

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Primum

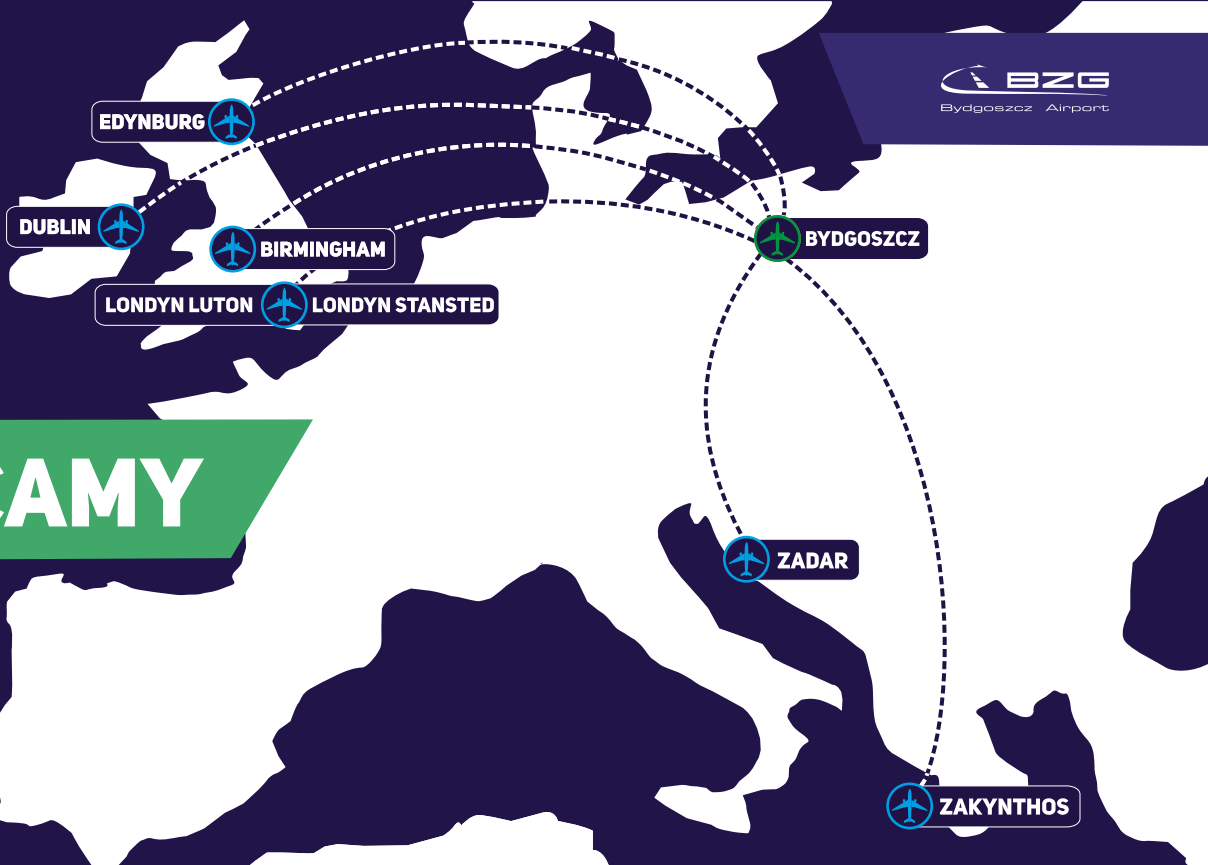
ISSN 2353-6055

nr 7/8 (348/349) / lipiec/sierpień 2020



KONIEC STOMATOLOGII NA NFZ?!

Lekarze dentyści MAJĄ DOŚĆ!



#WRACAMY

KIERUNKI Z PORTU LOTNICZEGO BYDGOSZCZ

LOTY REJSOWE	PONIEDZIAŁEK	WTOREK	ŚRODA	CZWARTEK	PIĄTEK	SOBOTA	NIEDZIELA
RYANAIR							
BIRMINGHAM							
DUBLIN							
LONDYN LUTON							
LONDYN STANSTED							
EDYNBURG							
LOT							
ZADAR							
ZAKYNTHOS							

LOTY OD LIPCA

LOTY OD SIERPNI

LOTY OD 26 PAŹDZIERNIKA



NOWE KIERUNKI ZAKYNTHOS / ZADAR / EDYNBURG

Z WYLOTEM Z BYDGOSZCZY

DOWIEDZ SIĘ WIĘCEJ:

WWW.BZG.AERO



INFO@BZG.AERO



+48 52 365 47 00

W NUMERZE:

**KONIEC STOMATOLOGII NA NFZ?
LEKARZE DENTYSTYKI MAJĄ DOŚĆ!** 2, 3

INFORMUJEMY 4-6

FELIETON

Wielu mówi, że się nie da, a wtedy przychodzi ktoś, kto to zmienia
– Bartosz Fiałek 7

Mój jest ten kawałek podłogi
– Andrzej Martynowski 19

ROZMOWY PRIMUM

Zadanie z wieloma niewiadomymi
– rozmowa z prof. Eugenią Gospodarek-
-Korkowską, dr Joanną Kwiecińską-Piróg
i dr Alicją Sękowską 8

Szukała pracy.... wymyśliła aplikację
– rozmowa z lek. Katarzyną
Dziąbrowską-Grabias 12

**Konsultant wojewódzki ds. chorób
zakaźnych: QUO VADIS SARS-COV-2?** 10

TELERODO 14

POZ BEZ TAJEMNIC

Marihuana u lekarza rodzinnego 16

UWAŻNOŚĆ I MEDYCYNĄ 17

WSPOMNIENIE...

...o doktorze Józefie Wróblewskim 18

**DLA LEKARZY SENIORÓW:
TURNUSY REHABILITACYJNE** 19

W PIGUŁCE 20

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Na początku chciałbym pogratulować wszystkim delegatom na XXXIX Okręgowy Zjazd Lekarzy. Z uwagi na szczególny czas epidemii, w trosce o wspólne dobro – przeprowadziliśmy Zjazd, korzystając z nowych regulacji prawnych oraz podejmując uchwały w trybie obiegowym. Wiem, że wielu z Państwa ma poczucie niedosytu, podzielam Wasze odczucia. Mam nadzieję, że dyskusja o istotnych sprawach naszego środowiska będzie się toczyć na bieżąco i nie zabraknie nam pomysłów do dalszego działania. Z obowiązku informuję, że wysłane zostały 94 karty do głosowania, z czego wróciło do nas 68 – tj. 72,34%. W trybie obiegowym, zdecydowaną większością głosów, podjęliśmy 8 uchwał.

Druga ważna wiadomość to zakończenie wydawania środków ochrony osobistej otrzymanych od Fundacji Lekarzy Lekarzom, dzięki ofiarności Kulczyk Foundation. Serdecznie dziękuję pani dyrektor Iwonie Kosiło oraz całemu zespołowi administracyjnemu naszej izby za duży trud i sprawne przeprowadzenie tej akcji!

Trzecia istotna dla naszego środowiska sprawa to usamodzielnienie się Fundacji Domu Lekarza Seniora. Kwestie z pozoru proste w rzeczywistości sprawiają niemało trudności. Wiedzą o tym najlepiej władze Fundacji, prawnicy, którzy brali udział w tworzeniu nowej formuły, i wszyscy członkowie naszej Okręgowej Rady. Mam nadzieję, że zmiana umożliwi szybsze dochodzenie do celów statutowych, co z wielkim poświęceniem realizuje od lat doktor Małgorzata Świątkowska i jej współpracownicy. Życzę Fundacji dalszych sukcesów i obiecuję, że będę starał się ją wspierać.

Niestety, w świecie wielkiej polityki, która dotyka wszystkich, bez względu na nasze nią zainteresowanie, nie ma dla świata lekarskiego dobrych wieści. Tzw. tarcza 4.0 wprowadziła zmiany do Kodeksu Karnego, które są niebezpieczne dla wszystkich wykonujących trudny i – jak przypominają politycy – ryzykowny zawód lekarza. Art. 37a wspomnianego kodeksu istotnie ogranicza działania sądów. Dotychczas za przestępstwo o górnym wymiarze kary grożące ośmioletnim pozbawieniem wolności sąd mógł zastosować grzywnę lub ograniczenie wolności (np. w przypadku postępowania o błąd lekarski). Po nowelizacji będzie mógł to uczynić tylko w przypadkach zagrożenia karą więzienia do 1 roku!

Stanowczy protest w tej sprawie przedstawiła politykom i prezydentowi RP Naczelna Izba Lekarska i prezes Andrzej Matyja osobiście. Rodzą się smutne refleksje po takiej nowelizacji, żal, złość i pytania.

Dlaczego w ustawach, które mają chronić gospodarkę przed skutkami gospodarczymi pandemii, wprowadza się zapisy, które nie mają nic wspólnego z ochroną gospodarki?! Dlaczego czyni się to kolejny raz, pomimo że poprzednia taka próba, zawetowana przez prezydenta, do chwili obecnej nie została oceniona przez Trybunał Konstytucyjny?! Jaki cel przyświeca politykom w kraju, gdzie brakuje lekarzy, straszy ogromna luka pokoleniowa w wielu specjalnościach medycznych, a cały system trzeszczy w szwach? Czy tak buduje się zaufanie społeczne do rządzących, czy tak zachęca się młodzież lekarską do pozostania w ojczyźnie? Który polityk odpowie przed sądem ludzkim czy boskim za takie działania i jaki powinien być wyrok?

Abym nie kończył dramatycznie – zapraszam wszystkich w świat muzyki, gdzie lekarze śpiewają Piosenkę dla Medyków – YouTube/Medici pro Musica

Pozdrawiam wszystkich serdecznie

Dr n. med. Marek Bronisz


Prezes Bydgoskiej Izby Lekarskiej

BIULETYN BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ primum

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

RADA PROGRAMOWA:

prof. Aleksander Araszkiwicz,
red. Agnieszka Banach-Dalke,
red. Teodora Bogdańska,
lek. Mieczysław Boguszyński,
red. Magdalena Godlewska,
dr n. med. Stanisław Prywiński,
lek. dent. Marek Rogowski
(przewodniczący),
dr n. med. Zofia Ruprecht

REDAKTOR NACZELNA:

Agnieszka Banach-Dalke
agnieszka.banach@hipokrates.org

REDAKTOR:

Magdalena Godlewska
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.

WYDAWCA:

 Bydgoska Izba Lekarska
85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 11
telefon: 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 dentyistów:

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

DRUK:

Abedik, Bydgoszcz, tel. 52 3700710

SKŁAD:

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

Nakład: 4340 egzemplarzy



Stomatologia

pro publico bono

Stomatologia finansowana ze środków publicznych jest w agonii. Niczego nie zmieniają przedstawione niedawno ministerialne propozycje podniesienia wyceny niektórych świadczeń. Jedynie wyceny procedur z zakresu endodoncji zdają się zbliżać do satysfakcjonujących kwot, pozwalających leczyć na odpowiednim poziomie. Pozostałe propozycje nie pozostawiają złudzeń – rządzący nie widzą potrzeby zapewnienia społeczeństwu leczenia stomatologicznego finansowanego z budżetu i zamierzają ograniczyć je wyłącznie do dzieci i kobiet w ciąży, ale i tu leczenie ma pozostać na poziomie odbiegającym od standardów. Zadziwia tak bez troskie podejście w stosunku do całej wielospecjalistycznej gałęzi medycyny, choć jest to kwestia, która nabrzmiewała od lat i oprócz lekceważenia stomatologii jako takiej, ma swoje podłoże również w podejściu do inicjatywy i działalności prywatnej prezentowanym przez obecną władzę.



MAREK
ROGOWSKI

PO MASECZKI NA POCZTĘ

Warto wspomnieć tu o paru wypowiedziach resortu zdrowia. Pierwszej, gdzie rzecznik prasowy ministerstwa Wojciech Adrusiewicz zaproponował, by stomatolodzy, w sytuacji niedoboru środków ochrony indywidualnej, w maseczki zaopatrywali się na pocztę i w sklepach spożywczych – widocznie pan rzecznik zapomniał, że jego własny resort wydał zalecenia co do stosowania przez stomatologów masek co najmniej FFP2, których w takich przybytkach nie można otrzymać. W sytuacji, w której stomatolodzy – pozbawieni dostępu do zasobów Agencji Rezerw Materiałowych, wyprzedzani o krok przez wiedzione słusznym instynktem społeczeństwo wspomagające charytatywnie szpitale – musieli dosłownie zdobywać kolejne niewielkie partie środków ochrony indywidualnej, korzystając ze spekulacyjnych ofert domorostych biznesmenów, wypowiedź ta zabrzmiała wręcz szyderczo. Drugi komunikat, pisemny, stanowi odpowiedź wiceministra zdrowia Waldemara Kraski na interpelację poselską po-

stanki Barbary Dolniak w sprawie sytuacji gabinetów stomatologicznych posiadających kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. W pierwszej części odpowiedzi jako panaceum na trudności i zwiększone koszty związane z udzielaniem świadczeń w sytuacji pandemii wiceminister wskazuje opracowany przez ministerstwo projekt zwiększenia wyceny świadczeń, wspomniany na początku i oceniony jako absolutnie niewystarczający przez Naczelną Izbę Lekarską. W drugiej, odpowiadając na pytanie o zapewnienie środków bezpieczeństwa dla podmiotów stomatologicznych, w tym środków ochrony indywidualnej, umywa de facto ręce, odsyłając pracowników do pracodawców, stomatologów pracujących na NFZ do wojewody, a całą resztę... ignorując.

KOMERCJA?

Jest to o tyle ciekawe, że w przypadku innych dziedzin medycyny, gdzie liczba pracowników w rozumieniu prawa pracy jest równie znikoma (dominują umowy cywil-

noprawne, a nie etaty), pan wiceminister nie ma podobnej śmiałości, żeby lekarzy medycyny pracujących w ramach kontraktów odeśłać na pocztę po środki ochrony indywidualnej. Powstaje pytanie: czy resort ma świadomość, że opieka stomatologiczna w Polsce jest praktycznie sprywatyzowana, a główna jej część jest realizowana w ramach usług w pełni odpłatnych? Myślę, że ma i uznając z jednej strony, że zdejmując to z niego jakąkolwiek odpowiedzialność za los tych usług, podchodzi do nich z pewnym niesmakiem. Świadczyłoby o tym użyte w odpowiedzi na interpelację sformułowanie „podmioty lecznicze udzielające świadczeń na zasadach komercyjnych”. Otóż, jeśli pan minister miałby informację o tym, że jakiś podmiot medyczny udziela świadczeń na zasadach komercyjnych, należałoby zawiadomić co najmniej rzecznika odpowiedzialności zawodowej o takiej sytuacji. Pragnąłbym poinformować pana wiceministra, że podmioty medyczne udzielają świadczeń zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, a co za tym idzie – zważając głównie na interes zdrowotny pacjenta. Nigdy – kierując się przede wszystkim zyskiem.

EKSPERYMENT MYŚLOWY...

