodobniej na przełomie stycznia i lutego.

NIE BĘDĄ JUŻ DORADZAĆ RZĄDOWI W SPRAWIE EPIDEMII

14 stycznia 2022 r. 13 z 17 członków Rady Medycznej ds. COVID-19 (Rada została powołana zarządzeniem prezesa Rady Ministrów z 6 listopada 2020 r.) złożyło rezygnację. Decyzja była podyktowana „brakiem wpływu rekomendacji na realne działania” i „wyczerpaniem się dotychczasowej współpracy”. W oświadczeniu odchodzących z Rady naukowców czytamy: „...Rozbieżności między przesłankami naukowymi i medycznymi a praktyką stały się szczególnie jaskrawe w kontekście bardzo ograniczonych działań w obliczu fali jesiennej, a potem wobec zagrożenia wariantem omikron, pomimo przewidywanej olbrzymiej liczby zgonów”.

W trakcie swojej działalności Rada Medyczna opublikowała łącznie 36 stanowisk. W ostatnim, datowanym na 14 stycznia, napisano, że w obecnej „dramatycznej sytuacji epidemiologicznej wywołanej bardzo zaraźliwym wariantem wirusa i grożącej niewydolnością służby zdrowia niezbędne jest pilne zwiększenie odsetka szczepionych, zwłaszcza wśród osób powyżej 60. roku życia”. „Niezbędne jest też pilne podanie trzeciej dawki przypominającej, gdyż znacząco łagodzi to przebieg ewentualnego zakażenia”.

„CIEMNO WSZĘDZIE, GŁUCHO WSZĘDZIE, CO TO BĘDZIE, CO TO BĘDZIE” te słowa z „Dziadów” Adama Mickiewicza można rozpatrywać w kontekście trwającej epidemii i wkraczającej właśnie V jej fali wielopłaszczyznowo... Jedno jest pewne – liczba zgonów z powodu COVID-19 niestety się zwiększy, może zwiększyć się też liczba zgonów z powodu innych chorób, bowiem dalsze poszerzanie bazy łóżek dla pacjentów z SARS-CoV-2 poważnie utrudni funkcjonowanie szpitali.

Czas na wprowadzenie odpowiednich obostrzeń związanych z epidemią niestety minął dawno, na przekonanie społeczeństwa do szczepień ochronnych przeciw COVID-19 – również. Skoro nie udało się od ponad roku przekonać rządu do wprowadzenia zmian w walce z pandemią specjalistom chorób zakaźnych, wirusologom, epidemiologom zasiadającym w Radzie Medycznej, to wątplię czy uda się to ekonomistom czy socjologom, którzy poniekąd mają ich zastąpić...

Czas za kilka tygodni pokaże czy rzeczywiście wariant omicron będzie na tyle łagodniejszy od wariantu delta, że przy przewidywanej tak dużej liczbie osób zakażonych nie zachwieje poważnie wydolnością polskiej ochrony zdrowia. Czas pokaże również, czy – jak twierdzi wielu ekspertów – wariant omicron jest zapowiedzią końca epidemii i słabnięcia wirusa, a kolejne przypadki będą pojawiać się jedynie sezonowo jak w przypadku wirusa grypy? Oby. Chociaż podsumowań i końców epidemii już było dużo... A rzeczywistość i bądź co bądź krótka historia pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 nauczyła nas, że bywa on nieprzewidywalny...

O autorze: dr med. Paweł Rajewski, prof. WSN oZ, 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, rektor Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu.



Rada medyczna ma dość

„Przyjmując powołania do pracy w Radzie Medycznej do spraw COVID-19, wierzyliśmy, że nasza wiedza i doświadczenie mogą być przydatne w walce z pandemią. Świadomi odpowiedzialności, jaka na nas ciąży, i tego, że będziemy atakowani przez osoby i organizacje o poglądach niemających nic wspólnego z wiedzą medyczną, nauką czy chociażby zdrowym rozsądkiem, byliśmy gotowi służyć krajowi niezależnie od naszych poglądów i sympatii politycznych” – napisało w swoim oświadczeniu 13 z 17 członków Rady Medycznej ds. COVID działającej przy premierze, jednocześnie składając rezygnację z udziału w tym gremium (14 stycznia). Ale, jak napisali dalej: „z upływem czasu z narastającą frustracją obserwowaliśmy brak politycznych możliwości wprowadzania optymalnych i sprawdzonych w świecie rozwiązań w walce z pandemią”.

Pod oświadczeniem podpisali się: lekarka z BIL prof. Małgorzata Pawłowska – prezeska Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, wicedyrektorka Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Bydgoszczy, kierowniczka Katedry Chorób Zakaźnych i Hepatologii CM UMK; prof. Robert Flisiak, prof. Magdalena Marczyńska, prof. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. Radosław Owczuk, prof. Iwona Paradowska, prof. Miłosz Parczewski, prof. Anna Piekarska, prof. Krzysztof Pyrc, prof. Krzysztof Simon, prof. Konstanty Szuldrzyński, prof. Krzysztof Tomaszewicz, prof. Jacek Wysocki.

W radzie pozostały 4 osoby: główny doradca premiera do spraw COVID-19 prof. Andrzej Horban, prof. Piotr Czauderna, dr n. med. Artur Zaczynski i prof. dr hab. n. med. Tomasz Laskus.

Rada Medyczna do spraw COVID-19 przy premierze została powołana zarządzeniem prezesa Rady Ministrów. Do jej zadań miały należeć przede wszystkim: analiza i ocena bieżącej sytuacji epidemiologicznej, opracowywanie propozycji działań oraz opiniowanie aktów prawnych takich jak rozporządzenia wprowadzających nowe zasady i ograniczenia w kraju. Wydała więc 36 stanowisk – rekomendacji, które jednak, co z zalem podkreślali rezygnujący z udziału w niej członkowie, nie miały wpływu na realne działania rządzących. Chodziło między innymi o wzięcie pod uwagę propozycji takich, jak np. paszporty covidowe czy obowiązkowe szczepienia, które na świecie w walce z pandemią już się sprawdzają. „Jako Rada Medyczna byliśmy niejednokrotnie oskarżani o niedostateczny wpływ na poczynania rządu. Jednocześnie obserwowaliśmy narastającą tolerancję zachowań środowisk negujących zagrożenie COVID-19 i znaczenie szczepień w walce z pandemią, czego wyrazem były również wypowiedzi członków rządu lub urzędników państwowych” – napisali w swoim oświadczeniu.

Naukowców, którzy zrezygnowali z udziału w pracach Rady do współpracy natychmiast zaprosił prezes Naczelnej Rady Lekarskiej prof. Andrzej Matyja. Z udziałem ekspertów, z których wykształcenia i doświadczenia nie chciała skorzystać strona rządowa – NRL chce wydawać rekomendacje i zalecenia oparte o wiedzę naukową.

Teraz przy premierze ma zostać powołana nowa rada ds. walki z COVID, ale w innej formule. Obok lekarzy mają w niej zasiadać także socjolodzy czy ekonomiści, po to aby „uwzględnić nie tylko aspekty medyczne, ale także te związane z życiem gospodarczym i społecznym” – powiedział minister zdrowia Adam Niedzielski.

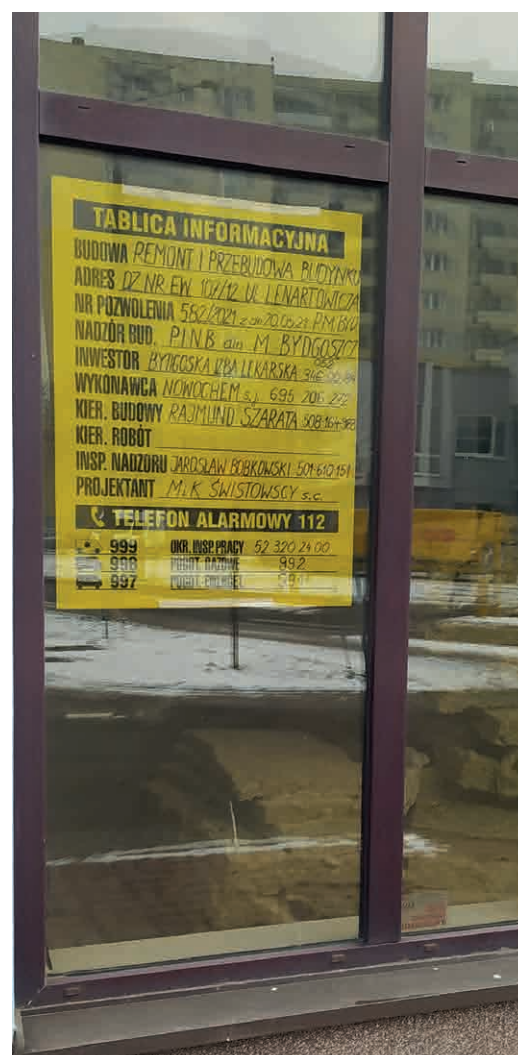
Agnieszka Dalke

Nowa siedziba BIL przy
ul. Lenartowicza 33–35
w Bydgoszczy

Prace budowlane oficjalnie rozpoczęte!