Samo określenie „komercyjny” zdaje się jednak robić swoistą karierę w pewnych kręgach. Biorąc pod uwagę pojawiające się wątpliwości czy zastrzeżenia kierowane pod adresem stomatologów – dotyczące ich faktycznego narażenia na zakażenia SARS-CoV-2 czy wagi uprawianej przez nich gałęzi medycyny, przytoczę dwa proste eksperymenty myślowe do wykonania dla każdego, komu takowe wątpliwości są bliskie. Pierwszy miałby polegać na wyobrażeniu sobie po kolei czynności i drogi pacjenta poddawane go leczeniu stomatologicznemu – od wejścia do gabinetu, poprzedzonego wywiadem, następnie siadającego na fotelu, od czego zaczyna się intensywny kontakt lekarza stomatologa i jego pacjenta – głowa w odległości 20–30 cm od otwartej jamy ustnej pacjenta i wreszcie wzbudzanie narzędziem obrotowym aerozolu będącego zawiesiną śliny i często krwi w wodzie – czynność trwająca kilkanaście minut. Stomatologia jest dziedziną zabiegową, więc wizyty ograniczające się do porady praktycznej nie funkcjonują. Warto to zestawić z sytuacją, gdzie oddział szpitalny ma możliwość skierowania każdego pacjenta przed zabiegiem na test. Koniec eksperymentu numer jeden. Pora na numer dwa – wyobraźmy sobie pacjenta, który staje przed lekarzem medycyny, być może utytułowanym, specjalistą w swojej dziedzinie. Tenże roztacza przed pacjentem wizję możliwości diagnostycznych i terapeutycznych stworzonej przez siebie jednostki, pełen uzasadnionej dumy opisuje dokonania stworzonego przez siebie zespołu i swoje, przytacza doskonałe statystyki wyleczalności. Pacjent nie wydaje się jednak zachwycony, co więcej – z minuty na minutę jego wyraz twarzy staje się coraz bardziej nieszczęśliwy. Pacjenta boli ząb, pomoc może mu tylko lekarz dentysta.

Pamiętajmy o tym, Koleżanki i Koledzy Lekarze, nie ma błahych i niepotrzebnych gałęzi medycyny, zawsze przede wszystkim liczy się to, czego potrzebuje pacjent do osiągnięcia pełni zdrowia. Wszyscy, lekarze i lekarze dentyści, angażując się w wykonywany przez nas zawód, stawiamy za cel zdrowie pacjenta i wszystkim nam zależy, by móc wykonywać swój zawód bezpiecznie.

O autorze: lek. dent. Marek Rogowski – prezes Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego Oddział Bydgoszcz



**Pandemia SARS-CoV-2 – wspieramy lekarzy
lek. dent. Marek Rogowski
dyżur telefoniczny w sprawach stomatologicznych: 605 551 591
(prosi o sms, oddzwoni)**

Mam dość!

Po zapoznaniu się z odpowiedzią NFZ na propozycję wzrostu wskaźników korygujących dotyczących stomatologii ogólnej, które pozostają na niezmiennym poziomie, oraz dzieci, gdzie wskaźnik szybuje w górę o 0,1 pkt – nie wiem, co mam powiedzieć/ napisać, nie wiem czy śmiać się, czy płakać... Po tylu latach pracy dla Funduszu (wcześniej dla kasy chorych) w końcu postavili nas pod ścianą i – trzeba to jasno wykrzyknąć – przynajmniej ja – MAM DOŚĆ! Po zsumowaniu wszystkiego (czyli godzin przyjęć w ramach NFZ powiększonych o godziny sprawozdawczości, sprawdzania, czy pacjent jest ubezpieczony itp.) i odjęciu wygenerowanych kosztów wychodzi, że jako lekarz specjalista zarabiam na godzinę minimalnie wyższą stawkę niż bardzo dobry pracownik budowlany.

To nie żart! Kalkulacja pochodzi od mojego męża, który siedzi w tej branży od ponad 30 lat. To on przedstawił mi pełne wyliczenie zarobków lekarza stomatologa, który odpowiada za zdrowie, a czasami i życie pacjenta (nie wspominając o inwestycji rzędu kilkuset tysięcy zł w lokal i sprzęt). Z drugiej strony mamy szanowanego pracownika budowlanego, którego praca pozwala na pełen relaks po powrocie do domu, a jego inwestycją jest wiedza, doświadczenie oraz to, co ma do dyspozycji – szpachla, kielnia, odzież ochronna, kask itp. Nie trzeba dezynfekować wszystkiego co godzinę, ubierać się w jakieś kosmiczne stroje, aby zapewnić minimum bezpieczeństwa sobie i pacjentom w tym trudnym czasie koronawirusa.

Nie ma co owijać w bawełnę – lepiej zarobić mniej, ale ŻYĆ i mieć czas dla dzieci oraz wnuków. Zastanawiam się tylko: czy roz wiązać umowę za porozumieniem stron, czy dotrzeć do grudnia i jej nie aneksować? Szkoda roztawać się z pewną grupą pacjentów, którzy nie są niczemu winni, płacą składki i chcieliby mieć zagwarantowane choćby minimum tego, na co zasługują, a to wiąże się z odpowiednim uposażeniem wszystkich lekarzy. Myślę, że jest to stanowisko większości stomatologów w całym kraju.

Lekarz dentyista jeszcze z kontraktem z NFZ
(Dane autora znane redakcji)

Od 11 lat udział nakładów na świadczenia stomatologiczne w ogólnym budżecie NFZ zmniejsza się dramatycznie. W 2008 r. wynosił 3,8%, a w 2020 r. już tylko 2,1%

2%

Taki jest procentowy udział stomatologii w budżecie NFZ

42–53 zł

Tyle na 1 osobę wynoszą roczne wydatki NFZ na leczenie stomatologiczne

A POTRZEBY?

84% dzieci w wieku 5–12 lat ma próchnicę. Stawia nas to w badaniach na 3 miejscu od końca w Europie.

UBYWA GABINETÓW

W ostatnim roku ze współpracy z NFZ zrezygnowało ponad 700 gabinetów w kraju (ok. 10%).

ILE PŁACI NFZ?

- Usunięcie zęba ze znieczuleniem 32 zł
- Wypełnienie ubytku (plomba) – od 39 do 55 zł
- Badanie lekarskie 11 zł
- Leczenie kanałowe 45 zł

Źródło: NIL

Wzrasta ryczałt dla szpitali

Na podwyżkę od lipca ryczałtu o 3 proc. na koszty wzrostu wynagrodzeń wynikające z ustawy o minimalnych wynagrodzeniach w podmiotach leczniczych – do szpitali należących do systemu podstawowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – trafią 302 mln zł. „To odpowiedź Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia na oczekiwania dyrektorów szpitali powiatowych, którzy wskazywali na potrzebę wzrostu wyceny świadczeń w leczeniu szpitalnym” – informuje Barbara Nawrocka, rzeczniczka Kujawsko-Pomorskiego Oddziału NFZ.

Nasz region otrzyma nieco ponad 16 mln zł. Pieniądze dostaną szpitale z województwa kujawsko-pomorskiego w tzw. sieci. „Od początku roku łączny wzrost środków na leczenie pacjentów w K-P OW NFZ wyniósł 203 mln 743 tys. zł, z czego z budżetu państwa na leczenie COVID-19 Oddział otrzymał 101 mln 801 tys. zł” – mówi Barbara Nawrocka.

Dodatkowe środki oznaczają, że kwota, którą obecnie dysponuje NFZ na świadczenia zdrowotne, wyniesie 5 015 784 tys. zł.

Dyrektorzy szpitali nie sądzą, że 3-procentowa podwyżka ryczałtu znacząco podreperuje ich budżet. Ryczałt, jak mówią, i tak w pełni nie pokrywał ich kosztów, a dodatkowo epidemia znacznie uszczupliła finanse placówek – o wiele droższe środki ochrony osobistej, tak samo płyną do dezynfekcji. A teraz jeszcze muszą nadganiać z wyrobieniem kontraktu, którego wykonanie przez to m.in., że planowe zabiegi przez jakiś czas były zawieszane, nie przebiegało tak, jak powinno. Małe szanse, że do końca roku jakakolwiek placówka, która w związku z epidemią normalną działalność zawiesiła, zrealizowała umowę z Funduszem. Jak? – pytają dyrektorzy. Powodów jest kilka: brakuje personelu, bo np. w szpitalach, gdzie przyjmowani są pacjenci z COVID, część obsługi zaangażowana jest tylko przy udzielaniu im pomocy, m.in. anestezjologów, bez których operacje przecież i tak nie są możliwe do przeprowadzenia; nikt nie będzie pracował 24 h na dobę; wzmożony reżim sanitarny – mniej osób i w dłuższych odstępach czasowych się przyjmuje oraz operuje. Szpitale obawiają się, że epidemia będzie więc dużo kosztowała...

„Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 14 marca 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszystkim świadczeniodawcom (na ich wnioski) mającym umowę z K-P OW NFZ, którzy ze względu na epidemię koronawirusa musieli znacznie ograniczyć wykonywanie świadczeń, Fundusz płaci systematycznie jedną dwunastą rocznego kontraktu miesięcznie – zapewnia Barbara Nawrocka. – Znowelizowane Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów przewiduje również częstsze i szybsze wypłaty. Każdy świadczeniodawca na podstawie złożonego wniosku może nawet 4 razy w miesiącu wystawić fakturę, a czas płatności skrócić się z 14 do 5 dni i zgodnie z zaleceniem Ministerstwa Zdrowia Oddział Funduszu dokonuje płatności w możliwie najkrótszym czasie”.

Pytamy NFZ – do kiedy w związku z zaistniałą sytuacją trzeba „wyrobić” tegoroczny ryczałt? I co się stanie, jeżeli jakaś lecznica tego nie zrobi?

„Najprawdopodobniej okres rozliczeniowy tegorocznych ryczałtów zostanie wydłużony” – krótko odpowiada rzeczniczka Kujawsko-Pomorskiego Oddziału NFZ.

Agnieszka Banach

Fundusz zapłaci za testy u pilnych i planowych pacjentów

Zgodnie z decyzją ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego, Narodowy Fundusz Zdrowia pokryje koszty testów w kierunku SARS-CoV-2 dla pacjentów planowych i pilnych, którzy mają zostać przyjęci do szpitala. Placówka musi mieć podpisaną umowę z laboratorium lub być umieszczona w tzw. wykazie covidowym.

a.b.

NFZ poinformuje, gdzie przeprowadzić legalną aborcję

Ma to pomóc kobietom, które mają wskazania do wykonania takiego zabiegu (zagrożenie życia i zdrowia matki, ciężkie i nieodwracalne upośledzenie płodu, ciąża w wyniku czynu zabronionego), a do tej pory miały utrudniony dostęp do takich informacji. Takiej wiadomości nie uzyskiwały np. często od swojego lekarza, który mógł powołać się na tzw. klauzulę sumienia. Teraz pod numerem infolinii Funduszu dla pacjentów – **800 190 590** – dzwoniący dowie się, które szpitale w jego regionie wykonują zabiegi usuwania ciąży. O pomoc dla pacjentek w tej sprawie od dawna apelował Rzecznik Praw Obywatelskich i Rzecznik Praw Pacjenta.

a.b.

Tu można odetchnąć



Ośrodek wytnieniowy *Daglezja-11*, fot. Mikołaj Kuras

Z działających od kilku miesięcy ośrodków wytnieniowych w woj. kujawsko-pomorskim skorzystało do tej pory ponad sto pięćdziesiąt osób. Łącznie zarezerwowano czterysta dwadzieścia noclegów. Do dyspozycji medycy: lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni mają ośrodek w Przysieku – ten najczęściej wybierają na miejsce krótkich pobytów, np. po dyżurze w szpitalu, oraz w Górninie, gdzie rezerwowane są noclegi na około 2–3 dni. Czeka na nich 70 miejsc w jednoosobowych pokojach z łazienkami, z TV i internetem oraz mobilne domy typu holenderskiego. Pokoje są dezynfekowane każdorazowo po ich zwolnieniu. Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki zapewnia też zdalną pomoc psychologiczną, wyżywienie, książki i audiobooki udostępnione przez Książnicę Kopernikańską w Toruniu. Miejsca nie są przeznaczone dla osób zarażonych.

a.b.

Nominacje profesorskie...

...dla prof. dr hab. Małgorzaty Krajnik
– kierownik Katedry i Zakładu Opieki Paliatywnej CM UMK.

Profesor Krajnik studiowała na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku, gdzie w 1988 r. uzyskała dyplom lekarza. Od roku 1989 pracuje w Akademii Medycznej w Bydgoszczy (aktualnie CM). W 2000 r. uzyskała stopień doktora nauk medycznych, a stopień doktora habilitowanego – w 2011. W swojej działalności naukowej prof. Krajnik zajmowała się między innymi: postępowaniem w przewlekłej duszności u chorych na zaawansowane choroby płuc, mechanizmami działania opioidów w duszności i kaszlu, stosowaniem morfiny w nebulizacji, oceną potrzeb i problematyką opieki paliatywnej dla chorych na zaawansowane POChP, mechanizmami powstawania świądu, leczeniem świądu w zaawansowanych chorobach ogólnoustrojowych, opieką paliatywną dla chorych na niewydolność serca, miejscowym podawaniem morfiny w bolesnych owrzodzeniach skóry i błon śluzowych, opracowaniem obiektywnych metod oceny kaszlu w zaawansowanej chorobie nowotworowej i POChP, barierami we właściwym stosowaniu opioidów, znaczeniem metod fizjoterapeutycznych w medycynie bólu i opiece paliatywnej, problemami etycznymi końca życia, duchowością w medycynie. Spośród ostatnich aktywności badawczych warto wskazać międzynarodowy projekt „Better treatment for breathlessness in palliative and end of life care” (Better B) w ramach Horizon2020, w którym prof. Krajnik pełni rolę lidera Work Package 1 oraz współbadacza w ramach innych pakietów pracy tego projektu, zwłaszcza badania klinicznego mającego na celu ocenę skuteczności mir tazapiny w łagodzeniu odpornej na leczenie duszności u chorych na zaawansowane POChP oraz śródmiąższowe choroby płuc.



... i dla dr. hab. n. med. Pawła Burduka,
prof. UMK, kierownika Kliniki Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej i Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. Bizuela

Profesor Paweł Burduk urodził się w Bydgoszczy. Studiował na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Studia ukończył z wyróżnieniem w 1994 r. Od 1995 r. do końca września 2018 pracował w Klinice Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej z Pododdziałem Audiologii i Foniatrii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1. Od października 2018 pracuje w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Bizuela. W trakcie pracy klinicznej w 2001 r. obronił pracę doktorską nagrodzoną Nagrodą im. profesora Jana Miodońskiego, a w 2011 decyzją Rady Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy otrzymał tytuł doktora habilitowanego.



Jest autorem ponad 190 artykułów i doniesień zjazdowych w czasopiśmie polskich i zagranicznych z zakresu otorynolaryngologii, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień chirurgii endoskopowej nosa i zatok oraz podstawy czaszki, otocirurgii, onkologii laryngologicznej, chirurgii rekonstrukcyjnej i chirurgii foniatrycznej. Odbył staże naukowo-szkoleniowe w Londynie, Dubaju i Amsterdamie. Paweł Burduk jest członkiem Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi, Polskiego Towarzystwa Chirurgii Podstawy Czaszki, Europejskiego Towarzystwa Rynologicznego, European Head and Neck Society, Państwowej Komisji Egzaminacyjnej w Dziedzinie Otorynolaryngologii. Od 2004 r. jest członkiem Zarządu Oddziału Kujawsko-Pomorskiego Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi, a od 2018 pełni funkcję przewodniczącego Oddziału Kujawsko-Pomorskiego PTORL. W kadencji 2014–2016 pełnił funkcję sekretarza Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi, a obecnie jest skarbnikiem Zarządu Głównego. W kadencji 2019–2021 pełni funkcję przewodniczącego Sekcji Onkologicznej PTORL.

primum

Profesor Olga Haus ekspertem w zespole ds. chorób rzadkich

Do powołanego w marcu przez Ministra Zdrowia Zespołu ds. Opracowania Szczegółowych Rozwiązań Istotnych w Obszarze Chorób Rzadkich dołączyło troje specjalistów z dziedziny genetyki i endokrynologii.



O poprawę leczenia tych szczególnych pacjentów zadba teraz między innymi lekarka z Bydgoszczy

– prof. dr hab. n. med. Olga Haus, kierownik Katedry Genetyki Klinicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy oraz prof. dr hab. n. med. Anna Latos-Bieleńska, kierownik Katedry i Zakładu Genetyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, a także prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej, Pomorski Uniwersytet Medyczny.

Zgodnie z Zarządzeniem Ministra Zdrowia z 1 czerwca poszerza się także zakres działań zespołu o „określenie kierunków poprawy diagnostyki chorób rzadkich, w tym dostępności do nowoczesnych metod diagnostycznych z wykorzystaniem technologii genomowych”, zespół ma też określić dziedziny, w których powinny zostać rozwijane rejestry chorób rzadkich.

Zespół, którym kieruje prof. dr hab. n. med. Krystyna Chrzanowska, do 30 czerwca ma opracować plan poprawiający możliwości leczenia osób z chorobami rzadkimi.

a.b.

Infolinia NFZ dla profesjonalistów medycznych

Pod numerem 800 090 600 od poniedziałku do piątku w godzinach od 8 do 18 lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni mogą uzyskać informacje między innymi w zakresie:

- telemedycyny, udzielania porad przez telefon,
- schematów postępowania z pacjentami podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2,
- dostępności laboratoriów wykonujących badania w kierunku SARS-CoV-2,
- zaleceń dotyczących: stosowania indywidualnych środków ochrony przez personel medyczny, pobierania i przesyłania materiału zakaźnego do laboratoriów,
- postępowania z odpadami medycznymi,
- wizyt domowych oraz stwierdzenia zgonu pacjenta w domu,
- transportu dla chorych na COVID-19.

a.b.

Sanatoria znowu działają!

Pacjenci mogą już korzystać z leczenia uzdrowiskowego. Leczenie, jak informuje NFZ, „będzie przysługiwać tym pacjentom, którzy mają potwierdzone skierowanie na leczenie uzdrowiskowe po 15 czerwca, mieli rozpocząć leczenie w okresie od 14 marca do 14 czerwca albo musieli przerwać leczenie uzdrowiskowe z powodu pandemii (turnus leczniczy trwał poniżej 15 dni) oraz kolejnym pacjentem oczekującym na rozpoczęcie leczenia”.

Warunkiem rozpoczęcia leczenia jest negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, który musi być wykonany nie wcześniej niż 6 dni przed terminem rozpoczęcia leczenia. Testy bezpłatnie można wykonać w punktach pobrań, tzw. drive thru. Podstawą do wykonania testu jest skierowanie na leczenie lub rehabilitację uzdrowiskową. O tym, do jakiego punktu i w jakich godzinach pacjent ma się udać i co zrobić po badaniu – poinformuje Kujawsko-Pomorski Wojewódzki Oddział NFZ.

Wynik testu trafi do uzdrowiska, które przed rozpoczęciem turnusu przekaże go pacjentowi i potwierdzi lub nie rozpoczęcie leczenia.

a.b.

Szczegółowe informacje, adresy punktów pobrań drive thru na stronie internetowej www.oddziału NFZ: www.nfz-bydgoszcz.pl lub pod numerem bezpłatnej, całodobowej, czynnej 7 dni w tygodniu Telefonicznej Informacji Pacjenta 800 190 590 oraz pod numerami telefonów Działu Lecznictwa Uzdrowiskowego K-P OW NFZ: 52 3252925 i 52 3252934 (czynne od poniedziałku do piątku 8.00-16.00.)

Konflikt na linii prof. Butowt – prof. Woźniak – rozwiązany

W poprzednim „Primum” ukazał się wywiad z dr. hab. Rafałem Butowtem, prof. UMK – autorem m.in. trzech artykułów nt. COVID-19 (dwa pierwsze – dotyczące objawów neurologicznych zakażenia – zostały opublikowane w marcowym i kwietniowym wydaniu amerykańskiego periodyku „ACS Chemical Neuroscience”, trzeci – o różnicach między grupami etnicznymi we wrażliwości na zakażenie COVID-19 – zamieszczono w czerwcu na platformie medycznej MedRxiv).

W trakcie udzielania wywiadu prof. Butowt – na początku naszej współpracy kierownik Zakładu Genetyki Molekularnej Komórki, kilka dni później zdjęty ze stanowiska – poinformował nas o problemach dotyczących współpracy ze swoją bezpośrednią przełożoną – prof. A. Woźniak, kierownik Katedry Biologii i Biochemii Medycznej Wydziału Lekarskiego CM UMK, jednostki, do której jakiś czas wcześniej wcielono Zakład prof. Butowta. Informacje dotyczące narastającego konfliktu profesor przekazał również innym mediom.

Redakcja poprosiła prof. Zbigniewa Włodarczyka, dziekana WL CM UMK, również zaangażowanego w spór, o ustosunkowanie się do przekazanych przez prof. Butowta informacji („Primum” większości z nich nie upubliczniło). Stanowisko otrzymaliśmy, jednak za obopólną zgodą odstąpiliśmy od zamiaru publikacji – prof. Włodarczyk poinformował nas o zorganizowaniu spotkania, którego celem było zakończenie konfliktu.

Spotkanie odbyło się 24 czerwca, a jego efektem – zgodnie z sugestiami prorektora CM prof. Jacka Manitiusa oraz rektora-elekta prof. Andrzeja Sokali – było przychylenie się prof. A. Woźniak i dziekana Wydziału Lekarskiego prof. Włodarczyka do prośby prof. Butowta o zmianę przyporządkowania administracyjnego Zakładu Genetyki Molekularnej Komórki i włączenie jednostki w strukturę Katedry Anatomii Prawidłowej.

Magdalena Godlewska

Biziel skończył 40 lat!



Decyzje dotyczące powstania szpitala przy ulicy Kornela Ujejskiego podejmowane były na początku lat siedemdziesiątych, kiedy w Polsce wdrażano nowe koncepcje organizacyjne w reformowanej służbie zdrowia. Szpital był elementem tworzonej ówczesnej sieci kilkunastu zespołów opieki zdrowotnej, na którą miały składać się lecznice, poradnie oraz pogotowia ratunkowe.



Budowę finansowano ze środków Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia (NFOZ) zaś inwestorem był Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego w Bydgoszczy. Szpital powstał w oparciu o projekt inż. arch. Jerzego Szanajcy z Warszawskiego Biura Projektów Służby Zdrowia jako projekt powtarzalny. Tego typu szpitali zbudowano w Polsce kilkanaście (m. in. w Kutnie, Inowrocławiu, Pile, Gdańsku-Zaspie). Generalnego wykonawstwa podjęło się Zjednoczenie Przedsiębiorstw Budowy Obiektów Użyteczności Publicznej „Budopol” w Bydgoszczy.

Kamień węgielny pod budowę szpitala wmurowano 18 lipca 1974 r.

Trwająca sześć lat budowa, w latach siedemdziesiątych uznawana była za bardzo szybką realizację projektu.

Uroczystość otwarcia placówki miała miejsce 30 maja 1980 r.

Z uwagi na sytuację epidemiologiczną w kraju obchody 40-lecia Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 zostały przełożone na późniejszy termin.

Źródło: Biziel



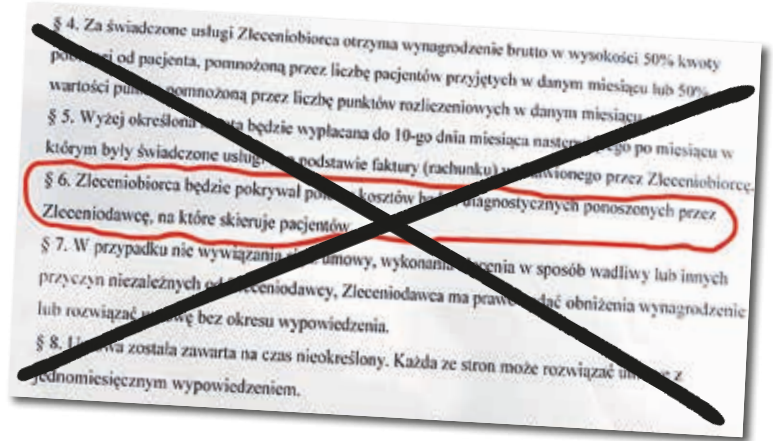
Wielu mówi, że się nie da, a wtedy przychodzi ktoś, kto to zmienia

Od początku swojej działalności społecznej powtarzam, że najistotniejsze jest doprowadzenie do zmiany status quo. W przypadku ochrony zdrowia jest to całkowita zmiana myślenia o świadczeniu usług medycznych (pracownicy ochrony zdrowia) i ich odbiorze (pacjenci). Pamiętajcie jeszcze Państwo, jak ubiegłej jesieni nagłośniłem niebezpieczny proceder pomniejszania wynagrodzenia lekarzy o koszty zleconych przez nich badań? Temat był głośny i w mediach powszechnych, i w mediach branżowych.

**BARTOSZ
FIAŁEK**

Niedawno pojawiło się oficjalne stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta w przedmiotowej kwestii. Po rzetelnej i bardzo długiej analizie, RPP ocenił, że takie umowy naruszają zbiorowe prawa pacjenta i są zagrożone karą do 0,5 miliona zł.

To fantastyczna informacja i wielkie zwycięstwo. Dla pacjentów oznacza ono zdecydowanie większe bezpieczeństwo i pewność, że badania będą zlecane tylko w oparciu o wskazania i merytoryczną wiedzę, a nie towarzyszący aspekt ekonomiczny. Dla lekarzy – to wyższe zarobki, gdyż nie będą musieli pokrywać części lub całości kosztów zleconych badań oraz – co za tym idzie – bezpieczeństwo prawne (karne, cywilne oraz zawodowe; jeżeli dostaniecie niekorzystne umowy do podpisania, to wiecie, co z nimi zrobić).



A dla mnie to potwierdzenie, że determinacja, cierpliwość i przede wszystkim działalność mogą przenosić góry, w tym przypadku zmienić na plus system opieki zdrowotnej. Wielu mówi, że się nie da, a wtedy przychodzi ktoś, kto to zmienia. Dużo się przy tym traci, ale uczucie satysfakcji jest nie do przecenienia.

Ten sukces to mała cegielka wyciągnięta z zabetonowanego, zastarzałego, niewydolnego i źle funkcjonującego muru, którym jest publiczny system opieki zdrowotnej. To zmiana myślenia o ochronie zdrowia. To zmiana status quo. To ogromne, precedensowe zwycięstwo, które zabija myślenie, że to lekarz powinien ponosić część kosztów za zlecane – zgodnie z zaleceniami, algorytmami, wytycznymi i dla dobra pacjenta – badania. To niezmiernie ważne głównie dla pacjentów, ale i lekarzy.

Część z Was mnie nie lubi, część uważa, że jestem niemiły, część – że nieustępliwy czy wręcz pieniacki, zawzięty. Ale to właśnie także, a może przede wszystkim, te cechy zaważyły na osiągnięciu tego niebywałego sukcesu, którego konsekwencje mogą zmienić funkcjonowanie całego systemu opieki zdrowotnej. Niezależnie od sympatii czy antypatii, nie zarzucicie mi nieosiągnięcia wytyczonych celów ani braku skuteczności w działaniu. A prawdziwego działacza ocenia się właśnie w tym kontekście.

Życzę każdemu, aby wyjął jakąś cegielkę z tego parzywego muru, jakim jest publiczna ochrona zdrowia.

O autorze: Bartosz Fiałek jest przewodniczącym Regionu Kujawsko-Pomorskiego OZZL oraz Komisji Młodych Lekarzy przy BIL.



► **SPRZEDAM** ◀

**KOMPLETNE WYPOSAŻENIE
GABINETU STOMATOLOGICZNEGO**

Telefon: **604 863 908**

SPRZEDAM LOKAL 80 m²

ODPOWIEDNI NA **3 GABINETY LEKARSKIE**
ul. JAGIELLOŃSKA 107 w BYDGOSZCZY
LOKALIZACJA W SAMYM CENTRUM
(przy prestiżowym OSIEDLU PARYSKIM)

Telefon: **502 087 070**

Z prof. dr hab. Eugenią Gospodarek-Komkowską, kierownikiem Katedry Mikrobiologii Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu i Zakładu Mikrobiologii Klinicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy, oraz dr Joanną Kwiecińską-Piróg i dr Alicją Sękowską – adiunktami Katedry Mikrobiologii Wydziału Farmaceutycznego CM UMK i asystentami Zakładu Mikrobiologii Klinicznej SU1 – rozmawia Magdalena Godlewska



Mgr Dagmara Depka wykonuje badanie genetyczne metodą RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2.
Fot. E. Gospodarek-Komkowska

Zadanie z wieloma niewiadomymi

Na początku pandemii mieliśmy nadzieję, że każda osoba, która pokonała wirusa SARS-CoV-2, wytworzy przeciwko niemu odporność, co prędzej czy później doprowadzi do powstania odporności zbiorowej, jak było w przypadku SARS. Ostatnio jednak pojawiły się informacje, że u niektórych ozdowieńców przeciwciała nie powstają, jest ich za mało, żeby uchronić przed ponownym zachorowaniem, lub nie utrzymują się długo. Państwa zespół planuje badania immunologiczne, które pomogą zweryfikować te doniesienia. Na czym będą polegać? Kiedy zaczną?

Joanna Kwiecińska-Piróg: Badania zaczniemy wykonywać w pierwszej połowie lipca. To będą badania serologiczne określające, czy w surowicy w ogóle występują przeciwciała w klasach IgA i IgG, a jeżeli tak, to kiedy się pojawiają i jak długo się utrzymują. Ponieważ nie ma obecnie testów, które służyłyby ocenie ilościowej przeciwciał, więc będziemy starali się to oszacować, analizując wyniki badań uczestników projektu uzyskane za pomocą testów półilościowych.

Eugenia Gospodarek-Komkowska: Początkowo w badaniu weźmie udział 100 osób. Jak ustaliliśmy z mikrobiologiem klinicznym dr. hab. Aleksandrem Deptułą, prof. UMK, powinny to być osoby pracujące w tych klinikach naszego szpitala, których personel ma najczęstszy kontakt z pacjentami zakażonymi lub podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2, a więc, np. na SOR-ze, w Klinice Hematologii i Onkologii Dziecięcej czy Nefrologii i Stacji Dializ.