28 października 2021 r. Izba nasza uzyskała prawomocne pozwolenie na remont i przebudowę budynku przeznaczonego na nową siedzibę. Pozwoliło to na podpisanie pierwszych umów dotyczących realizacji prac. 10 listopada – umowy na dostawę i montaż nowej stolarki okiennej (alumiowej oraz PCV), 29 grudnia – umowy na dostawę i montaż dźwigu osobowego (windy) oraz na wykonanie prac budowlanych oraz instalacyjnych. Zgodnie z umowami prace (za wyjątkiem wykończeniowych) powinny zakończyć się do 30 września 2022 r. W piątek 7 stycznia 2022 r. plac budowy przekazano wykonawcy i prace budowlane oficjalnie się rozpoczęły.

Iwona Kosito
Dyrektorka biura BIL



Biziel rozpoczyna budowę nowego gmachu



Akt erekcyjny – dokument symbolizujący rozpoczęcie budowy – podpisany został przez władze Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu: rektora UMK prof. dr. hab. Andrzeja Sokalę i prorektor ds. CM prof. dr hab. n. med. Kornelię Kędziore-Kornatowską oraz dyrektora Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 dr n. med. Wandę Korzycką-Wilińską, a potem wmurowany – 13 grudnia.

W nowym budynku, który ma zostać oddany do użytku pod koniec 2023 r. będą funkcjonować: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Blok Operacyjny, Dział Sterylizacji i Dezynfekcji, Klinika Hematologii i Chorób Rozrostowych Układu Krwiotwórczego, Klinika

Foniatrów i Audiologii z Oddziałem Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Chirurgii Szczękowej oraz Oddział Kliniczny Rehabilitacji. Na dachu znajdzie się lądowisko dla helikopterów LPR. Inwestycja obejmuje też przebudowę, modernizację i adaptację części istniejącego budynku, by połączyć go z projektowaną rozbudową.

Koszt inwestycji zrealizowanej z dotacji celowej Ministerstwa Zdrowia w ramach „Wieloletniego programu medycznego – rozbudowa i modernizacja Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. Jana Biziele w Bydgoszczy” – to ponad 162 mln złotych.

Agnieszka Dalke

Polski Ład – prosimy o pytania!

Skala zmian wprowadzonych pod marketingową nazwą „Polskiego Ładu” wydaje się być ogromna i dotyczyć praktycznie każdego rodzaju działalności i zatrudnienia. W artykule „Polski Ład dla medyków” pana Romana Grygiera (Primum nr 12/1 grudzień - styczeń 2021/22) autor starał się odpowiedzieć na większość z nurtujących lekarzy pytań, być może jednak pozostają inne kwestie, które wymagają wyjaśnień. Dlatego też prosimy Państwa o kierowanie do „Primum” zapytań o Polski Ład, a z pomocą specjalistów postaramy się rozwiązać wszelkie nurtujące Państwa wątpliwości. Pytania prosimy kierować na adres mailowy: primum@bil.org.pl

REKLAMA

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

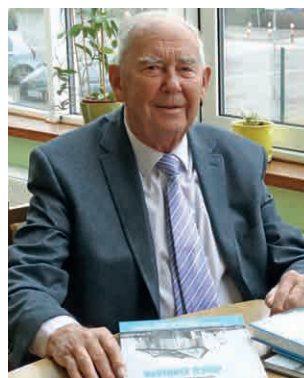
Grygier i Wspólnicy sp. jawna

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

Wydajmy razem książkę dr. Boguszyńskiego!

Zebraaliśmy 1/4 zakładanej kwoty

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 przybliża nas do długo oczekiwanego celu.



Fot. Jolanta Zielazna

Marek Rogowski

Zeskanuj kod QR
i wspomóż wydanie książki

zrzutka.pl/9a5pdt



Transplantacje

komórek krwiotwórczych, tkanek oka i narządów unaczynionych

Z okazji tegorocznego Dnia Transplantacji (obchodzony jest 26 stycznia na pamiątkę pierwszego w Polsce zakończonego powodzeniem przeszczepienia narządu) – interdyscyplinarny zespół autorów opracował charakterystykę 5 programów transplantacyjnych realizowanych w bydgoskich ośrodkach. Programy te funkcjonują dzięki współpracy lokalnej i wieloośrodkowej z zespołami ze szpitali na terenie województwa kujawsko-pomorskiego i kraju oraz przychylności społeczeństwa. Jednym ze szpitali z największą aktywnością donacyjną w Polsce w latach 2017-2019 był Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. bł. ks. Jerzego Popiełuszki we Włocławku, który w 2021 r. został nagrodzony przez ministra zdrowia.



Pierwsze skuteczne przeszczepienie narządu (nerki) na świecie przeprowadzono w 1954 r. W Szpitalu Peter Bent Brigham w Bostonie, gdzie wykonano operację (uhonorowaną Nagrodą Nobla), znajdują się obraz i medyzyny upamiętniające to historyczne wydarzenie. W Polsce pierwsza udana transplantacja narządu (nerki) odbyła się 12 lat później. Była to 621 taka operacja na świecie. (fot. dr Emilia Wojtał, archiwum Kliniki Transplantologii i Chirurgii Ogólnej).

W Polsce od 1966 r. przeszczepiono 36793 narządy pobrane od dawców żywych i zmarłych. W 2020 r. liczba pobrań i przeszczepień narządów w Polsce zmniejszyła się o ok. 20% w porównaniu z rokiem 2019 – podobnie jak w Europie i na świecie. Do końca listopada 2021 r. narządy pobrane od 367 dawców zmarłych przeszczepiono 1183 chorym, zaś rogówki – 1174. Pomimo tego ostatniego dnia listopada na transplantację narządów oczekiwało 1742 chorych, zaś na przeszczepienie rogówki – 3041. W 2021 r. najmłodszy chory aktywnie oczekujący na Krajowej Liście Oczekujących miał 6 miesięcy (przeszczepienie serca w trybie pilnym), zaś najstarszy 99 lat (przeszczepienie rogówki).

TRANSPLANTACJE SZPIKU W KLINICE PEDIATRII, HEMATOLOGII I ONKOLOGII

(kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Mariusz Wysocki, kierownik Pracowni Onkologii Klinicznej i Eksperymentalnej: prof. dr hab. med. Jan Styczyński)

Program transplantacji komórek krwiotwórczych (potocznie nazywanej transplantacją szpiku kostnego) w Juraszu został rozpoczęty w 2003 r. W roku 2021 przeprowadzono 30 transplantacji komórek krwiotwórczych, w tym 8 allogenicznych i 22 autologiczne, przy czym 14 od dawców niespokrewnionych. Wśród ośrodków pediatrycznych stawia to nasz Szpital niezmiennie na drugim miejscu w kraju i plasuje jako główny pediatryczny ośrodek przeszczepowy w Polsce północnej.

30 kwietnia 2021 r. w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii wykonano pięćsetne przeszczepienie. W ramach terapii komórkowych w tym roku wprowadziliśmy do naszej Kliniki produkty terapii zaawansowanej (ATMP – advanced therapy medicinal product) i przeprowadziliśmy po raz pierwszy w Polsce terapię indukowanymi specyficznymi allogenicznymi limfocytami cytotoksycznymi u pacjenta z zespołem limfoproliferacyjnym. Rozpoczęliśmy też przygotowania do terapii CAR-T.

TRANSPLANTACJE ROGÓWEK W SZPITALACH UNIWERSYTECKICH W BYDGOSZCZY

(Klinika Chorób Oczu Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza – kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Grażyna Malukiewicz, Klinika Okulistyki i Optometrii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr. J. Biziela – kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Bartłomiej Kałużny)

Program transplantacji rogówek w Bydgoszczy realizowany jest w dwóch ośrodkach. Klinika Chorób Oczu Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. Jurasza rozpoczęła przeszczepianie rogówek w roku 2008, Klinika Okulistyki i Optometrii Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. Biziela – w 2020.