Badania są zaplanowane na pół roku, ale mamy możliwość ich przedłużenia lub poszerzenia grupy – decyzję podejmiemy po pierwszych wynikach.

Joanna Kwiecińska-Piróg: Od uczestników planujemy pobierać krew w interwałach 2-tygodniowych albo miesięcznych – to również uzależnione jest od wyników uzyskanych w pierwszej serii oznaczenia.

Eugenia Gospodarek-Komkowska: Jeszcze zastanawiamy się, czy podczas pierwszego pobrania surowicy do oznaczenia poziomu przeciwciał równolegle nie będziemy pobierać wymazu z górnych dróg oddechowych do badań genetycznych metodą RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2.

Joanna Kwiecińska-Piróg: Planujemy oceniać w surowicy uczestników również inne parametry. Jakie? To się wyklucze dopiero w trakcie badań. Może stężenie D-dimerów? Są informacje naukowe, że wielu chorych na COVID-19 ma podwyższone stężenie D-dimerów, tym wyższe, im cięższy jest przebieg choroby. A może również stężenie witaminy D? Pojawiają się badania, z których wynika, że u pacjentów, którzy ciężiej przechodzą COVID-19, występują jej niedobory. Te wyniki będziemy musieli bardzo ostrożnie szacować ze względu na powszechnie występujący w populacji polskiej niedobór witaminy D.

Eugenia Gospodarek-Komkowska: Jeśli zrobimy kilka różnych badań, to ich wyniki być może da się skorelować i wtedy będziemy wiedzieć, co jest istotne i w jakim kierunku powinniśmy pójść, by te wyniki miały w przyszłości wartość aplikacyjną w diagnozowaniu zakażeń, monitorowaniu i prognozowaniu skuteczności ich leczenia oraz ocenie odporności populacyjnej, jak i indywidualnego pacjenta. Musimy myśleć elastycznie, bo wszystko jest możliwe. O tym koronawirusie i odpowiedzi na zakażenie z jego udziałem nadal wie-

my bardzo niewiele. Przecież nawet nie mamy pewności, czy w jego przypadku przeciwciała rzeczywiście pełnią rolę ochronną.

Joanna Kwiecińska-Piróg: Już podnosi się nawet kwestę, że w zakażeniach SARS-CoV-2 większą wagę będzie miała odporność nieswoista!

Ale to nie jedyne badanie związane z SARS-CoV-2, które Państwo planujecie przeprowadzić...

Eugenia Gospodarek-Komkowska: Dr Alicja Sękowska zaproponowała, żebyśmy przetestowali immunochromatograficzny test antygenowy.

Alicja Sękowska: Służy on do wykrywania antygeny wirusa, czyli potwierdza obecne zakażenie tak jak test genetyczny wykrywający RNA, ale jest od niego dużo tańszy, trwa krócej i nie wymaga specjalistycznego sprzętu. Jednak żebyśmy mogli z niego korzystać, musimy go sprawdzić – oznaczyć jego parametry, porównując wyniki z wynikami badań genetycznych.

Test antygenowy wykrywa białko wirusa, pod warunkiem, że jest go wystarczająco dużo. Stąd w projekcie badawczym będą uczestniczyć osoby, u których zakażenie SARS-CoV-2 zostało potwierdzone badaniem genetycznym albo są w ostrej fazie zakażenia.

Eugenia Gospodarek-Komkowska: Test, w którym wykorzystuje się antygen, jest badaniem immunologicznym, a w każdej reakcji immunologicznej mogą wystąpić reakcje krzyżowe. W przypadku antygenów grzybiczych nawet przyjmowanie przez pacjenta antybiotyków lub spożycie mleka w proszku może spowodować uzyskanie wyników fałszywie dodatnich.

Joanna Kwiecińska-Piróg: Każdy rodzaj testu jest obciążony jakimś błędem. Np. metody genetyczne niekoniecznie wykrywają aktywnego wirusa – to może być jego już zniszczony, nieaktywny materiał genetyczny.

Oprócz badań naukowych wykonywanych w Katedrze Mikrobiologii CM UMK, w Zakładzie Mikrobiologii Klinicznej SU1 wykonujecie Państwo badania diagnostyczne z zakresu bakteriologii, mykologii, protistologii i wirusologii, m.in. w kierunku wirusów grypy, CMV, EBV, a – od 8 kwietnia – również SARS-CoV-2. Czy wprowadzenie nowego rodzaju testów spowodowało ograniczenie innych rodzajów diagnostyki mikrobiologicznej?

Joanna Kwiecińska-Piróg: Jeżeli chodzi o badania mikrobiologiczne, w tym z zakresu biologii molekularnej, które wykonywaliśmy przed pandemią SARS-CoV-2 – to nadal realizujemy ponad 100 dziennie. Nie zmieniła się też liczba badań serologicznych.

Eugenia Gospodarek-Komkowska: Ale doszło prawie 200 badań RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 na dobę – rekord to 248 próbek! Badaniami w kierunku COVID-19 (oprócz innych czynności związanych z diagnostyką mikrobiologiczną) zajmuje się 7 osób. Przygotowanie materiału, przeprowadzenie badań metodą RT-PCR 24 próbek na jednej platformie wraz z interpretacją i wydaniem ostatecznych wyników zajmuje prawie 3 godziny. Z uwagi na rosnące potrzeby rynku uruchomiliśmy drugą linię badania w kierunku SARS-CoV-2. Próbkę do badań przyjmowane są i opracowywane całodobowo.

Pani profesor, zwróciła Pani uwagę, że tryb życia, który prowadzimy obecnie – chowanie się po domach, zastanianie maskami, dystansowanie – powoduje, że nie mamy kontaktu z koronawirusem, co unie-
primum

możliwia powstanie odporności populacyjnej. A skoro nie możemy jej uzyskać w sposób naturalny, musimy posiłkować się szczepionkami. Ostatnia dużo się mówi o dwóch, które już niedługo mają być dostępne – chodzi o amerykańską szczepionkę mRNA-1273 oraz szczepionkę brytyjskiej firmy AstraZeneca. Czy są bezpieczne? I czy okażą się skuteczne, skoro o przeciwciałach SARS CoV-2 wiemy tak niewiele?

Eugenia Gospodarek-Komkowska: Oczywiście to, co powiedziałyśmy, nie znaczy, że jestem przeciwna noszeniu maseczek i przestrzeganiu zasad prewencji transmisji SARS-CoV-2!

Wracając do szczepionek. Szczepionka mRNA-1273 przeciw SARS-CoV-2 zawiera sztucznie stworzony metodami inżynierii genetycznej fragment mRNA kodujący połączenie stabilizowanych form białka spike (S). Kompleks białek S jest niezbędny do fuzji błon i zakażenia komórek gospodarza, co wcześniej było celem badaczy szczepionek wobec MERS i SARS. Szczepionka została opracowana przez badaczy z National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) we współpracy z naukowcami z firmy biotechnologicznej Moderna z Cambridge w Massachusetts. Dotychczas przeprowadzone badania na ochotnikach w wielu 18-55 lat po podaniu dwóch dawek wskazują na wzrost immunogenności w zależności od dawki oraz pomiędzy dawką podstawową a dawką przypominającą. Szczepienie mRNA-1273 spowodowało pojawienie się przeciwciał neutralizujących u wszystkich uczestników – mierzone testami neutralizacji płytkowej (PRNT) – wobec SARS-CoV-2. Przeciwciała neutralizujące w 43 dniu były na poziomie wyższym niż wykazywano w surowicach rekonwalescencyjnych. Trzecia faza badań ma być prowadzona w lipcu 2020 r.

Do skonstruowania przez firmę AstraZeneca szczepionki ChAdOx1 nCoV-19, zwanej AZD1222, opisanej przez Oxford Vaccine Group Oxford University's Jenner Institute, użyto jako wektora materiału genetycznego białka S SARS-CoV-2, osłabioną wersję adenowirusa, który wywołuje zakażenie w postaci przeziębienia u szympanów. Po jej zastosowaniu nie uzyskano u szympanów replikacji wirusa SARS-CoV-2. Po wakcynacji z użyciem tej szczepionki jest wytwarzane białko S, które „pobudza” układ immunologiczny do ataku na SARS-CoV-2, jeśli ten próbuje zakażać organizm. Rekombinowany wektor adenowirusowy (ChAdOx1) został wybrany w celu wygenerowania silnej odpowiedzi immunologicznej w wyniku podania pojedynczej dawki. Naukowcy wskazują na bezpieczeństwo i skuteczność tej szczepionki potwierdzone badaniami na makakach królewskich. Badania z zastosowaniem szczepionki AZD1222 prowadzono na 1 090 ochotników w wieku 18–55 lat z Anglii. Do fazy II ma zostać zrekrutowanych 10 260 ochotników. Planowane jest rozszerzenie zakresu wiekowego. Stąd faza III ma obejmować zarówno dzieci, jak i osoby dorosłe w liczbie około 30 000.

Choć badacze podają, że obydwie szczepionki wykazują immunogenność, są bezpieczne i dobrze tolerowane, zapobiegają replikacji wirusa w płucach myszy (szczepionka mRNA-1273) i makaków królewskich (szczepionka AZD1222) poddanych działaniu SARS-CoV-2, to jednak moim zdaniem w odniesieniu do populacji ludzkiej powinniśmy być bardziej ostrożni, bo przecież – *primum non nocere*. Na obecnym etapie badań trudno jeszcze wydać jednoznaczną opinię o skuteczności obydwu szczepionek. Przede wszystkim jest za mało danych, a za dużo pytań, jak dotychczas bez odpowiedzi. Chociażby nie wiemy, jak długo przeciwciała będą utrzymywały się w naszym organizmie i czy będą rzeczywiście nas chroniły przed rozwojem COVID-19. Zwłaszcza, że wirus mutuje i może wymykać się spod kontroli układu immunologicznego zawierającego przeciwciała wytworzone w wyniku podania szczepionki. Kolejne pytanie, które się nasuwa – czy szczepionka będzie skuteczna w krańcowych grupach wiekowych, tj. u dzieci i osób starszych? I populacjach innych krajów czy kontynentów?



Freepik.com

Obecnie w Polsce obserwujemy nieco inną sytuację epidemiologiczną niż w innych krajach Europy pod względem nowych zakażeń SARS-CoV-2 – jest to tzw. epidemia pełzająca. Wczesne wprowadzenie stanu epidemicznego, następnie epidemii w Polsce, zamrożenie gospodarki, zamknięcie szkół, zamrożenie ludzi w domach, wprowadzenie obostrzeń związanych z zachowaniem dystansu społecznego i obowiązkiem zakrywania ust i nosa w przestrzeni publicznej spowodowały, że czasowo osłabiliśmy dynamikę wzrostu zachorowań. Stąd nie obserwowaliśmy prawdziwego szczytu epidemii, jak w innych krajach europejskich. Stąd też kilkukrotnie mniejsza liczba chorych (choć prawdziwa liczba chorych jest zapewne 2-3 razy większa), jak i znacznie mniejsza liczba zgonów spowodowanych COVID-19. Brak lawinowo rosnącej liczby chorych, jak to miało miejsce np. we Włoszech, spowodował, że w polskich szpitalach wystarczyło łóżek i respiratorów i każdy pacjent z COVID-19, który wymagał hospitalizacji czy respirationoterapii, mógł ją otrzymać.

PAWEŁ
RAJEWSKI

PEŁZAJĄCA EPIDEMIA

Ale epidemia trwa nadal... Krzywa zachorowań dla ogółu pozostaje w powolnej fazie wzrostowej, chociaż w niektórych województwach udało się ją wypląszczyć, a nawet powoli zmniejszyć. Co nie oznacza, że w jakiejś chwili nie zdarzy się tam lokalne ognisko epidemii, jak np. w kopalniach na Śląsku, w niektórych dużych zakładach pracy, szpitalach czy ośrodkach opieki długoterminowej. Na to musimy być i jesteśmy przygotowani. Przez ten czas, kiedy spowolniliśmy w Polsce epidemię poprzez nałożenie poszczególnych obostrzeń, mogliśmy lepiej poznać koronawirusa, mogliśmy doposażyć szpitale w odpowiedni sprzęt medyczny, środki ochrony indywidualnej, przeprowadzić szkolenia i reorganizację jednostek ochrony zdrowia, wprowadzić trażowanie pacjentów, objąć szczególnym nadzorem pracowników ochrony zdrowia i ośrodków opieki długoterminowej, wprowadzając tam regularne testowanie. To sprawiło, że mieliśmy czas przygotować się do kolejnej walki, kolejnej fali zachorowań, jeśli taka nastąpi na jesień czy po obecnym etapie odmrażania gospodarki – tu mówię szczególnie o weselach, imprezach sportowych, wyjazdach wakacyjnych oraz o obserwowanym samowolnym luzowaniu obostrzeń dotyczących zachowania dystansu społecznego – 2 m i obowiązku zakrywania ust i nosa w przestrze-

ni publicznej zamkniętej – sklepy, galerie handlowe, miejsca pracy – tam, gdzie mamy kontakt z klientami, czy w komunikacji publicznej.

Do tej pory dowiedzieliśmy się, że wirus jest dużo łagodniejszy niż się spodziewaliśmy. Ponad 80-90% zachorowań ma przebieg bezobjawowy lub skąpoobjawowy, nie wymagający hospitalizacji. Ciężki przebieg COVID-19 obarczony zwiększoną śmiertelnością dotyczy osób starszych, z chorobami przewlekłymi.

Do tej pory nie mamy skutecznego leku na COVID-19, pojawił się Remdesivir, pozyskujemy za to osocze od ozdowieńców, które wykorzystujemy w leczeniu chorych – z różnym skutkiem. Wciąż trwają prace nad szczepionką, ale czy będzie ona w ogóle potrzebna – zobaczymy. A jeśli będzie, to dla kogo? Dla osób 60 plus, dla osób z chorobami przewlekłymi? Będzie

Polska kontra Europa... Brak wyraźnego

Quo vad

obowiązkowa czy zalecana? W podstawowym schemacie podawania czy – jak w przypadku wirusa grypy – sezonowo?

Obserwowane obecnie duże dzienne przyrosty zachorowań w Polsce, pomimo testowania takiej samej liczby osób na dobę, potwierdzają, że epidemia nadal trwa i że lokalne ogniska zachorowań będą jeszcze się zdarzać.

CO WYNIKNIJE Z IV ETAPU ODMROŻENIA GOSPODARKI?

Najbliższe tygodnie pokażą, czy decyzje o IV etapie odmrożenia gospodarki, szczególnie w zakresie wesel, uczestniczenia w mszach świętych, pielgrzymkach, imprezach sportowych czy wyjazdach wakacyjnych, do tego brak zakrywania ust i nosa i zachowania dystansu społecznego przez zmęczone już tą sytuacją społeczeństwo – spowodują znaczny wzrost zachorowań. Wtedy okaże się, czy będzie to prawdziwy szczyt zachorowań w Polsce, czy nadal będzie to epidemia pełzająca – ze stałym, małym dziennym przyrostem chorych.