Przeszczepiane rogówki pobierane są od dawców zmarłych (z rozpoznaną śmiercią mózgu) razem z innymi narządami i tkankami w trakcie pobrań wielonarządowych. Specyfika tkanki (brak unaczynienia) pozwala także na jej pobranie maksymalnie do 24 godzin po zatrzymaniu krążenia. Daje to możliwość wykorzystania rogówek od pacjentów zmarłych w szpitalu, którzy za życia nie wyrazili sprzeciwu wobec pobrania od nich tkanek lub narządów.

Po wykluczeniu wszelkich przeciwwskazań rogówki są pobierane i wysyłane do Banku Tkanek Oka w Warszawie w celu oceny i dalszej dystrybucji. Następnie są one przekazywane ośrodkowi transplantacyjnemu w celu przeszczepienia w ciągu maksymalnie 14 dni od pobrania. Specyfika tkanki oznacza utratę funkcji oka po jej pobraniu, stąd nie są możliwe pobrania od dawców żywych. Głównym wskazaniem do przeszczepienia rogówki jest utrata jej funkcji załamania światła – polegająca na zmniejszeniu przejrzystości bądź nieregularności kształtu. Prowadzi to do znacznego utrudnienia codziennego funkcjonowania pacjenta, zwłaszcza w aspekcie pracy

zawodowej. Niektóre choroby wiążą się także z przewlekłymi silnymi dolegliwościami bólowymi. W zależności od zakresu patologii będącej wskazaniem do transplantacji operacje obejmują: przeszczepienia rogówki pełnej grubości (drażące), warstwowe przednie (DALK) oraz warstwowe tylne (DSEK). Najczęściej występujące wskazania to: stożek, blizna, perforacja, keratopatia pęcherzowa oraz dystrofie uwarunkowane genetycznie. Liczba wykonanych zabiegów przedstawiona jest w tabeli.

	SU nr 1		SU nr 2	
	PK/DALK	DSEK	PK/DALK	DSEK
2009	5	5		
2010	10	5		
2011	13	4		
2012	11	1		
2013	24	5		
2014	16	5		
2015	21	5		
2016	18	6		
2017	20	9		
2018	6	9		
2019	17	18		
2020	12	16	12	9
2021	8	5	5	14
razem	181	93	17	23

Obie kliniki we współpracy z miejscowymi zakładami patomorfologii wykonują pobrania rogówek od dawców zmarłych na terenie szpitali. Każdego dnia zgony z minionej doby są analizowane pod kątem braku przeciwwskazań do pobrania. Najczęstsze przyczyny dyskwalifikacji dawcy to: zakażenie COVID-19, posocznica oraz rozsiany proces nowotworowy.

Nawet w przypadku tkanki spełniającej wymogi medyczne istotnym problemem jest zgłaszanie ustnego sprzeciwu za życia podawane przez rodzinę zmarłego znacząco częściej niż w przypadku pobrań innych tkanek i narządów. Warto w tym miejscu wspomnieć, że po pobraniu pozostała część gałki ocznej i zawartości oczodołu zabezpieczana jest protezą, zatem nie ma ryzyka żadnego defektu estetycznego.

W chwili obecnej w obu ośrodkach na przeszczepienie oczekują łącznie 543 osoby, w tym część pacjentów zakwalifikowana jest do operacji obuocznego. Czas oczekiwania na operację jest trudny do określenia i zmienny, zwłaszcza w dobie pandemii COVID-19. Zależy przede wszystkim od dostępności tkanek, czyli liczby zgłaszanych dawców. Dla trybu planowego liczony jest w latach, dla trybu pilnego najczęściej jest to kilka miesięcy.

TRANSPLANTACJE NEREK W KLINICE TRANSPLANTOLOGII I CHIRURGII OGÓLNEJ

(kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Zbigniew Włodarczyk)

Pierwszą nerkę przeszczepiono w Klinice w 2000 r. Do końca 2021 r. dzięki wielośrodkowej współpracy przeszczepiono 1290 nerek, w tym 33 od dawców żywych. Do końca listopada 2021 r. przeszczepiono nerki 28 chorym, w tym 1 od dawcy żywego. Przeprowadziliśmy także 2 przeszczepienia krzyżowe (Bydgoszcz 2016 r.; Bydgoszcz-Wrocław 2017) spośród 6 wykonanych dotychczas w Polsce. Od 2013 r. nerki od dawców żywych pobierane są metodą laparoskopową, pierwotnie we współpracy z Szpitalem im. dr. J. Bizuela, zaś od 6 lat z zespołem urologów Szpitala im. dr. A. Jurasza.

Przykliniczna Poradnia Transplantacyjna udziela porad ok. 750 pacjentom po przeszczepieniu narządów. Prowadzimy także działania edukacyjno-szkoleniowe i informacyjno-promocyjne o zasięgu lokalnym, regionalnym i międzynarodowym (np. EUDONORGAN) dla uczniów, studentów, ogółu społeczeństwa oraz personelu medycznego (m.in. ETPOD).

Z inicjatywy Kliniki w 2018 r. – dzięki wsparciu Poltransplantu – do każdego egzemplarza Gazety Pomorskiej (w nakładzie 35 tys. sztuk) dołączono druk oświadczenia woli. W 2019 r. w ramach kampanii Ministerstwa Zdrowia pn. „Zgoda na życie” pod hasłem „Transplantacja jako solidarna metoda leczenia” przeprowadziliśmy spotkania edukacyjne, w których uczestniczyło 793 uczniów z regionu. W 2018 r. Klinika została zaproszona do współpracy w realizacji autorskiego projektu edukacyjnego dr hab. Katarzyny Sierakowskiej, prof. UMK, pn. „Anestezjologia Interdyscyplinarna”, organizowanego pod patronatem CM UMK przez zespół Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii we współpracy z jednostkami uczelni, Szpitala im. dr. A. Jurasza, innych ośrodków akademickich, towarzystw naukowych i instytucji w Polsce. Pierwsza konferencja nosiła tytuł „Transplantologia – punkt widzenia anestezjologa, chirurga i prawnika”, w 2020 r. zrealizowano warsztaty w Centrum Symulacji Medycznych CM pt. „Autoryzacja pobrania narządów i tkanek”, zaś w Dniu Transplantacji w 2021 r. odbyło się webinarium pt. „Transplantologia interdyscyplinarnie – współpraca zespołów anestezjologicznych, chirurgicznych, nefrologicznych, hematologicznych, okulistycznych, patomorfologicznych, radiologicznych, urologicznych i prawnych”.

TRANSPLANTACJE WĄTROBY W KATEDRZE I KLINICE CHIRURGII OGÓLNEJ, CHIRURGII WĄTROBY I CHIRURGII TRANSPLANTACYJNEJ

(kierownik Kliniki: dr hab. n. med. Maciej Stupski, prof. UMK)

Bydgoski Ośrodek Transplantacji Wątroby w roku 2022 obchodzi swoje 5 urodziny. Pierwsze udane przeszczepienie wątroby wykonano 27 stycznia 2017 r. u młodej dziewczyny, obecnie pracownika naukowo-dydaktycznego UMK. Dzięki temu zabiegowi kobieta może być aktywna zawodowo, założyła rodzinę i marzy w niedalekiej przyszłości o macierzyństwie. W naszym ośrodku wykonano dotychczas 34 transplantacje wątroby (w tym 2 retransplantacje). W 2020 r. było ich 10, w 2021 – ze względu na panującą pandemię – udało się przeprowadzić 8 zabiegów. W roku 2020 otrzymaliśmy również akredytację Poltransplantu na następne 5 lat, uprawniającą nas do realizacji tej trudnej procedury transplantacyjnej.

Procedury pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów są centralnie koordynowane przez zespół Centrum Organizacyjno-Koordinacyjnego ds. Transplantacji Poltransplant oraz Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek w Warszawie.

Autorzy: dr hab. med. Beata Januszko-Giergielewska, prof. UMK, prof. dr hab. Bartłomiej Kałużny, prof. dr hab. Grażyna Malukiewicz, dr med. Ilona Piotrowska-Stupski, dr med. Małgorzata Seredyka-Burduk, dr hab. med. Katarzyna Sierakowska, prof. UMK, dr hab. med. Maciej Stupski, prof. UMK, prof. dr hab. Jan Styczyński, prof. dr hab. Zbigniew Włodarczyk, dr n. med. Aleksandra Wodarska-Jasińska

Od redakcji: Ostatnio w naszym regionie coraz częściej słyszy się o niepokojących praktykach – lekarze są zmuszani do pracy jednocześnie na dwóch oddziałach i np. kardiolog pełniący dyżur na swoim oddziale, czyli kardiologii, ma zajmować się równocześnie chorymi na SORze albo pracować jednocześnie na oddziale

Radca prawny BIL informuje

Jednoczesne dyżurowanie lekarzy na kilku oddziałach

JULIA GAŁĄSKA

W myśl art. 8 Ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r., poz. 849 t.j. ze zm.) pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.