Kolejnym etapem będzie jesień, kiedy zachorowania na SARS-CoV-2 mogą nałożyć się na zachorowania na grype. Jednak czy będziemy musieli na stałe nauczyć

się żyć z koronawirusem SARS-CoV-2, czy epidemia minie tak, jak epidemia SARS-CoV-1 czy MERS, i będzie zdarzać się sporadycznie – to czas pokaże.

Jedno jest pewne: wiedząc tak dużo i jednocześnie tak niewiele o SARS-CoV-2, wiedząc, kto jest najbardziej narażony na ciężki przebieg COVID-19 i największą śmiertelność – należy zalecić osobom w wieku 60 plus, osobom z chorobami przewlekłymi, zwłaszcza układu oddechowego, sercowo-naczyniowego, z cukrzycą czy chorobami nowotworowymi, aby nie korzystali jeszcze w pełni z możliwości, które daje nam IV etap luzowania obostrzeń, zakrywali usta i nos w przestrzeni publicznej, zachowywali dystans 2 m, nie korzystali z fitness klubów, siłowni czy basenów, a wybierali aktywność fizyczną na powietrzu – w parku, w lesie czy na plaży, starali się nie przybywać w dużych skupiskach ludzkich, komunikacji publicznej, a zakupy robili tylko, jeżeli to konieczne.

ODMRAŻAMY OCHRONĘ ZDROWIA

Nauczyliśmy się żyć obok epidemii i odmrażamy ochronę zdrowia... I to najważniejsza decyzja, chociaż późno i z ostrożnością... niekiedy nader przesadną... Pozytywne strony: odmrożony został również szpital jednoimienny i szpitale w podwyższonej gotowości, w tym Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy i Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy. Przeniesione zostało także Izolatorium z Sanatorium „Orion” w Ciechocinku do Regionalnego Specjalistycznego Szpitala w Grudziądzu.

Epidemia koronawirusa SARS-CoV-2 sprawiła, że przez ostatnie 3 miesiące ochrona zdrowia w Polsce była zamrożona praktycznie we wszystkich gałęziach medycyny. W większości szpitali przyjęcia pacjentów ograniczone były głównie do tych w trybie pilnym, ostro dżurowym z zagrożeniem zdrowia i życia, a przyjęcia planowe, diagno-

szczytu zachorowań... Wciąż nowe przypadki...

iS SARS-CoV-2?

styczne czy porady ambulatoryjne zostały wstrzymane do odwołania. Natomiast w Regionalnym Szpitalu Specjalistycznym w Grudziądzu, przemianowanym na szpital jednoimienny, Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym w Bydgoszczy, Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy (które to odegrały i odgrywają fundamentalne role w trakcie tej epidemii) czy oddziałach zakaźnych w Nowym Szpitalu w Świeciu i Szpitalu Zespolonym w Toruniu – przyjęcia ograniczone były tylko do pacjentów z podejrzeniem czy potwierdzeniem zakażenia SARS-CoV-2.

Epidemia nadal trwa, ale również należy pamiętać, że są inne choroby niż COVID-19. Ludzie nie przestali nagle chorować na choroby sercowo-naczyniowe, nie przestali mieć dekomensacji cukrzycy, niewydolności serca czy marskości wątroby, nie zmniejszyła się liczba pacjentów wymagających interwencji lekarskiej z powodu POCHP, astmy oskrzelowej, HIV/AIDS czy zakażenia HBV/HCV. Nauczyliśmy się żyć obok epidemii, stąd od połowy maja powolne odmrażanie ochrony zdrowia – ruszyły szpitale, poradnie specjalistyczne, oczywiście na zasadzie obowiązkowego triażowania pacjentów, zarówno przyjmowanych do szpitali w trybie ostrym, jak i planowym czy ambulatoryjnym.

PRZYCHODZI PACJENT DO SZPITALA

Wszyscy pacjenci zgłaszający się do izby przyjęć czy SOR-u któregoś ze szpitali w naszym województwie – od powiatowych do uniwersyteckich – niezależnie czy w trybie ostrym, czy planowym, powin-

primum

Stan na 26 czerwca 2020 r.:

- liczba przypadków potwierdzonych laboratoryjnie – 661
- liczba osób aktualnie w kwarantannie – 1 389
- liczba osób objętych nadzorem – 63
- liczba ozdowieńców – 539
- liczba zgonów – 49
- liczba pobranych próbek – 61 798

ni mieć zmierzoną temperaturę ciała oraz przeprowadzoną ankietę dotyczącą objawów, które mogłyby wskazywać na ryzyko zakażenia SARS-CoV-2. W ankiecie tej należy zawrzeć pytania o występowanie gorączki w ciągu ostatnich 48 godzin, kaszlu, duszności czy innych objawów infekcji dróg oddechowych, zaburzeń węchu czy smaku oraz o kontakt z osobą chorującą na COVID-19 lub będącą w kwarantannie czy izolacji. W sytuacji, gdy chociaż jedna z odpowiedzi mogłaby sugerować ryzyko zakażenia, pacjent powinien mieć wykonany wymaz w kierunku SARS-CoV-2, a do czasu otrzymania wyniku znajdować się w izolacji. W sytuacji otrzymania wyniku dodatniego, potwierdzającego COVID-19, chorego – po uzgodnieniu miejsca – należy przekazać do Regionalnego Specjalistycznego Szpitala w Grudziądzu, Wojewódzkiego Szpitala Obserwacyjno-Zakaźnego w Bydgoszczy lub Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy. W przypadku wyniku ujemnego lub gdy po wykonanej ankiecie triażowej nie stwierdza się objawów wskazujących na zakażenie SARS-CoV-2 – pacjent może być przyjęty na dowolny oddział szpitalny. Nie ma obowiązku wykonywania wymazów w kierunku SARS-CoV-2 wszystkim przyjmowanym do szpitala czy poradni celem wykluczenia bezobjawowego przebiegu COVID-19, chociaż w niektórych jednostkach, celem pozornego zwiększenia bezpieczeństwa, jest to wykonywane. Chcąc być konsekwentnym, w tych wypadkach należałoby wykonywać wymazy w kierunku SARS-CoV-2 wszystkim codziennie – i pacjentom, i personelowi – by wykluczyć bezobjawowy przebieg choroby oraz osobom, które były w okresie wylegania zakażenia SARS-CoV-2, kiedy test metodą PCR jeszcze nie wykazał zakażenia np. przez pierwsze 24 godziny.

Jedno jest pewne – personel medyczny, badając każdego pacjenta, powinien być zaopatrzony w maseczki ochronne, przed i po każdym pacjencie zmieniać rękawiczki lub myć dokładnie, prawidłowo ręce i dezynfekować stetoskopy.

Od czerwca umożliwione zostało również odmrożenie szpitali jednoimiennych, szpitali zakaźnych i oddziałów zakaźnych, oczywiście z zachowaniem części łóżek dla pacjentów z COVID-19, których to liczba w sytuacji nagłego wzrostu zachorowań może być w każdym momencie zwiększona.

W trosce o bezpieczeństwo wszystkich pacjentów w naszym województwie ważne jest, żeby nie kierować chorych z podejrzeniem COVID-19 z innych izb przyjęć czy SOR-ów bez wykonanego wymazu i potwierdzenia choroby do wyżej wymienionych szpitali, często oddalonych o kilkadziesiąt kilometrów, celem tylko wykonania testu, co niestety w ostatnich tygodniach było praktykowane. Często z narażeniem zdrowia i życia pacjenta.

Epidemia trwa, a my obok niej... trochę nam spowszedniała, trochę się do niej przyzwyczailiśmy. Jesteśmy mądrzejsi o doświadczenia, lepiej przygotowani, przeszkoleni, wyposażeni... Czy będzie druga runda? Czas pokaże...

O autorze: dr med. Paweł Rajewski, prof. WSG – konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa kujawsko-pomorskiego. Pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Obserwacyjno-Zakaźnym im. Tadeusza Browicza w Bydgoszczy.

Szukała pracy... wymyśliła aplikację

Z Katarzyną Dziąbowską-Grabias rozmawia Agnieszka Banach



Katarzyna Dziąbowska-Grabias – lekarz rezydent, obecnie w trakcie 5 roku specjalizacji z chorób wewnętrznych, doktorantka Katedry i Zakładu Chemii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, pomysłodawczyni i współzałożycielka start-upu MediShift. Posiada doświadczenie zawodowe w pracy w oddziale szpitalnym, w warunkach izby przyjęć, ambulatoryjnych i w telemedycynie.

Po rozpoczęciu specjalizacji postanowiła Pani poszukać dodatkowej pracy. Czy nie było z tym dużego problemu, biorąc pod uwagę, że lekarzy w Polsce brakuje? Szybko udało się znaleźć coś zadowalającego?

Cały proces poszukiwania mojej pierwszej pracy dodatkowej trwał kilka tygodni. Po nieskutecznych próbach znalezienia pracy z polecenia zdecydowałam się na umieszczenie ogłoszenia na tablicy ogłoszeń izby lekarskiej. Był rok 2015 i wówczas cała procedura umieszczenia takiego ogłoszenia była dość pracochłonna i zajmowała sporo czasu. Mianowicie trzeba było takie ogłoszenie osobiście dostarczyć do siedziby izby, a następnie biernie oczekiwać na opublikowanie w biuletynie i na kontakt zainteresowanych pracodawców. Otrzymywałam telefony, ale najczęściej już na początku rozmów okazywało się, że oczekiwania moje i drugiej strony są zupełnie inne. Przykładowo placówki były zbyt odległe od mojego miejsca zamieszkania, lekarz potrzebny był w godzinach porannych (a ja w związku z odbywaną rezydenturą nie mogłam się takiej pracy podjąć) lub mieliśmy inne oczekiwania finansowe. Wiele z tych rozmów spełzło na niczym i była to strata czasu dla obydwu stron.

Jak słusznie Pani zauważa, jest ogromny deficyt lekarzy na polskim rynku medycznym. W związku z tym, że jest to już w chwili obecnej rynek pracownika – cały proces poszukiwania pracy oraz pracownika wymaga uproszczenia i ujednolicenia, tak aby obie strony mogły efektywnie się dopasować.

Po przejściach związanych z poszukiwaniami wymyśliła Pani MediShift... Co to jest i dla kogo?

MediShift jest serwisem internetowym oraz aplikacją mobilną, która ma za zadanie ułatwienie procesu rekrutacyjnego na rynku medycznym. To narzędzie przeznaczone zarówno dla lekarzy poszukujących pracy, jak i dla placówek medycznych poszukujących lekarzy. Oferty przeznaczone są nie tylko dla młodych lekarzy, którzy szukają swojej pierwszej pracy czy pracy dodatkowej, ale także dla doświadczonych specjalistów, którzy chcą zmienić pracę na lepszą.

W czym ten system jest lepszy od tradycyjnego poszukiwania pracy – przez tablice ogłoszeń czy z polecenia?

Tablice ogłoszeń oraz polecenia ustne to bardzo archaiczne rozwiązania, zupełnie nieprzystosowane do dynamicznie zmieniających się warunków pracy na rynku medycznym oraz nienadążające za rozwojem technologii. Często zawierają fragmentaryczne dane, oferty bywają nieaktualne, znalezienie pracy w ten sposób jest czasochłonne.

W MediShift proces jest zautomatyzowany – wystarczy raz wpisać swoje kryteria, a aplikacja wyśle powiadomienie o każdej nowej ofercie, która pojawiła się w systemie i je spełnia. Wszystko dzieje się w czasie rzeczywistym, nie trzeba tracić czasu na wertowanie tablic ogłoszeń. Lekarz ma możliwość śledzenia rynku pracy i porównywania ofert pod

Jak działa MediShift?

Z MediShift można korzystać zarówno ze swojego komputera (strona internetowa www.medishift.pl), jak i z telefonu komórkowego (aplikacja mobilna pobrana z Google Play na Android lub z App Store na iOS – w trakcie przygotowania). Pierwszym krokiem jest rejestracja i założenie konta. Lekarz podaje numer prawa wykonywania zawodu, e-mail oraz hasło, pracodawca zamiast PWZ podaje NIP/REGON/KRS placówki. Po zaakceptowaniu regulaminu oraz wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych otrzymujemy maila z linkiem aktywacyjnym do konta. Następnie logujemy się w systemie za pomocą wcześniej ustalonych danych. Kolejny i najważniejszy krok to ustalenie swoich kryteriów, na podstawie których algorytm będzie dobierał nam oferty pracy lub pracowników.

Lekarz proszony jest o podanie:

- specjalizacji (może być też w trakcie),
- lokalizacji (ustalana na podstawie kodu pocztowego) i odległości w kilometrach do placówki, do której jest w stanie dojechać,
- wymagań finansowych określonych jako kwota w złotych na godzinę pracy,
- dyspozycyjności (czyli określenia w jakich godzinach, dniach może pracować).
- rodzaju umowy, która go interesuje (umowa o pracę, kontrakt, umowa zlecenie).

Pracodawca analogicznie określa, jakiej specjalizacji lekarza poszukuje, jaką stawkę proponuje, w jakich dniach i godzinach chciałby, aby lekarz pracował oraz jakie jest miejsce pracy (oddział szpitalny, SOR/IP, ambulatorium).

Po wprowadzeniu kryteriów użytkownik otrzymuje listę ofert, które spełniają jego wymagania. Dopiero po wzajemnym zaakceptowaniu ofert przez obie strony widoczne są szczegółowe dane kontaktowe lekarza lub placówki medycznej – mogą się skontaktować mailowo lub telefonicznie. Pomimo konieczności podania warunków finansowych przez placówkę, nie są to dane ogólnodostępne, ponieważ widzą je tylko lekarze, którzy zaakceptowali ofertę i są zainteresowani współpracą.

kątem finansowym. Taka wiedza jest szczególnie cenna dla młodych lekarzy, którzy dopiero na ten rynek wkraczają. Do młodych lekarzy kierujemy też kolejną funkcjonalność – w aplikacji pojawiły się pierwsze oferty miejsc specjalizacyjnych z dopłatami do podstawy rezydentur – chcemy stworzyć całą bazę ułatwiającą znalezienie pracy młodym lekarzom na zachęcających warunkach finansowych.

Pracodawca ma możliwość zachęcenia lekarza do pracy u siebie, oferując dodatkowe benefity, np. mieszkanie czy samochód służbowy, klimatyzację w pomieszczeniach, pokój socjalny. Dla pracodawców zachęcające jest to, że lekarze, którzy są zarejestrowani w MediShift, to lekarze aktualnie poszukujący pracy – nie jest to baza fikcyjna.

Dodatkowo dzięki MediShift można poszukać zastępstwa na określony czas. Konieczność zapewnienia zastępstwa na czas nieobecności dotyczy zwłaszcza lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy często pracują w małych zespołach i ciężko im wygospodarować czas np. na urlop, nie mówiąc o sytuacjach nagłych, np. o chorobie. Aplikacja daje możliwość znalezienia pracownika na czas zastępstwa – powiadomienia o takiej ofercie są rozsyłane do wszystkich zainteresowanych lekarzy z określonego obszaru.