W dobie poważnych braków kadrowych w służbie zdrowia i niestannie nawracających fali epidemii – realizacja opisanego powyżej uprawnienia stwarza wiele problemów. Część kierowników podmiotów leczniczych przyjęła w tym zakresie organizację dyżurów medycznych opartą o pracę lekarza na kilku oddziałach jednocześnie. Takie rozwiązanie powoduje jednak wiele poważnych wątpliwości prawnych.

W pierwszej kolejności należy podkreślić, iż aktualnie obowiązujące przepisy prawa, w szczególności Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 711 t.j. ze zm.),

NFZ odpowiada:

Narodowy Fundusz Zdrowia jest płatnikiem świadczeń zdrowotnych. Jeśli istnieje podejrzenie łamania praw pracowniczych, to należy to zgłosić nie do Funduszu, ale do odpowiedniej instytucji, jaką jest Państwowa Inspekcja Pracy.

covidowym. Takie sytuacje dotyczą też innych specjalności – nieinternistycznych, gdzie np. chirurg naczyniowy ma zajmować się chorymi na covid – biorąc odpowiedzialność za ich leczenie, ustalać im terapię. Tymczasem nie leży to w kwestii jego wykształcenia, co dla lekarza jest frustrujące, a dla pacjenta to

też nie najlepsza sytuacja. Na pewno takie propozycje są powodowane przez braki kadrowe, ale czy w ogóle powinny padać?! Czy więc lekarz może jednocześnie pełnić dyżur na dwóch oddziałach? I czy można skierować lekarza na oddział, na którym praca rozmija się z jego specjalnością?

Agnieszka Dalke

nie określają w żaden konkretny sposób zasad wewnętrznej organizacji pracy podmiotów leczniczych, w tym planowania dyżurów medycznych. Oznacza to, iż żaden przepis nie zabrania dyżurowania lekarzy na kilku oddziałach jednocześnie. Taka praktyka może jednak stanowić poważne obciążenie fizyczne i psychiczne dla lekarza, skutkując różnymi negatywnymi konsekwencjami, w tym obniżeniem jakości udzielanych przez niego świadczeń oraz zwiększonym ryzykiem powstania błędów medycznych. Wystąpienie takich skutków powoduje konieczność rozstrzygnięcia zakresu odpowiedzialności podmiotu leczniczego i udzielającego świadczeń lekarza.

Zgodnie z art. 4 Ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2021 r., poz. 790 t.j. ze zm.) lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. W tym zakresie, jako zawód zaufania publicznego, ponosi on odpowiedzialność za swoje działania i zaniechania. Zatem w sytuacji **gdy lekarz otrzymuje propozycję lub polecenie jednoczesnego pełnienia dyżuru na kilku oddziałach szpitalnych, koniecznym jest rozważenie przez niego, czy taki sposób organizacji pracy pozwoli mu na zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom oraz czy jest to zgodne z posiadanymi przez niego kwalifikacjami (np. z uwagi na rodzaj specjalizacji lekarza i zupełnie inny zakres zadań oddziału, na którym ma wykonywać dodatkową pracę). W tym miejscu warto zaznaczyć, iż lekarz nie powinien wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich** (art. 10 ust. 1 Kodeksu etyki lekarskiej, na którego przepisy powołuje się zarówno art. 8 ustawy o prawach pacjenta, jak i art. 4 ustawy o zawodach).

Mając na uwadze przedstawione powyżej okoliczności, należy stwierdzić, iż **lekarzowi przysługuje prawo do odmowy przyjęcia pełnienia dyżuru na więcej niż jednym oddziale jednocześnie, w sytuacji gdy taka organizacja czasu pracy mogłaby stanowić zagrożenie dla stanu zdrowia lub życia pacjentów. Lekarzowi przysługuje również prawo do przedstawienia kierownikowi podmiotu leczniczego zastrzeżeń dotyczących przyjętej organizacji pracy wraz ze wskazaniem wynikających z tego niebezpieczeństw** (naj-



lepiej w formie pisemnej). Takie pismo w przypadku wystąpienia nieprawidłowości będzie mogło stanowić podstawę do przyjęcia odpowiedzialności podmiotu leczniczego za niewłaściwą organizację pracy.

Nie bez znaczenia pozostaje również kwestia specyfiki działania poszczególnych oddziałów szpitalnych. Dotyczy to w szczególności oddziałów, na których mogą występować stany nagłego zagrożenia życia (wymagające niezwłocznej interwencji lekarza, który powinien być na miejscu), oraz oddziałów stwarzających poważne ryzyko transmisji zakażenia na innych pacjentów szpitala (aktualnie dotyczy to przede wszystkim tzw. oddziałów covidowych).

Oczywiście każdy przypadek powinien być rozpatrywany indywidualnie. Wynika to z faktu, iż sytuacje poszczególnych lekarzy mogą być różne z uwagi np. na ich kwalifikacje czy też podstawę zatrudnienia. Inna będzie zatem sytuacja lekarza rezydenta zatrudnionego na umowę o pracę, a inna lekarza z tytułem specjalisty wykonującego pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej jako indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska.

W czasie pandemii złagodzone warunki realizacji świadczeń dotyczące liczby personelu określone w rozporządzeniu MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych. Jednakże liczba personelu musi zapewniać bezpieczeństwo udzielania świadczeń, za które odpowiada zarządzający placówką. Jeżeli do NFZ wpłynie zgłoszenie, że w którejś placówce bezpieczeństwo pacjentów nie jest zapewnione – zwrócimy się do niej o niezwłoczne wyjaśnienie sytuacji.

Barbara Nawrocka – rzeczniczka Kujawsko-Pomorskiego Wojewódzkiego Oddziału NFZ

Niby każdy się spodziewał, ale jednak się łudził...

czyli cukrzyca a COVID-19



CDC (Centers of Disease Control and Prevention) to zlokalizowana w Atlancie agencja rządu federalnego Stanów Zjednoczonych wchodząca w skład Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej – jej zadaniem jest zapobieganie chorobom oraz ich monitoring i zwalczanie, a także edukacja medyczna. Z uwagi na aktualną sytuację epidemiologiczną, CDC jest silnie zaangażowane w badania nad SARS-CoV-2 i spowodowany nim COVID-19. 7 stycznia CDC opublikowało wyniki badania (opartego na analizie dokumentacji medycznej blisko 81 tysięcy pacjentów), które wykazało, że po przechorowaniu COVID-19 ryzyko pojawienia się cukrzycy de novo w grupie pacjentów poniżej 18 roku życia (dzieci, młodzież) – rośnie ok. 2,6-krotnie.

**SZYMON
SUWAŁA**

Czy te wyniki powinny nas dziwić? Niestety. Cukrzyca u osób poniżej 18 roku życia to w zdecydowanej większości przypadków cukrzyca typu 1, a zatem spowodowana przewlekłym, autoimmunologicznym procesem prowadzącym do zniszczenia komórek β wysp trzustkowych (Langerhansa), produkujących insulinę, co w następstwie prowadzi do niemożności jej wydzielania. Już od dawna wiemy, że istnieje szereg mikroorganizmów kojarzonych z chorobami autoimmunologicznymi – są to m.in.: *Yersinia enterocolitica*, *Helicobacter pylori*, *Borrelia*

burgdorferi, wirus Coxsackie B, reowirusy, RSV, wirus grypy, WZW C. Co zaś z wirusem SARS-CoV-2? Jest on groźny głównie dlatego, że może indukować nadmierną odpowiedź immunologiczną organizmu (w szczególnych przypadkach wywołując tzw. „burzę cytokinową”, w trakcie której najczęściej dochodzi do pogorszenia stanu ogólnego pacjentów) – przejawia się to zwiększeniem poziomu cytokin, m.in. IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-7, IL-8, IL-9, IL-10, IL-17, G-CSF, GM-CSF, IFN γ , TNF α , IP10, MCP1, MIP1A i MIP1B, z wtórnym wpływem na limfocyty T, B i NK. Choć nie wszystkie z tych cytokin stanowią problem wiążący się z możliwością rozwoju, progresji lub zahamowania remisji chorób autoimmunologicznych, część niestety tak – dla przykładu IL-1 β bierze udział w przebiegu m.in. reumatoidalnego zapalenia stawów, autoimmunologicznego zapalenia naczyń i oka, autoimmunologicznych zapaleń tarczycy, cukrzycy typu 1, stwardnienia rozsianego czy autoimmunologicznego zapalenia wątroby.