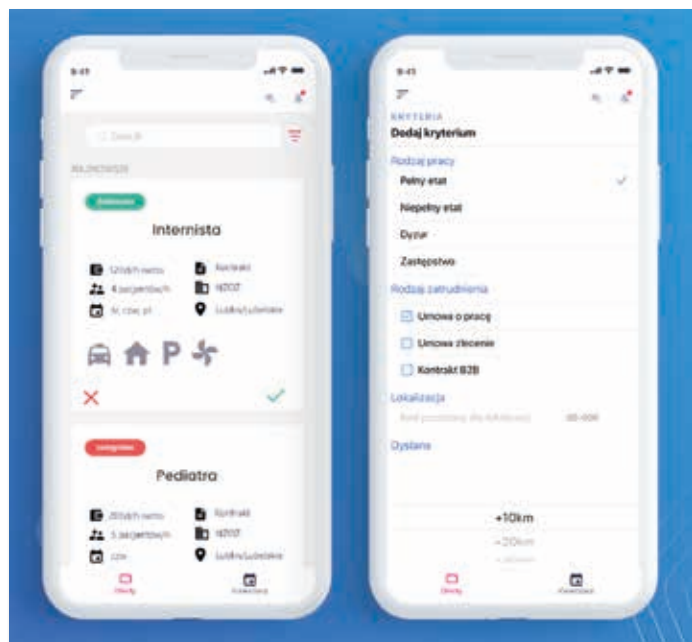
Wiadomo, ile osób już korzysta z aplikacji? Ilu lekarzy znalazło pracę dzięki niej? Jak szybko?

Od 1 lutego umieszczono 388 ofert pracy, z czego aktualnie aktywnych jest 105. W aplikacji zarejestrowało się 287 lekarzy. Zainteresowanie stale rośnie, między innymi dzięki naszej współpracy z Biurem Karier UM w Lublinie, aktywnemu uczestnictwu w konferencjach lekarskich oraz aktywności w mediach społecznościowych. Pojawiło się kilka wzajemnych akceptacji lekarza i placówki, oczywiście obserwujemy te przypadki, ale finalizacja umowy przebiega już poza MediShift.

Czas pandemii raczej nie sprzyja tworzeniu nowych miejsc pracy czy szukaniu nowego zajęcia. W branży medycznej taki trend też jest zauważalny, czy raczej koronawirus nie miał na nią wpływu? Na pewno mogliśmy obserwować, że niektóre specjalności były bardzo poszukiwane, np. lekarze zakaźnicy. Czy takie ruchy były zauważalne w MediShift?

Najbardziej wyraźny trend, który obserwujemy w branży medycznej w związku z pandemią koronawirusa, to bardzo prężny rozwój telemedycyny. Przyczynił się do tego m.in. fakt, że lekarze, zwłaszcza pracujący w szpitalach jednoimiennych, otrzymali zakazy pracy w innych miejscach. Ograniczyło to ich możliwości zarobkowania. Powstało wiele nowych firm trudniących się telemedycyną, natomiast te już istniejące prowadziły intensywny proces rekrutacyjny wśród lekarzy. W MediShift również obserwowaliśmy pojawianie się ofert z dziedziny telemedycyny oraz bardzo duże zainteresowanie tymi ofertami wśród lekarzy. W odpowiedzi na ten trend zorganizowaliśmy dwa webinary dla studentów przy współpracy z Biurem Karier Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i w Łodzi, w których szeroko omówiliśmy zagadnienia związane z telemedycyną.

Coraz więcej lekarzy myśli o pracy za granicą... Czy im też pomoże MediShift?



Obecnie skupiamy się na usprawnieniu procesu rekrutacji w Polsce. W przyszłości planujemy rozszerzyć naszą działalność na rynki zagraniczne, ale na pewno będzie to poprzedzone dokładną analizą całego procesu w tych rejonach. Z rozmów z naszymi użytkownikami wynika, że jest potrzeba rozszerzenia aplikacji na inne zawody medyczne – pielęgniarki, farmaceutów, fizjoterapeutów i na tym obecnie się skupiamy.

Lekarz skorzysta z aplikacji zupełnie bezpłatnie? A pracodawca?

Aplikacja jest darmowa dla lekarzy i pracodawców i tak będzie na pewno przez kilka najbliższych miesięcy. Po osiągnięciu przez nas określonego wskaźnika pozytywnie dobranych ofert zamierzamy wprowadzić opłaty za korzystanie z serwisu dla pracodawców. Obecnie bardzo zależy nam na zebraniu opinii od użytkowników, aby maksymalnie dopasować MediShift do wymagań obu stron i w przyszłości wprowadzić nowe funkcjonalności. A pomysłów mamy wiele!



WYNAJMĘ GABINETY LEKARSKIE

przy ulicy **Jagiellońskiej 36a w Bydgoszczy**
(atrakcyjna lokalizacja, komfortowe warunki, cena do uzgodnienia).

Możliwość obejrzenia gabinetów na stronie
www.gabinetymarinahouse.bydgoszcz.pl

Telefon **602 753 233**

SPRZEDAM prywatną praktykę
stomatologiczną w Inowrocławiu

SPRZEDAM prywatną praktykę
stomatologiczną (kontrakt NFZ) w Gniewkowie

Cesja lokali i kontraktu zapewniona.

Telefon: **509 276 716**

TELERODO

Dawno, dawno temu – przed dwoma laty – w podmiotach leczniczych pojawiło się enigmatycznie brzmiące słowo/skrót: RODO. Kto o tym dzisiaj pamięta? Dzisiaj setki razy dziennie wypowiadamy: koronawirus, COVID, pandemia, maseczki, przyłbice, kombinezony, kwarantanna, izolacja. Wśród tych na nowo poznanych słów pojawia się również to: t e l e p o r a d a.

MAREK
LEWANDOWSKI

W początkowym okresie obowiązywania RODO rozmowa przez telefon z pacjentem, z rodziną pacjenta o stanie zdrowia wydawała się kompletnie niemożliwa właśnie z powodu RODO. Pamiętamy głośny medialnie przykład wypadku komunikacyjnego autobusu z dziećmi i braku telefonicznej możliwości uzyskania informacji. „Nie – bo RODO” – słowo wytrych zamykające wszelkie negocjacje. Tymczasem dzisiaj z powodu COVID-19 teleporada króluje w lecznictwie ambulatoryjnym. RODO już nie przeszkadza? A może właściwie nigdy nie przeszkadzało? Zastanówmy się, jak skutecznie i bezpiecznie przeprowadzić teleporadę, pozostając w zgodzie z RODO. W publicznej dyskusji pojawiły się też głosy, że płatnik powinien niżej wycenić teleporadę, bo to łatwiejsze i szybsze w porównaniu do tradycyjnej wizyty. Czy na pewno? Ale po kolei.

Jaka jest podstawa prawna udzielania porad na odległość?

Podstawą jest art. 3 ust. 1 Ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej: *Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.* A udzielamy ich zgodnie z art. 4 Ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, a zatem jesteśmy obowiązani postępować według wskazań aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, czyli – jak zawsze.

Rozpatrzmy 2 warianty teleporady:

► **Pierwszy – my dzwonimy do pacjenta**, drugi – pacjent dzwoni do nas. W pierwszym przypadku pacjent podał numer kontaktowy w rejestracji wcześniej, udostępnił go po to, byśmy za pośrednictwem telefonu mogli mieć z nim kontakt (przypominam, że podanie informacji o numerze telefonu nie jest obo-



wiązkowe dla realizacji świadczenia zdrowotnego, nie możemy tego wymagać, jest to dobra wola pacjenta, o czym powinien być poinformowany). Przykładowa rozmowa: nasz dobrze znany dr Tomcio Paluch dzwoni do swojej stałej pacjentki Zenobii Alfredy Kuropatwińskiej-Sarnoczyńskiej. Po wymianie *dzień dobry*, przedstawiając się, podaje swoje imię i nazwisko. Przypomina pacjentce, że jest lekarzem z przychodni (pacjent senioralny może nie skojarzyć nazwiska, niedokładnie usłyszeć, być w miejscu, gdzie jest hałas itd.), upewnia się, że pacjentka go kojarzy, że rozumiała. Po tym wstępie dr Paluch powinien wyraźnie zaznaczyć, że rozmowa dotyczyć będzie jej stanu zdrowia, a zatem pacjentka powinna zadbać o jej intymność. Dr Paluch – dzwoniąc na telefon komórkowy – nie wie, gdzie znajduje się pacjentka w momencie rozmowy, czy nie jest w towarzystwie osób, których nie chce informować o swoim problemie zdrowotnym, typu np. nietrzymanie moczu (a przypominam z poprzedniego tekstu, że pani Zenobia choruje na cukrzycę, przeżyła też złamanie kompresyjne kręgosłupa w L5). Musimy mieć pewność, że nikt nieuprawniony nie przysłuchuje się rozmowie – takie zapewnienie powinniśmy usłyszeć od pacjenta (przykładowe pytania: czy możemy rozmawiać? nie przeszkadzam? czy może pan/pani rozmawiać teraz o stanie swojego zdrowia?).

Powyższe umożliwia przejście do weryfikacji tożsamości pacjenta poprzez np. poproszenie o podanie nr PESEL lub jego fragmentu – może to

primum



być 5 ostatnich cyfr, albo nazwy ostatnio zapisanego leku, terminu ostatniej wizyty – jest to czynność wyprzedzająca, aby nie doszło do przekazania danych wrażliwych nieuprawnionej osobie – pacjent mógł zmienić telefon i ktoś inny dzisiaj użytkuje jego dawny numer. Kontaktowanie się za pomocą komunikatora w komputerze audio i video umożliwia identyfikację pacjenta poprzez pokazanie przez niego dokumentu tożsamości. Na czas epidemii wprowadzone zostały szczególne zasady weryfikacji tożsamości pacjenta w ramach udzielania teleporady. Rozporządzenie Rady Ministrów z 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii – jednoznacznie dopuszcza w okresie od 31 marca 2020 r. do odwołania możliwość weryfikacji tożsamości na podstawie danych przekazywanych przez pacjenta za pośrednictwem systemu, przez który odbywa się rozmowa (w tym przez telefon).

Teleporada przy pomocy systemu IT w komputerze co do zasady jest wcześniej umówiona, chyba że korzystamy z systemu audio/video w komunikatorze w telefonie i wiemy, że pacjent takim systemem dysponuje, np. wcześniej już to „przećwiczyliśmy”. Udzielając porady na odległość w ramach środków publicznych pamiętamy zawsze o wcześniejszym potwierdzeniu ubezpieczenia e-WUŚ (oprócz kwestii ubezpieczenia dostępna także dość często dodatkowa informacja o kwarantannie). Dzwoniąc do pacjenta w stanie ciężkim, warto się upewnić, gdzie się znajduje, czy ma opiekę, czy jest ktoś w domu, gdyby się nagle jego stan zdrowia w trakcie teleporady pogorszył, np. stracił przytomność, a wszystko po to, by możliwe było wzewanie pomocy. Potem możemy przejść do części merytorycznej.

Część merytoryczna teleporady. Niby oczywista oczywistość. Dr Paluch przeprowadza wywiad lekarski (także epidemiologiczny w razie konieczności odbycia wizyty osobiście), sprawdza dostępną dokumentację (zapewne przygotował się w tym zakresie wcześniej), wyniki badań diagnostycznych i przekazuje wyczerpującą informację medyczną i zalecenia. Dr Paluch to doświadczony lekarz, powiedzmy z 20-letnim stażem w zawodzie, pamięta, że podczas teleporady – nawet w czasie pandemii – pacjent ma wszelkie uprawnienia z tytułu Ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a lekarz ponosi odpowiedzialność za udzielenie teleporady w takim samym stopniu, jak podczas porady w przychodni czy szpitalu. Karta teleporady ma być przechowywana przez 30 dni (specustawa koronawirusowa z 2 marca 2020 art. 7 ust 7–9) – bardzo krótko w porównaniu do okresu przechowywania dokumentacji medycznej – 20 lat. Proponuję włączyć dokumentację medyczną z teleporady do dokumentacji medycznej pacjenta i przechowywać 20 lat, a to z powodu potencjalnych roszczeń – roszczenia bardzo rzadko pojawiają się do 30 dni od udzielenia świadczenia zdrowotnego. Na zakończenie teleporady dr Paluch informuje swoją schorowaną i zadowoloną rozmówczynię, że ma prawo do wizyty osobistej, gdyby nie była w pełni usatysfakcjonowana lub stan jej zdrowia się pogorszył.

Uff... udzieliliśmy porady na odległość zgodnie z RODO (przepisów RODO na czas pandemii nikt nie zawiesił), zgodnie z naszą najlepszą aktualną wiedzą medyczną. Teraz oceńmy: czy było szybciej? łatwiej? czy ponosimy mniejszą odpowiedzialność? czy może było trudniej, bo nie można było wykonać badania przedmiotowego? Trochę to wszystko zależy od tego, co było powodem porady – czy follow up na podstawie wyników, czy ocena ciężkiego stanu klinicznego w aspekcie konieczności skierowania do szpitala – i na koniec odpowiadamy sobie na pytanie, czy taka wizyta powinna być wyceniona taniej?!

Pozostał nam jeszcze do omówienia wariant drugi teleporady

Pacjentka Zenobia dzwoni do dr. Palucha. Taka rozmowa powinna przebiegać nieco inaczej. Zakładam, że Pani dzwoni w godzinach pracy przychodni/gabinetu – wówczas po tradycyjnej wymianie uprzejmości, *dzień dobry* itd., powinniśmy poinformować pacjentkę/pacjenta (jeśli go nie znamy, nie rozpoznajemy w tym momencie), że za 5 min oddzwonimy. Jest to czas niezbędny do sprawdzenia w kartotece, czy numer telefonu się zgadza z podanym wcześniej przez pacjenta. Czas ten umożliwi zarówno uzyskanie danych do

weryfikacji rozmówcy, które pozwolą na potwierdzenie jego tożsamości, jak też zapoznanie się z danymi medycznymi. Po wykonaniu powyższego, po ustalonym czasie oddzwaniamy do pacjenta. Wtedy mamy już z górki – patrz punkt pierwszy – to my mamy inicjatywę w rozmowie i jesteśmy do niej przygotowani. Bardzo, ale to bardzo nie polecam odbierać telefonu od pacjenta, gdy ten telefon „dopadnie” nas np. w sklepie – jesteśmy w maseczce, przy kasie, w rękawiczkach. Po pierwsze – lepiej w ogóle nie odbierać w takim momencie, a jeśli przypadkiem odbierzemy i padnie kilka szybkich pytań o poważne kwestie medyczne, np. czy ten lek można brać z tymi czterema, które mu przepisaliśmy w ubiegłym tygodniu, to powiedzmy pacjentowi, że teraz nie odpowiemy, że oddzwonimy o takiej i takiej godzinie. Dajmy sobie czas na sprawdzenie w spokoju, na co choruje pacjent (może wszystkiego nie wymieni), jakie leki i w jakich dawkach przyjmuje (może pomylić dawki i leki). Pamiętajmy, że ciąży na nas taka sama odpowiedzialność, jak przy normalnej poradzie w przychodni. Oczywiście oddzwaniając – patrz punkt pierwszy – weryfikacja tożsamości.