W jakim mechanizmie może dochodzić do rozwoju cukrzycy typu 1 po zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, a zatem po przechorowaniu COVID-19? Są co najmniej dwie teorie. Teoria mimikry molekularnej zakłada, że dochodzi do krzyżowej aktywacji reakcji autoimmunologicznej przez zewnątrzpo pochodny antygen o budowie zbliżonej do antygenów atakujących komórki trzustki. Odrębna od powyższej teoria biernego obserwatora uznaje, że infekcja w obrębie danej tkanki prowadzi do miejscowego stanu zapalnego, a ten aktywuje autoreaktywne limfocyty wcześniej pozostające w uśpieniu.

Jakie praktyczne wnioski z wyników tego badania powinnyśmy wyciągnąć dla naszych pacjentów? Po pierwsze warto u pacjentów po przechorowaniu COVID-19 regularnie weryfikować, czy nie dochodzi do zaburzeń gospodarki węglowodanowej, zgodnie z zasadami ich diagnostyki sugerowanymi przez choćby Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Po drugie nie jest uzasadnione, by pacjenci czekali na przechorowanie choroby, zamiast się zaszczepić – nawet jeśli w obliczu aktualnie szalejącego wariantu omicron, szczepienia nie są tak skuteczne jak wobec poprzednich. Przypomnę: szczepienie skutecznie redukuje ryzyko ciężkiego przebiegu, hospitalizacji i zgonu z powodu COVID-19 – zwłaszcza po przyjęciu dawki przypominającej.

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.



Niezdolność do pracy, a niezdolność do wykonywania zawodu

W branży medycznej nawet niewielki % trwałego uszczerbku na zdrowiu może sprawić, że będziemy musieli odwiesić fartuch.

KRZYSZTOF
FIERECK

SPECYFIKACJA ZAWODU

Stres, przepracowanie i zmęczenie to norma dla co dziesiątego lekarza. Pracują ponad 92 godziny tygodniowo i do tego nierzadko jako przedsiębiorcy – wysokie wynagrodzenie jest efektem ciężkiej pracy oraz wysokiego ryzyka. Mogą sobie dzięki temu pozwolić na wyższy standard życia, z którym wiążą się również wysokie koszty (leasingi, raty, czynsze). Niestety, nadal część osób, patrząc na lekarzy, widzi jedynie wysokie zarobki, zapominając o wysokim ryzyku. Ryzyku, które trafnie określił jeden z moich klientów – „jesteśmy tykającą bombą zegarową”, wiele osób pracujących w branży medycznej ma świadomość, że w ich przypadku nie chodzi o to, czy coś im się stanie, tylko kiedy.

CO W SYTUACJI, W KTÓREJ NIE MOŻEMY PRACOWAĆ?

Od nowego roku zmieniają się zasady tzw. chorobowego. Obecnie zasiłek chorobowy możemy otrzymywać maksymalnie 182 dni, ale wystarczy 1 dzień przerwy oraz różne powody niezdolności, aby okres ten liczyć od nowa. Natomiast od 1 stycznia 2022 okres ten będzie wynosił nadal maksymalnie 182 dni, ale nie będzie już brany pod uwagę powód niezdolności, o ile pomiędzy okresami niezdolności do pracy nie minie 60 dni. Natomiast lekarz-przedsiębiorca, który opłaca dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, może otrzymać w zamian zasiłek chorobowy w wysokości niepełna 1800 zł.

W gorszej sytuacji jest lekarz, który z powodu np. wypadku będzie całkowicie lub czasowo niezdolny do pracy. Prowadząc własną działalność gospodarczą, można otrzymać w przypadku całkowitej niezdolności do pracy ok. 1250 zł renty, a w przypadku częściowej niezdolności – niepełna 950 zł. Nie są to wartości pozwalające pokryć koszty życia, nie tylko lekarzy, ale prawie każdego.

RÓŻNICA MIĘDZY PRACĄ A ZAWODEM

Chcąc się zabezpieczyć przed finansowymi skutkami nagłych, niespodziewanych i nieszczęśliwych zdarzeń, część osób samodzielnie wykupuje ubezpieczenia z kategorii NW lub niezdolności do pracy.

Jednak jeżeli umowa nie jest odpowiednio sformułowana, to standardowo niezdolność do pracy oznacza niezdolność do jakiegokolwiek pracy. W dzisiejszych czasach możliwości pracy jest tak wiele, że naprawdę ciężko być do niej niezdolnym. Przykładowo utrata chociażby częściowej sprawności w dłoni uniemożliwi wykonywanie operacji, a więc powrót do



wykonywania zawodu po leczeniu, ale nie przeszkadza w wykonywaniu zawodu telemarketera czy stróża.

Z drugiej strony ubezpieczenia gwarantujące wypłatę świadczenia za % trwałego uszczerbku nie do końca spełniają swoją funkcję u specjalistów. Nawet przy ubezpieczeniu na kwotę przykładowo miliona zł – utrata palca może dać od 1 do 15% uszczerbku. Czy lekarz bez palca nadal będzie mógł przeprowadzać operacje? Między 1% a 15% jest duża różnica, jednak na jak długo wystarczyłoby nawet tych 150 000 zł?

Dobrze skonstruowana umowa, która ma na celu zapewnienie świadczenia na wypadek niezdolności do pracy, musi zawierać w treści polisy wykonywany przez nas zawód. To jeden z elementów, który łatwo przegapić, ale to właśnie od poszczególnych elementów zależy jakość posiadanej umowy.

CZY JEST SENS TAKIEGO ZABEZPIECZENIA NAWET PRZY NISKIM RYZYKU?

Jak pokazały historie naszych klientów – jest.

Najlepszym tego przykładem była historia jednego z lekarzy rodzinnych. Pracował on na etacie w jednej z przychodni. Niestety, doznał udaru niedokrwienego mózgu, wtórnie ukrwotoczonego po leczeniu trombolitycznym, z następczym ośpieniem. W tym przypadku uznano całkowitą niezdolność do pracy i wypłacono świadczenie.

Innym, coraz popularniejszym, zdarzeniem jest wystąpienie nowotworu. Klient potrzebował 12 miesięcy zwolnienia. Przez 6 miesięcy świadczenie było wypłacane zarówno przez ZUS, jak i przez towarzystwo. Jednak po tym czasie ZUS wezwał lekarza na komisję, po czym zaprzestał wypłaty świadczenia chorobowego. Natomiast ubezpieczyciel wypłacał świadczenie do czasu powrotu do zdrowia.

PODSUMOWANIE

Niekoniecznie polisa, którą posiada nasza mama, ciocia czy przyjaciel, będzie dobra również dla nas. A nawet wysokie sumy ubezpieczenia, ale z nieadekwatnymi zapisami w stosunku do potrzeb, nie będą spełniały swojej funkcji – nie zabezpieczą nas.

O autorze: Współprowadzący Klinikę Finansów, doradca finansowy w Phinance S.A. Propagator świadomości finansowej wśród młodych osób. Specjalista w zakresie planowania przyszłej płynności finansowej.



Wspomnienie o...

doktorze Henryku Gajewskim

(28.10.1919–27.08.2021)



Pożegnanie Nestora Polskich Urologów

3 września 2021 r. pożegnaliśmy Nestora Polskiej Urologii – dr. n. med. Henryka Gajewskiego, który zmarł 27 sierpnia br. w Bydgoszczy, przeżywszy 101 lat. Do kolejnych, 102 urodzin, pozostały dwa miesiące – 102 lata ukończyłby 28 października.

Dr Gajewski był emerytowanym, wieloletnim ordynatorem Oddziału Urologii w Bydgoszczy, organizatorem od podstaw opieki urologicznej w regionie kujawsko-pomorskim w latach 1957–1985, który wyszkolił całe pokolenie lekarzy specjalistów urologii. Uczniowie dr. Gajewskiego organizowali oddziały urologii w Toruniu, Grudziądzu, Inowrocławiu, Chojnicach. Dr Gajewski, przy ogromie pracy usługowej, stworzył atmosferę umożliwiającą rozwój naukowy asystentów. Pozwoliło to, po utworzeniu Akademii Medycznej w Bydgoszczy, na przekształcenie Oddziału Urologii w Klinikę prowadzącą działalność dydaktyczną i naukową.

Dr nauk medycznych Henryk Gajewski, ps. Sęk, urodził się 28 października 1919 r. w Innokientiewsku, koło Irkucka, na Syberii. Ojciec

pracował na kolei transsyberyjskiej, a matka zajmowała się domem. Kiedy miał 3 lata, rodzina przeniosła się po wojnie polsko-bolszewickiej, w roku 1922, do Polski i zamieszkała w Dubrowie, powiat mołodecki, w województwie wileńskim. Tu ukończył 5 klas szkoły powszechnej, a następnie Gimnazjum im. T. Zana w Mołodecznie. W 1938 r. zdał egzamin maturalny i po zdaniu egzaminu wstępnego został przyjęty na Wydział Lekarski Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Przed wybuchem II wojny światowej ukończył pierwszy rok studiów. Po klęsce wrześniowej wyjechał do Lwowa kontynuować studia. Tam ukończył drugi i trzeci rok studiów, początkowo na Uniwersytecie, a później w Instytucie Medycznym, przekształconym z Wydziału Lekarskiego. Ostatnie egzaminy trzeciego roku zdawał już przy wtórze nalotu samolotów niemieckich, bowiem rozpoczęła się wojna niemiecko-radziecka (1942 r.) Instytut Medyczny zamknięto. Dr Gajewski wrócił na Wileńszczyznę. Tu dowiedział się, że matkę NKWD wywiozło na Syberię. W czasie okupacji niemieckiej początkowo pracował w szkole jako nauczyciel, później jako księgowy w majątku ziemskim. Wiosną 1943 r. wstąpił do Armii Krajowej, do 13 Brygady „Nietoperza”, i przybrał pseudonim Sęk. Brał udział w licznych operacjach wojskowych, organizując m.in. sanitarne zabezpieczenie. Rannym partyzantom udzielał pomocy lekarskiej. We wrześniu 1944 r. oddział został rozwiązany. Dr Gajewski wrócił do Wilna, a po uzyskaniu fikcyjnych dokumentów wyjechał do Polski.

Tu, w Polsce, rocznik dr. Gajewskiego podlegał mobilizacji. Doktora wcielono do Wojska Polskiego. Został oficerem w nowo organizowanym Batalionie Obrony Chemicznej w Zamościu. W grudniu 1944 r. – rozkazem wodza naczelnego – został skierowany na dalsze studia lekarskie w Katedrze Medycyny Wojskowej w nowo powstałym Uniwersytecie Marii Skłodowskiej-Curie w Lublinie. Już 30 marca 1945 r., wraz z 30 innymi studentami mającymi stopnie oficerskie, został skierowany na front. Został wcielony do I Korpusu Pancernego, a następnie do II Armii Wojska Polskiego. Brał udział w ofensywie nad Odrą, następnie przeniesiony nad Nysę. Był



Obrzędy pogrzebowe dr. H. Gajewskiego, żołnierza AK oraz II Armii Wojska Polskiego, z udziałem warty honorowej Wojska Polskiego

starszym felczerem w II Brygadzie Czołgów. W sierpniu 1945 r. wrócił na studia, a absolutorium uzyskał w roku 1947. W styczniu 1948 r. rozpoczął pracę w Szpitalu Sióstr Elżbietanek w Zielonej Górze, a w grudniu tego roku, po zdaniu wszystkich egzaminów, uzyskał dyplom lekarza.

W Szpitalu Sióstr Elżbietanek w Zielonej Górze dr Gajewski pracował pod kierunkiem dr. Bandurskiego, ucznia dr Schlingmanna, który z kolei był uczniem prof. Sauerbrucha. Dr Bandurski – specjalista chirurgii i ortopedii, z zamyślenia także urolog – zaproponował dr. Gajewskiemu zrobienie specjalizacji w zakresie urologii. Pierwszy miesięczny staż dr Gajewski odbył w Instytucie Gruźlicy w Warszawie w 1951 r. Było to stypendium z Ministerstwa Zdrowia w ramach nowo powstałego Instytutu Doskonalenia Kadr Lekarskich, którego dr Gajewski był jednym z pierwszych słuchaczy.

W lutym 1955 r. dr H. Gajewski, po zdaniu egzaminu, uzyskał stopień specjalisty urologa. Po egzaminie został powołany na stanowisko ordynatora nowo utworzonego Oddziału Urologicznego w zielonogórskim szpitalu.

W marcu 1957 r., w drodze konkursu, został ordynatorem Oddziału Urologicznego w Szpitalu w Bydgoszczy. Na stanowisku ordynatora przepracował 29 lat, do 1 września 1985 r. Dał poznać się jako świetny organizator, borykający się przez cały okres pracy z niedostatkiem sprzętu. Dzięki Jego staraniom i dużej determinacji Oddział został wyposażony w nowoczesny, jak na tamte czasy, sprzęt – umożliwiający wykonywanie wszystkich zabiegów urologicznych, także całego zakresu zabiegów endoskopowych.

Dr Gajewski od podstaw zorganizował Oddział. Wyszkolił całą rzeszę specjalistów urologii, m.in.: dr. dr. E. Boryka, A. Laknera, F. Tylocha, T. Lisika, Z. Jarzemeskiego, R. Lewandowskiego, L. Szczepańskiego, J. Cisowskiego, W. Januszewicza, T. Winickiego, W. Perlickiego, J. Gajewskiego, A. Bareckiego. Wyszukani urolodzy organizowali następnie opiekę urologiczną w całym regionie kujawsko-pomorskim. I tak dr E. Boryk organizował Oddział Urologiczny w Toruniu i był jego pierwszym ordynatorem, dr T. Lisik podobnie od podstaw organizował Oddział Urologiczny w Grudziądzu, dr L. Szczepański był pierwszym urologiem działającym samodzielnie w Inowrocławiu. Zorganizował Poradnię Urologiczną, a zabiegi operacyjne wykonywał w ramach Oddziału Chirurgicznego, dr W. Perlicki urologiczną opieką obejmował chorych z Chojnic i okolicy.

Oddział Urologii Szpitala w Bydgoszczy był pierwszym i przez wiele lat jedynym w regionie oddziałem urologicznym. Ciężko na nim ogromne obciążenia usługowe. Mimo to dr Gajewski dbał, by zespół rozwijał się i podnosił kwalifikacje. Sam w 1970 r. na podstawie pracy pt.: „Zachowanie się urokinazy po operacjach na układzie moczowym” uzyskał, w Akademii Medycznej w Gdańsku, stopień naukowy doktora nauk medycznych.

Dr Gajewski tworzył dobrą atmosferę do rozwoju naukowego. Zachęcał do udziału w zebraniach i zjazdach naukowych. Asystenci wraz ze swym szefem byli uczestnikami comiesięcznych zebrań warszawskiego oddziału PTU oraz zjazdów krajowych PTU. Ordynator uważał, że udział w posiedzeniach naukowych jest ważną formą szkolenia. Oddział zorganizował w 1972 r. Ogólnopolski Dzień Urologiczny. Organizował także posiedzenia naukowe Oddziału Północno-Zachodniego PTU.

Praca dr. Henryka Gajewskiego przypadła na trudny okres organizowania od podstaw opieki urologicznej w regionie kujawsko-pomorskim. Zabieganie o podstawowy sprzęt urologiczny, troska o rozwijającą się w tym okresie na świecie endourologię zajmowała dr. Gajewskiemu dużo czasu i energii. Dr Gajewski stanowił dla swoich wychowanków zawsze wzór lekarza, nauczyciela i humanisty o szerokiej wiedzy, także pozamedycznej. Dysponując wspaniałą pamięcią, potrafił recytować długie fragmenty poezji, której uczył się jeszcze w szkole średniej. Wśród wychowanków znana jest jego ogromna wiedza historyczna, którą chętnie dzielił się z nimi. Zawsze chętny do opowiadania anegdot, także z okresu pierwszych lat Polskiego Towarzystwa Urologicznego – na zebraniach, w kulisach zjazdów zawsze przyciągał grono młodych urologów chcących wysłuchać Jego opowieści.

W Oddziale Urologii w latach 1975–1984 – początkowo w ramach Filii Akademii Medycznej w Gdańsku, a potem II Wydziału Lekarskiego tejże uczelni – prowadzono zajęcia dydaktyczne dla studentów VI roku. Dr Gajewski był odpowiedzialny za poziom merytoryczny tych zajęć. Asystenci Oddziału stawiali się asystentami akademickimi. W 1984 r. z chwilą powołania Akademii Medycznej w Bydgoszczy – na bazie dotychczasowego Oddziału Urologii – powołano Klinikę Urologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Zbiegło się to z datą odejścia dr. Gajewskiego na emeryturę. Kierownikiem Kliniki Urologii został doc. dr hab. Stanisław Wróbel z Akademii Medycznej w Gdańsku.