Teleporada w psychiatrii

Na szczęście dr Paluch nie jest psychiatrą, co więcej – nigdy nie rozpatrywał w okresie studiów wyboru tej specjalizacji, zatem nie martwi się ewentualnymi innymi szczególnymi uregulowaniami dotyczącymi psychiatrii w zakresie porad na odległość. Czy teleporada w psychiatrii jest tak samo uregulowana? Otóż nie do końca. Art. 11 ust. 1 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (tj. DzU 2020 r., poz. 685), informuje: *Orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinii lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo podmiotu leczniczego lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby. Skierowanie do szpitala psychiatrycznego wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni.* Mamy zatem uregulowanie specjalne. Czy zatem w okresie ścisłych restrykcji dotyczących swobody przemieszczania się można stosować teleporady w psychiatrii? Pewnie tak – po rozważeniu przewagi takiego rozwiązania w uzasadnionych indywidualnych przypadkach, ale żaden przepis prawa nie przewiduje takiego trybu.

Dr Tomcio Paluch nigdy nie udziela teleporad za pośrednictwem, zazwyczaj bezpłatnych, komunikatorów dostępnych w ramach serwisów społecznościowych, gdyż nie zapewniają wysokiego poziomu bezpieczeństwa, a ich administratorzy zastrzegają sobie możliwość wykorzystania informacji pochodzących z takiej komunikacji.

O autorze: dr n. med. Marek Lewandowski jest dyrektorem SP WZOZ MSWiA w Bydgoszczy.

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

Wszyscy mamy świadomość konieczności zmian w ochronie zdrowia. Konserwacja istniejącego systemu zarządzania jest wyłącznie w interesie rządzących. Sukcesy przypisuje sobie władza, a o porażki oskarża lekarzy.

Konieczna jest decentralizacja tworzenia i doskonalenia nowego systemu ochrony zdrowia. Głównymi inicjatorami zmian muszą być samorządy medyczne, towarzystwa naukowe, PAN oraz NGO-sy. Rola ministra zdrowia powinna ograniczać się do koordynacji prac oraz do opracowania zmian legislacyjnych.

Czy POZ może się zmieniać bez rozwiązań globalnych?

JERZY
RAJEWSKI

Marihuana u lekarza rodzinnego



NOWE METODY LECZENIA

Czy można wprowadzić do POZ leczenie marihuaną? To pytanie zadałem sobie od lat. W ubiegłym roku postanowiłem spróbować. Zaczętem w kwietniu od kursu organizowanego przez Naczelną Radę Lekarską. Kilka tygodni później zakupiłem pierwsze urządzenia do waporyzacji, czyli do podgrzewania marihuany i wytwarzania pary z jej suszu. Pozostający pod moją opieką pacjent został zakwalifikowany do leczenia i czekał na rozpoczęcie terapii. Niestety, problemem pozostawało legalne zakupienie marihuany medycznej. Miejscowe apteki nie posiadały jej w swojej ofercie. Okazało się, że w Bydgoszczy jest jedyna apteka, która okresowo posiada susz marihuany medycznej.

W styczniu 2020 r. wystawiłem pierwszą receptę. Mimo że lek jest dedykowany raczej ciężko i przewlekle chorym, nie jest refundowany! Receptę udało się zrealizować dopiero w maju, po jej odnowieniu z powodu przeterminowania. Okazuje się, że susz marihuany sprowadzamy z Kanady i nie jest na bieżąco dostępny.

Na inicjację nowej metody leczenia zarezerwowałem dwugodzinną wizytę domową. Trwała ponad trzy godziny. Podczas przygotowywania waporyzatora do pierwszego użycia rozmawialiśmy z pacjentem i jego rodziną na temat naszych oczekiwań po wdrożeniu terapii. Pacjent cierpił z powodu bardzo dużej spastyki mięśni kończyn dolnych, okresowo silnego bólu i znacznego obniżenia nastroju w przebiegu choroby podstawowej. Oczekiwaliśmy zmniejszenia spastyki, która czasami uniemożliwiała pielęgnację chorego, a nawet stanowiła ryzyko bolesnego zakleszczenia rąk osoby pielęgnującej. Liczyliśmy również na efekt przeciwbólowy w celu zmniejszenia ilości przyjmowanych doustnie leków i poprawę jakości życia. Osobiście miałem drobną nadzieję na poprawę nastroju i emocji pacjenta. Generalnie byliśmy ostrożni i sceptyczni.

Rozmawialiśmy również o możliwych działaniach ubocznych oraz o szczegółach technicznych samego procesu waporyzacji.

Po napełnieniu komory na susz i rozgrzaniu urządzenia napełniłem balon, worek, z którego chory miał wdychać opary marihuany. Podczas pierwszych wdechów wnikliwie obserwowałem pacjenta, aby uchwycić jakiegokolwiek objawy niepożądane. W pomieszczeniu rozniósł się delikatny zapach konopii.

Po zainhalowaniu pierwszego balonu (około 5-6 wdechów) wyraźnie zmniejszyła się spastyka i ból. Zauważalna była poprawa nastroju, pacjent chętnie brał udział w rozmowie i dzielił się wrażeniami. Po następnym balonie nastąpiło dalsze zmniejszenie spastyczności, bólu i poprawa nastroju.

W celu oceny bezpieczeństwa kuracji suszem konopii nakłoniłem chorego do przyjęcia trzeciego balonu, po którym zakończyliśmy waporyzację. Przez następną godzinę obserwowałem pacjenta.

Wyniki pierwszorazowego zastosowania marihuany medycznej przerosły oczekiwania pacjenta, rodziny i lekarza.

Pojawiły się też objawy niepożądane. Nie były one na szczęście zbyt nasilone i nie spowodowały zniechęcenia chorego do leczenia, a podczas kolejnych dni leczenia ustąpiły w takim stopniu, że stały się dla pacjenta niezauważalne. Objawy te miały charakter lekkich zawrotów głowy i kaszlu, niewielkiego oszołomienia, uczucia pełności w jamie brzusznej, nudności i niewielkich problemów z wystawianiem się.

Po 14 dniach leczenia chory stosuje mniejszą dawkę leku, dziennie około dwóch balonów. Objawy uboczne nie pojawiają się. Wyraźnie widoczna jest poprawa jakości życia, zmniejszenie spastyczności i bólu. W tym czasie tylko raz wystąpiła potrzeba przyjęcia leku przeciwbólowego. Nie ma potrzeby przyjmowania leków rozkurczowych.

PACJENT I JEGO RODZINA

Najważniejsza dla mnie jest ocena terapii przez pacjenta:

Mój komfort życia uległ zdecydowanej poprawie. Od dawna nie czułem się tak dobrze, jestem pełen energii, znowu chcę uczestniczyć w życiu rodzinnym, rozmawiać, śmiać się, okazywać moje zainteresowanie. Odczuwany ból jest zdecydowanie mniejszy i do wytrzymania, a spastyczność dużo mniej dokuczliwa, czuję, że nogi powróciły do mojego ciała. Szkoda, że dopiero teraz poznałem tę metodę leczenia i że susz w aptekach jest tak trudno osiągalny i kosztowny (czekałem 6 miesięcy, 5 gram to koszt ok. 300 zł). Ale lepiej późno niż wcale.

Z drugiej strony opinia członka rodziny:

Z ogromną radością obserwuję zwrot akcji, ...z osoby zamkniętej w sobie, izolującej się, wręcz depresyjnej i cierpiącej z powodu silnego bólu – stał się na nowo towarzyski, rozmowny, zainteresowany życiem. Opieka nad nim, po zmniejszeniu spastyczności kończyn, zelżeniu dolegliwości bólowych i poprawie nastroju, jest również dużo łatwiejsza.

PODSUMOWANIE

Jak w każdym przypadku planowania terapii – niezbędna jest przemyślana kwalifikacja kliniczna. Tylko ona pozwala oczekiwać dobrych rezultatów oraz zmniejszenia ryzyka wystąpienia objawów niepożądanych.

W mojej ocenie istotną przeszkodą w szerszym stosowaniu leczenia marihuaną medyczną jest jej mała dostępność, wysoka cena oraz koszt dobrych urządzeń do waporyzacji.

Poza tym nic nie stoi na przeszkodzie, aby lekarz rodzinny inicjował i monitorował leczenie przy pomocy suszu konopnego.

Cytaty pochodzą od pacjenta i członka rodziny.



Techniki uważności

Siła i spokój...

Jak sobie radzisz z niepewnością świata, w którym teraz żyjemy? Czy czujesz niepokój, lęk, czy może panikę? A może jest w tobie niezgoda, opór, złość? Myślisz „rzeczy nie powinny być takie, to wszystko powinno być inaczej”. Może zaczynasz krytycznie oceniać innych, że coś źle robią czy źle się zachowują? Może tę krytykę stosujesz wobec siebie, że ty źle robisz, źle się zachowujesz, że ty coś powinieneś lub nie w całej tej sytuacji? Być może jest to strach, że coś złego stanie się twoim bliskim albo ty sam zachorujesz? Być może lęk, o to co wydarzy się z tym światem? Być może obawa o finanse, co to będzie i jak?

DOROTA
WOJTCZAK

Nadmiar ciężkich myśli często może być pożywką dla trudnych emocji, z którymi nie umiemy sobie odpowiednio poradzić. Jedną z cech uważności (mindfulness), o której cyklicznie piszę, jest elastyczność psychologiczna, czyli umiejętność zmiany perspektywy, spojrzenie na sytuację z innego punktu widzenia. Jednocześnie porzucenie iluzji, że świat będzie działał tak, jak tego chcemy. W końcu – przyznanie, że nie jesteśmy wszechmocni i nasz wpływ na rzeczywistość jest ograniczony. Jednak jeśli nawet nie możemy w pełni wyostać się z sytuacji, to zawsze możemy ją nieco poprawić lub nawet spokojnie zaakceptować, czyli przyjąć, że jest. Racjonalne podejście do życia motywuje do działania, które sprzyja osiągnięciu realnych celów, opiera się na myśleniu przyczynowo-skutkowym i prowadzi do tolerancji zamiast biernego oporu. Uświadomienie sobie, że nasz wpływ na rzeczywistość jest ograniczony, może być bolesne, a nawet zapoczątkować kryzys, gdy dotyczy ważnych celów i wartości, np. gdy konfrontujemy się z cierpieniem własnym lub innych. Niekiedy potrzebna jest wówczas praca nad najbardziej fundamentalnymi, filozoficznymi przekonaniem. Można ująć to metaforycznie i poprzez techniki wizualizacji wprowadzić do swojego umysłu jakości, które intencjonalnie mają nas wspierać.

UMIEĆ BYĆ JAK GÓRA – która mimo zmieniających się pór roku, pogody, aktywności zwierząt i ludzi, rozgrzana czy wychłodzona, atakowana przez gwałtowne burze, uderzana śniegiem, deszczem i wiatrami o niewyobrażalnej sile - po prostu trwa. Nieporuszona. Czynniki zewnętrzne nie mają na nią bezpośredniego wpływu. I my też możemy w wyobraźni połączyć się ze swoją wewnętrzną mocą i stabilnością. Odnajdować w sobie i wzmacniać te cechy przez przekierowanie uwagi na to, by każdą chwilę przeżywać z uważnością, spokojem i jasnością. Przyjmując, że nasze myśli, uczucia, troski,

emocjonalne burze i kryzysy, nawet zewnętrzne zdarzenia są niczym zmienna pogoda w górach. A my zachowujemy wobec niej czujność, nie trwogę. Kiedy podchodzimy w ten sposób do zmienności życia, w samym środku burz możemy odkryć ciszę i mądrość.

PŁYNAĆ Z NURTEM RZEKI – zamiast walczyć z ograniczeniami rzeczywistości, możemy dać się jej ponieść... zamiast iść pod prąd rwącej rzeki. Zamiast walczyć i całą energię przeznaczać na wysiłek i kontrolę, możemy zaprzestać utrzymywania oporu. Wówczas świadomie otwieramy się na wszystko, cokolwiek się wydarza... Przystajemy iść w górę rzeki i... okazuje się, że to, co wydawało się dzikim, rwącym nurtem, w rzeczywistości jest spokojną rzeką, że wszystko, co się wydarza, jest po prostu częścią rzeczywistości... Odpoczywając tak przez chwilę, widzimy świat z innej perspektywy, dostrzegamy to, co wcześniej nam umykało: piękno natury, sprawy poza problemami... I nawet gdy nurt tej wyobrażonej rzeki się zmieni, bo pojawi się wodospad, jakaś trudność, potrafimy pozostać w tym spokojni i otwarci na wszystko, cokolwiek to jest. Bez napięcia i niepokoju wynikającego z oporu. Zgadza się, że życie w wielu kwestiach jest nieprzewidywalne, nie musimy już tak bardzo bać się zagrożeń. Akceptujemy, że one po prostu są częścią życia.

Życie cały czas zaskakuje nas sytuacjami, na które nie jesteśmy przygotowani. W ciągu jednej minuty może zdecydować, że będzie inaczej niż jest, a my możemy z tym walczyć, tracąc energię, albo przyjąć to z jasnym umysłem i działać w sile i spokoju. Choćby w wyobraźni.

TECHNIKI WIZUALIZACJI uruchamiają system ukojenia. Wpływają też na aktywację i koncentrację umysłu. W ten sposób dbamy o odporność i dobrostan, wzmacniając układ nerwowy, przed którym każdego dnia stają kolejne wyzwania. I nikt nie wie, jakie będą i kiedy się skończą.

O autorce: Dorota Wojtczak jest certyfikowanym trenerem uważności mindfulness. Od wielu lat prowadzi zajęcia z obszaru mindfulness, compassion, nonviolent communication, m.in. ustandaryzowane programy grupowe: kurs MBSR – redukcja stresu przez uważność, kurs MBCT – zapobieganie nawrotom depresji przez uważność. Proponuje też indywidualne sesje coachingowe w obszarze rozwoju uważności i empatycznej komunikacji. Więcej o autorce oraz dodatkowe informacje związane z tematem dzisiejszego artykułu na stronie: www.myway-eu.pl oraz na <https://www.facebook.com/mywaymindfulness/>



Wspomnienie – trochę osobiste

Doktor Józef Wróblewski (31 stycznia 1941 – 26 marca 2020)

Doktor Józef Wróblewski urodził się 31 stycznia 1941 r., odszedł 26 marca 2020. Bydgoszczanin z urodzenia, działacz społeczny, druh podharcistrz, żeglarz, ale przede wszystkim lekarz dentysta, specjalista II stopnia w dziedzinie chirurgii stomatologicznej, mój nauczyciel zawodu, który wykształcił wielu następców, mistrz, niedościgniony wzór, mentor i autorytet.

Józef Wróblewski ukończył I Liceum Ogólnokształcące w Bydgoszczy, a w 1968 r. Akademię Medyczną w Gdańsku. Większość swojego zawodowego życia spędził w Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Bydgoszczy – najpierw przy ulicy Cieszkowskiego, a następnie G. Zapolskiej na Szwederowie. Pracę w przychodni łączył z dyżurami na Oddziale Chirurgii Szczękowej Szpitala im. J. Bizuela oraz Szpitala im. A. Jurasza. Anegdota o pacjentce, która spotkała doktora Józefa rano w przychodni, następnie późnym wieczorem na dyżurze w szpitalu, a kolejnego dnia rano znowu w przychodni i na dzień dobry powiedziała: „Panie, a Pan to domu nie masz?” – dowodzi tylko tego, jaką część życia pochłaniała praca zawodowa, dodatkowo wzbogacona jeszcze o prowadzenie prywatnej praktyki przy ulicy Płockiej. Życie to oczywiście nie tylko praca – to także zainteresowania i pasje, których Józef miał wiele. Najważniejsza jednak była rodzina

– żona i synowie, a od niedawna też synowa i wnuczka Zosia, oni byli zawsze na pierwszym miejscu.