W dowód uznania zasług dr Henryk Gajewski został uhonorowany następującymi odznaczeniami:

1. Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski (1975 r.)
2. Krzyż Armii Krajowej (1993 r.)
3. Srebrny Medal Zasłużony na Polu Chwały (1945 r.)
4. Medal za Odrę, Nysę i Bałtyk (1947 r.)
5. Medal Zwycięstwo i Wolność (1947 r.)
6. Medal za walkę o Berlin (1969 r.)
7. Odznaka Grunwaldzka (1947 r.)
8. Odznaka „Za wzorową pracę w służbie zdrowia” (1994 r.)

Janusz F. Tyloch

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci naszego Kolegi

lek. Fouada Abbasa

Kierownika Oddziału Anestezjologii
i Intensywnej Terapii Szpitala Miejskiego
w Bydgoszczy.

Szczere wyrazy współczucia
rodzinie i bliskim

składa

Zespół Oddziału Chirurgii i Żywienia Klinicznego

...dla Tej, która widziała dobro w drugim człowieku

śp.

dr Amelia Serbin

29.10.1926–19.12.2021

Lekarka – pasjonat w propagowaniu
prawidłowego żywienia oraz zdrowego stylu życia,
wieloletnia kierownik przychodni
przy ul. Kołłątaja w Bydgoszczy,
odznaczona Medalem Gloria Medicinae

Spoczywaj w pokoju

Koleżanki i koledzy z Bydgoskiej Izby Lekarskiej

W każdym z nas może czaić się pan Hyde!

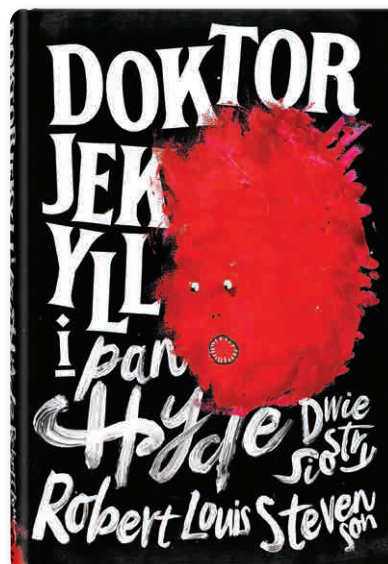
PIOTR KIKTA

Muszę przyznać, że bardzo rzadko czytuję tzw. klasyki literatury i jeśli chodzi o ich znajomość, często mam spore braki. Choć na rynku wciąż pojawia się wiele wydań mniejszych lub większych dzieł XIX-wiecznych powieściopisarzy (bo przyjmujemy, że właśnie wiek XIX jest złotą epoką rozwoju powieści), to sięgać po nie właściwie mi się nie zdarza. Ostatnio jednak ukazało się coś, co skusiło mnie na tyle, że odstawiłem inne książki na bok i zacząłem czytać... A skusiło mnie z kilku powodów. Po pierwsze tytuł oraz motyw, który prezentuje, jest znany chyba wszystkim Europejczykom, którzy ukończyli 15 rok życia, a często na pewno i młodszym – jest to bez wątpienia jeden z filarów kultury popularnej. Po drugie: książkę wydało wydawnictwo „Dwie Siostry”, bodaj najmocniejsza marka na rynku literatury dziecięcej w Polsce i możliwe, że także jedna z najlepszych na świecie. Tymczasem absolutnie nie jest to powieść dla dzieci! Po trzecie – seria, w której tytuł wydano, nazywa się „Świeżym okiem” i jest on w niej drugą do tej pory pozycją (pierwszą była „Inwazja jaszczurów” Karela Čapka). A do tego wszystkiego jest to książka bogato ilustrowana!

To wszystko właśnie wyróżnia najnowsze wydanie klasycznej powieści gotyckiej: „Doktor Jekyll i pan Hyde” Roberta Louisa Stevensona. Użyto istniejącego przekładu Tadeusza Jana Dehnela (tłumacz ten zmarł w 1974 roku), ale wszystko okraszone jest szalonymi, eklektycznymi ilustracjami Brazylijczyka Adão Iturruşgarai, powstałymi bardzo niedawno, bo w 2020 r., które w równie szalony sposób są często poskładane.

Sama fabuła jest być może znana: oto brytyjski prawnik Gabriel Utterson prowadzi sprawę spadku swojego przyjaciela Henry’ego Jekylla, który przepisał niemal wszystko dziwnemu Edwardowi Hyde’owi. Utterson podejrzewa, że Hyde w jakiś sposób zmusił Jekylla do uczynienia siebie spadkobiercą i postanawia sprawę wyjaśnić. Wkrótce dochodzi do zamordowania klienta Uttersona, niejakiego sir Andrew Carewa. Sprawcą jest oczywiście Hyde, a dowodem w sprawie: m.in. laska, którą ów zaatakował Carewa. Jeśli nie znacie dokładnie tej historii, nie będę zdradzał więcej. Za to motyw Jekylla i Hyde’a – podwójnej osobowości – zna już chyba każdy.

Ale to właśnie oprawa graficzna sprawia, że powieść, a raczej nowela (skądinąd wspaniała) robi wyjątkowe wrażenie. „Książka z obrazkami” to często swego rodzaju eufemizm stosowany dla książki o mniejszej wartości, infantylnej, głupszej, ubogiej w treść. Tymczasem ilustracje tu nie za-



stępują słów, ale w połączeniu z nimi tworzą trzecią jakość! Czytanie takich książek jest często bardziej wymagające niż samego tekstu. Iturruşgarai podchodzi do treści książki z dużym dystansem, ale mimo to zdaje się sięgać do samej jej istoty. Tworzy kolaże, coś à la dziecięce bazgroły, plamy, dorysowywanki, dziwaczne kreatury. Trochę więc na śmiesznie, a trochę zupełnie poważnie ilustracje krzyczą: w każdym z nas może czaić się pan Hyde!

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.

Answers to questions Quiz page 24

- 1.b. – „w ostatniej chwili”, ale jednocześnie na czas.
- 2.b. – drugie myśli słusznie sugerują „zmianę zdania”
- 3.a. – to wyrażenie to paradoks literacki stworzony przez J. Hellera, a oznacza: sytuację bez wyjścia
- 4.a. – jak to w *gangsterce*... pożyczamy od jednego, żeby spłacić drugiego...
- 5.b. – „w czerwonym” tudzież „kamiennie spletkany” to oczywiście pod kreską, tudzież bez grosza przy duszy, pomimo iż jest to mój ulubiony kolor, w tym wypadku nie zwiastuje nic dobrego 😊
- 6.a. – to powiedzenie pochodzi z komiksu opublikowanego w 1913 r. w *New York Globe* i choć dotyczy społeczeństwa amerykańskiego początku XX w., idealnie wpisuje się w obecne kanony... „nie można być przecież gorszym niż Kowalski”
- 7.b. – „pierwszy lepszy Nowak” czy „przeciętny Kowalski” to wersja, która w moim odczuciu najlepiej oddaje znaczenie *every/any Tom, Dick or Harry*. Ciekawostka: u Szekspira w Henryku IV, w akcie 1, wyrażenie to brzmiało *Tom, Dick and Francis*.
- 8.b. – wyobraźmy sobie kryształową wagę albo obraz zupełnie nie w naszym guście. Drogi, lecz absolutnie niepraktyczny prezent... to właśnie oznacza *biały słoń*.
- 9.a. – wyrażenie to towarzyszy nam od wielu lat w okresie świątecznym, rozbrzmiewa w utworze *Last Xmas Wham* i oznacza kogoś „kto raz się sparzył, to na zimne dmucha.”
- 10.b. – „nie ma lepszego”, ta terapia jest „najlepsza na rynku”, „nic/ nikt jej nie podkoczy” 😊

REKLAMA

Biuro Rachunkowe PLUS

- ◆ Kompleksowa i profesjonalna obsługa księgowa 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

Mój jest ten kawałek podłogi!...

Wczoraj do ciebie nie należy.
Jutro niepewne...
Tylko dziś jest twoje.

Jan Paweł II



Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Nowy rok zawitał w nasze progi i – zgodnie z sentencją zawartą w słowach motta – to, co było wczoraj, powinno być zapomniane, bo ono do ciebie nie należy!

Zapomniane? Tu nie zgodziłbym się z takim założeniem, bo moim zdaniem łatwiej jest zapomnieć o sprawach miłych niż o tych przykrych, zalegających w zakamarkach naszego umysłu, których to miniony rok dostarczył nam zbyt wiele.

A o tym, co już minęło, tak powiedział kardynał Stefan Wyszyński – *Tyle wart jest nasz rok, ile zdaliśmy przewyciężyć w sobie niechęci, ile zdaliśmy przetrwać ludzkiej złości i gniewu. Tyle wart jest nasz rok, ile ludziom zdaliśmy zaoszczędzić smutku, cierpienia, przeciwności. Tyle wart jest nasz rok, ile zdaliśmy okazać ludziom serca, bliskości, współczucia, dobroci i pociechy. Tyle wart jest nasz rok, ile zdaliśmy zaptać dobrem za wyrządzane nam zło.*

No to rozprawę z dniem wczorajszym mamy już za sobą, zawdzięczając to słowom Kardynała. Czas zająć się jutrem!

I tu nasuwa się pytanie: Czy jest ono niepewne?

Pewnym jest, iż może nie jutro, ale niebawem wybierać będziemy nowe władze naszego Samorządu! I to jutro może okazać się dobrym jutrem na czas czterech lat, pod warunkiem, że głosami wybranych przez nas delegatów znacznie odmłodzimy skład Rady Okręgowej, bo moim zdaniem potrzebuje Ona dużej dawki świeżości.

Pomyślmy o tym, abyśmy nie musieli kiedyś, cytując Marka Twaina, powiedzieć – za dwadzieścia lat bardziej będziesz żałował tego, czego nie zrobiłeś, niż tego, co zrobiłeś.

Paradoksem tego stwierdzenia jest to, że ja za dwadzieścia lat na pewno nie będę niczego żałował, bo po prostu już mnie nie będzie wśród żyjących.

Autor dzisiejszego motta twierdzi, że tylko dzisiaj jest moje!

Ne wiem jak Wy, ale ja z obecnego „dzisiaj” wolabym nie korzystać! Bo jak to korzystać, kiedy wprowadza się coś, co nazywa się ładem, a okazuje się wielkim nieładem? Kiedy osoba odpowiedzialna za kulturę wstrzymuje dotację dla teatru – tak potrzebną do jego istnienia, a jednocześnie zwalnia kierującego tak ważną dla nas galerią? Kiedy inna osoba, tak jak Rejtan, broni swego podwładnego nabierającego na hochsztaplerskie metody leczenia biednych chorych ludzi? Kiedy ktoś od oświaty twierdzi, że szczepienia ochronne to eksperyment medyczny?

Mam dalej wymieniać? Chyba już dość! Wystarczy, aby narazić się tym, którzy myślą inaczej niż ja. Nawet wiem, jak ten tekst skomentują – stary człowieczek, coś tam plecie!

Może i plecie, ale, kończąc, chciałbym przytoczyć myśl Seneki – szczęśliwy jest ten, komu rozum każe doceniać wszelkie warunki egzystencji.

Zgłębiając tę myśl pragnę Wszystkich czytających te słowa zapewnić, że chyba nie jestem szczęśliwy.

Jak zwykle Wasz

A. Martynowski

Klub Lekarza Seniora

W związku z pogarszającą się sytuacją epidemiologiczną spowodowaną pandemią 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...



YOUR LIFE IS THE ONLY CLOCK YOU CAN NEVER TURN BACK

Początek roku to czas wyzwań, które sobie stawiamy i marzeń, które spisujemy na listach 'to do'. Życząc kolejnych wspaniałych marzeń, zapraszam Państwu na quiz.

Choose the correct meaning of the idioms:

- They arrived at the meeting **in the nick of time**!
a) They were a bit late to the meeting.
b) They made it just in time to the meeting.
- I think we'd better stay home, **I have second thoughts about** going away now.
a) I am sure my first decision was right.
b) I have changed my mind.
- I cannot change my job now, yet I am utterly miserable here. It's **a catch 22 situation**.
a) There is no simple way to solve it.
b) There are many options to choose from.
- Don't give him any money! He still owes me some. It's like **robbing Peter to pay Paul**!
a) He will still be indebted to us.
b) He wants to clear all his arrears.
- Jack is **in the red again**. No, this time he is **stone broke**.
a) His car broke down and he got himself a new, red one.
b) He has no money left.
- Why have you bought a new TV set? Are you trying **to keep up with the Joneses**?
a) Want to show off that you have a better one than others.
b) Follow the trend.
- We cannot employ **every Tom, Dick or Harry** who walks in here.
a) We cannot employ only men.
b) We cannot employ just anyone, we need a skilled person.
- I got **a white elephant** for Xmas, a Ming vase, and honestly don't know what to do with it.
a) The vase is in the shape of an elephant.
b) It's an expensive, yet useless gift.
- She will never trust you again. As they say: **once bitten and twice shy**.
a) She has been hurt and got cautious.
b) She has always been bashful.
- This treatment is **second to none**.
a) The second best there is.
b) The best there is and cannot be compared to anything.

To check the answers – go to page 22

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

Ogłoszenia – PRACA

■ Szpital Wielospecjalistyczny im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu zatrudni: **lekarza specjalistę w dziedzinie reumatologii** do pracy w Poradni Reumatologicznej, **lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny pracy**, do pracy w Poradni Medycyny Pracy, **lekarza specjalistę dentystę w dziedzinie chirurgii** w Poradni Chirurgii Stomatologicznej, **lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii** w Poradni Anestezjologicznej i Leczenia Bólu. Zainteresowanych lekarzy prosimy o kontakt telefoniczny z nr 52 3545325 w dni powszednie w godz. 08.30–14.30 lub za pośrednictwem adresu e-mail: sekr.nacz@szpitalino.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, geriatrii, 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: 537 000 242 lub mailowy: biuro@lazienkiresort.com

■ NZOZ VITAMED ul. Kościuszki 35, 85-079 Bydgoszcz zatrudni **lekarza do pracy w poradni POZ**. Forma zatrudnienia i warunki płacy do uzgodnienia. Zapraszamy do kontaktu: telefoniczny 665 102 401, e-mail: kontakt@vitamed.info, <https://vitamed.info>

■ SPZOZ w Cekcynie (powiat tucholski) zatrudni: **lekarza medycyny rodzinnej** lub **lekarza POZ** mogącego zbierać deklaracje wyboru. Praca w ramach NFZ w pełnym lub niepełnym wymiarze. Warunki finansowe i forma zatrudnienia do uzgodnienia z kierownikiem SPZOZ. Możliwość wynajmu mieszkania. Zapraszamy do kontaktu e-mail: spzozkierownik@cekczyn.pl lub na nr tel. 518 721 204.

■ Klinika Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy poszukuje do pracy **lekarzy specjalistów w zakresie chorób wewnętrznych, nefrologii lub hipertensjologii**, a także lekarzy chcących się specjalizować w tych dziedzinach medycyny. Osoby zainteresowane są proszone o kontakt z sekretariatem Kliniki, tel. 52 5854540 lub drogą mailową: nefrologia@jurasza.pl

■ Sanatorium Uzdrowskie, Ośrodek Rehabilitacji i Odnowy Biologicznej „OAZA” Sp. z o.o. w Inowrocławiu zatrudni **lekarza uzdrowskiego posiadającego jedną z poniższych specjalizacji: balneologia i medycyna fizykalna** (lub w trakcie specjalizacji), **rehabilitacja medyczna, reumatologia** po kursie z podstaw balneologii, **choroby wewnętrzne** po kursie z podstaw balneologii, **neurologia** po kursie z podstaw balneologii, **ortopedia** po kursie z podstaw balneologii, **chirurgia** po kursie z podstaw balneologii, **lekarz rodzinny** po kursie z podstaw balneologii. Forma zatrudnienia: umowa o pracę etat lub część etatu, umowa cywilno-prawna. Miejsce pracy: Inowrocław, ul. Świętokrzyska 76. Prosimy o przesyłanie CV na adres oaza@oazasanatorium.pl lub kontakt telefoniczny pod numerem 601 619 706.

■ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Koronowie zatrudni na atrakcyjnych warunkach **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

■ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wielospecjalistyczna Przychodnia „Bartodzieje” sp. z o.o. w Bydgoszczy zatrudni od zaraz **lekarza pediatrę** (mile widziany pełen wymiar czasu pracy). Forma zatrudnienia i warunki płacy do uzgodnienia. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt: tel. 52 375 86 05, e-mail: biurobartodzieje@scs.com.pl



**Nasz
Lekarz**
PRZYCHODNIE MEDYCZNE

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 - Spondyloartritis zapalne
 - ŁZS - Łuszczycowe zapalenie stawów
 - ZZSK - Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa
 - Axial SpA - spondyloartritis 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

✉ terapiainnowacyjne@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





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, poczynwszy 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