Dr Józef Wróblewski był aktywnym działaczem Bydgoskiego Towarzystwa Wioślarskiego, członkiem Kręgu Seniorów „Dębowy Liść” Hufca ZHP Bydgoszcz-Miasto, jednym z założycieli Klubu Weteranów Żeglarstwa „Pod Zardzewią Kotwicą” w 1990 r. Był sternikiem jachtowym, żeglował między innymi na „Zawiszy”, „Pogorii”, „Darze Młodzieży”. Żagle, wioślarstwo i wreszcie narciarstwo – to chyba były największe pasje, ostatnią z nich dzieliliśmy. Wielokrotnie przez wiele lat wspólnej pracy rozmawialiśmy na różne tematy, ale narciarstwo zawsze powodowało błysk w Jego oczach, a opowieści, jak było w Austrii czy Szwajcarii, i plany, dokąd teraz – do Bukowiny czy Szczyrku, dawały napęd do działania. Józef był wyjątkowym człowiekiem, o niespotykanej kulturze osobistej, taktownym i pełnym empatii. Dusza towarzystwa, zawsze życzliwy, pogodny, pełen energii.

Józiu, stałeś się częścią mojego życia i myślę, że wszystkich tych, którzy Ciebie poznali. Jesteś i pozostaniesz w naszej pamięci.

Jerzy Mucha – Konsultant wojewódzki w dziedzinie chirurgii stomatologicznej

Naszej Koleżance

Annie Urbańczyk

wyrazy głębokiego współczucia z powodu straty

OJCA

składa cały zespół Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że dnia 12 czerwca 2020 roku zasnął w Bogu
mój ukochany Mąż, nasz drogi Tata, Teść,
Dziadek, Brat i Wujek

lek. med. Ignacy Goc

Przeżył 68 lat

Pogrążona w smutku Żona z Rodziną



Turnusy rehabilitacyjne dla lekarzy seniorów

Z inicjatywy Klubu Lekarza Seniora w 2018 r. Okręgowa Rada Lekarska podjęła decyzję o dofinansowaniu lekarzom seniorom członkom Bydgoskiej Izby Lekarskiej 2-tygodniowych turnusów rehabilitacyjno-wypoczynkowych. Dzięki nawiązaniu współpracy ze Spółdzielczym Centrum Rehabilitacyjno-Medycznym „Resurs” z Wrocławia z grupowego wyjazdu do Ośrodka „Adhara” w Sarbinowie Morskim w lipcu 2019 r. skorzystało 21 lekarzy seniorów, natomiast w roku bieżącym wyjadą 2 grupy: w lipcu do Mrzeżyna, do Ośrodka „Nadmorski” – 14 osób, a we wrześniu do Dusznik, do Ośrodka „Belweder” – 11 osób.

Wstępne ustalenia przewidują możliwość zorganizowania w 2021 r. kilku turnusów: w początkach maja w Sarbinowie, w sierpniu w Mrzeżynie i w listopadzie w Dusznikach.

Pobyt we wszystkich ośrodkach obejmuje: 14 noclegów, 3 posiłki dziennie, pakiet 30 zabiegów rehabilitacyjnych (wg wskazań lekarza), opiekę pielęgniarską i program integracji społecznej. Pełna cena turnusów w powyższych terminach w zależności od standardu zakwaterowania w pokojach 1-, 2- lub 3-osobowych wynosi: w Sarbinowie od 1.8 do 2.3 tys. zł, w Mrzeżynie od 2.3 do 2.8 tys. zł, a w Dusznikach od 1.6 do 2 tys. zł

Regulamin korzystania przez lekarzy seniorów z turnusów współfinansowanych przez Bydgoską Izbę Lekarską (obowiązujący od 1 stycznia 2019 r.) przewiduje możliwość uzyskania dofinansowania przez lekarza seniora – w wysokości co najmniej 800 zł – nie częściej niż raz na 4 lata, jeżeli turnusy odbywają się w okresie letnim, i raz na 2 lata – w pozostałych porach roku. Możliwe jest skorzystanie z wyjazdu przez współmałżonka, członka rodziny, kolegę lekarza seniora, jak i każdego lekarza za pełną odpłatnością, a także częstsze niż wyżej określone korzystanie z wyjazdów grupowych lekarza seniora, ale także za pełną odpłatnością.

Klub Lekarza Seniora, któremu Okręgowa Rada Lekarska zleciła prace organizacyjne związane z wyjazdami, na zebraniu 2 września br., jak zwykle o godz. 14:30, na tle wrażeń z dotychczas odbytych turnusów zamierza ustalić kalendarz wyjazdów rehabilitacyjnych w 2021 r. i rozpocząć na nie zapisy. Rozpatrzy także propozycje wyjazdów indywidualnych w różnych terminach, gdyż po tzw. sezonie ceny są znacznie niższe.

Zachęcam wszystkich lekarzy zainteresowanych wyjazdami rehabilitacyjnymi w 2021 r. do udziału we wrześniowym zebraniu.

Z koleżeńskim pozdrowieniem
Maciej Borowiecki
Przewodniczący Klubu Lekarza Seniora

Mój jest ten kawałek podłogi!...



Więc odwiąż liny, opuść bezpieczną przystań. Złap w żagle pomyślne wiatry. Podróżuj. Śnij. Odkrywaj.

Mark Twain

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Wakacje! Wakacje? Mili Czytający te słowa, celowo użyłem znaku zapytania, bo ja na pewno nie odwiążę już liny i tym bardziej nie opuszczę przystani. Bowiem przystań w moim wieku gwarantuje bezpieczeństwo i pewność, że nie spotka mnie już żadna straszna trwoga. W związku z tym i pomyślne wiatry mnie nie interesują. Jeszcze nie tak dawno podróżowałem, a cel moich podróży był niezmiennie ten sam – Kaszuby. No niestety ten kierunek to teraz tylko tęsknica, a rozstanie się z nim powoduje, że czuję niesmak. Co mi zostało? No to chyba tylko śnienie?

I tu muszę podzielić się mitym doznaniem, jakie przez ostatnich kilka bezsennych nocy było moim udziałem. Otóż w zaroślach bujnie wypełniających przestrzeń przed moim tarasem raczył zamieszkać niewielki ptaszek, który to wspaniałym śpiewem umila mi brzask poranka. Po żmudnym śledztwie ustaliłem godność tego delikwenta. To nie kto inny tylko słowik szary! Mite śledztwo, a jeszcze miłszy jego wynik.

Mili Czytający te słowa, Wam życzę nie snu o wakacjach, ale wiatru w żaglach, podróży i bezpiecznego powrotu do przystani, bo jak wrócicie, to może będziecie mieli już nowego (?) Prezydenta!

A w trakcie wakacji słuchajcie śpiewu ptaków. To uspokaja i studzi emocje, czego jak zawsze Wam życzę

A. Martynowski

Spotkania Lekarzy Seniorów!

■ **2 września** o godz. 14:30 lekarze seniorzy wymienią uwagi i wrażenia z lipcowego turnusu rehabilitacyjno-wypoczynkowego w Mrzeżynie, ustalą kalendarz wyjazdów rehabilitacyjnych w 2021 r. i rozpoczną zapisy.

Ogłoszenia – PRACA

■ Pilnie zatrudnimy **lekarza ginekologa** do pracy w Poradni Ginekologiczno-Położniczej. Wymiar czasu do ustalenia. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt: 607 507 597 lub 787 946 996, NZOZ „PRO-MED” Jakub Przybyła, ul. Strażacka 2, 88-230 Piotrków Kujawski.

■ NZOZ OKOLE, Bydgoszcz, plac Chełmiński 5, zatrudni **lekarza rodzinnego**. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Kontakt: przychodniaokole@scs.com.pl lub 52 3214935.

■ Klinika Stomatologii Rodzinnej w Bydgoszczy podejmie współpracę z **lekarzem dentystą**. Jesteśmy zakładem prywatnym istniejącym od 1999 r. świadczącym usługi z zakresu stomatologii ogólnej, dziecięcej, protetyki, ortodontji, chirurgii stomatologicznej i implantologii. Chętnie podejmiemy współpracę z młodymi lekarzami, którzy chcą się rozwijać. Oferujemy: profesjonalną obsługę, dużą bazę pacjentów, wykwalifikowany personel średni, życzliwą atmosferę w pracy, korzystne warunki płacowe, podnoszenie kwalifikacji. Prosimy o kontakt tel. 604 796 594 lub mailowy: krzysztof5115@gmail.com.



Wesprzyj akcję **Ratujmy Ratujących** Bydgoskiej Izby Lekarskiej i Samorządu Studenckiego CM UMK

Chcesz pomóc? Bardzo prosimy o zgłoszenia przez formularz dostępny na stronie:

www.bil.org.pl w zakładce **Ratujmy Ratujących**

oraz pod nr tel. 52 346-00-84, kom. 533 717 577, kom. 600 435 289, lub na adres e-mailowy: bil@bil.org.pl

Zbiórka trwa **od poniedziałku do piątku w godzinach 10:00–16:00**

w siedzibie **Samorządu Studenckiego CM UMK**,

ul. 3 Maja 3, 85-067 Bydgoszcz (wejście do biura od strony parkingu), kontakt – tel. 533 717 577.

Uruchomiliśmy również specjalne subkonto. Wpłaty zostaną przeznaczone na zakup potrzebnych w walce z koronawirusem środków ochrony

**BANK MILLENNIUM nr rachunku bankowego:
33 1160 2202 0000 0001 8152 9405**



BYDGOSKA IZBA LEKARSKA ROZDZIELIŁA ŚRODKI OCHRONY INDYWIDUALNEJ ZAKUPIONE PRZEZ KULCZYK FUNDATION

Odbiorca	%	maseczka chirurgiczna	maseczka KN95	przyłbice	gogle	kombinezony szt.
IZBA	100	26000	38400	2600	2400	2600
Obdarowani						
Szpitala	48,9	14200	17345	1505	978	1199
Przychodnie	12,1	2720	5500	271	313	320
Lekarze Seniorzy	2,5	1020	2105	22	37	18
Lekarze	21,3	5410	8160	538	545	536
Lekarze Dentyści	15,2	2650	5290	264	527	527

szczegóły na stronie [www](http://www.bil.org.pl) i FB Bydgoskiej Izby Lekarskiej

Bydgoscy radcy prawni – medykoni

„W podziękowaniu za codzienny trud setek osób wykonujących zawody medyczne, które ofiarnie walczą z pandemią” Okręgowa Izba Radców Prawnych w Bydgoszczy postanowiła okazać swoje wsparcie. Tak powstała akcja: „Bydgoscy radcy prawni – medykoni”. W jej ramach radcy udziela nieodpłatnej pomocy prawnej wszystkim pracownikom ochrony zdrowia – w formie dyżurów z wykorzystaniem aplikacji Zoom dostępnej na stronie <https://zoom.us/>

Dyżury odbywają się w każdy wtorek i czwartek od godz. 17.00 do 18.00. Aby uzyskać pomoc prawną należy w godzinach dyżuru otworzyć aplikację i w polu „Meeting ID” wpisać numer: **952 305 1516**, a w polu „password” hasło: **oird**.

Turniej bowlingowy!

Serdecznie zapraszam wszystkich lekarzy i lekarzy stomatologów **12 września 2020 r. (sobota) o godzinie 13.30** do Olympic Bowling Center (Łuczniczka) na **V Mistrzostwa Polski** oraz **IX Mistrzostwa Pomorza i Kujaw w bowlingu**. Równoległe odbędą się zawody dla dzieci – wszystkie otrzymają pamiątkowe medale oraz drobne upominki.

PS. Proszę o punktualne przybycie.

dr n. med. Marcin Gierach

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



e-mail: poczta_big@wp.pl

☎ 508 303 873 • 52 3070576

www.bigbiuro.pl

Bydgoszcz, ul. Towarowa 36 bud. C lok. 14



Nasz Lekarz Przychodnie Medyczne

Zapraszamy do współpracy lekarzy zainteresowanych prowadzeniem badań klinicznych oraz pracą w ramach prywatnej praktyki lekarskiej.

Specjalistyczne gabinety prywatne:

- opieka medyczna dla dzieci i dorosłych
- konsultacje specjalistyczne
- badania diagnostyczne




Nasz Lekarz Ośrodek Badań Klinicznych

- doświadczony i wyspecjalizowany zespół badawczy: lekarze specjaliści, personel medyczny oraz koordynujący
- rzetelna opieka dla pacjentów w zgodzie z najwyższymi międzynarodowymi standardami,
- wysoka jakość prowadzonych badań pozytywnie weryfikowana licznymi audytami oraz inspekcjami m.in. FDA, CEBK,
- standard usług świadczonych zgodnie z ISO 9001.

Nasz Lekarz to największy w województwie kujawsko-pomorskim Ośrodek Badań Klinicznych

Zapraszamy zainteresowanych współpracą lekarzy na spotkanie, z przyjemnością przybliżymy nasze cele i zaprezentujemy ofertę. Skontaktuj się z nami i zaproponuj dogodny termin spotkania.

ul. Chodkiewicza 19c, Bydgoszcz
tel. +48 52 340 1414
bydgoszcz@naszlekarz.pl



Prof. dr hab. n. med. Sławomir Jeka
Dyrektor Przychodni Nasz Lekarz
Główny badacz w ponad 300 badaniach klinicznych.
Wielokrotnie pełniący funkcję Koordynatora Krajowego Badań Klinicznych.

www.NaszLekarz.pl

BMW SERVICE.

NA WYCIĄGNIĘCIE RĘKI.

BMW Service



Wkrocz na wyższy poziom usług serwisowych. Odkryj całkowicie przejrzysty serwis BMW, w którym to Ty masz na wszystko wpływ. Teraz, jeśli tylko chcesz, cały serwis swojego auta zorganizujesz bez wychodzenia z domu.



Zarządzasz serwisem online.

Umów wizytę serwisową w 5 prostych krokach przez aplikację BMW Connected lub poprzez formularz online na stronie internetowej. Dzięki temu zyskasz jeszcze większą wygodę i wsparcie.



Kontrolujesz, co się dzieje z Twoim BMW.

W trakcie wizyty serwisowej otrzymasz wiadomość SMS z linkiem do filmu. Na filmie pracownik serwisu wyjaśni i pokaże, co wymaga naprawy. Sam zdecydujesz o zakresie napraw i zaakceptujesz kosztorys. Możesz również dokonać płatności online.



Możesz skorzystać z usługi door to door.

Zapewnij sobie optymalny komfort. Odbierzemy Twój samochód ze wskazanego przez Ciebie adresu, przewieziemy na wizytę serwisową i odstawimy auto w wybrane miejsce.

Dealer BMW Dynamic Motors

ul. Olimpijska 8, Toruń, tel.: +48 56 645 21 70
ul. Toruńska 272A, Bydgoszcz, tel.: +48 52 339 51 10
www.bmw-dynamicmotors.pl



BMW CONNECTED APP